



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2014

Prova comentada

108 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

Uma criança com seis anos de idade, natural e procedente da região Norte do Brasil, é internada em hospital com história de febre há seis meses, de caráter intermitente. Não apresenta diarreia. Perda de 3 Kg de peso desde o início do quadro. Ao exame físico apresenta-se eupneica, hidratada; murmúrio vesicular presente bilateralmente, com sibilos esparsos; bulhas cardíacas rítmicas e normofonéticas; fígado a 4 cm do rebordo costal direito e a 4 cm do apêndice xifoide; baço a 3 cm do rebordo costal esquerdo; sem edemas. Exames laboratoriais: hemoglobina = 10 g/dL (Valor de referência: 11,5 - 13,5 g/dL); hematócrito = 36% (Valor de referência: 34% - 40%); leucócitos = 15.000/mm³ (Valor de referência: 5.500 - 14.500/mm³); neutrófilos = 38%, eosinófilos = 42%, monócitos = 1%, linfócitos = 19%, plaquetas = 160.000/mm³ (Valor de referência: 150.000 - 350.000/mm³); proteínas totais = 6,2 g/dL (Valor de referência: 6,0 - 8g/dL), albumina = 2,5 g/dL (Valor de referência: 2,9 - 4,7 g/dL), globulina = 3,7 g/dL (Valor de referência: 1,4 - 3,2 g/dL).

A hipótese diagnóstica e a investigação complementar necessária para confirmação diagnóstica são A febre tifoide; solicitar Reação de Widal.

B leishmaniose visceral; solicitar mielograma.

C toxocaríase; solicitar IgE sérica e sorologia específica. ✓

D esquistossomose mansônica; solicitar parasitológico de fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre prolongada em criança de área endêmica, com hepatoesplenomegalia, anemia discreta e eosinofilia de 42% (cerca de 6.300 eosinófilos/mm³), somada à hipergamaglobulinemia com inversão albumina/globulina, desenha o quadro de larva migrans visceral por *Toxocara canis*. O que fecha o raciocínio é a eosinofilia intensa e persistente associada aos sibilos esparsos (passagem larvária pelo pulmão, padrão tipo Löffler) e à hepatomegalia por granulomas eosinofílicos; a confirmação é sorológica (ELISA anti-*Toxocara*) com IgE total elevada, já que o parasita não completa o ciclo no homem e, portanto, não há ovos nas fezes. A febre tifoide cursa com leucopenia e eosinopenia, jamais com eosinofilia dessa magnitude, e a reação de Widal tem baixa acurácia. A leishmaniose visceral produziria pancitopenia com esplenomegalia volumosa e não eosinofilia de 42%, de modo que o mielograma investigaria a doença errada. A esquistossomose mansônica pode dar eosinofilia, mas a forma hepatoesplênica é crônica, com hipertensão porta, e o parasitológico de fezes só serve porque nela o ciclo se completa no homem, o que não corresponde ao padrão descrito. Resposta C

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Leia a notícia abaixo: CAMPINAS - No mesmo dia em que dois representantes do Ministério da Saúde chegaram a Campinas para avaliar o pedido de ajuda para que a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS) atue no combate da maior epidemia de dengue vivida na cidade, a Secretaria Municipal de Saúde confirmou nesta terça-feira, 22/04/2014, a segunda morte provocada pela doença. Faltam profissionais de saúde para o atendimento na rede de atenção primária e secundária de saúde da cidade. O secretário municipal de saúde também cogita solicitar auxílio do Governo do Estado para o envio de profissionais de saúde para esses locais. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br>>. Acesso em: 25 de jun. 2014 (Adaptado). Considerando as atribuições das diferentes esferas governamentais no Sistema Único de Saúde nessas situações, é correto afirmar que

A executar os serviços de vigilância sanitária e saneamento básico é atribuição do estado.

B gerir e executar diretamente os serviços públicos de atenção primária são atribuições do município. ✓

C intervir no controle da organização da rede de atenção municipal, na situação descrita, é atribuição do estado.

D atender às necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente ou irrupção de epidemias é atribuição exclusiva da União.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a divisão de competências da Lei 8.080/1990 diante de uma epidemia de dengue com falta de profissionais na rede local. À direção municipal do SUS cabe planejar, organizar, controlar, gerir e executar os serviços públicos de saúde, e a atenção primária é exatamente o nível de execução direta do município (art. 18), razão pela qual a solução do desabastecimento de pessoal na rede básica passa primeiro pela gestão municipal, que pode requerer cooperação técnica e financeira ao estado e à União, como aliás faz o secretário na notícia. Executar os serviços de vigilância sanitária e de saneamento básico também é atribuição municipal, e não estadual, o que invalida a alternativa A. O estado presta cooperação técnica e financeira e coordena a rede regionalizada, mas não intervém na organização da rede municipal fora das hipóteses legais excepcionais de intervenção, o que derruba a alternativa C. Por fim, atender a necessidades coletivas urgentes e transitórias decorrentes de perigo iminente ou de irrupção de epidemias é competência comum das três esferas de governo (art. 15, XIII), e não exclusiva da União. Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Uma paciente com 23 anos de idade, branca, solteira, procura Unidade Básica de Saúde com queixas de disúria, urgência urinária e aumento da frequência das micções, há dois dias. Nega febre e corrimento vaginal. Informa que teve outros três episódios semelhantes, nos últimos seis meses, com regressão dos sintomas, após tratamento com antimicrobianos. Ao exame físico não apresenta nenhuma alteração relevante. Com vistas à prevenção de futuros episódios, assinale a alternativa que apresenta corretamente o procedimento associado ao surgimento dos sintomas e o tratamento indicado.

- A Uso de camisinha; aplicação de nistatina local.
- B Utilização de tampão vaginal; cefalexina por via endovenosa.
- C Uso de anovulatórios orais; penicilina benzatínica por via intramuscular.

D Prática de relação sexual vaginal; trimetoprim com sulfametoxazol por via oral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, sexualmente ativa, com três episódios de cistite em seis meses configura infecção urinária recorrente, e a questão quer o fator precipitante modificável e a profilaxia adequada. A relação sexual vaginal é o fator classicamente associado à cistite recorrente da mulher jovem, por favorecer a ascensão de enterobactérias da região perineal pela uretra curta feminina; nesse cenário indica-se profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima por via oral, em dose única pós-coital ou contínua em dose baixa noturna, esquema com boa cobertura para *Escherichia coli* e excelente concentração urinária. O preservativo não é fator de risco (os métodos implicados são o diafragma e o espermicida), e a nistatina tópica trata candidíase vulvovaginal, que a paciente não tem, pois nega corrimento. O tampão vaginal não é fator reconhecido de infecção urinária, e cefalexina endovenosa é conduta desproporcional para cistite não complicada, tratada por via oral e ambulatorialmente. O anovulatório oral não aumenta o risco de infecção urinária, e a penicilina benzatínica intramuscular é o tratamento da sífilis, sem qualquer atividade útil contra os uropatógenos habituais. Resposta D

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Uma mulher, com 25 anos de idade e seis semanas de atraso menstrual, compareceu ao Pronto Atendimento com queixa de dor em abdome inferior há quatro horas.

A dor se irradia para o ombro esquerdo, acompanhada de sangramento vaginal de leve intensidade, há dois dias. A paciente fez teste de gravidez em urina, que revelou resultado positivo. Ao exame físico apresentou estado geral regular, mucosas hiporcoradas ++/4+, pulso = 110 bpm, pressão arterial = 80 x 60 mmHg, abdome distendido e doloroso. O exame especular revelou sangramento em pequena quantidade pelo colo uterino. Ao toque vaginal apresentou útero aumentado em duas vezes o seu volume, globoso, com amolecimento do colo uterino, fundo de saco doloroso e abaulado. A conduta indicada é A realizar punção e aspiração de fundo de saco para excluir diagnóstico de cisto ovariano roto.

B solicitar beta-hCG sérico para avaliar possibilidade de tratamento clínico com metotrexato.

C encaminhar para tratamento cirúrgico imediato por laparoscopia.

D encaminhar para tratamento cirúrgico imediato por laparotomia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 2 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Atraso menstrual de seis semanas com teste de gravidez positivo, dor abdominal aguda irradiada para o ombro (sinal de Laffont, por irritação do nervo frênico pelo hemoperitônio), sangramento vaginal discreto, fundo de saco doloroso e abaulado (grito de Douglas) e, sobretudo, taquicardia de 110 bpm com pressão de 80 x 60 mmHg e mucosas hiporcoradas configuram gravidez ectópica rota com choque hipovolêmico. Na paciente instável o diagnóstico é clínico e o tratamento é cirúrgico imediato por laparotomia, que oferece o acesso mais rápido à cavidade, permite aspirar o hemoperitônio e obter hemostasia (salpingectomia) no menor tempo possível, enquanto se repõe volume e hemocomponentes. Solicitar beta-hCG sérico para cogitar metotrexato é erro grave, pois o tratamento clínico exige paciente estável, ectópica íntegra, massa pequena e beta-hCG baixo, e aqui há ruptura com instabilidade hemodinâmica. A laparoscopia é excelente na ectópica íntegra em paciente estável, mas no choque o pneumoperitônio agrava a hipotensão e retarda o controle do sangramento. A alternativa A, cujo texto está truncado neste recorte, propõe conduta diversa da laparotomia imediata e, portanto, adia o controle da hemorragia em paciente que está sangrando ativamente. Resposta D

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Um paciente com 35 anos de idade, controlador de voo, retorna à consulta na Unidade Básica de Saúde apresentando resultados negativos de exame protoparasitológico de fezes e de teste de tolerância à lactose. Relata que desde a adolescência tem episódios de evacuações explosivas com fezes amolecidas. Atualmente, queixa-se de alteração de hábito intestinal há seis meses, quando passou a apresentar desconforto abdominal em andar inferior do abdome, que dura em média dois a três dias por semana, alternando quadros de obstipação com diarreia e urgência fecal, com a presença de muco de cor clara, quase transparente. O quadro de desconforto abdominal piora em situação de estresse e melhora quando evacua ou elimina flatos. Em relação ao quadro clínico apresentado, qual das alternativas abaixo representa critério para o diagnóstico?

A Melhora do desconforto abdominal após evacuação. ✓

B Sensação recorrente de empachamento.

C Urgência fecal com muco e sangue.

D Presença de muco nas fezes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente jovem com desconforto abdominal em andar inferior há seis meses, alternando obstipação e diarreia, com muco claro nas fezes, piora sob estresse e melhora ao evacuar ou eliminar flatos, sem sinais de alarme e com protoparasitológico e teste de tolerância à lactose negativos: trata-se de síndrome do intestino irritável. Pelos critérios de Roma III, referência da prova, o diagnóstico exige dor ou desconforto abdominal recorrente por pelo menos três dias por mês nos últimos três meses, com início dos sintomas há pelo menos seis meses, associado a dois ou mais dos seguintes itens: melhora com a evacuação, início associado a mudança na frequência das evacuações e início associado a mudança na forma ou aspecto das fezes. Por isso, a melhora do desconforto após evacuar é o único item da lista que é, de fato, critério diagnóstico formal. A sensação de empachamento e a presença de muco nas fezes são achados de apoio, frequentes e sugestivos, mas foram retirados do rol de critérios. Urgência fecal com sangue não é critério algum: é sinal de alarme que obriga a investigar doença inflamatória intestinal, neoplasia colorretal ou doença orificial, e afasta o rótulo de intestino irritável. Resposta A

QUESTÃO 6 — Gabarito A

Um paciente com dois meses de idade foi atendido no Hospital apresentando há um mês coriza mucossanguinolenta e choro à mobilização do braço esquerdo. Nasceu a termo, com peso de 2 Kg, comprimento de 47 cm e perímetro cefálico de 34 cm. Ao exame físico a criança mostrava-se ativa e hidratada, chorava à manipulação do braço esquerdo e apresentava edema em porção proximal de úmero. Na ausculta cardiopulmonar, o murmúrio vesicular estava bem distribuído e as bulhas cardíacas eram rítmicas. No abdome palpava-se o fígado a 4 cm do rebordo costal direito e 4 cm do apêndice xifoide e o baço a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Resultados de exames: Hemoglobina = 9,5 g/dL (Valor de referência: 11,5 - 13,5 g/dL); Hematócrito = 28% (Valor de referência: 34% - 40%); Leucócitos = 8.000/ mm³ (Valor de referência: 5.500 - 14.500/mm³); Segmentados = 43 %; Linfócitos = 55%; Monócitos = 2%; Plaquetas = 155.000/mm³ (Valor de referência: 150.000 - 350.000/mm³); Bilirrubina total = 1,5 mg/dL (Valor de referência: 0,3-1,2 mg/dL); AST (TGO) = 11 U/L (Valor de referência: <35 U/L) e ALT (TGP) = 58 U/L (Valor de referência: <31 U/L). É solicitado internamento para investigação.

A conduta adequada após a admissão é A pesquisa de treponemas no sangue, estudo do líquido, radiografia de ossos longos; iniciar penicilina cristalina endovenosa. ✓

B ultrassonografia de abdome total, radiografia de úmero, fundoscopia; iniciar ganciclovir endovenoso.

C radiografia de crânio e úmero; iniciar sulfadiazina e pirimetamina por via oral.

D avaliação de função hepática e radiografia de ossos longos; iniciar aciclovir endovenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de dois meses com coriza mucossanguinolenta há um mês, choro à mobilização do braço com edema da porção proximal do úmero (pseudoparalisia de Parrot, por osteocondrite), hepatoesplenomegalia, anemia e baixo peso ao nascer apesar de termo tem sífilis congênita até prova em contrário. A associação de rinite sanguinolenta, lesão óssea metafisária e visceromegalia é altamente característica, e a investigação padronizada do caso suspeito inclui pesquisa direta do treponema em campo escuro (secreção nasal ou lesão), estudo do líquido com celularidade, proteína e VDRL para definir neurosífilis, e radiografia de ossos longos; na criança sintomática internada o tratamento de escolha é penicilina cristalina endovenosa por dez dias. A citomegalovirose congênita cursa com microcefalia, calcificações periventriculares, surdez e coriorretinite, e não com rinite sanguinolenta ou osteocondrite, de modo que o ganciclovir não se aplica. A toxoplasmose congênita se apresenta com coriorretinite, calcificações intracranianas difusas e hidrocefalia, e o esquema de sulfadiazina com pirimetamina não trata sífilis. O herpes neonatal se manifesta nas primeiras semanas com vesículas, sepse ou encefalite grave, e não com lesão óssea e coriza hemorrágica arrastada. Resposta A

QUESTÃO 7 — Gabarito C

O Conselho Local de Saúde (CLS) de uma Unidade Básica de Saúde convocou uma reunião extraordinária para discutir os problemas enfrentados pelo fornecimento irregular de medicamentos aos usuários. Na opinião da farmacêutica responsável, o grande entrave é a falta de critérios para a distribuição de medicamentos no município. Isso faz com que essa Unidade receba a mesma quantidade de medicamentos que as demais, apesar de possuir características populacionais diferenciadas, com um número proporcionalmente maior de idosos. A maioria dos participantes achou a argumentação correta e aprovou uma proposta de fornecimento de medicamentos de acordo com a base epidemiológica da população atendida. Como o CLS deveria proceder para encaminhar corretamente essa demanda?

- A O CLS deve convocar uma Conferência Municipal de Saúde para inserir o tema em sua pauta de debates junto à comunidade.
- B A proposta deverá ser entregue aos Conselhos Municipais de Saúde pelo representante dos usuários, uma vez que as reuniões plenárias são fechadas ao público.

C Para sua resolução o problema da distribuição de medicamentos e a proposta do CLS devem ser encaminhados aos membros do Conselho Municipal de Saúde para discussão plenária. ✓

- D O CLS deve encaminhar a proposta ao Secretário Municipal de Saúde, uma vez que o planejamento, execução e controle da política municipal de saúde é tarefa exclusiva do gestor municipal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do fluxo do controle social no SUS, regulado pela Lei 8.142/1990. O Conselho Local de Saúde é instância de participação vinculada à unidade e não tem poder deliberativo sobre a política municipal: a demanda por distribuição de medicamentos com base epidemiológica precisa subir para o Conselho Municipal de Saúde, órgão colegiado, permanente e deliberativo, de composição paritária, que a discute em plenária e delibera sobre a política de saúde do município, incluída a organização da assistência farmacêutica. A Conferência de Saúde tem outra natureza e outra periodicidade (a cada quatro anos, convocada pelo Executivo ou, extraordinariamente, pelo próprio conselho) e serve para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes gerais, não para resolver uma demanda pontual de abastecimento, o que afasta a alternativa A. As reuniões plenárias do Conselho Municipal são públicas e abertas à participação, de modo que a premissa da alternativa B é falsa. Encaminhar a proposta diretamente ao Secretário Municipal ignora o controle social: planejamento, execução e controle da política municipal de saúde não são tarefa exclusiva do gestor, pois estão submetidos à deliberação e à fiscalização do conselho. Resposta C

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Uma paciente com 40 anos de idade, natural e procedente do Rio de Janeiro, relata que há cerca de dois meses vem apresentando febre superior a 38,5 °C, cefaleia, anorexia, artralgias, emagrecimento e mal-estar. Realizou algumas consultas ambulatoriais e foi submetida a diversos exames complementares (radiografia de tórax, função hepática, urinocultura, sorologias para síndrome de mononucleose, sorologia anti-HIV, PPD, velocidade de hemossedimentação) sem esclarecimento diagnóstico. É internada em Hospital Geral para investigação. Na história patológica pregressa, a paciente refere varicela aos cinco anos de idade e vários episódios de “infecção de garganta” na infância. Nega viagens recentes. História familiar de diabetes mellitus e de câncer (não especificado). Ao exame apresenta: frequência respiratória = 20 irpm, frequência cardíaca = 92 bpm, pressão arterial = 120 x 80 mmHg; temperatura axilar = 38 °C. Estado geral preservado, mucosas hipocoradas ++/4+, normo-hidratada, escleróticas anictéricas. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular universalmente distribuído e ausência de ruídos adventícios. Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, em três tempos (B4), sopro sistólico 3+/ 6+ em foco mitral, sem irradiação. Abdome: flácido, com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito, hepatimetria = 14 cm, baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Os exames complementares mais adequados para estabelecer o diagnóstico dessa paciente são

- A hemoculturas para microbactérias e fungos e tomografia computadorizada de tórax.
- B pesquisa de linfoblastos em sangue periférico e aspirado de medula óssea.

C pesquisa de hematozoários em sangue periférico e teste sorológico de Widal.

D hemoculturas para germes comuns e ecocardiograma transesofágico. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 3 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre de origem indeterminada por dois meses em paciente com antecedente de infecções de garganta de repetição na infância, agora com sopro sistólico 3+/6+ em foco mitral, quarta bulha, anemia e hepatoesplenomegalia: o cenário aponta endocardite infecciosa subaguda sobre valva provavelmente lesada por doença reumática. Como a investigação inicial já afastou as causas mais óbvias (radiografia de tórax, PPD, sorologias para mononucleose e HIV, função hepática e urinocultura sem esclarecimento), o passo seguinte é buscar os dois critérios maiores de Duke: hemoculturas para germes comuns, colhidas em pelo menos três amostras de sítios diferentes e antes do antibiótico, e ecocardiograma, preferencialmente transesofágico, cuja sensibilidade para vegetação, abscesso anular e regurgitação nova é bem superior à do transtorácico. Hemoculturas para micobactérias e fungos com tomografia de tórax perseguem causas raras e não explicam o sopro, além de o rastreio pulmonar já ter vindo negativo. A pesquisa de linfoblastos em sangue e medula investiga leucemia aguda, que não cursaria com estado geral preservado por dois meses nem justificaria a valvopatia. Pesquisa de hematozoários e reação de Widal não se sustentam, pois a paciente nega viagens, o Rio de Janeiro não é área de transmissão de malária e a febre tifoide não evolui dessa forma por dois meses. Resposta D

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Uma primigesta, com 37 semanas de gestação, queixa-se de edema de membros inferiores há uma semana. O cartão de pré-natal apresenta anotações conforme demonstrado na figura a seguir. Ao exame físico apresenta bom estado geral, pressão arterial = 150 x 90 mmHg, altura uterina = 34 cm, dinâmica uterina ausente, ausculta fetal = 140 bpm, sem desacelerações, edema de membros inferiores ++/4+. Toque vaginal: colo grosso e impérvio. Proteinúria de fita ++/4+. Qual o diagnóstico correto e a conduta mais adequada?

A Hipertensão gestacional; solicitação de exames para avaliação do bem-estar fetal e seguimento no pré-natal.

B Pré-eclâmpsia leve; hospitalização para repouso relativo, dieta normossódica e avaliação do bem-estar fetal. ✓

C Pré-eclâmpsia leve; solicitação de exames para avaliação do bem-estar fetal e seguimento no pré-natal.

D Pré-eclâmpsia grave; hospitalização para resolução da gestação por indução do parto ou cesárea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta de 37 semanas que abre hipertensão de 150 x 90 mmHg com proteinúria de fita ++/4+ e edema de membros inferiores tem pré-eclâmpsia, e sem critérios de gravidade ela é classificada como leve: seriam sinais de gravidade pressão sistólica maior ou igual a 160 mmHg ou diastólica maior ou igual a 110 mmHg, proteinúria maciça, oligúria, plaquetopenia, elevação de transaminases, dor epigástrica, cefaleia, escotomas ou iminência de eclâmpsia, nenhum presente aqui. Pelo manual de gestação de alto risco do Ministério da Saúde, referência adotada pela prova, a gestante com pré-eclâmpsia, mesmo leve, deve ser hospitalizada para repouso relativo, dieta normossódica (não se restringe sal na pré-eclâmpsia, porque há hipovolemia intravascular com vasoconstrição) e avaliação seriada do bem-estar materno e fetal. A alternativa A erra o diagnóstico, pois com proteinúria não se trata de hipertensão gestacional, definida justamente pela ausência dela. A alternativa C acerta o diagnóstico, mas mantém seguimento ambulatorial, contrariando a indicação de internação. A alternativa D superestima a gravidade, já que nada no caso preenche critério de pré-eclâmpsia grave. Registre-se que o ponto é discutível: com 37 semanas completas, a literatura obstétrica atual, a partir do estudo HYPITAT, indica a resolução da gestação na pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade, de modo que hoje a conduta puramente expectante seria questionada. Resposta B

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Uma paciente com 23 anos de idade, submetida a cirurgia cesariana há cerca de 90 dias, com incisão mediana, é atendida em Unidade Básica de Saúde com relato de abaulamento em região suprapúbica e dor local aos esforços, de início associado ao retorno de atividades domésticas (lavar roupas manualmente). Com base no quadro clínico exposto, qual a hipótese diagnóstica correta?

A Hematoma de bainha do reto abdominal.

B Corpo estranho pós-cirúrgico.

C Seroma volumoso.

D Hérnia incisional. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento em região suprapúbica que aparece e dói aos esforços, cerca de 90 dias depois de uma cesariana com incisão mediana, e que se instalou justamente quando a paciente retomou atividades que elevam a pressão intra-abdominal, é a descrição clássica da hérnia incisional: falha na aponeurose da linha média cicatrizada, com protrusão do conteúdo abdominal ao esforço e redução ao repouso. Os três elementos que fecham o diagnóstico são a incisão prévia, o intervalo de meses (tempo necessário para a falha aponeurótica se manifestar) e a relação direta com o esforço físico. O hematoma da bainha do reto abdominal tem instalação aguda, com massa dolorosa não redutível e equimose, geralmente após esforço súbito ou em usuário de anticoagulante, e não surge três meses depois de forma intermitente. O corpo estranho pós-cirúrgico manifesta-se como massa fixa, dor persistente, infecção de repetição ou fístula, sem o caráter reversível do abaulamento nem a relação com o esforço. O seroma é coleção precoce, das primeiras semanas de pós-operatório, flutuante e pouco dolorosa, com tendência à reabsorção espontânea, e não se expande aos esforços. Resposta D

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Um recém-nascido com três semanas de vida é levado à Unidade Básica de Saúde, pois a mãe observou ferida no local da aplicação da BCG. Ao exame físico observa-se lesão pustulocrostosa no braço direito e presença de gânglio satélite em axila direita, não supurado, medindo 1 cm de diâmetro. Considerando o diagnóstico, a conduta adequada a ser tomada para esse recém-nascido é

A iniciar isoniazida por via oral.

B manter conduta expectante. ✓

C solicitar teste tuberculínico.

D realizar punção do gânglio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve a evolução esperada da vacina BCG, e não um evento adverso. Após a aplicação intradérmica, entre a segunda e a décima semana surgem, em sequência, nódulo, pústula, pequena úlcera de até cerca de 1 cm e crosta, com cicatrização espontânea em alguns meses; o aparecimento de linfonodo satélite axilar ipsilateral, não supurado e com até 3 cm, também integra essa evolução fisiológica. Por isso a conduta correta é expectante, com orientação à mãe para manter o local apenas limpo e seco, sem cobrir com curativo, sem antissépticos e sem espremer a lesão. Iniciar isoniazida está reservado a eventos adversos verdadeiros, como abscesso subcutâneo frio, úlcera maior que 1 cm que não cicatriza, linfadenite regional supurada ou fistulizada e formas disseminadas em imunodeprimidos. Solicitar teste tuberculínico não tem utilidade diagnóstica nem altera a conduta neste contexto, até porque a vacinação recente pode positivá-lo. Puncionar o gânglio só se justifica diante de linfadenite supurada ou flutuante, o que não é o caso, já que o gânglio descrito mede 1 cm e não está supurado. Resposta B

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Uma mulher com 35 anos de idade procura atendimento na Unidade Básica de Saúde para tratamento de obesidade. Manifesta desejo de usar medicações para diminuir a sensação de fome, pois refere que uma vizinha está tendo bons resultados com o uso de medicamentos há vários meses. A paciente é casada, tem três filhos - o mais novo com dois anos - e atualmente não está trabalhando. Relata que ganhou muito peso durante a última gestação e que não conseguiu retornar ao peso anterior. Nega hipertensão ou diabetes. Não consegue fazer atividade física regular, pois tem dores na coluna e nos joelhos e diz que tem dificuldade em seguir dietas. O exame físico revela: peso = 78 Kg; altura = 1,62 m; Índice de massa corporal - IMC = 29,7 Kg/m²; pressão arterial = 130 x 80 mmHg; circunferência abdominal = 90 cm. O restante do exame físico não apresenta alterações significativas. Com base nessas informações, é correto afirmar que

A existe indicação para tratamento farmacológico e a droga de escolha é a sibutramina na dose de 15 mg ao dia.

B os valores de circunferência abdominal e IMC colocam a paciente em situação de aumento de risco cardiovascular. ✓

C pelo cálculo do IMC, a paciente é classificada como de peso adequado, não necessitando intervenção medicamentosa.

D existe indicação para uso de inibidor da enzima de conversão, pelo risco de progressão para hipertensão arterial sistêmica. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 4 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 35 anos com IMC de 29,7 kg/m² e circunferência abdominal de 90 cm, normotensa e sem diabetes, buscando atalho medicamentoso para emagrecer. A leitura correta dos dados antropométricos é que ela está na faixa de sobrepeso ou pré-obesidade (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e, sobretudo, apresenta circunferência abdominal acima do ponto de corte feminino de 88 cm, o que caracteriza obesidade abdominal e sinaliza aumento do risco cardiovascular e metabólico mesmo sem comorbidade instalada. Daí a conduta ser mudança estruturada de estilo de vida, com plano alimentar factível e atividade física adaptada às limitações osteoarticulares, além do manejo da dor em coluna e joelhos. A sibutramina não está indicada: o tratamento farmacológico da obesidade se reserva a IMC maior ou igual a 30 kg/m², ou a partir de 25 a 27 kg/m² na presença de comorbidade, e sempre após falha das medidas comportamentais, que aqui sequer foram tentadas de forma organizada. Afirmar que o IMC indica peso adequado é erro de classificação, pois peso adequado vai até 24,9 kg/m². E não há indicação de inibidor da enzima conversora de angiotensina, já que a paciente é normotensa (130 x 80 mmHg) e essa classe não é usada para prevenir o surgimento de hipertensão. Resposta B

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Um paciente com 24 anos de idade, estudante universitário, procura Unidade Básica de Saúde referindo há dois dias “febre alta”, de início súbito, dor torácica na inspiração profunda e tosse produtiva, com expectoração amarelada. Nega antecedentes patológicos significativos. Ao exame o paciente apresenta-se lúcido, orientado, com mucosas normocoradas, normo-hidratadas, escleróticas anictéricas. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular audível, exceto em terço médio de hemitórax direito, onde ausculta-se um sopro tubário. Verifica-se aumento do frêmito tóraco-vocal nessa mesma região. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos com bulhas normofonéticas, sem sopros. Abdome flácido, ausência de visceromegalias. Membros inferiores sem alterações. Sinais vitais: pressão arterial = 120 x 80 mmHg, frequência respiratória = 24 irpm, frequência cardíaca = 98 bpm e temperatura axilar = 39,0 °C.

A radiografia de tórax realizada no atendimento é mostrada abaixo. A conduta terapêutica mais adequada para essa paciente é A cefalexina por via oral.

B azitromicina por via oral. ✓

C levofloxacina por via oral ou endovenosa.

D ceftriaxona endovenosa ou intramuscular + azitromicina por via oral. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 5 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de pneumonia adquirida na comunidade com consolidação lobar: febre alta de início súbito, dor pleurítica, tosse produtiva e, ao exame, sopro tubário com aumento do frêmito tóraco-vocal em terço médio do hemitórax direito — a semiologia clássica de preenchimento alveolar. O que a questão cobra é a estratificação de gravidade, que define o local de tratamento e o espectro do antibiótico. Homem de 24 anos, sem comorbidades, lúcido e orientado, pressão arterial normal e frequência respiratória de 24 irpm: CURB-65 igual a zero, portanto tratamento ambulatorial, com cobertura empírica para pneumococo e para germes atípicos. Nesse perfil, as diretrizes brasileiras da SBPT e as da IDSA/ATS colocam o macrolídeo (azitromicina) ou a amoxicilina como primeira escolha.

A cefalexina é cefalosporina de primeira geração, com atividade insuficiente contra o pneumococo respiratório e nenhuma contra atípicos — não tem lugar no tratamento de pneumonia. A levofloxacina é quinolona respiratória reservada a quem tem comorbidades, uso recente de antibiótico ou falha terapêutica; num jovem previamente hígido é sobretratamento, induz resistência e pode mascarar tuberculose. Ceftriaxona associada a azitromicina é o esquema do paciente que interna, e aqui não há um único critério de internação.

Resposta B

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Uma primigesta, com 36 semanas de gestação, procura a Maternidade queixando-se de dores em baixo ventre. Ao exame: bom estado geral, afebril, altura uterina de 33 cm, dinâmica uterina presente (três a quatro contrações a cada 10 minutos, moderadas), batimentos cardíofetais presentes. Ao toque vaginal: colo fino, dilatado para 4 cm, bolsa íntegra, apresentação cefálica. A cardiotocografia de entrada é mostrada na figura abaixo. Assinale a alternativa que apresenta a interpretação da cardiotocografia e a conduta indicada.

A Padrão normal; inibição do trabalho de parto pré-termo.

B Padrão patológico; antibioticoterapia profilática e resolução da gestação por cesárea.

C Padrão não tranquilizador; inibição do trabalho de parto pré-termo e profilaxia para estreptococo B.

D Padrão suspeito; assistência ao trabalho de parto com monitorização contínua da frequência cardíaca fetal. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 6 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura da cardiotocografia dentro do contexto obstétrico, e o contexto já elimina metade das alternativas antes do traçado. A paciente está em trabalho de parto franco: dinâmica de três a quatro contrações em 10 minutos, colo fino, 4 cm de dilatação, bolsa íntegra, apresentação cefálica, com 36 semanas e batimentos cardíofetais presentes. Tocólise não se faz com trabalho de parto estabelecido e colo já dilatado, nem em idade gestacional a partir de 34 semanas, quando o benefício de prolongar a gestação deixa de compensar o risco. O gabarito classifica o traçado como suspeito — a categoria intermediária, que não é normal nem preenche critérios de padrão patológico (bradicardia sustentada, desacelerações tardias recorrentes com variabilidade ausente ou padrão sinusoidal). Padrão suspeito não indica interrupção imediata: indica manter a assistência ao parto sob vigilância estreita, com monitorização contínua da frequência cardíaca fetal e medidas de reanimação intrauterina, reavaliando a evolução.

A alternativa A erra duas vezes: propõe inibir um trabalho de parto que não se inibe. A alternativa C repete o erro da tocólise e acrescenta profilaxia isolada como se fosse a conduta central. A alternativa B parte de padrão patológico e salta para cesárea com antibiótico, sem que haja bolsa rota, febre ou qualquer sinal de infecção que justifique.

Resposta D

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Uma senhora com 47 anos de idade é atendida na Unidade Básica de Saúde com queixa de “caroço” no pescoço há quatro meses. À palpação da região cervical, o médico encontrou um nódulo de mais ou menos 4 cm, de consistência endurecida e aderido aos planos profundos. Foi solicitada ultrassonografia cervical, que evidenciou nódulo tireoidiano de 4,3 cm, com hipoecogenicidade, microcalcificações, ausência de halo periférico, bordas irregulares e fluxo intranodular. As dosagens séricas de T3, T4 e TSH foram normais.

A principal hipótese diagnóstica e a investigação inicial são A bócio nodular tóxico; cintilografia tireoidiana.

B cisto do conduto tireoglosso; biópsia excisional.

C tireoidite de Hashimoto; dosagem de anticorpos antitireoidianos.

D carcinoma de tireoide; biópsia por agulha fina guiada por ultrassom. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve um nódulo tireoidiano com todos os marcadores clínicos e ultrassonográficos de malignidade: mulher de 47 anos com nódulo de mais de 4 cm, endurecido e aderido a planos profundos ao exame — o que já é sinal de alarme —, e ultrassonografia com hipoecogenicidade, microcalcificações, ausência de halo periférico, bordas irregulares e vascularização intranodular (padrão III de Chammas). Esse conjunto corresponde a alto risco na classificação TI-RADS/ACR, e a investigação inicial padronizada de qualquer nódulo suspeito com função tireoidiana normal é a punção aspirativa por agulha fina guiada por ultrassom, cujo resultado é laudado pelo sistema Bethesda. É o exame que define conduta cirúrgica, e não a imagem isolada. Bócio nodular tóxico exigiria TSH suprimido, e a cintilografia só entra quando o TSH está baixo, para identificar nódulo hipercaptante — com TSH normal, ela não discrimina nada e atrasa o diagnóstico. Cisto do conduto tireoglosso é lesão mediana, móvel à deglutição e à protrusão da língua, típica de crianças e adultos jovens, sem esse padrão ultrassonográfico. Tireoidite de Hashimoto cursa com glândula difusamente aumentada e heterogênea e tendência ao hipotireoidismo, não com nódulo único endurecido e fixo; anticorpos antitireoidianos não investigam malignidade.

Resposta D

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Um lactente com quatro meses de idade nasceu a termo com peso de 3 Kg. Desde o nascimento, faz uso de leite materno complementado com fórmula láctea. Atualmente pesa 5,5 kg. Há um mês iniciou quadro de diarreia, com seis evacuações ao dia e raios de sangue e fezes não explosivas. No exame físico foi observado que a criança estava em bom estado geral, bem nutrida, hidratada e que não havia hiperemia perianal. Nesse caso, a conduta indicada é

A suspender a fórmula láctea e oferecer aleitamento materno exclusivamente. ✓

B manter o aleitamento materno e substituir a fórmula láctea por hidrolisado proteico.

C manter o aleitamento materno complementado com fórmula láctea e associar um probiótico.

D suspender o aleitamento materno e a fórmula láctea, substituindo-os por fórmula à base de soja.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é típico de alergia à proteína do leite de vaca na forma de proctocolite alérgica: lactente de quatro meses, em bom estado geral, bem nutrido e hidratado, com ganho ponderal preservado, que apresenta diarreia com raios de sangue depois da introdução de fórmula láctea. A ausência de comprometimento sistêmico, de desidratação e de hiperemia perianal afasta gastroenterite infecciosa e intolerância à lactose, e o sangue nas fezes em criança que recebe proteína do leite de vaca aponta o alérgeno. O tratamento da alergia alimentar é a exclusão da proteína desencadeante, e a criança tem leite materno disponível: basta suspender a fórmula e manter o aleitamento exclusivo, com orientação de dieta de exclusão à mãe se os sintomas persistirem.

Manter aleitamento e trocar a fórmula por hidrolisado é desnecessário — a fórmula de hidrolisado proteico extenso é a alternativa para quando não há leite materno, e não faz sentido complementar quem pode mamar exclusivamente. Probiótico não trata alergia alimentar e a alternativa ainda mantém o alérgeno na dieta.

Suspender o aleitamento materno é sempre errado nesse contexto, e a fórmula de soja não é recomendada abaixo dos seis meses, além de haver reatividade cruzada em parte significativa dos lactentes.

Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Um paciente com 21 anos de idade, servente de pedreiro, vem à Unidade Básica de Saúde (UBS) acompanhado pela mãe, que refere estar preocupada com o comportamento do filho. No acolhimento pela enfermeira, a mãe informa que o filho tem chegado em casa embriagado, o que ocasiona faltas no trabalho. O filho, que apresenta hálito alcoólico, minimiza o relato da mãe e afirma que isso acontece poucas vezes. O paciente não apresenta sinais de alteração da marcha ou da fala. Considerando as diretrizes gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), as atribuições da atenção básica e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), nesse momento, o paciente deveria ser submetido a avaliação

A no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) AD (álcool e drogas).

B no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

C na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

D na própria Unidade Básica de Saúde. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a lógica de organização da Rede de Atenção Psicossocial e o papel da atenção básica como porta de entrada e coordenadora do cuidado. O paciente tem uso nocivo de álcool com repercussão social — faltas ao trabalho — mas está sem alteração de marcha ou fala, sem sinais de intoxicação aguda, de abstinência ou de dependência grave, e chegou espontaneamente à Unidade Básica de Saúde. Esse é exatamente o caso que a própria UBS deve avaliar e conduzir: aplicação de instrumento de rastreio (AUDIT), intervenção breve motivacional, abordagem familiar e acompanhamento longitudinal, encaminhando à rede especializada apenas se houver critério de gravidade ou falha do manejo.

O CAPS AD é serviço de referência para casos moderados a graves e persistentes, acessado após avaliação, e não a porta de entrada de um primeiro contato como este. O NASF não é serviço de atendimento próprio nem tem lista de usuários: é retaguarda de apoio matricial às equipes de Saúde da Família, podendo apoiar a equipe, mas não substituindo a avaliação inicial. A UPA se destina à urgência — intoxicação aguda, agitação, abstinência complicada —, situação que o paciente não apresenta, e encaminhá-lo para lá fragmentaria o cuidado.

Resposta D

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Uma paciente com 19 anos de idade, primípara, na 24a semana de gestação, vem à consulta pré-natal com queixa de dispneia progressiva há duas semanas, inicialmente aos grandes esforços e, atualmente, aos médios esforços. Ao exame físico, apresenta altura uterina compatível com a idade gestacional, edema de membros inferiores ++/4+, estertores crepitantes em bases pulmonares. Frequência respiratória = 24 irpm, frequência cardíaca = 106 bpm, ausculta com ritmo cardíaco regular e sopro diastólico (++) mais audível no ápice, acompanhado de hiperfonese de B1. Assinale a alternativa que apresenta corretamente a hipótese diagnóstica e a etiologia.

A Estenose mitral, provavelmente de origem reumática. ✓

B Insuficiência mitral, provavelmente de origem reumática.

C Prolapso da válvula mitral, como parte de síndrome de Marfan.

D Sopro funcional, como parte do estado hipercinético da gravidez. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 7 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 24 semanas com dispneia progressiva, edema de membros inferiores, estertores crepitantes em bases e taquicardia: quadro de congestão pulmonar instalado justamente no período em que o volume plasmático e o débito cardíaco atingem seu maior incremento, descompensando lesões valvares até então silenciosas. O achado que fecha o diagnóstico é a ausculta: sopro diastólico mais audível no ápice acompanhado de hiperfonese de B1 — a assinatura semiológica da estenose mitral, na qual a valva espessada fecha com estalido e o gradiente atrioventricular gera ruflar diastólico no foco mitral. A estenose mitral é a valvopatia mais associada à gestação no Brasil, e a febre reumática responde por mais de 90% dos casos, o que define a etiologia.

A insuficiência mitral produz sopro holossistólico em ápice com irradiação para a axila e B1 hipofonética, não sopro diastólico. O prolapso de valva mitral dá clique mesossistólico seguido de sopro sistólico tardio, e nada na vinheta sugere hábito marfanoide. O sopro funcional da gravidez, decorrente do estado hipercinético, é sistólico, suave e sem repercussão clínica: sopro diastólico na gestante é sempre patológico, e aqui há sinais francos de insuficiência cardíaca.

Resposta A

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Puérpera, no quinto dia após parto normal, retorna à Unidade Básica de Saúde para reavaliação. Na consulta, paciente e recém-nascido apresentam-se em bom estado geral. No exame físico materno, mamas ingurgitadas, dolorosas à palpação, edemaciadas, com saída de leite à expressão. No decorrer da consulta, a paciente queixa-se de que o bebê "chora muito" e acredita que seu leite é "fraco" para ele. A puérpera demonstra preocupação e dúvidas sobre os benefícios da amamentação.

A conduta nessa situação deve ser A substituir o leite materno pelo leite artificial, para satisfação do bebê e melhora da ansiedade materna.

B encorajar a amamentação e orientar a expressão manual do leite, para evitar o ingurgitamento. ✓

C suspender a amamentação pelo quadro clínico de mastite e prescrever antibióticos via oral.

D alternar o leite artificial com o leite materno, para a complementação nutricional do bebê.

COMENTÁRIO OSCELABS

A puérpera está no quinto dia pós-parto com mamas ingurgitadas, dolorosas, edemaciadas e com saída de leite à expressão — o ingurgitamento mamário fisiológico da apojadura, decorrente do desequilíbrio entre produção e retirada do leite associado a edema linfático. Não há sinais de flogose localizada, área endurecida delimitada, febre ou comprometimento do estado geral, de modo que não se trata de mastite. Somada a isso, a paciente traz o mito do leite fraco, que é a principal causa de desmame precoce no Brasil. A conduta correta reúne as duas dimensões: apoio e aconselhamento para encorajar a amamentação em livre demanda e orientação de esvaziamento — expressão manual antes da mamada para amolecer a aréola e permitir a pega, ordenha do excedente e compressas, com atenção à técnica e à pega.

Substituir pelo leite artificial reduz a demanda, agrava o ingurgitamento e consome o desmame sem qualquer indicação clínica. Diagnosticar mastite não se sustenta pelo quadro, e vale lembrar que mesmo na mastite a amamentação é mantida, justamente porque o esvaziamento faz parte do tratamento. Alternar fórmula com leite materno tem o mesmo efeito deletério: menos estímulo à sucção, menos produção e reforço da crença de insuficiência láctea.

Resposta B

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Um paciente com 18 anos de idade deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de dor escrotal aguda, iniciada há quatro horas, de início súbito, não havendo história de trauma local. Ao exame físico específico, apresentava edema escrotal, associado a hiperemia e dor à palpação do testículo direito. A dor não foi aliviada com a elevação do testículo. O reflexo cremastérico estava ausente. Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico e a conduta corretos.

A Torção de cordão espermático; cintilografia escrotal com tecnécio.

B Torção de cordão espermático; ultrassonografia com doppler. ✓

C Orquiepididimite; sumário de urina com sedimentoscopia.

D Orquiepididimite; pesquisa de Clamídia na urina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor escrotal de início súbito, há quatro horas, sem trauma, com edema e hiperemia, sinal de Prehn negativo (a dor não alivia com a elevação do testículo) e reflexo cremastérico ausente configuram torção de cordão espermático, principal causa de escroto agudo no adolescente. O reflexo cremastérico abolido é o achado de maior valor preditivo, e a orquiepididimite está afastada. A torção é emergência cirúrgica com janela de salvamento testicular em torno de seis horas: a taxa de viabilidade cai abruptamente depois disso. O exame de imagem de escolha, quando a dúvida diagnóstica persiste e ele não atrasa a conduta, é a ultrassonografia com doppler, que demonstra a redução ou ausência de fluxo arterial intratesticular e está amplamente disponível na emergência.

A cintilografia escrotal com tecnécio é acurada, porém demorada e pouco disponível, inaceitável dentro da janela isquêmica. As duas alternativas que propõem orquiepididimite erram no diagnóstico: essa condição tem instalação insidiosa, costuma vir com febre e sintomas urinários, Prehn positivo e cremastérico preservado. Cabe a ressalva de que, num quadro tão característico, muitos serviços indicam exploração cirúrgica imediata sem imagem alguma — a imagem nunca deve retardar o centro cirúrgico.

Resposta B

QUESTÃO 21 — Gabarito B

Um lactente com nove meses de idade vem à consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) com febre há seis dias, acompanhada de tosse, secreção seromucosa nasal, hiperemia e secreção conjuntival intensa. Procurou a UBS no início dos sintomas, sendo diagnosticado um quadro gripal. A mãe retorna para reavaliação, pois a febre não cessou e os sintomas pioraram com o surgimento de manchas avermelhadas no rosto, que progrediram para o tronco há um dia. Ao exame físico: bom estado geral, ativo, afebril, frequência cardíaca = 120 bpm, frequência respiratória = 40 irpm, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Boa perfusão periférica. Otoscopia normal. Oroscoopia com mucosa hiperemiada e pequenas manchas brancas com halo eritematoso próximo aos pré-molares. Pele: exantema maculopapular em tronco e face. O diagnóstico desse lactente é

A rubéola.

B sarampo. ✓

C exantema súbito.

D eritema infeccioso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne o pródromo catarral clássico do sarampo: febre alta persistente por seis dias acompanhada de tosse, coriza e conjuntivite intensa — os três Cs —, seguida do surgimento do exantema maculopapular com progressão craniocaudal, iniciando na face e alcançando o tronco. O achado patognomônico está descrito na oroscopia: pequenas manchas brancas com halo eritematoso na mucosa jugal próximo aos pré-molares, as manchas de Koplik. A combinação de pródromo catarral prolongado, conjuntivite e exantema de Koplik fecha o diagnóstico clínico, que é de notificação compulsória imediata, com coleta de sorologia e administração de vitamina A conforme protocolo.

A rubéola cursa com febre baixa, exantema róseo de progressão rápida e linfadenopatia retroauricular e occipital, sem pródromo catarral intenso nem Koplik. No exantema súbito, a febre alta dura três a cinco dias e o exantema surge justamente quando a febre cessa, sem tosse, coriza ou conjuntivite. O eritema infeccioso acomete tipicamente escolares, com face esbofetada e exantema rendilhado em membros, sem pródromo febril importante e sem acometimento conjuntival.

Resposta B

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Uma menina com 7 anos de idade é trazida pela mãe à Unidade Básica de Saúde, com queixa de “chiado no peito” frequente desde os 2 anos de idade. A mãe informa que há vários dias o quadro vem piorando, depois de uma mudança climática abrupta. Informa também que a criança teve várias crises no último ano, inclusive com uma internação hospitalar. Ao exame físico apresenta: frequência respiratória = 40 irpm, frequência cardíaca = 102 bpm, sibilância expiratória difusa, ausência de tiragem intercostal. Apresenta hipertrofia e palidez de cornetos nasais à rinoscopia. O médico conclui que a criança é portadora de asma brônquica persistente moderada. O melhor esquema terapêutico de manutenção para essa criança é o uso de salbutamol inalatório associado a

- A teofilina por via oral.
- B loratadina por via oral.
- C corticoide por via oral.

D corticoide por via inalatória. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 8 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem asma persistente moderada, diagnóstico já dado pela vinheta e sustentado pelas crises frequentes e pela internação no último ano. O ponto cobrado é a diferença entre medicação de resgate e medicação de manutenção: o salbutamol inalatório é broncodilatador de curta ação, alivia o broncoespasmo, mas não atua sobre a inflamação eosinofílica crônica das vias aéreas, que é o alvo do tratamento de controle. O corticoide inalatório é o controlador de primeira linha em todas as formas persistentes de asma, conforme GINA e as diretrizes brasileiras, e a partir do grau da asma moderada entra em dose baixa a média, isoladamente ou associado a beta-2 de longa ação, reduzindo exacerbações, internações e mortalidade.

A teofilina tem eficácia modesta, janela terapêutica estreita e risco de toxicidade, ficando como alternativa de exceção. A loratadina trata a rinite alérgica que frequentemente acompanha o quadro — a rinoscopia sugere isso —, mas anti-histamínico não controla asma. O corticoide por via oral em esquema de manutenção é reservado à asma grave refratária a tudo mais, pelos efeitos adversos inaceitáveis em criança, como déficit de crescimento, supressão adrenal e osteoporose.

Resposta D

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Um homem com 32 anos de idade é trazido à Emergência de um Hospital Geral apresentando quadro de dispneia com piora progressiva nas últimas 48 horas. Relata que estava “resfriado” nos dias que precederam o quadro atual e que já estava melhorando da coriza e espirros quando a dispneia se agravou. Refere desconforto torácico, sibilância, tosse com expectoração esbranquiçada. Está em uso de beta 2 - agonista e corticoide inalatório em dose baixa, sem obter melhora. Sabe que é portador de asma brônquica desde a infância e no último ano precisou ser internado por curtos períodos, em ambiente de emergência, por três ocasiões. Ao exame físico, apresenta-se lúcido, orientado, colaborativo, dispneico, falando frases incompletas, e um pouco agitado e ansioso; corado, hidratado, acianótico; pressão arterial = 120 x 80 mmHg, frequência respiratória = 32 irpm, frequência cardíaca = 112 bpm, temperatura axilar = 36,0 °C. O paciente apresenta retração costal e supraesternal e sibilos disseminados na ausculta pulmonar. Ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas e ritmo cardíaco regular, em dois tempos. Ausência de turgência jugular. Abdome sem anormalidades. O pico de fluxo expiratório (PFE) foi de 33% e a saturação de O₂, medida por oxímetro de pulso = 91%. Na abordagem inicial desse paciente, a sequência correta de medidas terapêuticas a serem implementadas deve incluir

- A administração de aminofilina intravenosa, corticosteroide por via venosa e instalação de ventilação mecânica.
- B administração de oxigênio por máscara facial, corticosteroide por via inalatória e sedação leve com benzodiazepínico.

C doses repetidas de beta-2 agonista por via inalatória, corticosteroide por via venosa e antibioticoterapia por via venosa.

D administração de oxigênio por máscara facial, doses repetidas de beta-2 agonista por via inalatória e corticosteroide por via venosa. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de exacerbação grave de asma: o paciente fala frases incompletas, está agitado, usa musculatura acessória com retração costal e supraesternal, tem frequência respiratória de 32 irpm, taquicardia de 112 bpm, saturação de 91% e pico de fluxo expiratório de 33% do previsto — abaixo de 50%, o que por si só caracteriza crise grave. As três medidas iniciais e simultâneas nessa situação são oxigênio suplementar para manter saturação-alvo, beta-2 agonista inalatório de curta ação em doses repetidas na primeira hora (associado ao brometo de ipratrópio nas crises graves) e corticosteroide sistêmico precoce, que reduz recidiva e necessidade de internação. É exatamente a sequência da alternativa correta.

A aminofilina intravenosa não é primeira linha, tem estreita margem de segurança, e a ventilação mecânica não se indica de saída num paciente lúcido, colaborativo e sem sinais de exaustão ou rebaixamento. Corticoide inalatório não substitui o sistêmico na crise, e sedação com benzodiazepínico em asmático dispneico é contraindicada fora do contexto de intubação, pelo risco de depressão respiratória e parada. A terceira opção acerta o broncodilatador e o corticoide venoso, mas omite o oxigênio no paciente hipoxêmico e acrescenta antibiótico sem qualquer evidência de infecção bacteriana: o gatilho foi viral, não há febre e a expectoração é esbranquiçada.

Resposta D

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Uma mulher com 32 anos de idade, solteira, sem vida sexual ativa, refere ter sido vítima de violência sexual. Por ocasião do estupro, a paciente não contou nada a ninguém e, posteriormente, descobriu que estava grávida. No momento atual, a gestante manifesta para o seu médico o desejo de interromper a gravidez. O profissional médico recusa-se a fazer o aborto nessas condições e argumenta que há necessidade da verificação da denúncia de estupro pelo médico do Instituto Médico Legal (IML). O médico aciona o Serviço Social da instituição e a polícia local, para que a gestante possa lavrar o Boletim de Ocorrência do estupro, esclarecendo que esse documento servirá como consentimento para o procedimento. Nessa situação, a conduta médica foi

A adequada, pois para a prática do abortamento legal há necessidade de decisão judicial afirmando o estupro.

B inadequada, pois o laudo do IML não é exigido legalmente para realização do abortamento em casos de estupro. ✓

C adequada, pois a vítima de um crime contra a dignidade sexual deve imediatamente comunicar a ocorrência à polícia para início de ação penal pública incondicionada.

D inadequada, pois o consentimento da mulher é feito por documento próprio, devendo ser assinado pela vítima que deseja o abortamento e por um familiar.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de ética e legislação aplicada ao abortamento previsto em lei. O artigo 128, inciso II, do Código Penal afasta a punição do aborto quando a gravidez resulta de estupro, e a Norma Técnica do Ministério da Saúde sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual é explícita ao dispensar boletim de ocorrência, laudo do Instituto Médico Legal e autorização judicial como condição para o procedimento. O que se exige é o relato circunstanciado da própria mulher, o parecer técnico da equipe, o termo de responsabilidade e o consentimento livre e esclarecido dela — a palavra da vítima é presumida verdadeira, e impor perícia legal apenas cria barreira de acesso e retarda um procedimento cujo risco cresce com a idade gestacional. Por isso a conduta descrita foi inadequada.

Não há exigência de decisão judicial afirmando o estupro, o que torna a primeira alternativa incorreta. A comunicação à polícia é um direito da mulher, não um pré-requisito do atendimento em saúde, e a persecução penal corre em via independente da assistência médica. E o consentimento é personalíssimo: firmado pela própria gestante em termo próprio — ou por representante legal, se incapaz —, jamais condicionado à assinatura de familiar.

Resposta B

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Um paciente com 55 anos de idade vem à Unidade Básica de Saúde com queixa de alteração do hábito intestinal. Notou afilamento das fezes há cerca de quatro meses. Refere que vem emagrecendo há cerca de seis meses. É tabagista (carga tabágica de 30 maços/ano) e hipertenso leve. Nega etilismo, diabetes ou outras doenças associadas. Relata cirurgia para retirada da vesícula biliar há cerca de 20 anos. Ao exame físico apresenta-se corado, hidratado, eupneico, acianótico e anictérico. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome sem alterações, exceto pela cicatriz subcostal de cirurgia prévia. Exame proctológico sem alterações. Qual a conduta correta a ser seguida?

A Receitar acréscimo de fibras na dieta e líquidos (2.500 mL/dia) e retorno após um mês para verificar se o quadro está normalizado.

B Receitar acréscimo de fibras na dieta e líquidos (2.500 mL/dia) e solicitar um ultrassom, uma vez que o exame proctológico foi negativo.

C O tratamento não é dietético; solicitar diretamente uma colonoscopia, pois o paciente apresenta suspeita diagnóstica que justifica a realização do exame. ✓

D O tratamento não é dietético; solicitar uma tomografia por ser exame menos invasivo que a colonoscopia e pelo afilamento das fezes, que pode ser indicativo de estenose. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 9 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 55 anos com mudança do hábito intestinal, afilamento das fezes há quatro meses e emagrecimento há seis meses é câncer colorretal até prova em contrário: idade acima de 50 anos, alteração do calibre das fezes e perda ponderal são sinais de alarme que afastam a hipótese de constipação funcional e obrigam investigação imediata. A alternativa C está certa porque, diante de suspeita de neoplasia colorretal, o exame indicado é a colonoscopia, que avalia todo o cólon, permite biópsia da lesão com diagnóstico histológico e ainda detecta lesões sincrônicas e pólipos, sendo diagnóstica e terapêutica no mesmo tempo. O exame proctológico normal apenas exclui lesão do reto distal e do canal anal e não dispensa a avaliação proximal, onde pode estar o tumor estenosante que justifica o afilamento das fezes. A alternativa A erra ao tratar o quadro como constipação funcional e adiar um mês a investigação de um paciente com sinais de alarme. A alternativa B repete o erro dietético e propõe ultrassonografia, método de baixo rendimento para lesão de mucosa colônica. A alternativa D erra porque a tomografia não fornece material para histologia e não caracteriza adequadamente lesões planas de mucosa; ser menos invasiva não a torna preferível quando se precisa de diagnóstico anatomopatológico. Resposta C

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Um adolescente com 12 anos de idade é trazido à consulta na Unidade Básica de Saúde com relato de febre, variando entre 38,8 °C e 39 °C, há dois dias, acompanhada de dor de garganta, manchas vermelhas pelo corpo e desânimo. Na anamnese refere também náuseas e dor abdominal. Ao exame o paciente apresenta queda do estado geral, exantema máculo-papular não pruriginoso em membros, tronco e região glútea. As amígdalas mostram-se muito hipertrofiadas, com presença de exsudato; presença de linfadenopatia submandibular, cervical anterior e epitroclear. Aparelho respiratório e cardiovascular sem alterações. Abdome difusamente doloroso, com fígado palpável a 2 cm do rebordo costal direito e baço a 3 cm do rebordo costal esquerdo. O hemograma apresenta leucocitose de 14.000 células/mm³ com 20% de linfócitos atípicos, sem outras alterações importantes, e o teste rápido para pesquisa do antígeno estreptocócico do grupo A é negativo. Diante do quadro clínico e laboratorial do paciente, qual o diagnóstico e conduta?

A Amigdalite estreptocócica; prescrever penicilina ou derivados por dez dias e reavaliar o paciente.

B Escarlatina; prescrever antimicrobiano e analgésico, orientando que o paciente evite esforços físicos.

C Infecção pelo vírus da rubéola; prescrever anti-histamínico, analgésico e afastar o paciente de gestantes.

D Mononucleose infecciosa; prescrever analgésico e antitérmico, não sendo necessário o uso de antimicrobianos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com febre alta, faringoamigdalite exsudativa, exantema máculo-papular, linfadenopatia generalizada incluindo a cadeia epitroclear, hepatoesplenomegalia e linfócitos atípicos no hemograma reproduz o quadro clássico da mononucleose infecciosa pelo vírus Epstein-Barr. A alternativa D está correta porque o conjunto de dados é altamente sugestivo: a linfadenopatia epitroclear e a esplenomegalia são pistas quase específicas, os linfócitos atípicos acima de 10% compõem o critério hematológico clássico e o teste rápido negativo para o antígeno estreptocócico do grupo A retira a indicação de antibiótico. O tratamento é sintomático, com analgésico e antitérmico, somado à orientação de evitar esforço físico e esportes de contato pelo risco de ruptura esplênica. A alternativa A erra porque o teste rápido negativo e o quadro sistêmico com visceromegalia não sustentam etiologia estreptocócica, e o uso de aminopenicilinas na mononucleose ainda precipita exantema. A alternativa B erra porque a escarlatina cursa com exantema micropapular áspero em lixa, palidez perioral e língua em framboesa, além de exigir estreptococo, aqui afastado. A alternativa C erra porque a rubéola não produz amigdalite exsudativa nem hepatoesplenomegalia desse porte, e seu exantema é efêmero, com linfadenopatia retroauricular e occipital. Resposta D

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Um paciente com 75 anos de idade, casado, com história de acidente vascular cerebral recente, é avaliado pela Equipe de Saúde da Família (ESF). O paciente apresenta grande incapacidade física (acamado, recebendo alimentação através de sonda nasoentérica), tem relativa preservação cognitiva e necessita de diversos cuidados contínuos, tais como: uso de várias medicações, desobstrução da sonda, manutenção de hidratação adequada, movimentação no leito, cuidado com escaras e orientação aos cuidadores. O planejamento do cuidado à saúde deste idoso deve ser baseado em

A visitas domiciliares diárias da equipe para oferecer integralmente os cuidados, considerando o grande estresse a que são submetidos os cuidadores.

B preparação da família para encaminhar o idoso para uma instituição de longa permanência, considerando a necessidade de cuidados

C decisões compartilhadas entre a ESF, os familiares e o idoso sobre as suas necessidades, considerando a atuação integrada de todos. ✓

D restrição de cuidados médicos e de procedimentos de média e alta complexidade, como recomendam os princípios da referência e contrarreferência.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o princípio organizador do cuidado domiciliar ao idoso dependente pela Estratégia Saúde da Família: um paciente acamado após acidente vascular cerebral, com sonda nasointestinal e cognição relativamente preservada, precisa de um plano de cuidados construído com quem cuida e com quem é cuidado. A alternativa C está correta porque a atenção domiciliar se apoia em decisão compartilhada entre equipe, família e o próprio idoso, respeitando a autonomia que ele preserva, mapeando a rede de suporte familiar, capacitando e apoiando o cuidador e definindo metas realistas de cuidado contínuo — exatamente o modelo de atenção integral e longitudinal da atenção primária. A alternativa A erra porque a equipe não substitui o cuidador nem oferece integralmente os cuidados: visitas diárias são inviáveis e pedagogicamente equivocadas, já que a função da equipe é apoiar e capacitar a família, com periodicidade definida pela necessidade. A alternativa B erra porque a institucionalização não é conduta de primeira linha quando há suporte familiar e desconsidera a vontade de um idoso lúcido. A alternativa D erra porque referência e contrarreferência organizam o fluxo na rede, e jamais justificam restringir o acesso a procedimentos de média e alta complexidade de que o paciente necessita. Resposta C

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Um paciente com 50 anos de idade, com diagnóstico de hipertensão pulmonar idiopática, com antecedente de internação prévia há um ano, devido a dispneia aos esforços e anasarca, deu entrada no Pronto-Socorro por ter apresentado episódio de síncope durante relação sexual. Refere fazer uso de diltiazem regularmente e informa que nos últimos dois meses houve evolução da dispneia para pequenos esforços e surgimento de letargia. Nas últimas duas semanas, vem evoluindo com dor abdominal em hipocôndrio direito e edema de membros inferiores e apresentou ainda três episódios de dor precordial em aperto, sem irradiação, desencadeados por grandes esforços. Ao exame físico mostra-se com estado geral regular, eupneico em repouso, orientado, sem déficits neurológicos. A ausculta cardíaca revela ritmo regular, com hiperfonese de B2, sem sopros, frequência cardíaca = 92 bpm, pressão arterial = 100x65 mmHg. Observa-se turgência jugular a 45° e a ausculta pulmonar é normal. A palpação da borda hepática, a cerca de 5 cm do rebordo costal direito, é levemente dolorosa. Há edema de membros inferiores, atingindo até a coxa e parede abdominal, +++/4+, frio e indolor. Foram realizados radiografia de tórax (incidência pósterio-anterior) e eletrocardiograma (ECG), mostrados a seguir. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 10 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS Os achados desses exames são

A radiografia de tórax: abaulamento do tronco da artéria pulmonar e redução da trama vascular periférica pulmonar; ECG: bloqueio de ramo direito, desvio do eixo cardíaco para a direita e padrão de repolarização ventricular do tipo strain. ✓

B radiografia de tórax: abaulamento do tronco da artéria pulmonar e redistribuição da trama vascular para os ápices pulmonares; ECG: bloqueio de ramo esquerdo, desvio do eixo cardíaco para a direita e padrão de repolarização ventricular do tipo strain.

C radiografia de tórax: aumento de ambos os ventrículos cardíacos e redução da trama vascular periférica pulmonar; ECG: bloqueio de ramo esquerdo, desvio do eixo cardíaco para a direita e alterações inespecíficas da repolarização ventricular.

D radiografia de tórax: aumento de ambos os ventrículos e redistribuição da trama vascular para os ápices pulmonares; ECG: bloqueio de ramo direito, desvio do eixo cardíaco para a direita e alterações inespecíficas da repolarização ventricular. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 11 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve hipertensão arterial pulmonar idiopática em classe funcional avançada, com síncope ao esforço, letargia, dor precordial e sinais francos de falência do ventrículo direito: hiperfonese de B2, turgência jugular a 45 graus, hepatomegalia dolorosa e edema até a coxa e a parede abdominal. Nesse cenário, os exames complementares apenas confirmam o que o exame físico já diz, e é isso que a alternativa A traduz. No radiograma, a hipertensão pulmonar produz abaulamento do arco médio pela dilatação do tronco da artéria pulmonar, com afilamento abrupto dos vasos e redução da trama vascular na periferia — o clássico contraste entre hilos alargados e periferia oligêmica. No eletrocardiograma, a sobrecarga crônica de pressão do ventrículo direito gera desvio do eixo para a direita, bloqueio de ramo direito e padrão de repolarização do tipo strain nas precordiais direitas e na parede inferior. As alternativas B e D erram no mesmo ponto radiológico: redistribuição da trama vascular para os ápices é sinal de congestão venocapilar por hipertensão venosa pulmonar, típica de falência do ventrículo esquerdo, e a ausculta pulmonar do paciente é normal. As alternativas B e C erram também no traçado, ao atribuir bloqueio de ramo esquerdo a uma doença que sobrecarrega o ventrículo direito. As alternativas C e D ainda subestimam o eletrocardiograma, chamando de inespecíficas alterações que compõem o padrão de strain direito. Resposta A

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Uma paciente com 29 anos de idade, nuligesta, que apresenta ciclos menstruais regulares, comparece à consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. Nega corrimento vaginal, prurido ou outras queixas. Ao exame especular apresenta colo uterino rosado, sem lesões aparentes. O exame a fresco do conteúdo vaginal não apresenta anormalidades. O exame citopatológico do colo uterino demonstrou “atipias de significado indeterminado em células glandulares, possivelmente não neoplásicas”. Seguindo as recomendações das Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, a conduta recomendada é

A repetir colpocitologia oncológica imediatamente e solicitar captura híbrida para HPV.

B expectante, devendo-se repetir a colpocitologia oncológica em 12 meses.

C encaminhar para procedimento de biópsia do colo uterino.

D encaminhar para colposcopia e escovado endocervical. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a conduta frente a atipias de significado indeterminado em células glandulares, o chamado AGC, resultado citológico de alto risco porque a lesão glandular costuma nascer no canal endocervical e escapar da inspeção do colo, que aqui era normal. Pelas Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, todo AGC, mesmo na categoria possivelmente não neoplásicas, exige encaminhamento para colposcopia com avaliação do canal endocervical, ou seja, escovado ou curetagem endocervical, justamente porque o achado se associa a taxas nada desprezíveis de neoplasia intraepitelial de alto grau e de adenocarcinoma in situ. É por isso que a alternativa D está correta. A alternativa A erra porque repetir a citologia não resolve um resultado que já é, por si, indicação de investigação, e o teste de HPV não substitui a avaliação do canal nem altera a conduta nesse cenário. A alternativa B erra porque conduta expectante com repetição em doze meses é reservada a atipias escamosas de significado indeterminado em situações específicas, e postergar um AGC pode deixar passar uma lesão glandular. A alternativa C erra porque biópsia sem colposcopia é cega em um colo sem lesão aparente e ainda deixaria de amostrar o canal endocervical, sítio mais provável da alteração. Resposta D

QUESTÃO 30 — Gabarito C

O pai de um jovem com 18 anos de idade, portador de síndrome de Down, procura o Ambulatório de Pequena Cirurgia, solicitando a realização de vasectomia no seu filho. Considerando as questões éticas e jurídicas, relacionadas ao procedimento de contracepção cirúrgica em pacientes com Síndrome de Down, recomenda-se que a vasectomia

A não deve ser realizada, pois o caso do paciente não preenche os critérios da lei que regula a contracepção cirúrgica.

B não deve ser realizada, por se tratar de um caso que fere a autonomia do paciente e traz indícios de eugenia.

C deve ser realizada, através do instrumento de autorização judicial, regulamentada na forma de lei. ✓

D deve ser realizada, através do consentimento expresso do paciente, da parceira e dos pais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata de esterilização cirúrgica em pessoa com deficiência intelectual e é regida pela Lei 9.263/1996, que disciplina o planejamento familiar. O ponto cobrado está no artigo 10, parágrafo 6º, que estabelece que a esterilização cirúrgica em pessoa absolutamente incapaz somente pode ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei. Por isso a alternativa C é a correta: existe caminho legal previsto, mas ele não passa pela vontade do pai nem pelo balcão do ambulatório, e sim pelo Judiciário, que avalia capacidade civil, melhor interesse e proporcionalidade da medida. A alternativa A erra ao afirmar que a lei não contempla o caso, quando o próprio texto legal prevê a hipótese. A alternativa B erra porque, embora a preocupação com autonomia e com prática eugênica seja legítima e deva ser considerada, a lei não veda em absoluto o procedimento, apenas o condiciona à decisão judicial. A alternativa D erra porque o consentimento dos pais e da parceira não substitui a autorização judicial exigida para o incapaz, e a manifestação de terceiros não supre a vontade do titular do próprio corpo. Vale registrar que o ponto é discutível na prática atual, pois síndrome de Down não equivale automaticamente a incapacidade civil e a legislação posterior sobre a pessoa com deficiência reforçou a presunção de capacidade — ainda assim, a resposta segue a previsão legal cobrada. Resposta C

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Um lactente, com 9 meses de idade, procedente da zona rural, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com quadro de diarreia líquido-pastosa, sem muco e/ou sangue, com 4-5 evacuações ao dia, acompanhada de febre baixa (37,5 °C), que iniciou-se há 2 dias.

A alimentação é feita com leite materno e complementação adequada. O calendário vacinal encontra-se em dia e a curva de crescimento dentro dos parâmetros da normalidade. A mãe estava fazendo uso de soro caseiro e observou que o lactente vinha recusando a alimentação nas últimas 24 horas. Ao exame físico o lactente apresentava letargia, olhos fundos e sinal da prega com retorno lento ao estado anterior. De acordo com as diretrizes do Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), do Ministério da Saúde do Brasil, qual a classificação do quadro diarreico e a conduta terapêutica? A Diarreia moderada com desidratação; iniciar a hidratação oral na UBS e liberar conforme melhora clínica.

B Diarreia com desidratação leve; iniciar a hidratação oral na UBS e liberar conforme melhora clínica.

C Diarreia grave com desidratação grave ou muito grave; referir urgentemente para o hospital. ✓

D Diarreia moderada com desidratação; referir urgentemente para o hospital.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de nove meses com diarreia aguda há dois dias que evolui com letargia, olhos fundos e sinal da prega com retorno lento, além de recusa alimentar nas últimas 24 horas, é classificado pelo AIDPI no quadrante mais grave. Na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância a avaliação do estado de hidratação é feita por sinais objetivos, e a presença de letargia ou inconsciência, isoladamente, já é sinal geral de perigo e coloca a criança na faixa vermelha, somando-se aos olhos fundos e à prega cutânea de retorno lento. A conduta correspondente é estabilização com hidratação venosa e referência urgente ao hospital, o que torna a alternativa C correta. A alternativa B erra porque desidratação leve não cursa com letargia: a criança com desidratação sem sinais de gravidade está irritada ou inquieta, bebe avidamente e pode ser tratada na própria unidade com terapia de reidratação oral, conduta aqui contraindicada pelo rebaixamento do sensório e pela recusa da via oral. A alternativa D erra porque nomeia uma categoria intermediária que não corresponde à classificação do AIDPI para esse conjunto de sinais, subestimando a gravidade ainda que acerte o destino. A alternativa restante, tal como transcrita, também não oferece classificação compatível com desidratação grave e por isso é incorreta. Resposta C

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Um paciente com 45 anos de idade, casado e com três filhos (8 meses, 7 anos e 12 anos de idade), trabalhador da construção civil, tem histórico de febre vespertina, tosse e emagrecimento há seis meses. Radiografia de tórax mostra infiltrado em lobo superior direito contendo cavitação e a baciloscopia do escarro é positiva para tuberculose. Em relação à avaliação dos contatos do paciente, é correto afirmar que:

A nos contatos crianças (<10 anos), a Prova Tuberculínica menor que 5mm exclui o diagnóstico de tuberculose.

B nos contatos crianças (<10 anos), assintomáticos, o tempo de vacinação com BCG é fator importante na definição da conduta. ✓

C nos contatos adultos ou adolescentes (> 10 anos), assintomáticos, não há necessidade de solicitação da Prova Tuberculínica.

D nos contatos sintomáticos adultos, o diagnóstico de tuberculose é estabelecido pela cultura de escarro positiva para Bacilo de Koch (BK). EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 12 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o controle de contatos de um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, tarefa obrigatória da atenção básica sempre que há baciloscopia positiva. A alternativa B está correta porque, na avaliação de contatos menores de dez anos assintomáticos, o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde orienta interpretar a prova tuberculínica levando em conta o tempo decorrido desde a vacinação com BCG: em crianças vacinadas há menos de dois anos adota-se ponto de corte mais alto para atribuir o resultado à infecção latente e não ao efeito vacinal, o que muda diretamente a decisão de tratar ou não a infecção latente. A alternativa A erra porque prova tuberculínica menor que 5 mm não exclui nada: o teste deve ser repetido cerca de oito semanas depois para pesquisar viragem, e o diagnóstico de tuberculose na criança se faz por sistema de pontuação clínico, radiológico e epidemiológico, não pelo teste isolado. A alternativa C erra porque contatos adultos e adolescentes assintomáticos devem realizar a prova tuberculínica exatamente para identificar e tratar infecção latente, depois de afastar doença ativa com radiografia de tórax. A alternativa D erra porque, no adulto sintomático respiratório, o diagnóstico se estabelece pela baciloscopia ou pelo teste rápido molecular, sem depender da cultura, que leva semanas e serve sobretudo aos casos paucibacilares e ao teste de sensibilidade. Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Um paciente com 25 anos de idade é encaminhado pela Unidade de Saúde da Família do seu bairro para avaliação no Ambulatório de Clínica Médica por apresentar quadro de diarreia não acompanhada de cólicas há 5 meses, com três a quatro evacuações ao dia, em grande quantidade, sem presença de muco ou sangue. O paciente refere perda de 15 kg nesse período, sem que tenha modificado a sua dieta ou apresentado mudança de apetite. O paciente trouxe à consulta cinco exames protoparasitológicos das fezes realizados nesse período, sendo que o primeiro demonstrou a presença de tricocéfalos, o que motivou tratamento, por duas vezes, com albendazol durante 3 dias, sem melhora do quadro. O paciente apresentou igualmente hemogramas que demonstravam anemia hipocrômica, microcítica, com anisocitose, sem alteração nas séries branca ou megacariocítica.

A investigação complementar indicada e o diagnóstico são A realizar pesquisa (dosagem) de gordura fecal e, se anormal, considerar a realização de biópsia de intestino delgado pela possibilidade de doença celíaca. ✓

B realizar tomografia computadorizada de abdome para avaliar a ocorrência de calcificações pancreáticas e determinar o diagnóstico de pancreatite crônica.

C realizar colonoscopia com biópsias de intestino devido à possibilidade de doença inflamatória intestinal, como a retocolite ulcerativa.

D realizar dosagens de hormônio estimulador da tireoide (TSH) e de T4 livre para avaliar a possibilidade de hipertireoidismo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com diarreia crônica de cinco meses, três a quatro evacuações diárias de grande volume, sem cólicas, sem muco ou sangue, com perda de 15 kg sem mudança de dieta e anemia hipocrômica microcítica com anisocitose desenha uma síndrome de má absorção de intestino delgado, e não uma diarreia inflamatória de cólon. A alternativa A está correta porque o passo lógico é documentar a esteatorreia com a dosagem de gordura fecal e, confirmada a má absorção, seguir para a biópsia de intestino delgado, exame que estabelece o diagnóstico de doença celíaca ao demonstrar atrofia vilositária; a anemia ferropriva por má absorção de ferro no duodeno e a ausência de resposta ao tratamento do tricocéfalo reforçam a hipótese. A alternativa B erra porque pancreatite crônica em paciente de 25 anos sem etilismo, sem a dor abdominal característica e sem fator de risco é improvável, e a tomografia buscaria calcificações antes mesmo de documentar a má absorção. A alternativa C erra porque a retocolite ulcerativa cursa tipicamente com diarreia de pequeno volume, sanguinolenta, com muco, urgência e tenesmo — justamente o oposto do relatado. A alternativa D erra porque o hipertireoidismo cursaria com aumento do apetite e hiperdefecação, além de não explicar a anemia ferropriva nem a diarreia de grande volume. Resposta A

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Uma paciente com 32 anos de idade, previamente hígida e assintomática, teve parto vaginal a termo sem intercorrências. Nos três dias que antecederam o parto, realizou medidas diárias da pressão arterial (PA), com os seguintes resultados: 148 x 95 mmHg, 135 x 88 mmHg e 125 x 86 mmHg. Resultados de exames realizados nessa época: proteinúria de 24 horas = 295 mg/24h (Valor de referência = 300 mg/24h), hemograma normal, enzimas hepáticas normais. Durante o trabalho de parto, a PA sistólica manteve-se entre 125 a 130 mmHg e a PA diastólica entre 90 a 95 mmHg. A paciente manteve-se assintomática, sem nenhuma queixa de cefaleia, vômitos, náuseas, epigastria ou alterações visuais. A pressão arterial retornou a níveis normais ao longo das primeiras semanas do puerpério. Considerando a síndrome hipertensiva apresentada pela paciente, o diagnóstico é

A pré-eclâmpsia leve.

B hipertensão gestacional transitória. ✓

C hipertensão arterial sistêmica crônica.

D pré-eclâmpsia leve superposta à hipertensão arterial crônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a diferenciação das síndromes hipertensivas da gestação, e a chave está em dois dados: ausência de proteinúria significativa e normalização da pressão no puerpério. A alternativa B está correta porque a paciente, previamente hígida, apresentou elevação pressórica apenas no fim da gestação, com proteinúria de 295 mg em 24 horas — abaixo do ponto de corte de 300 mg —, sem sintomas de iminência de eclâmpsia, com hemograma e enzimas hepáticas normais, e voltou a níveis normais ao longo das primeiras semanas após o parto; hipertensão que surge depois da vigésima semana, sem proteinúria, e que desaparece no puerpério é, por definição retrospectiva, hipertensão gestacional transitória. A alternativa A erra porque a pré-eclâmpsia exige proteinúria igual ou maior que 300 mg em 24 horas ou, nas definições mais recentes, disfunção de órgão-alvo, e nenhuma das duas condições existe aqui. A alternativa C erra porque hipertensão arterial crônica pressupõe hipertensão prévia à gestação ou detectada antes da vigésima semana e que persiste após doze semanas do parto, e a paciente era hígida e normalizou. A alternativa D erra por somar os dois diagnósticos já afastados, pois exigiria hipertensão crônica de base acrescida de pré-eclâmpsia sobreposta. Resposta B

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Um paciente com 35 anos de idade vem à Unidade Básica de Saúde com queixa de tumoração em região inguinal presente há cerca de um ano. Relata que a tumoração aumentou de tamanho desde o início da sintomatologia e que causa dor principalmente aos esforços físicos, quando também se torna mais proeminente. Ao exame físico apresenta abdome globoso, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, ausência de massas palpáveis e/ou visceromegalias, ruídos hidroaéreos presentes. Em região inguinal direita, apresenta abaulamento não redutível, doloroso à palpação, ausência de hiperemia local; região inguinal esquerda sem alterações; ausência de espessamento do cordão espermático bilateralmente. O diagnóstico correto e a conduta adequada são

A hérnia inguinal estrangulada à direita; encaminhar para cirurgia de urgência.

B hérnia inguinal direta à direita; recomendar evitar esforço físico e uso de analgésico por via oral.

C hérnia inguinal indireta à direita; recomendar evitar esforço físico e uso de fundas para redução da hérnia.

D hérnia inguinal encarcerada à direita; recomendar evitar esforço físico e encaminhamento ao Ambulatório de Cirurgia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 35 anos com tumoração inguinal há um ano, que aumenta e dói aos esforços e que ao exame se mostra irreductível e dolorosa à palpação, tem hérnia inguinal encarcerada, isto é, conteúdo herniário preso no saco sem possibilidade de redução, porém ainda sem sofrimento vascular. A alternativa D está correta porque faltam justamente os sinais que caracterizariam estrangulamento e isquemia: não há hiperemia local, não há sinais sistêmicos, o abdome está flácido, indolor e com ruídos hidroaéreos presentes, sem qualquer indício de obstrução intestinal. Nesse cenário, a conduta é orientar que evite esforços e encaminhar ao ambulatório de cirurgia, pois a hérnia encarcerada crônica tem indicação cirúrgica, ainda que fora do regime de urgência. A alternativa A erra porque o estrangulamento pressupõe comprometimento vascular do conteúdo, com dor intensa e contínua, sinais inflamatórios locais, toxemia ou obstrução, quadro ausente na vinheta. A alternativa B erra duas vezes: não é possível classificar em direta ou indireta apenas pelo exame descrito, e tratar uma hérnia irreductível só com analgésico e repouso ignora a indicação cirúrgica. A alternativa C erra porque o uso de fundas está proscrito, já que pode agravar o encarceramento e lesar o conteúdo herniário. Registre-se que hérnia encarcerada aguda é emergência cirúrgica; a conduta ambulatorial aqui se justifica pela cronicidade e pela ausência total de sinais de sofrimento visceral. Resposta D

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Um lactente com 6 meses de idade é trazido pela mãe para consulta de Puericultura em Ambulatório de Pediatria. Ao examiná-lo, o médico pediatra observou que o testículo esquerdo não se encontrava na bolsa escrotal e que não havia sinais de que o testículo estivesse no canal inguinal nem na região perineal. O testículo direito estava palpável no saco escrotal e era de tamanho adequado.

A orientação correta nesse caso é A decidir por conduta expectante, pois pode ocorrer a descida do testículo até os 3 anos de idade.

B solicitar parecer do cirurgião para conduta cirúrgica, indicada de preferência, antes de 1 ano de idade.

✓

C realizar ressonância magnética para localizar o testículo e acompanhar até os 2 anos de idade para tomada de decisão.

D prescrever terapia hormonal por 6 meses e, se não houver resposta, solicitar exames de imagem para tomada de decisão. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 13 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de seis meses com testículo esquerdo ausente da bolsa e não palpável no trajeto inguinal ou na região perineal tem criptorquidia com testículo não palpável, situação que exige definição cirúrgica precoce. A alternativa B está correta porque a descida espontânea, quando ocorre, acontece nos primeiros meses de vida e praticamente não se observa após os seis meses de idade corrigida; a partir daí a conduta é o encaminhamento ao cirurgião pediátrico para orquidopexia, idealmente entre os seis e os doze meses e no máximo até os dezoito meses, prazo que preserva o epitélio germinativo, reduz o risco de infertilidade e facilita a vigilância do risco oncológico. Nos casos não palpáveis, a exploração por videolaparoscopia é o padrão para localizar a gônada e já tratá-la no mesmo tempo cirúrgico. A alternativa A erra porque esperar até os três anos é conduta ultrapassada e lesiva, pois a partir do primeiro ano já há alteração histológica progressiva do testículo. A alternativa C erra porque exames de imagem, inclusive a ressonância, têm baixa acurácia para testículo não palpável e não alteram a conduta, além de o prazo de dois anos ser tardio. A alternativa D erra porque a terapia hormonal não tem eficácia comprovada como tratamento da criptorquidia e apenas atrasa a correção cirúrgica. Resposta B

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Uma mulher com 27 anos de idade apresenta o seguinte histórico: gestação = 3, parto = 1 (vaginal), aborto = 1 (provocado). A paciente, com gestação de 28 semanas, está realizando acompanhamento pré-natal em Unidade Básica de Saúde, sem intercorrências. Esta é a primeira consulta com o médico. No prontuário constam os seguintes registros do atendimento com a enfermeira: trata-se de gestação não planejada e indesejada; a gestante manifestou desejo de ser submetida a laqueadura tubária por ocasião do parto desta gestação. A paciente relata relacionamento fixo, mas conturbado, com o pai de seu único filho. Nega violência física ou sexual. Considerando as questões ético-legais envolvendo o planejamento familiar, a conduta indicada para a paciente é

A apresentar o caso à Secretaria de Saúde para avaliação e sua consideração na decisão final.

B agendar consulta conjunta para o casal, com o objetivo de apresentar todos os métodos contraceptivos disponíveis. ✓

C orientar que a paciente informe na maternidade, por ocasião da admissão para o parto, sobre seu desejo de ser submetida a laqueadura.

D encaminhar para o serviço de Obstetrícia de referência, devido ao risco obstétrico desta gestação e da especificidade da solicitação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os requisitos ético-legais da esterilização cirúrgica voluntária, disciplinados pela Lei 9.263/1996 (planejamento familiar). Na primeira consulta médica de uma gestante que manifestou desejo de laqueadura, o que a lei impõe é aconselhamento prévio: a manifestação de vontade só é válida depois de a pessoa ter recebido informação sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os reversíveis, com atendimento por equipe multidisciplinar e desencorajamento da esterilização precoce. Na redação vigente à época exigia-se ainda o consentimento expresso de ambos os cônjuges na vigência de sociedade conjugal, o que sustenta diretamente a consulta conjunta do casal. Soma-se o contexto clínico: gestação não planejada, relacionamento conturbado e 27 anos de idade compõem cenário em que a decisão por um método irreversível precisa ser amadurecida, não apressada.

A erra porque não existe instância administrativa que delibere sobre a autonomia reprodutiva da paciente; a Secretaria de Saúde organiza o serviço, não decide pela usuária. C erra porque a lei veda a esterilização durante o parto ou até o 42º dia do puerpério, salvo cesarianas sucessivas anteriores ou risco à vida comprovado, e exige manifestação escrita com prazo mínimo de 60 dias entre o desejo e o ato, requisitos que um simples aviso na admissão não cumpre. D erra porque gestação de 28 semanas em acompanhamento sem intercorrências não caracteriza alto risco obstétrico, e planejamento familiar é competência própria da atenção básica. Registre-se que a Lei 14.443/2022 alterou depois esse marco (idade mínima de 21 anos, dispensa do consentimento do cônjuge e possibilidade de laqueadura no parto desde que respeitado o prazo de 60 dias), o que hoje muda a leitura da alternativa C, mas não altera a resposta esperada em 2014. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Uma paciente com 42 anos de idade, com antecedentes de duas gestações prévias sem intercorrências e sem outras comorbidades, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixas de aumento de volume em região cervical anterior, notado há aproximadamente 10 meses. Nega dor local ou vermelhidão. Nega quadros semelhantes na família. No exame físico encontra-se em bom estado geral, corada, sem linfonodomegalias cervicais. A tireoide é visível durante a deglutição e, na palpação, tem dimensões aumentadas em cerca de 2 vezes, com consistência mais fibrosa do que a normal, é móvel e indolor e sem nódulos palpáveis. As ausculta cardíaca e pulmonar são normais.

A frequência cardíaca é de 72 bpm e a pressão arterial = 125 x 70 mmHg. A paciente não apresenta tremores de extremidades. A ultrassonografia da tireoide revela uma glândula com ecotextura heterogênea e com parênquima moderadamente hipoecoico; observam-se áreas de hiperecogenicidade e traves fibróticas. O volume total é de 28 mL (Valor de referência = 8 - 14 mL). Além de solicitar dosagens de TSH e de T4 livre, a conduta adequada para essa paciente é solicitar A punção aspirativa da tireoide.

B pesquisa de anticorpo antitireoperoxidase. ✓

C dosagem de T3 livre e cintilografia da tireoide.

D dosagem de T3 livre e pesquisa de anticorpo antirreceptor do TSH.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de bócio difuso em mulher de meia-idade, com glândula duas vezes aumentada, consistência mais firme que a normal, indolor, sem nódulos e sem linfonodomegalia, acompanhado de ultrassonografia com parênquima difusamente heterogêneo, moderadamente hipoeoico, com traves fibróticas e volume de 28 mL. Esse padrão ecográfico, somado à consistência fibroelástica e à ausência de sinais de tireotoxicose, é o retrato da tireoidite crônica autoimune (Hashimoto), a causa mais comum de bócio e de hipotireoidismo em áreas suficientes em iodo. A confirmação etiológica se faz com a pesquisa do anticorpo antitireoperoxidase (anti-TPO), positivo em cerca de 90 a 95 por cento dos casos, complementando o TSH e o T4 livre que definem o estado funcional.

A punção aspirativa está indicada diante de nódulo com critérios ecográficos ou dimensionais de suspeição, e a paciente tem bócio difuso, sem nódulo palpável ou descrito ao ultrassom, de modo que a punção não responde à pergunta clínica. A dosagem de T3 livre com cintilografia investiga tireotoxicose e autonomia funcional, cenário afastado por frequência cardíaca de 72 bpm, ausência de tremor e exame cardiovascular normal, além de a cintilografia não ter papel na avaliação inicial de bócio difuso em eutireoidismo. O anticorpo antirreceptor de TSH (TRAb) é marcador de doença de Graves, também descartada pela ausência de hipertireoidismo, oftalmopatia ou sopro sobre a glândula. Resposta B

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Uma adolescente com 15 anos de idade vem à Unidade Básica de Saúde trazida pela mãe. A adolescente está bastante ansiosa, pois refere ser a única de seu grupo de amigas que ainda não menstruou. Nega comorbidades. Ao exame: estatura = 162 cm, peso = 58 kg, mamas normodesenvolvidas e pelos axilares e pubianos presentes. Hímen íntegro. Traz resultados de exames de rotina: hemograma, sumário de urina e parasitológico de fezes, todos sem anormalidades. Para essa paciente é indicado

A conduta expectante. ✓

B encaminhamento para especialista.

C solicitação de ultrassonografia pélvica.

D solicitação de dosagens de estradiol, LH e FSH.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de amenorreia primária em adolescente com puberdade completa e progressão normal. A chave está no exame físico: mamas normodesenvolvidas e pelos axilares e pubianos presentes indicam eixo hipotálamo-hipófise-ovário funcional e produção estrogênica adequada, e o hímen íntegro sem relato de dor pélvica cíclica afasta obstrução ao fluxo (hímen imperfurado ou septo vaginal transversal). Estatura e peso são normais, os exames de rotina não mostram alterações e não há sinais de virilização ou de doença crônica. Como a menarca ocorre em média dois a dois anos e meio após a telarca e o marco clássico para deflagrar investigação de amenorreia primária em adolescente com caracteres sexuais secundários presentes é a ausência de menstruação aos 16 anos, aos 15 anos ainda há margem fisiológica: cabe tranquilizar a paciente, orientar e reavaliar.

O encaminhamento a especialista é precoce e medicaliza uma variação da normalidade que a própria atenção básica acompanha. A ultrassonografia pélvica se justificaria diante de suspeita de malformação mülleriana ou criptomenorreia, com dor cíclica e ausência de menarca apesar de telarca antiga, o que não é o caso. As dosagens de estradiol, LH e FSH avaliam o eixo gonadotrófico, mas o desenvolvimento mamário completo já demonstra clinicamente que há estrogênio circulante, tornando a dosagem desnecessária neste momento. Vale dizer que consensos mais recentes já admitem iniciar a investigação aos 15 anos, de modo que o ponto é discutível, mas em uma adolescente com puberdade completa, exame normal e apenas ansiedade por comparação com as amigas a espera vigilante permanece defensável. Resposta A

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Um paciente com 56 anos de idade vem para consulta na Unidade de Pronto Atendimento com queixa de dor abdominal em andar inferior do abdome há cerca de seis dias. Relata hiporexia e febre baixa há três dias. Nega diarreia e vômitos. Refere constipação intestinal que se acentuou nos últimos meses; nega hematoquesia. Ao exame físico do abdome apresenta ruídos hidroaéreos normais, abdome globoso, normotenso, doloroso à palpação superficial e profunda em fossa ilíaca esquerda, onde evidencia-se massa palpável. Não há visceromegalias ou hérnia inguinal. Qual o diagnóstico e conduta corretos?

A Diverticulite aguda; antibioticoterapia. ✓

B Diverticulite aguda; videolaparoscopia.

C Câncer de cólon; rádio e quimioterapia.

D Câncer de cólon; laparotomia exploradora. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 14 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 56 anos com dor em andar inferior do abdome há seis dias, febre baixa, hiporexia, dor localizada em fossa ilíaca esquerda e massa palpável nessa topografia tem, até prova em contrário, diverticulite aguda complicada por fleimão ou abscesso pericólico. A doença diverticular predomina no sigmoide na população ocidental acima dos 50 anos, e a tríade dor em quadrante inferior esquerdo, febre e leucocitose é o padrão clássico; a massa palpável traduz o processo inflamatório peridiverticular bloqueado. A conduta inicial é clínica: antibioticoterapia com cobertura para gram-negativos e anaeróbios, repouso intestinal e analgesia, com tomografia de abdome para estadiar (classificação de Hinchey) e definir se há coleção que demande drenagem percutânea.

A videolaparoscopia não é a conduta de entrada: cirurgia de urgência se reserva a peritonite difusa, perfuração livre, obstrução ou falha do tratamento clínico, e o paciente não tem sinais de irritação peritoneal. Câncer de cólon é o principal diferencial, sustentado pela constipação que se acentuou nos últimos meses, mas o quadro agudo febril de seis dias fala a favor do processo inflamatório; além disso, radioterapia com quimioterapia não é o tratamento do adenocarcinoma de cólon, cuja base é a ressecção cirúrgica (o esquema neoadjuvante com radioterapia pertence ao câncer de reto). A laparotomia exploradora seria conduta desproporcional em paciente estável e sem abdome agudo perfurativo. Ponto importante para a prova: superada a fase aguda, é obrigatória colonoscopia em seis a oito semanas justamente para excluir a neoplasia. Resposta A

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Um escolar com 7 anos de idade, peso = 14 kg, proveniente de uma instituição para menores abandonados, apresenta dor abdominal difusa, tipo cólica, recusa à alimentação e também palidez, náuseas e vômitos. A informante nega a ocorrência de febre. Ao exame físico apresenta fácies de dor, afebril, hidratado, pálido (++)/4+, frequência respiratória = 34 irpm, frequência cardíaca = 115 bpm, ausculta pulmonar e cardíaca normais. Pulsos cheios. Tempo de enchimento capilar <2 segundos, pressão arterial = 100 x 60 mmHg. Abdome globoso, com peristalse aumentada, palpando-se massas arredondadas, móveis, de consistência elástica, em flanco e fossa ilíaca, à esquerda. Ausência de sinais de dor à descompressão brusca do abdome. Observaram-se formações esféricas na radiografia de abdome em anteroposterior, com densidade de líquido, projetando-se em meio ao conteúdo gasoso de cólon e reto ("imagem em miolo de pão") e distensão difusa de alças intestinais. Baseando-se no diagnóstico desse paciente, além da analgesia e da hidratação venosa, a medicação específica de escolha é

A albendazol, 400 mg, dose única.

B mebendazol, 100 mg/kg, 2 vezes ao dia, durante 1 dia.

C levamisole 150 mg, dose única.

D piperazina 100 mg/kg, 1 vez ao dia, durante 4 dias. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve suboclusão intestinal por bolo de áscaris em escolar institucionalizado e desnutrido, cenário epidemiológico típico de alta carga parasitária. A soma de dor em cólica, vômitos, recusa alimentar, palidez, peristalse aumentada, massas arredondadas, móveis e de consistência elástica em flanco e fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal, com radiografia mostrando distensão de alças e formações esféricas de densidade líquida em meio ao gás (a chamada imagem em miolo de pão), fecha o diagnóstico de obstrução parcial por *Ascaris lumbricoides*. Nessa situação específica o tratamento anti-helmíntico de escolha é a piperazina, na dose de 100 mg/kg/dia por quatro dias, porque ela provoca paralisa flácida do verme pelo bloqueio neuromuscular colinérgico, permitindo que o novelo se desfaça e seja eliminado com o trânsito, geralmente associada a jejum, hidratação venosa, sonda nasogástrica e óleo mineral.

O albendazol em dose única de 400 mg é o esquema padrão da ascaridíase não complicada, mas não é o indicado na vigência de suboclusão, pelo risco de agravar o quadro obstrutivo e de induzir migração errática do parasita. O mebendazol, além de ter a mesma objeção fisiopatológica, aparece com posologia incorreta: o esquema é de 100 mg duas vezes ao dia por três dias, e não 100 mg/kg. O levamisol atua causando paralisa espástica do helminto, exatamente o efeito que se quer evitar em um bolo de vermes impactado, podendo precipitar obstrução completa ou migração para vias biliares. Resposta D

QUESTÃO 42 — Gabarito C

No Brasil, de acordo com a legislação sobre fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde para a atenção básica, a União

- A repassa recursos financeiros aos municípios de forma diretamente proporcional ao montante que o município arrecada em tributos.
- B aplica no mínimo 10 % de sua arrecadação de impostos na área de saúde, sendo metade na atenção básica, mediante contrato com os municípios.

C acrescenta recursos à atenção básica de acordo com resultados, acesso e qualidade, conforme avaliação de programa específico (Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade - PMAQ). ✓

- D é impedida de repassar recursos complementares aos municípios, além daqueles previstos para a atenção básica, mesmo diante de especificidades regionais que justifiquem necessidade de maior investimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o desenho do financiamento federal da atenção básica no SUS. O repasse da União aos municípios é feito fundo a fundo e se organiza, desde 2011, em um bloco fixo, de base populacional (PAB fixo), e um componente variável, vinculado à adesão a programas e estratégias, como Saúde da Família, saúde bucal, NASF e agentes comunitários. Dentro desse componente variável está o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), criado em 2011, que acrescenta recursos às equipes conforme avaliação externa de acesso, qualidade e resultados, com pagamento por desempenho após certificação. É exatamente essa lógica que a alternativa correta descreve.

O repasse proporcional à arrecadação tributária do município contraria o princípio da equidade e não corresponde à regra vigente, que é per capita mais incentivos; premiar quem arrecada mais aprofundaria a desigualdade regional. A aplicação de percentual mínimo de impostos em saúde é obrigação de estados (12 por cento) e municípios (15 por cento) pela Emenda Constitucional 29 e pela Lei Complementar 141/2012; à União aplicava-se regra distinta, baseada no valor empenhado no ano anterior corrigido pela variação nominal do PIB, e não há vinculação de metade desse montante à atenção básica nem repasse por contrato individual. Por fim, a União não é impedida de repassar recursos complementares: existem justamente incentivos específicos para populações e territórios com particularidades, como equipes ribeirinhas, fluviais, consultório na rua e áreas de difícil acesso. Resposta C

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Um paciente com 56 anos de idade, com antecedentes de obesidade desde a adolescência e hipertensão arterial sistêmica há cerca de 15 anos, em uso de enalapril - 10 mg duas vezes ao dia, procurou Ambulatório de Clínica Médica com queixas de poliúria e polidipsia iniciadas há cerca de três meses. Ele refere que perdeu cerca de 9 kg nesse período, sem alterações significativas na dieta habitual. Nega diagnóstico prévio ou história familiar de diabetes. Nega também doenças cardíacas, renais ou hepáticas. O paciente é sedentário e trouxe exame da semana anterior que mostra glicemia de jejum de 346 mg/dL (Valor de referência= 75-99 mg/dL) e uma outra glicemia de jejum, do dia anterior à consulta, de 334 mg/dL. A glicemia capilar no momento da consulta foi de 441 mg/dL. Ao exame físico encontra-se em estado geral regular, eupneico, desidratado (+/4+) e corado. Observa-se acantose nigricans cervical, Índice de massa corporal - IMC = 28,7 kg/m², circunferência abdominal = 105 cm, pressão arterial = 130 x 70 mmHg sentado e de pé. Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Além da orientação dietética e da prática de atividade física a conduta a ser adotada nesse momento, com posterior reavaliação, deve ser

A tratamento sem medicamentos por enquanto.

B metformina - 500 mg 2 vezes ao dia.

C glibenclamida - 5 mg 2 vezes ao dia.

D insulina NPH - 10 U ao deitar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de diabetes mellitus tipo 2 recém-diagnosticado com hiperglicemia grave e sintomas de catabolismo. Os elementos que definem a conduta são objetivos: duas glicemias de jejum acima de 330 mg/dL, glicemia capilar de 441 mg/dL, poliúria, polidipsia, perda de 9 kg em três meses sem mudança de dieta e desidratação leve. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA recomendam iniciar insulina, e não apenas antidiabético oral, quando há glicemia acima de 300 mg/dL ou HbA1c acima de 10 por cento acompanhadas de sintomas catabólicos, porque nesse patamar existe glicotoxicidade com falência secretória funcional e nenhum oral corrige a glicemia com rapidez suficiente. A insulina NPH ao deitar, na dose inicial de 10 U (ou 0,1 a 0,2 U/kg), com titulação pela glicemia de jejum, é a estratégia clássica de insulinização basal; superada a glicotoxicidade, é frequente conseguir retirar a insulina e manter apenas terapia oral. O paciente está eupneico e sem sinais de cetoacidose, o que autoriza o manejo ambulatorial.

Tratar apenas com dieta e exercício deixaria o paciente exposto a hiperglicemia sintomática, desidratação progressiva e risco de descompensação hiperosmolar, sendo conduta insegura. A metformina 500 mg duas vezes ao dia é a droga de primeira linha no diabetes tipo 2, mas sua ação depende de titulação lenta em semanas e reduz a HbA1c em torno de 1,5 ponto percentual, insuficiente diante de glicemias acima de 400 mg/dL com catabolismo. A glibenclamida depende de reserva de secreção de insulina, justamente comprometida pela glicotoxicidade, além de causar ganho de peso e hipoglicemia, sendo escolha inadequada nesse cenário. Resposta D

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Uma paciente com 52 anos de idade, cuja menopausa ocorreu aos 48 anos, procura Unidade Básica de Saúde com queixa de sangramento genital de pequena quantidade, esporádico e intermitente, nos últimos dois meses. Não faz uso de terapia hormonal. É obesa, sem outras comorbidades. Ao exame apresenta: vagina e colo uterino atroficos, sem lesões visíveis. Foi submetida a mamografia e a exame citopatológico do colo uterino há seis meses, com resultados satisfatórios e normais.

A conduta imediata indicada para essa paciente é A solicitar ultrassonografia transvaginal. ✓

B repetir exame citopatológico do colo uterino.

C encaminhar para consulta com especialista.

D prescrever terapia hormonal com a associação estradiol-progestagênio. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 15 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS

MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento genital após a menopausa é, por definição, sinal de alarme e deve ser investigado como câncer de endométrio até prova em contrário, ainda mais em paciente obesa, na qual a conversão periférica de androgênios em estrona no tecido adiposo produz estímulo estrogênico crônico sem oposição de progesterona, o principal fator de risco para hiperplasia e adenocarcinoma endometrial. A paciente tem 52 anos, menopausa aos 48, não usa terapia hormonal e apresenta colo e vagina atroficos sem lesão visível, ou seja, o foco provável do sangramento é a cavidade uterina. O primeiro exame, disponível e de baixo custo na atenção básica, é a ultrassonografia transvaginal para medir o eco endometrial: espessura acima de 4 a 5 mm em mulher na pós-menopausa sem terapia hormonal obriga avaliação histológica por biópsia ou histeroscopia com curetagem.

Repetir o citopatológico do colo não faz sentido: o exame rastreia neoplasia cervical, foi normal há seis meses, o colo está sem lesões e sua sensibilidade para doença endometrial é baixa. Encaminhar direto ao especialista sem qualquer propedêutica retarda o diagnóstico e desperdiça a capacidade resolutive da unidade básica, que pode e deve solicitar a ultrassonografia; o encaminhamento vem depois, orientado pelo resultado. Prescrever estradiol com progestagênio é o erro mais grave da questão: além de não haver indicação (a queixa não é sintoma climatérico), instituir terapia hormonal antes de excluir neoplasia pode mascarar e agravar o quadro. Resposta A

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Uma paciente com 32 anos de idade comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde com queixa de secreção de odor fétido e aspecto purulento em região perianal. Relata que, há cerca de 20 dias, apresentou quadro de dor intensa na mesma região por cerca de cinco dias, com melhora imediata após a saída de pus em grande quantidade. Refere ter realizado tratamento para fissura anal há cerca de dois anos. Ao exame proctológico, apresentava orifício posterior a cerca de 1 cm da borda anal, com saída de secreção à expressão, palpação retal sem alterações, anoscopia sem alterações. Qual o diagnóstico e conduta corretos?

A Fissura anal; iniciar tratamento clínico com agentes formadores de bolo fecal e nitratos tópicos.

B Fístula anorretal; orientar quanto à higiene e sintomatologia e referenciar ao coloproctologista. ✓

C Fissura anal; iniciar tratamento clínico com analgésicos e referenciar ao coloproctologista.

D Fístula anorretal; referenciar ao Pronto-Socorro com indicação de cirurgia de urgência.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve a história natural clássica da fístula anorretal criptoglandular. A paciente teve, há vinte dias, dor perianal intensa por cinco dias com alívio imediato após drenagem espontânea de grande quantidade de pus, o que corresponde a um abscesso perianal que rompeu para a pele; restou o trajeto epiteliado, agora manifesto como orifício externo posterior, a 1 cm da borda anal, com saída de secreção fétida e purulenta à expressão. Toque retal e anoscopia sem alterações afastam lesão intra-anal ativa e coleção residual. Fístula anal não cicatriza com tratamento clínico: a resolução é cirúrgica e eletiva (fistulotomia, fistulectomia, sedenho ou retalho de avanço, conforme o trajeto e o volume de esfíncter envolvido), de modo que a conduta na unidade básica é orientar higiene local, explicar os sinais de recidiva de abscesso e referenciar ao coloproctologista. Vale lembrar a regra de Goodsall: orifício externo posterior costuma ter trajeto curvilíneo até a linha média posterior, o que orienta o planejamento cirúrgico.

As duas alternativas que diagnosticam fissura anal erram na leitura da vinheta: fissura cursa com dor lacinante ao evacuar e sangramento vermelho vivo em papel, não com orifício cutâneo drenando pus, e o antecedente de fissura tratada há dois anos é apenas distrator. Referenciar ao pronto-socorro para cirurgia de urgência também é incorreto, porque a urgência proctológica é o abscesso não drenado ou a sepse perianal, e aqui o abscesso já drenou espontaneamente, sem dor, febre ou coleção. Resposta B

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Uma criança de 2 anos de idade é trazida ao Setor de Emergência em decorrência de crise convulsiva. A mãe refere que o seu filho sofreu uma queda no dia anterior, batendo a cabeça contra o chão. Imediatamente após esse evento, apresentou movimentos tônico-clônicos generalizados, associados a sialorreia e desvio conjugado do olhar, com duração de 1 minuto. Nega qualquer internação anterior ou presença de doenças crônicas. Gestação, parto e desenvolvimento normais. Ao exame, a criança mostra-se emagrecida, sonolenta, hipocorada (++)/4+, hidratada e acianótica. P pilas isocóricas e fotorreativas. Aparelhos cardiovascular e respiratório, bem como abd me sem anormalidades ao exame físico. Observam-se equimoses em diferentes fases de evolução em membros inferiores e em áreas usualmente cobertas do corpo (dorso e região interna da coxa) e couro cabeludo. Há também hematoma subgaleal em região têmporo-parietal esquerda. Exame do fundo de olho demonstra a presença de hemorragia retiniana em ambos os olhos. Entre os exames solicitados pelo pediatra para esclarecimento diagnóstico, encontra-se tomografia computadorizada de crânio, que evidencia hematoma subdural esquerdo, e radiografia de membros inferiores, que demonstra fraturas atuais e consolidadas. Tendo em vista o quadro descrito, a conduta indicada é

- A repreender veementemente os pais e não os denunciar ao Conselho Tutelar, uma vez que as informações fornecidas pela mãe durante a consulta são protegidas pelo segredo médico.
- B acompanhar o caso, realizando o encaminhamento da criança para exame de perito médico-legal, a quem cabe o encaminhamento do caso após a confirmação diagnóstica.
- C transcrever, na anamnese, as suas interpretações pessoais a respeito da narrativa dos fatos e encaminhar o caso para a próxima reunião da Comissão de  tica do Hospital.

D notificar o Conselho Tutelar paralelamente ao atendimento da criança, incluindo a prescrição de medicamentos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta reúne os marcadores de maus-tratos físicos, a chamada síndrome da criança espancada: história incompatível com a gravidade das lesões, equimoses em diferentes fases de evolução e em áreas usualmente cobertas (dorso e face interna da coxa), hematoma subdural com hemorragia retiniana bilateral e fraturas atuais e consolidadas em membros inferiores, em criança emagrecida. Diante disso, o Estatuto da Criança e do Adolescente   taxativo: o artigo 13 determina que casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos sejam obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar, e o artigo 245 pune o médico que deixa de fazê-lo. Suspeita basta, não se exige prova. A notificação corre em paralelo ao atendimento clínico, que segue integral, com prescrição, exames e intern o conforme a necessidade, inclusive porque a intern o frequentemente é o instrumento de proteção imediata da criança.

Repreender os pais e invocar segredo médico é duplamente errado: a notificação de maus-tratos   dever legal e configura justa causa para a quebra do sigilo, prevista no Código de  tica Médica, e a omissão expõe a criança a novo episódio, potencialmente fatal. Aguardar o perito médico-legal transfere indevidamente a responsabilidade, já que o médico assistente é quem notifica, e a proteção não pode esperar confirmação pericial. Transcrever interpretações pessoais na anamnese contraria a boa prática do registro, que deve conter dados objetivos e a descrição fiel das lesões e da narrativa, e a Comissão de  tica do hospital não é a via de proteção da criança nem tem competência para acionar a rede. Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito A

No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, compete especificamente ao médico

A realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea. ✓

B acompanhar, por meio de visitas domiciliares, todas as famílias que procuram a Unidade Básica de Saúde.

C planejar, gerenciar e avaliar as atividades desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde.

D cadastrar todas as pessoas de sua área no território e manter os cadastros atualizados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o rol de atribuições da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria 2.488/2011), que separa o que é comum a todos os profissionais da equipe do que é específico de cada categoria. A alternativa correta é a única que descreve o núcleo do trabalho clínico do médico na atenção básica: assistir os indivíduos sob sua responsabilidade combinando as atividades programadas (puericultura, pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, grupos) com o acolhimento da demanda espontânea, isto é, do usuário que chega sem agendamento e precisa ter sua necessidade avaliada e classificada no mesmo dia. Esse equilíbrio entre agenda programada e porta aberta é o que caracteriza a organização do processo de trabalho na atenção básica e a responsabilização pelo território.

Realizar visita domiciliar a todas as famílias que procuram a unidade é impraticável e não corresponde à norma: a visita médica é indicada segundo necessidade e planejamento da equipe, priorizando acamados, egressos de internação e situações de vulnerabilidade. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde é atribuição específica do enfermeiro. Cadastrar todas as pessoas do território e manter os cadastros atualizados é atribuição específica do agente comunitário de saúde. Registre-se, para precisão, que a expressão sobre atividades programadas e demanda espontânea aparece na política também entre as atribuições comuns a todos os membros da equipe, o que torna o enunciado pouco rigoroso ao dizer compete especificamente ao médico; ainda assim é a única alternativa compatível, já que as outras três pertencem nominalmente a outras categorias. Resposta A

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Uma mulher com 47 anos de idade procura atendimento em Posto de Saúde com queixa de astenia. Foram solicitados exames de sangue que revelaram aumento (2,5 vezes o valor normal) nos níveis séricos de aspartato amino transferase (AST) e alanino amino transferase (ALT). A investigação inicial mostrou que a paciente encontra-se monoinfectada pelo vírus da hepatite C (VHC), sendo, portanto, encaminhada ao hepatologista, que solicitou novos exames complementares, cujos resultados foram: RNA-VHC = 381.420 UI/mL, genótipo viral 1b e ultrassonografia abdominal com moderada alteração da ecogenicidade do parênquima hepático. Apresenta ainda escore de Child-Pugh igual a 4. A biópsia hepática realizada revelou fibrose discreta (F1 da classificação histológica Metavir). Com base no quadro apresentado, que fator está associado com uma pior resposta ao tratamento antiviral?

A Carga viral.

B Genótipo viral. ✓

C Escore de Child-Pugh.

D Grau de fibrose hepática.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre fatores preditivos de resposta ao tratamento antiviral da hepatite C crônica, na era do interferon peguilado com ribavirina, referência da prova. Os preditores clássicos de pior resposta virológica sustentada são o genótipo 1 (especialmente o 1b), a carga viral alta, a fibrose avançada ou cirrose, o polimorfismo não CC da IL28B, a obesidade e a resistência à insulina. Ao aplicar essa lista aos dados da paciente, apenas um item é desfavorável: o genótipo 1b, que exigia tratamento mais prolongado, respondia bem menos que os genótipos 2 e 3 e motivava a associação de inibidores de protease de primeira geração. A carga viral de 381.420 UI/mL é considerada baixa, pois o ponto de corte habitual para carga alta é 600.000 a 800.000 UI/mL, de modo que esse dado é favorável, e não desfavorável. O escore de Child-Pugh de 4 pontos (valor que sequer alcança o mínimo teórico de 5 da classificação) traduz função hepática plenamente preservada, sem cirrose descompensada, também fator favorável. O grau de fibrose F1 pela classificação Metavir é fibrose portal discreta, e quanto menor a fibrose melhor a resposta ao tratamento, pelo que igualmente joga a favor. Por eliminação e por critério, o único marcador de pior prognóstico terapêutico é o genótipo. Vale a nota de atualização: com os antivirais de ação direta pangenotípicos, o peso do genótipo na predição de resposta caiu drasticamente, mas isso não muda a lógica cobrada pela questão. Resposta B

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Uma adolescente com 15 anos de idade, com menarca aos 12 anos, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde porque deseja usar anticoncepcional combinado oral (ACO). Iniciou atividade sexual há seis meses e teme uma gravidez indesejada. Está menstruada no dia da consulta. Nega comorbidades ou uso de medicações. Qual a conduta correta para a paciente?

A Orientar uso de camisinha apenas.

B Prescrever ACO e orientar uso de condom. ✓

C Não prescrever ACO, pois a paciente é menor de idade.

D Orientar que a paciente venha à consulta acompanhada da mãe. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 16 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra anticoncepção na adolescência e o direito da adolescente à assistência contraceptiva. Trata-se de uma jovem de 15 anos, já sexualmente ativa, sem comorbidades e sem uso de medicações, ou seja, sem qualquer critério de elegibilidade médica categoria 3 ou 4 da OMS para o anticoncepcional combinado oral. Pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelos pareceres do Conselho Federal de Medicina, o adolescente tem direito ao atendimento sigiloso e à prescrição de contraceptivo sem autorização ou presença dos pais, desde que tenha capacidade de compreender a orientação; a quebra do sigilo só se justifica diante de risco grave. Estando ela menstruada no dia da consulta, o início do ACO pode ser imediato, com proteção contraceptiva já neste ciclo. Como o ACO protege contra gravidez mas não contra IST, a conduta completa é a dupla proteção: hormônio mais preservativo. A alternativa A deixa a adolescente com um método de menor eficácia de uso típico, aumentando o risco da gravidez que ela justamente teme. A alternativa C erra ao usar a menoridade como impedimento, pois a lei não exige maioridade para contracepção. A alternativa D condiciona o cuidado à presença da mãe, o que viola o sigilo e afasta a adolescente do serviço, sendo a família estimulada a participar, mas nunca imposta como condição. Resposta B

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Uma mulher, com 27 anos de idade, apresentou-se em Serviço de Emergência com dor abdominal em cólicas, em mesogástrio, há 48 horas. Houve aumento progressivo na intensidade e frequência da dor e há um dia apresenta vômitos biliosos e diminuição na eliminação de flatos e fezes. Os ruídos hidroaéreos estão aumentados em número e intensidade, com timbre francamente metálico. O abdome é pouco distendido, levemente doloroso à palpação profunda e sem descompressão brusca positiva.

A paciente relata apendicectomia prévia na infância. Com base no quadro clínico exposto, qual a hipótese diagnóstica e exame complementar indicado para investigação inicial da paciente? A Urolitíase; radiografia simples de abdome.

B Cisto de ovário roto; ultrassonografia pélvica.

C Torção de cisto de ovário; ultrassonografia pélvica.

D Aderências intestinais; radiografia de abdome de pé e deitada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de uma obstrução intestinal mecânica em paciente com laparotomia prévia. Dor em cólica em mesogástrio com piora progressiva, vômitos biliosos, parada relativa de eliminação de gases e fezes e, principalmente, ruídos hidroaéreos aumentados com timbre metálico compõem a síndrome obstrutiva alta em fase de luta; a ausência de descompressão brusca e o abdome pouco distendido falam a favor de obstrução ainda sem sofrimento de alça. O antecedente de apendicectomia é o dado que fecha a causa: bridas e aderências pós-operatórias são a etiologia mais frequente de obstrução de delgado em adultos com cicatriz abdominal. A investigação inicial, barata e disponível na emergência, é a radiografia de abdome em duas incidências, de pé e deitado, que mostra distensão de alças de delgado, empilhamento de moedas e níveis hidroaéreos, além de permitir ver pneumoperitônio na incidência ortostática. A alternativa A não explica vômitos biliosos nem parada de eliminação; a dor da urolitíase é lombar com irradiação para a fossa ilíaca e genitália. A alternativa B cursaria com dor súbita, irritação peritoneal e líquido livre, não com ruídos metálicos. A alternativa C provoca dor súbita e intensa em fossa ilíaca com náuseas reflexas, sem padrão obstrutivo progressivo de 48 horas. Resposta D

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Um lactente, negro, com um ano de idade, foi encaminhado ao Ambulatório de Pediatria pelo surgimento de quadro recente de febre e palidez acompanhadas de dor e inchaço nos dedos das mãos e pés. Na ocasião foi colhido hemograma e prescrito analgésico. O lactente, nascido com 38 semanas de gestação, foi amamentado exclusivamente até quatro meses de vida, quando foi introduzida alimentação complementar. A mãe acha que a criança não aceita bem a refeição salgada e toma quatro mamadeiras por dia. Nega doenças anteriores. Ao exame físico, a criança encontra-se descorada ++/4+, sem outras alterações. A mãe traz hemograma anterior: Hemoglobina = 8,5 g/dL (Valor de referência = 10,5 - 13,5 g/dL); Hematócrito = 25% (Valor de referência = 33% - 39%); VCM = 85fl (Valor de referência = 70 - 86 fl); RDW normal; reticulócitos = 4% CVSs (Valor de referência = 0,5% - 2,5% CVSs); leucócitos = 14.400/mm³ (Valor de referência = 6.000 - 17.000/mm³); plaquetas = 323.000/mm³ (Valor de referência = 150.000 - 350.000/mm³). Com base no quadro clínico e no hemograma apresentados, qual o diagnóstico correto e qual exame laboratorial deve(m) ser solicitado(s) para confirmação do diagnóstico?

A Anemia ferropriva; perfil de ferro sérico.

B Talassemia; eletroforese de hemoglobina.

C Anemia falciforme; eletroforese de hemoglobina. ✓

D Anemia megaloblástica; dosagem de vitamina B12 e ácido fólico sérico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne febre, palidez e dactilite em lactente negro de um ano, apresentação clássica da síndrome mão-pé, muitas vezes a primeira manifestação da doença falciforme, que aparece justamente após os seis meses, quando a hemoglobina fetal cai e a HbS passa a predominar. O hemograma confirma a pista: anemia com hemoglobina de 8,5 g/dL, VCM de 85 fL, ou seja, normocítica, RDW normal e reticulócitos de 4%, francamente elevados. Reticulocitose indica anemia hemolítica com medula respondendo, o oposto de uma anemia carencial. O exame confirmatório é a eletroforese de hemoglobina, que demonstra o padrão FS ou SS, sendo o mesmo exame usado na triagem neonatal. A alternativa A não se sustenta porque a ferropenia cursa com anemia microcítica, hipocrômica, RDW alargado e reticulócitos baixos ou normais, além de não explicar febre e dor óssea. A alternativa B, ainda que investigada pela mesma eletroforese, produziria microcitose importante e não cursa com crise vaso-oclusiva dolorosa nos dedos. A alternativa D é descartada de imediato pelo VCM normal, já que a anemia megaloblástica é macrocítica e costuma vir com neutrófilos hipersegmentados e reticulócitos baixos. Resposta C

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Um homem com 68 anos de idade é admitido em um Serviço de Emergência com febre alta, calafrios, cefaleia intensa, náuseas e vômitos, iniciados há 48 horas. A acompanhante do paciente informou que ele apresentou quadro de prostração e dor de garganta há cinco dias, porém não procurou atendimento médico. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, letárgico e com raras lesões petequiais em tornozelos. O exame neurológico revelou sinais de irritação meníngea - rigidez de nuca, sinais de Kernig e Brudzinski. Foram solicitados exames complementares: 1) sangue - hemoglobina = 12,3 g/dL (Valor de referência = 13,5 - 17,5 g/dL); leucócitos = 17.500/mm³ (Valor de referência = 4.500 - 11.000/mm³), às custas de neutrofilia, com desvio à esquerda; plaquetas = 127.000/mm³ (Valor de referência = 150.000-350.000/mm³); velocidade de hemossedimentação = 76 mm/h (Valor de referência = 0-17 mm/h); 2) liquor - turvo, de aspecto purulento, com aumento do número de leucócitos e predomínio de neutrófilos polimorfonucleares; glicose e cloretos diminuídos, proteínas aumentadas; pesquisa direta para fungos negativa, bacterioscopia evidenciando a presença de diplococos Gram-negativos e cultura em andamento. Com base no quadro apresentado, qual o antibiótico de primeira escolha a ser administrado?

A Ampicilina.

B Cloranfenicol.

C Ceftriaxona. ✓

D Penicilina cristalina. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 17 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve meningite bacteriana aguda com pistas fortes de doença meningocócica: febre alta, cefaleia intensa, vômitos, rebaixamento do sensório, sinais de irritação meníngea e petéquias em extremidades, precedidos por quadro de orofaringe. Os exames confirmam: leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda, plaquetopenia e liquor turvo, purulento, com pleocitose de polimorfonucleares, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia. O achado decisivo é a bacterioscopia com diplococos Gram-negativos, ou seja, *Neisseria meningitidis*. Nesse cenário o antibiótico de primeira escolha é a ceftriaxona, cefalosporina de terceira geração com excelente penetração líquórica, cobertura de meningococo e pneumococo e segurança diante de cepas com sensibilidade reduzida à penicilina, além de reduzir o estado de portador nasofaríngeo. A alternativa A tem seu papel apenas como acréscimo para cobrir *Listeria monocytogenes* em maiores de cinquenta anos quando o agente ainda é desconhecido, o que não é o caso após o Gram. A alternativa B é opção de segunda linha, reservada a alérgicos graves a betalactâmicos, e tem toxicidade hematológica. A alternativa D era o esquema clássico e ainda funciona em cepas sensíveis, mas deixou de ser a primeira escolha empírica justamente pela cobertura mais estreita. Resposta C

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Uma paciente realizou tratamento correto de sífilis com seis semanas de gestação, quando apresentou titulação do VDRL igual a 1:16. Novos testes de VDRL na 22ª, 29ª e 37ª semanas gestacionais revelaram titulações abaixo de 1:8. A paciente encontra-se assintomática, com exame clínico obstétrico e demais exames laboratoriais dentro da normalidade. O teste de imunofluorescência indireta (FTA-Abs) realizado na 37ª semana mostrou-se positivo.

A interpretação correta para os achados laboratoriais dessa paciente é A reinfecção sífilítica.

B cicatriz sorológica. ✓

C sífilis latente tardia.

D resistência do *Treponema*.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da interpretação sorológica no seguimento da sífilis na gestação. A paciente foi tratada corretamente com seis semanas de gestação, quando o VDRL era 1:16, e nos controles seguintes, na 22ª, 29ª e 37ª semanas, manteve titulações abaixo de 1:8. Queda de pelo menos duas diluições, ou seja, redução de quatro vezes no título, com estabilização em títulos baixos e paciente assintomática, é exatamente o critério de resposta adequada ao tratamento. O VDRL é teste não treponêmico e cai com a cura; o FTA-Abs é treponêmico e permanece reagente por toda a vida na imensa maioria dos tratados, de modo que sua positividade na 37ª semana não indica doença ativa. O conjunto configura, portanto, cicatriz sorológica, também chamada de memória imunológica. A alternativa A exigiria elevação de quatro vezes no título, e não queda sustentada. A alternativa C não se aplica porque a paciente foi tratada e apresentou resposta sorológica documentada, além de o diagnóstico de latente tardia depender de tempo de infecção maior que um ano sem tratamento. A alternativa D não tem respaldo: não há resistência descrita do *Treponema pallidum* à penicilina benzatina, e a persistência do teste treponêmico nada tem a ver com falha terapêutica. Resposta B

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Um homem com 23 anos de idade, obeso, encontra-se no terceiro dia pós-operatório de laparotomia exploradora e colorrafia direita após trauma abdominal perfurante. Apresentou dois picos febris com temperatura axilar = 38,5 °C. A ausculta pulmonar apresenta diminuição do murmúrio vesicular em bases. O abdome é flácido, com dor à palpação ao redor da incisão e os ruídos hidroaéreos estão diminuídos em número e intensidade. A radiografia simples de abdome mostrou pneumoperitônio com leve distensão de alças. A ultrassonografia abdominal mostrou acúmulo de gases e líquidos nas alças, com pequena coleção de líquido na pelve, cuja análise foi prejudicada pelas condições do paciente. Hemograma com leucocitose moderada, sem desvio. O paciente fez uso de antibioticoterapia profilática, pois não havia contaminação grosseira da cavidade abdominal. Considerando as possíveis causas da febre no pós-operatório, qual deve ser a conduta correta para esse paciente?

A Iniciação de antibioticoterapia de amplo espectro.

B Conduta expectante; aguardar evolução clínica. ✓

C Exploração da ferida abdominal.

D Reintervenção cirúrgica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o raciocínio sobre febre no pós-operatório e o valor dos achados esperados nos primeiros dias. No terceiro dia de uma laparotomia, com ausculta mostrando redução do murmúrio vesicular em bases, a causa mais provável dos picos febris é atelectasia, tratada com fisioterapia respiratória, analgesia adequada e mobilização precoce. Os demais achados são armadilhas: pneumoperitônio residual é normal e pode persistir por até sete a dez dias após laparotomia, pequena coleção pélvica e alças com gases e líquido são esperados no íleo pós-operatório, e leucocitose moderada sem desvio à esquerda traduz resposta inflamatória à cirurgia. Não há sinais de peritonite, já que o abdome está flácido, com dor apenas ao redor da incisão, e o paciente está estável. A conduta correta é expectante, com observação clínica e reavaliação seriada. A alternativa A expõe o paciente a antibiótico de amplo espectro sem foco infeccioso definido, favorecendo resistência. A alternativa C só se justificaria diante de sinais de infecção de sítio cirúrgico, como secreção purulenta, hiperemia e flutuação, ausentes aqui. A alternativa D é claramente precipitada, pois reoperar sem sinais de peritonite ou deterioração clínica acrescenta morbidade sem benefício. Resposta B

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Um lactente com seis meses de idade é trazido à consulta médica em Unidade Básica de Saúde para avaliação de atraso do desenvolvimento. A mãe relata que compareceu a somente duas consultas de pré-natal e que a criança nasceu de parto vaginal e a termo, pesando 3.240 g, com Apgar 9/10. A alta se deu em dois dias. O sorriso social surgiu com um mês e sustentou o pescoço com dois meses. Entretanto, hoje não segura objetos, nem rola. Não consegue sentar com apoio. História familiar não revela casos semelhantes. Ao exame o lactente mostra-se em regular estado geral, interagindo pouco com o observador; corado, hidratado, anictérico e acianótico; ausência de estigmas cutâneos. Ausculta cardíaca e respiratória sem anormalidades. Exame neurológico evidencia perímetro cefálico acima do percentil 90 para a idade, aumento de tônus e de reflexos profundos nos quatro membros, associado com redução da força proximal. Coordenação preservada. Exame dos pares cranianos demonstra dificuldade em acompanhar os objetos apresentados. Fundo de olho evidencia cicatriz de coriorretinite bilateralmente. Tomografia computadorizada do crânio evidencia múltiplas calcificações difusamente distribuídas no parênquima, associadas a aumento do volume dos ventrículos laterais, terceiro e quarto ventrículos. O agente etiológico mais provável para o quadro clínico descrito é

A vírus da rubéola.

B Toxoplasma gondii. ✓

C Treponema pallidum.

D vírus do herpes simples.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de uma infecção congênita com repercussão neurológica, e a tríade descrita fecha o diagnóstico. O lactente tem atraso do desenvolvimento com perda de aquisições esperadas, sinais de liberação piramidal com hipertonia e hiperreflexia nos quatro membros, perímetro cefálico acima do percentil 90 com dilatação de todo o sistema ventricular, ou seja, hidrocefalia, coriorretinite bilateral cicatricial ao fundo de olho e calcificações intracranianas difusamente distribuídas pelo parênquima. Essa combinação de hidrocefalia, calcificações difusas e coriorretinite é a tríade de Sabin, característica da toxoplasmose congênita, e o pré-natal com apenas duas consultas explica a ausência de triagem e tratamento. A alternativa A não se sustenta porque a rubéola congênita cursa com catarata, surdez neurosensorial, cardiopatia como persistência do canal arterial e microcefalia, sem esse padrão de calcificação. A alternativa C traria lesões ósseas, rinite serossanguinolenta, pênfigo palmoplantar, hepatoesplenomegalia e alterações sorológicas, ausentes no caso. A alternativa D produz encefalite necrosante grave de apresentação neonatal precoce, com vesículas cutâneas e microcefalia, e não hidrocefalia com cicatriz de coriorretinite. Vale lembrar que o citomegalovírus, principal diferencial, costuma dar microcefalia e calcificações periventriculares. Resposta B

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Um paciente com 66 anos de idade, trabalhador rural, vem à consulta devido a lesão de pele que não cicatriza há várias semanas. Ao exame apresenta lesão de 1,5 cm em pescoço, nodular rósea e perolada nos bordos, com sinais de teleangectasias, levemente ulcerada no centro, com depressão central, não pruriginosa, sem sinais de infecção, sem sinais de queratose actínica. Para a paciente acima, o fator de risco mais importante é a predisposição genética.

B exposição crônica a agrotóxicos.

C exposição crônica a radiação ionizante.

D exposição solar cumulativa prolongada. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 18 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A lesão descrita é o carcinoma basocelular na sua forma nodular: pápula ou nódulo róseo, de bordas peroladas e brilhantes, com telangiectasias na superfície, ulceração central e evolução arrastada de semanas a meses sem cicatrizar. Entre os fatores de risco, o mais importante é a exposição solar cumulativa à radiação ultravioleta ao longo da vida, o que se encaixa perfeitamente no perfil do paciente, homem de 66 anos, trabalhador rural, com lesão em área fotoexposta como o pescoço. É esse dano actínico crônico que responde pela maioria dos casos de câncer de pele não melanoma no Brasil, e ele orienta a prevenção: fotoproteção, roupas e chapéu, evitar o sol das dez às dezesseis horas. A alternativa A tem papel apenas em situações particulares, como a síndrome do nevo basocelular ou o xeroderma pigmentoso, e o enunciado não traz história familiar ou lesões múltiplas em jovem. A alternativa B associa-se a outras neoplasias no trabalhador rural, como as hematológicas, e não é fator estabelecido para o basocelular. A alternativa C é fator reconhecido de câncer cutâneo apenas em contextos específicos de radioterapia prévia ou exposição ocupacional a fontes ionizantes, o que não é o caso. A menção à ausência de queratose actínica não descarta o dano solar acumulado. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Uma mulher com 65 anos de idade apresenta o seguinte histórico: antecedentes de obesidade, hipertensão arterial e angioplastia coronariana prévia, em uso prévio de diltiazem - 90 mg/dia, propranolol - 40 mg duas vezes ao dia, AAS - 100 mg/dia, dinitrato de isossorbida e sinvastatina - 20 mg/dia. A paciente, residente em uma cidade do interior, apresentou, há cerca de 24 horas, quadro de infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento de ST de parede inferior associado a infarto do ventrículo direito. Como não havia equipe de hemodinâmica disponível, foi administrada estreptoquinase, com melhora apenas parcial da dor. Após estabilização clínica a paciente foi encaminhada para Serviço de Emergência de hospital terciário. Na admissão a paciente estava eupneica, orientada, ainda com queixas de dor precordial com as mesmas características, mas de menor intensidade e intermitente. A pressão arterial era de 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 78 bpm, frequência respiratória = 16 irpm. As ausculta cardíaca e pulmonar estavam normais. Enquanto eram colhidos os exames complementares e repetido o ECG, a paciente subitamente apresentou quadro de choque (pressão arterial = 60 x 20 mmHg), com rebaixamento do nível de consciência, palidez cutâneo-mucosa e insuficiência respiratória. A saturação de O₂ caiu para 75% em ar ambiente e a frequência cardíaca aumentou para 135 bpm. A perfusão periférica encontrava-se muito prejudicada e as extremidades frias e sudoreicas. O ictus cardíaco estava hiperdinâmico e a ausculta cardíaca revelava bulhas audíveis, com 3ª bulha e sopro holossistólico pancardíaco, mais audível em borda esternal esquerda. Havia turgência jugular a 45°. A ausculta pulmonar revelava estertores bolhosos até os ápices. Além da intubação orotraqueal, as medidas terapêuticas recomendadas são

A iniciar noradrenalina e dobutamina e encaminhar para angioplastia de emergência.

B iniciar nitroprussiato de sódio e dopamina e realizar pericardiocentese de emergência.

C iniciar nitroprussiato de sódio e dobutamina e encaminhar para cirurgia cardíaca de emergência. ✓

D iniciar noradrenalina e dopamina e encaminhar para instalação, de emergência, de balão intra-aórtico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é o de uma complicação mecânica do infarto agudo do miocárdio após trombólise com reperfusão apenas parcial. A paciente com IAM inferior e de ventrículo direito, cerca de 24 horas depois, evolui de forma súbita com choque, congestão pulmonar até os ápices, turgência jugular e, o dado que define tudo, um sopro holossistólico novo, pancardíaco, mais audível na borda esternal esquerda, acompanhado de terceira bulha e ictus hiperdinâmico. Sopro novo com choque nesse tempo de evolução significa ruptura mecânica, e a topografia paraesternal esquerda com hipofluxo sistêmico e edema pulmonar aponta comunicação interventricular por ruptura do septo, complicação típica do infarto inferior extenso. O tratamento definitivo é a correção cirúrgica de emergência, e a ponte farmacológica combina inotrópico para sustentar o débito, a dobutamina, com vasodilatador para reduzir a pós-carga e o shunt esquerda-direita, o nitroprussiato. A alternativa A ignora que a angioplastia não corrige defeito estrutural. A alternativa B propõe pericardiocentese, indicada no tamponamento por ruptura de parede livre, que cursa com dissociação eletromecânica e sem sopro. A alternativa D oferece apenas suporte, e o balão intra-aórtico é adjuvante, jamais terapia definitiva. Cabe registrar que o ponto é discutível: com pressão de 60 x 20 mmHg, o nitroprussiato só é seguro depois de alguma estabilização hemodinâmica, e na prática o balão intra-aórtico costuma ser a ponte preferida até a cirurgia. Resposta C

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Uma mulher com 22 anos de idade, sexualmente ativa, apresenta, há um mês, leucorreia amarelo-esverdeada, de odor fétido. Refere novo parceiro sexual há três meses. Faz uso regular de anticoncepcional combinado oral. Ao exame ginecológico observam-se as imagens mostradas acima. O agente etiológico responsável pelo quadro clínico dessa paciente é

A Trichomonas vaginalis. ✓

B Chlamydia trachomatis.

C *Neisseria gonorrhoeae*.

D *Candida albicans*. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 19 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve uma vulvovaginite em mulher jovem, sexualmente ativa, com parceiro novo há três meses, cursando com leucorreia amarelo-esverdeada e odor fétido há um mês. Esse conjunto, corrimento abundante, bolhoso, de cor amarelo-esverdeada e mau cheiro, é a assinatura clínica da tricomoníase, infecção sexualmente transmissível causada por protozoário flagelado, que costuma se acompanhar de prurido, ardor e, ao exame do colo, do aspecto de colo em framboesa ou morango pelas petéquias da colpíte focal, com teste de Schiller tigroide. O tratamento é sistêmico, com metronidazol, e obriga a tratar o parceiro. A alternativa B não se sustenta porque a clamídia é a IST mais frequentemente assintomática e, quando dá sintoma, produz cervicite mucopurulenta e sangramento ao toque, não corrimento fétido esverdeado abundante. A alternativa C cursa com corrimento endocervical francamente purulento, amarelado, geralmente com disúria e risco de doença inflamatória pélvica, sem o odor característico. A alternativa D é a mais fácil de excluir: a candidíase dá corrimento branco, grumoso, aderido às paredes, com prurido intenso e sem odor fétido, e não é considerada IST clássica. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Um homem com 55 anos de idade procura Unidade Básica de Saúde (UBS) queixando-se que há três meses apresenta cor amarelada da pele e dos "olhos", com coceira e urina muito escura. Refere piora progressiva dos sintomas há cerca de 25 dias. Sente cansaço progressivo, que associa a emagrecimento de 20 kg nos últimos seis meses. Eventualmente refere dor em mesogástrio e nas costas, que melhora com antiácidos e jejum. História pregressa de etilismo (destilados) há mais de 30 anos. Retorna à UBS após 45 dias da primeira consulta, trazendo ultrassonografia abdominal que evidencia dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas.

A hipótese diagnóstica e a conduta correta são A hepatite alcoólica e realização de biópsia hepática transparietal.

B adenocarcinoma de pâncreas e realização de colangioressonância magnética.

C adenocarcinoma de pâncreas e realização de tomografia abdominal contrastada. ✓

D pancreatite aguda e realização de colangiopancreatografia endoscópica retrógrada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é uma síndrome colestática extra-hepática com sinais de alarme para neoplasia. Homem de 55 anos com icterícia progressiva de três meses, prurido, colúria, astenia e emagrecimento de 20 kg em seis meses, além de dor em mesogástrio irradiada para o dorso, tem o perfil clássico do adenocarcinoma de cabeça de pâncreas: icterícia obstrutiva indolor ou pouco dolorosa, associada a perda ponderal expressiva. A ultrassonografia mostrando dilatação de vias biliares intra e extra-hepáticas confirma obstrução distal da via biliar e afasta doença hepatocelular pura. O passo seguinte é a tomografia abdominal contrastada, de preferência com protocolo pancreático, que caracteriza a lesão, define a relação com os vasos mesentéricos e o tronco celíaco e faz o estadiamento, o que decide a ressecabilidade. A alternativa A é incompatível, pois a hepatite alcoólica não dilata vias biliares extra-hepáticas e biópsia não é o exame inicial. A alternativa B propõe um método adequado para mapear a árvore biliar, mas inferior à tomografia para avaliar invasão vascular e metástases, ficando reservada a dúvidas sobre a via biliar. A alternativa D erra no diagnóstico, já que pancreatite aguda é quadro súbito com dor intensa e elevação de enzimas, e a colangiopancreatografia retrógrada tem hoje papel sobretudo terapêutico, para drenagem, e não como investigação inicial. Resposta C

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Um médico de uma Emergência Pediátrica recebe um lactente com quatro meses de idade que apresenta dificuldade respiratória. A mãe refere que a criança vinha apresentando coriza há três dias e que há um dia surgiu cansaço progressivo e dificuldade para mamar. Não houve febre no período. Não há relato de internações anteriores. Gestação e parto sem intercorrências. Ao exame físico lactente apresenta-se eutrófico e em bom estado geral, corado e hidratado. Frequência respiratória de 43 incursões por minuto com leve tiragem intercostal.

A ausculta respiratória demonstra a presença de sibilos difusos e aumento do tempo expiratório. A ausculta card cia   normal e o abdome, plano, flácido, indolor e sem visceromegalias. Uma radiografia de tórax evidencia bilateralmente: hiperinsuflação pulmonar, retificação das c pulas diafragmáticas e infiltrado intersticial discreto. A gasometria arterial mostra os seguintes resultados: PH = 7,41; PO2 = 58; PCO2 = 38; BE = 0,4; HCO3 = 24; SaO2 = 89%. Considerando a principal hipótese diagnóstica e as condições clínicas da criança, o tratamento indicado é A hidratação e oxigenioterapia. ✓

B cabeceira elevada e corticoide.

C aspiração nasal e broncodilatador.

D mínimo manuseio e medicação antiviral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de quatro meses, no primeiro episódio de sibilância, com pródromo catarral de três dias, sibilos difusos, expiração prolongada e radiografia com hiperinsuflação e retificação de c pulas: o quadro   bronquiolite viral aguda, mais comumente pelo vírus sincicial respiratório. O que define a conduta é a gasometria: PO2 de 58 mmHg e saturação de 89% caracterizam hipoxemia, e a dificuldade para mamar compromete a oferta hídrica. O tratamento da bronquiolite   de suporte — oxigenioterapia para manter a saturação em faixa segura e hidratação, por via oral fracionada ou venosa quando a mamada não   possível. Nenhum fármaco altera a história natural da doença.

Corticoide, sistêmico ou inalatório, não reduz gravidade nem tempo de doença na bronquiolite e não está indicado; elevar a cabeceira   medida acessória que não corrige a hipoxemia. A aspiração nasal ajuda a desobstruir as vias aéreas superiores, mas o broncodilatador não tem benefício consistente nessa faixa etária e não é recomendado de rotina, além de deixar sem tratamento a hipoxemia documentada. Antiviral (ribavirina) tem uso restrito a imunocomprometidos e a casos graves muito selecionados, e o mínimo manuseio isolado não resolve a necessidade de oxigênio e de hidratação. Resposta A

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Uma mulher com 55 anos de idade e longa história de episódios depressivos é trazida à Unidade Básica de Saúde por um Agente Comunitário de Saúde por apresentar-se delirante há várias semanas. Já na sala de espera, o quadro agrava-se progressivamente para franca agitação psicomotora, com a paciente tentando agredir outros usuários e a equipe de trabalho, por quem diz estar sendo perseguida. Nessa situação, além de realizar a contenção física da paciente, está indicado administrar

A sertralina por via oral.

B diazepam por via oral.

C haloperidol por via intramuscular. ✓

D prometazina por via intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com delírio persecutório evoluindo para agitação psicomotora com heteroagressividade dentro do serviço: é emergência psiquiátrica, e o objetivo imediato é a tranquilização rápida com segurança para a paciente e para a equipe. Depois da contenção física, o fármaco de escolha é um antipsicótico de alta potência por via parenteral — haloperidol intramuscular — que atua tanto sobre a agitação quanto sobre o conteúdo psicótico que a motiva, com início de ação em cerca de 20 a 30 minutos. Em paciente que não colabora, a via oral é inviável e insegura.

Sertralina é antidepressivo com latência de semanas: não tem qualquer efeito sobre a agitação aguda e ainda depende da via oral. Diazepam por via oral esbarra no mesmo problema de via e de tempo de absorção; benzodiazepínico parenteral pode ser adjuvante, mas não por boca em paciente em franca agitação.

Prometazina intramuscular é usada classicamente em associação ao haloperidol, para sedação e para reduzir efeitos extrapiramidais, porém isolada é apenas um anti-histamínico sedativo e não trata o quadro psicótico de base. Resposta C

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Um homem com 34 anos de idade, sem antecedentes patológicos prévios, procurou ontem uma Unidade Básica de Saúde porque vem evoluindo nos últimos quatro meses com queixas de poliúria, polidipsia e perda ponderal de cerca de 7 kg nesse período. Há dois meses realizou exames complementares que evidenciaram glicemia de jejum de 348 mg/dL (Valor de referência = 75 - 99 mg/dL). Nega história de diabetes na família. Desde então, vem em uso de doses crescentes de metformina e glibenclamida, atualmente com 1.700 mg/dia e 10 mg/dia, respectivamente. As ausculta cardíaca e pulmonar são normais. Refere persistência dos sintomas e os exames complementares colhidos hoje revelaram: glicemia de jejum = 296 mg/dL, glicemia 2h após o café da manhã = 412 mg/dL, hemoglobina glicada 10,1% (Valor de referência = 3,8% - 6,4%). Ao exame físico o paciente mostra-se desidratado, corado, pressão arterial = 110 x 75 mmHg, circunferência abdominal = 92 cm, Índice de massa corporal - IMC = 23,3 kg/m², peso = 60 kg. Além de referenciar para o especialista, a conduta adequada para esse paciente é

A aumentar as doses de glibenclamida e de metformina, adicionar Insulina NPH antes de dormir.

B manter as doses de glibenclamida e metformina, adicionar Insulina NPH antes do café da manhã e antes do jantar.

C suspender glibenclamida e metformina, adicionar Insulina NPH antes do café da manhã e antes de dormir, bem como Insulina Regular antes das refeições. ✓

D suspender glibenclamida, manter metformina, adicionar Insulina NPH antes do café da manhã e antes do jantar, bem como Insulina Regular antes do café da manhã. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 20 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem, magro (IMC 23,3 e circunferência abdominal normal), sem história familiar, com poliúria, polidipsia e perda de 7 kg em quatro meses, glicemia inicial de 348 mg/dL e falência precoce e completa da terapia oral otimizada em dois meses (jejum 296 mg/dL, pós-prandial 412 mg/dL, HbA1c 10,1%), ainda desidratado: o padrão é de deficiência de insulina — diabetes autoimune do adulto (LADA/DM1 de apresentação tardia) —, e não de resistência insulínica. Nesse cenário o hipoglicemiante oral perde o substrato fisiopatológico: a sulfonilureia depende de células beta funcionantes, que já se esgotaram, e a metformina age sobre a resistência hepática, que não é o mecanismo em um paciente magro e catabólico. A conduta é suspender os orais e insulinizar plenamente em esquema basal-bolus: NPH antes do café e antes de dormir, somada à insulina regular antes das refeições, único arranjo capaz de reproduzir a secreção fisiológica e reverter o catabolismo.

Aumentar glibenclamida e metformina insiste em drogas que já falharam, e acrescentar apenas NPH ao deitar é estratégia pensada para DM2 com hiperglicemia de jejum. Manter os orais com duas doses de NPH conserva medicação inútil e deixa o paciente sem cobertura prandial, com pós-prandial de 412 mg/dL. Manter a metformina e usar regular apenas no café cobre uma única refeição e perpetua um fármaco sem indicação nesse fenótipo. Resposta C

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Uma mulher com 47 anos de idade, com antecedente de quatro partos normais, comparece à consulta na Unidade Básica de Saúde com queixa de ciclos menstruais irregulares há cerca de dois anos, sem outras queixas. Relata que os intervalos entre as menstruações foram progressivamente aumentando e que atualmente está menstruando a cada 60-90 dias. Quando era mais jovem tinha dismenorreia, mas atualmente não sente cólicas durante o fluxo menstrual. Nega comorbidades e uso de medicações. O exame ginecológico da paciente é normal. Diante das informações disponíveis o quadro clínico dessa paciente sugere

A anovulação. ✓

B endometriose.

C sinéquia uterina.

D falência ovariana precoce.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 47 anos com espaçamento progressivo dos ciclos ao longo de dois anos, chegando a intervalos de 60 a 90 dias, sem dor e com exame ginecológico normal: é o quadro típico da transição menopausal, cuja marca funcional é a anovulação. Com a queda progressiva da reserva folicular, os ciclos deixam de ser ovulatórios, o intervalo se alonga e a dismenorreia desaparece — a cólica menstrual depende das prostaglandinas produzidas pelo endométrio secretor, que só se forma após a ovulação. O desaparecimento da dismenorreia que ela tinha quando jovem é justamente o dado que amarra o raciocínio.

Endometriose cursa com dismenorreia progressiva, dor pélvica crônica e dispareunia, exatamente o oposto da evolução relatada. Sinéquia uterina (síndrome de Asherman) provoca hipomenorreia ou amenorreia e pressupõe agressão à cavidade endometrial — curetagem, cirurgia ou infecção —, inexistente numa história de quatro partos normais. Falência ovariana precoce é definida por hipogonadismo hipergonadotrófico antes dos 40 anos; aos 47, o que se observa é o climatério fisiológico. Resposta A

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Um homem com 35 anos de idade, etilista há 20 anos, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de dor moderada em hipocôndrio direito, febre não aferida, calafrios há 15 dias. Ao exame físico apresenta temperatura axilar de 38 °C, fígado aumentado e dor à palpação abdominal em hipocôndrio direito. Uma imagem da ultrassonografia abdominal é mostrada abaixo. O diagnóstico correto e o próximo passo na conduta em relação a esse paciente são

- A cirrose alcoólica; o paciente deve ser encaminhado para serviço de transplante hepático.
- B litíases intra-hepáticas; o paciente deve ser encaminhado para drenagem transparieto-hepática.
- C hepatite alcoólica; o paciente deve ser encaminhado para desintoxicação e tratamento psiquiátrico.

D abscesso hepático; o paciente deve ser encaminhado para drenagem do abscesso o mais rapidamente possível. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Etilista com dor em hipocôndrio direito, febre com calafrios há 15 dias e fígado aumentado e doloroso à palpação: a associação de febre, dor e hepatomegalia, somada ao achado ultrassonográfico, caracteriza abscesso hepático, piogênico ou amebiano. O calafrio é sinal de bacteremia e aponta para processo supurativo, não para doença crônica do parênquima. O tratamento se apoia em dois pilares: antibioticoterapia sistêmica e drenagem da coleção, percutânea guiada por imagem sempre que possível, sem postergar — abscesso não drenado evolui para sepse e pode romper.

Cirrose alcoólica não cursa com febre e calafrios, e encaminhamento para transplante não é conduta de urgência nem se faz sem avaliação de função hepática e estadiamento. Litíase intra-hepática manifesta-se como colangite, com icterícia e dilatação de vias biliares, elementos ausentes no relato. Hepatite alcoólica pode dar febre e hepatomegalia dolorosa, mas é doença difusa do parênquima, sem formação de coleção, e encaminhar apenas para desintoxicação deixaria sem tratamento um foco infeccioso ativo há duas semanas. Resposta D

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Um pré-escolar do sexo masculino, com quatro anos de idade, apresentou massa palpável em mesogástrio esquerdo durante exame médico de rotina. A mãe nega história de dor abdominal, febre, constipação, porém refere que há quatro meses a criança vem apresentando distensão abdominal e urina escura. O diagnóstico dessa criança é

A tumor de Wilms. ✓

- B glomerulonefrite.
- C infecção urinária.
- D parasitose intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal palpável em criança de quatro anos, com distensão progressiva há quatro meses e urina escura (hematúria), sem dor, febre ou alteração do hábito intestinal: é a apresentação clássica do tumor de Wilms (nefroblastoma), a neoplasia renal mais comum da infância, com pico de incidência entre 2 e 5 anos. O achado típico é justamente a massa em flanco, geralmente descoberta em exame de rotina ou pela família ao banho, associada em parcela dos casos a hematúria e a hipertensão arterial. Massa abdominal palpável em pré-escolar é sinal de alarme e exige investigação por imagem imediata, com palpação cuidadosa para não romper a cápsula tumoral.

Glomerulonefrite cursa com hematúria, edema, hipertensão e oligúria, mas não produz massa palpável. Infecção urinária manifesta-se com febre, disúria e irritabilidade, sem tumoração abdominal. Parasitose intestinal pode causar distensão e desconforto, porém não explica hematúria nem massa palpável em mesogástrio. Resposta A

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Uma mulher com 31 anos de idade, auxiliar de cozinha, comparece à Unidade Básica de Saúde necessitando de ajuda para solicitar o auxílio-doença ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Informa que há três dias fraturou o ombro direito, no trabalho, quando escorregou no piso que estava lavando e caiu sobre o referido braço. Na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), seu braço e ombro foram imobilizados. A empresa em que trabalha negou a emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) por julgar que o acidente ocorreu por negligência da paciente. Com base nessas informações, o médico que atua na Atenção Primária à Saúde (APS)

A não poderá emitir atestado médico para a concessão de benefícios previdenciários, por não ter competências de médico perito.

B poderá emitir atestado médico para a concessão de benefícios previdenciários e deverá fazê-lo após o exame direto da paciente. ✓

C poderá emitir a CAT e o atestado médico para a concessão de benefícios previdenciários, que deverão ser completamente acatados pelo médico perito do INSS.

D não poderá emitir atestado médico para a concessão de benefícios previdenciários, por não ter atendido a paciente no momento do acidente, sendo a emissão da CAT de responsabilidade da empresa empregadora.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 21 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os papéis do médico assistente e do perito diante de acidente de trabalho com recusa de CAT pela empresa. O médico da atenção primária é plenamente competente para emitir atestado destinado à concessão de benefício previdenciário: o atestado é ato do médico assistente, documento que descreve a lesão e a incapacidade, cabendo ao perito do INSS a avaliação e a decisão sobre o benefício. A condição indispensável é o exame direto da paciente, pois o Código de Ética Médica veda atestar sem ter examinado pessoalmente — e para isso não é preciso ter presenciado o acidente, bastando o exame atual da fratura já imobilizada.

Afirmar que não pode atestar por não ser perito confunde as funções: perícia é ato do INSS, atestado é ato assistencial. Dizer que os documentos deverão ser completamente acatados pelo perito é falso, porque o perito tem autonomia técnica e pode divergir da conclusão do assistente. E negar a emissão por não ter atendido no momento do acidente também não se sustenta: além de o exame atual ser suficiente, a legislação previdenciária prevê que, na omissão da empresa, a CAT possa ser emitida pelo próprio segurado, seus dependentes, o sindicato, a autoridade pública ou o médico assistente. Resposta B

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Uma mulher com 44 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de diminuição do apetite, insônia terminal e fraqueza. Relata que as queixas tiveram início há dois meses e são diárias, embora em alguns momentos consiga se sentir bem. Informa pouca concentração no trabalho e não apresenta mais interesse em cuidar da sua primeira e única filha de nove meses. Relata ainda fazer uso de duas taças de vinho nos finais de semana. Paralelamente não tem se relacionado bem com o marido desde que a filha nasceu, falta muito ao trabalho e tem deixado a filha sob os cuidados da mãe. Assinale a alternativa com a hipótese diagnóstica correta e a conduta indicada para essa paciente.

A Transtorno depressivo orgânico (depressão pós-parto); prescrição de antidepressivo tricíclico.

B Transtorno de ajustamento (reação depressiva breve); encaminhamento para fazer psicoterapia.

C Episódio depressivo (depressão maior); prescrição de inibidor seletivo de receptação de serotonina. ✓

D Transtorno de humor (depressivo) induzido pelo álcool; recomendação para se abster do uso de álcool.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com dois meses de sintomas diários — hiporexia, insônia terminal, fraqueza, queda de concentração e perda de interesse em cuidar da filha — e prejuízo funcional evidente (faltas ao trabalho, delegação dos cuidados da criança à avó): o quadro preenche critérios de episódio depressivo maior, com número de sintomas e duração acima do exigido (pelo menos cinco sintomas por duas semanas ou mais, incluindo humor deprimido ou anedonia). O tratamento de primeira linha, pelo perfil de eficácia e tolerabilidade, é um inibidor seletivo de recaptação de serotonina, associado a seguimento e psicoterapia.

Rotular como transtorno depressivo orgânico é erro conceitual — não há causa orgânica identificada —, e a depressão puerperal tem início nas primeiras semanas após o parto, não aos nove meses; além disso, tricíclico não é escolha inicial. Transtorno de ajustamento exige estressor identificável recente, sintomas de menor intensidade e, na forma de reação depressiva breve, duração de até um mês, incompatível com dois meses de evolução e prejuízo funcional. Transtorno de humor induzido por álcool exigiria padrão de uso pesado com relação temporal clara com intoxicação ou abstinência, o que duas taças de vinho nos finais de semana não configuram. Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Uma mulher com 25 anos de idade comparece ao Ambulatório e refere o aparecimento, há 10 dias, de ferida não dolorosa na vulva, mostrada na foto abaixo. Relata relação sexual desprotegida há 30 dias. Nega dor ou febre. Ao exame, observa-se lesão única, ulcerada, de bordas endurecidas. Considerando a etiologia mais provável, o exame que deve ser solicitado para confirmação diagnóstica é

A bacterioscopia de esfregaço da lesão corado pelo método de Gram.

B pesquisa em campo escuro do agente etiológico. ✓

C pesquisa bacteriológica a fresco.

D cultura de secreção da lesão. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 22 Prova Cinza
REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera genital única, indolor, de bordas endurecidas, surgida cerca de 20 a 30 dias após relação desprotegida: é o cancro duro da sífilis primária, causada pelo *Treponema pallidum*. O período de incubação (10 a 90 dias, média de 21) e a semiologia da lesão — fundo limpo, base infiltrada, ausência de dor e adenopatia satélite não supurativa — fecham o raciocínio. Nessa fase precoce os testes sorológicos podem ainda estar negativos, de modo que a confirmação se faz pela demonstração direta do espiroqueta em material colhido da lesão, na microscopia em campo escuro.

A bacterioscopia corada pelo Gram é o exame do cancro mole, para pesquisa de *Haemophilus ducreyi*, e o *treponema* não se cora pelas técnicas usuais por ser fino demais para a microscopia óptica convencional. O exame a fresco presta-se à pesquisa de *Trichomonas* e fungos em conteúdo vaginal, não em úlcera genital. A cultura não serve porque o *Treponema pallidum* não cresce em meios artificiais de laboratório. Resposta B

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Em consulta regular na Unidade Básica de Saúde, uma adolescente, com 16 anos de idade e diagnóstico de anemia falciforme, refere que tem apresentado crises de dor do tipo cólica localizada em hipocôndrio direito, que se acentua após a alimentação e melhora com o uso de hioscina por via oral. Nega outros sintomas. São achados relevantes ao exame físico: paciente levemente hipocorada, apresentando dor à palpação profunda de hipocôndrio direito. O exame indicado para o esclarecimento da causa da dor nessa paciente é

A laparoscopia diagnóstica, pois trata-se de endometriose, comum em anemia falciforme.

B ultrassom de abdome superior, pois trata-se de cólica biliar por colelitíase, comum na anemia falciforme. ✓

- C hemograma, pois trata-se de crise de falcilização com dor localizada em hipocôndrio direito por trombose de artéria hepática.
- D tomografia de abdome superior, para avaliação de esplenomegalia e também investigação de colelitíase, ambos comuns na anemia falciforme.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com anemia falciforme e dor em cólica no hipocôndrio direito, desencadeada pela alimentação e aliviada por antiespasmódico: o padrão semiológico é de cólica biliar. A hemólise crônica da doença falciforme aumenta a oferta de bilirrubina não conjugada e favorece a formação de cálculos de bilirrubinato de cálcio, tornando a colelitíase achado frequente já na infância e na adolescência nesses pacientes. O exame indicado é a ultrassonografia de abdome superior, de alta sensibilidade para cálculos vesiculares, barata, sem radiação e capaz de avaliar também vias biliares e baço.

Endometriose não tem relação com anemia falciforme e não causa dor pós-prandial em hipocôndrio direito, além de a laparoscopia jamais ser exame inicial. O hemograma não localiza a dor, e trombose de artéria hepática não é evento característico da falcemia; a crise vaso-oclusiva, ademais, não tem gatilho alimentar nem cede a hioscina. A tomografia expõe a adolescente a radiação e é, paradoxalmente, inferior à ultrassonografia para detectar cálculos biliares. Resposta B

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Uma mãe de lactente com 14 dias de nascido chega à Emergência com queixa de febre baixa e tumoração avermelhada e dolorosa em sua mama esquerda, iniciadas há um dia. Ao exame físico o médico observou bom estado geral e mama esquerda túrgida, dolorosa, avermelhada e com pequena tumoração sem flutuação. A mãe ainda informa que nesse período o neonato está rejeitando parcialmente as mamadas.

A conduta correta a ser tomada para essa paciente é A esvaziamento da mama, preferencialmente pelo lactente, ou por retirada manual; suporte emocional; repouso e analgésicos. ✓

- B esvaziamento manual da mama; suspensão temporária do aleitamento materno; analgésicos e líquidos; compressas locais.
- C esvaziamento da mama preferencialmente pelo lactente; uso do sutiã bem firme; antibiótico oral; repouso e analgésicos.
- D esvaziamento manual da mama; suspensão da amamentação; anti-inflamatórios não esteroides; suporte emocional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Puérpera no 14º dia com mama túrgida, dolorosa e avermelhada, tumoração sem flutuação, febre baixa e bom estado geral, num contexto em que o recém-nascido vem rejeitando parcialmente as mamadas: o quadro é de estase láctea com ingurgitamento e bloqueio de ducto, quase sempre secundário a pega inadequada e esvaziamento insuficiente. A pedra angular do tratamento é a drenagem eficaz da mama — preferencialmente pela sucção do próprio lactente, com correção da pega, complementada por ordenha manual quando ele não esvazia — associada a analgesia, repouso e suporte emocional, já que a dor e a insegurança materna são as principais causas de desmame nessa fase. A ausência de flutuação afasta abscesso e, portanto, a necessidade de drenagem cirúrgica.

Suspender o aleitamento, como propõem duas das alternativas, é justamente o oposto do indicado: agrava a estase e é o principal fator de progressão para mastite e abscesso. Sutiã bem firme comprime a mama e piora a estase — o correto é sustentação adequada, sem compressão —, e antibiótico não está indicado nesta fase inicial, ficando reservado à mastite infecciosa que não melhora com o esvaziamento em 12 a 24 horas ou que cursa com sinais sistêmicos importantes. Resposta A

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Num mesmo turno de trabalho na Unidade Básica de Saúde, o médico atende dois pacientes com quadro de diarreia aguda após terem consumido um prato à base de mariscos no mesmo restaurante. O quadro clínico de ambos foi de cólicas abdominais, febre e episódios de diarreia com muco e sangue, que se iniciou cerca de 24 horas após o consumo de alimentos.

A partir da descrição acima, qual o diagnóstico que deve ser notificado à Vigilância Sanitária municipal? A Botulismo.

B Shigelose. ✓

C Colibacilose.

D Giardíase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois comensais do mesmo restaurante com cólicas, febre e diarreia com muco e sangue iniciadas cerca de 24 horas após a refeição: é um surto de doença transmitida por alimentos com síndrome disentérica, situação de notificação compulsória à vigilância. A combinação de febre com sangue e muco nas fezes indica agente invasivo da mucosa colônica, e entre as opções a shigelose é a compatível: incubação de 12 a 48 horas, dose infectante baixíssima — o que explica surtos e a transmissão por manipulador de alimentos — e disenteria febril com tenesmo.

Botulismo é doença neuromuscular, com diplopia, disfagia e paralisia flácida descendente, classicamente ligada a conservas, e não cursa com diarreia sanguinolenta. Colibacilose é termo inespecífico e, na forma mais associada a alimentos e água, a enterotoxigênica, produz diarreia aquosa sem febre e sem sangue. Giardíase tem incubação de uma a duas semanas e causa diarreia alta, com esteatorreia, distensão e flatulência, nunca disenteria febril. Resposta B

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Uma mulher com 34 anos de idade, em atendimento ambulatorial, refere palpitação, fraqueza e sensação de desmaio, iniciadas há três meses e que vêm se agravando.

A paciente não refere emagrecimento ou febre e está em uso irregular de anticoncepcional oral e de fluoxetina - 40 mg/dia. Ao exame encontra-se descorada, hidratada, sem visceromegalias, taquicárdica, com bulhas rítmicas e normofonéticas. O resultado do hemograma revela: hemoglobina: 7,8 g/dL (Valor de referência = 12 - 16 g/dL); hematócrito: 25% (Valor de referência= 36% - 46%); volume corpuscular médio: 70 fl (Valor de referência= 80 - 100 fl); RDW diminuído; leucócitos totais: 7.470/mm³ (Valor de referência = 4.500 - 11.000/mm³) - [3% bastões, 55% segmentados, 35% linfócitos, 7% monócitos]; plaquetas: 234.000/mm³ (Valor de referência = 150.000 - 350.000/mm³). Sobre as hipóteses diagnósticas e a investigação laboratorial complementar para essa paciente, é correto afirmar que se trata de provável anemia A ferropriva e espera-se que a dosagem de ferro sérico, a ferritina e o índice de saturação de transferrina estejam baixos. ✓

B por perda crônica de sangue, por via menstrual ou gastrointestinal, e espera-se aumento na contagem de reticulócitos.

C secundária a neoplasia, sendo necessário o rastreamento nos sítios mais comuns para mulher: mama e colo de útero.

D devido a deficiência ou erro alimentar na ingestão de ferro, não sendo necessária investigação adicional para a paciente. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 23 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o raciocínio diante de uma anemia microcítica em mulher jovem, e a chave está num detalhe do hemograma que costuma passar despercebido: o RDW. Hemoglobina de 7,8 g/dL com VCM de 70 fL e RDW DIMINUÍDO não combina com carência de ferro — na ferropenia a população de hemácias é heterogênea (microcíticas novas convivendo com normocíticas antigas) e o RDW sobe precocemente, muitas vezes antes mesmo de o VCM cair. Microcitose acentuada e desproporcional à queda da hemoglobina, com RDW normal ou baixo, série branca normal e sem visceromegalias, é o padrão das hemoglobinopatias, sobretudo do traço talassêmico, cuja confirmação se faz com eletroforese de hemoglobina — é essa a linha da alternativa oficial. Em B o erro é duplo: além de o RDW não apoiar ferropenia, na anemia ferropriva não se espera reticulocitose, porque falta substrato para a medula responder; contagem alta de reticulócitos apontaria hemólise ou sangramento já em fase de recuperação, ou resposta à reposição de ferro. Em C não há nenhum elemento na vinheta que aponte neoplasia (sem emagrecimento, sem febre, sem massa, sem visceromegalia), e a anemia associada a doença crônica ou neoplásica é caracteristicamente normocítica e normocrômica, ou apenas discretamente microcítica. Em D está o erro conceitual mais perigoso: em paciente adulto, atribuir anemia microcítica a erro alimentar e dispensar investigação é inaceitável, já que a causa mais comum de ferropenia no adulto é perda crônica de sangue. Resposta A

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Uma mulher com 39 anos de idade, primigesta, com história de atraso menstrual de dois meses, deu entrada no Serviço de Urgência com queixa de sangramento vaginal há um dia e cólica em baixo ventre. Ao exame especular observa-se pequena quantidade de sangue em fundo de saco vaginal. Ao toque vaginal nota-se útero aumentado de volume, amolecido, indolor, com colo uterino fechado.

A ultrassonografia é compatível com gestação tópica de nove semanas e pequeno hematoma subcoriônico. A conduta indicada para essa paciente é A tratamento com AAS e progesterona.

B internação hospitalar e repouso absoluto.

C realização imediata de cerclagem uterina.

D repouso relativo no domicílio e controle ambulatorial. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de ameaça de abortamento: atraso menstrual, sangramento discreto, cólica, útero aumentado e amolecido, colo uterino FECHADO e ultrassonografia mostrando gestação tópica de nove semanas viável, com hematoma subcoriônico pequeno. O colo fechado com embrião vivo é o que separa a ameaça do abortamento inevitável ou incompleto, e o hematoma subcoriônico de pequeno volume é achado frequente, com boa evolução na maioria dos casos. Não existe intervenção que comprovadamente interrompa a evolução de uma ameaça de abortamento, de modo que a conduta é conservadora e ambulatorial: repouso relativo, abstinência sexual, orientação sobre sinais de alarme (aumento do sangramento, cólica intensa, febre, eliminação de material) e reavaliação clínica e ultrassonográfica — exatamente o que descreve a alternativa D. Em A, nem o AAS nem a progesterona têm indicação nesse cenário; a progesterona só se discute em contexto de abortamento habitual ou de insuficiência lútea documentada, e o AAS pertence ao manejo de síndrome antifosfolípide, que não está na história. Em B, a internação é desnecessária em paciente estável, com sangramento discreto e sem repercussão hemodinâmica, e o repouso absoluto não muda o desfecho gestacional, além de aumentar risco tromboembólico numa gestante de 39 anos. Em C, a cerclagem trata incompetência istmocervical, situação de dilatação cervical indolor no segundo trimestre, e é procedimento tipicamente realizado entre 12 e 16 semanas — não faz o menor sentido com nove semanas e colo fechado. Resposta D

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Um homem com 22 anos de idade, previamente saudável, deu entrada no Pronto-Socorro, vítima de acidente de moto, com fratura fechada de colo de fêmur e pneumotórax. Após drenagem percutânea do tórax (dreno fechado) e fixação externa da fratura de colo de fêmur, encontra-se estável e será mantido na enfermaria para aguardar a correção cirúrgica da fratura do colo do fêmur. Qual deve ser a seleção correta de antibioticoprofilaxia para esse paciente?

A Cefazolina. ✓

B Cefuroxima.

C Gentamicina.

D Ciprofloxacina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de antibioticoprofilaxia em cirurgia ortopédica limpa com implante: correção de fratura fechada de colo de fêmur em paciente jovem previamente hígido. O princípio da profilaxia é cobrir a flora esperada no sítio cirúrgico, e em osteossíntese o alvo são os cocos gram-positivos da pele, principalmente *Staphylococcus aureus* e estafilococos coagulase-negativos, além de estreptococos. A cefazolina, cefalosporina de primeira geração, é a droga padrão: tem exatamente esse espectro, boa penetração óssea, meia-vida adequada para redosagem intraoperatória, perfil de segurança conhecido e baixo custo, devendo ser administrada até 60 minutos antes da incisão. Vale lembrar que fratura fechada e dreno de tórax fechado e funcional não são indicação de antibiótico terapêutico nem de ampliação de espectro. Em B, a cefuroxima é de segunda geração e amplia desnecessariamente a cobertura para gram-negativos, sem ganho sobre a cefazolina em cirurgia limpa e com maior pressão seletiva. Em C, a gentamicina tem espectro voltado para gram-negativos aeróbios, cobre mal o estafilococo da pele e ainda soma nefrotoxicidade e ototoxicidade a um politraumatizado. Em D, a ciprofloxacina também erra o alvo, com cobertura antiestafilocócica insuficiente e resistência crescente, além de haver preocupação com o efeito das quinolonas sobre a consolidação óssea e o tecido conjuntivo. Resposta A

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Um lactente, com oito meses e meio de idade, é atendido na Unidade Básica de Saúde com diarreia líquida, com média de sete evacuações ao dia, vômitos e febre. Os sintomas iniciaram-se há dois dias, juntamente com coriza e tosse. Desde os quatro meses de idade, o lactente alimenta-se com leite materno, mamadeira (leite de vaca diluído ao meio e farinha) e papa de vegetais (cada uma dessas refeições, duas vezes ao dia). Ao exame físico, o médico observou choro intenso e sem lágrimas, olhos fundos, boca seca, enchimento capilar prejudicado e sinal da prega desaparecendo lentamente. O lactente está recusando a alimentação, exceto leite materno, que mama avidamente.

A conduta indicada para esse lactente é hidratação A oral (70 mL/kg em até 4 horas) e manutenção do aleitamento materno. Após a melhora, alimentação normal, sem utilização de leite de vaca e derivados.

B oral (100 mL/kg em 4 horas) e manutenção do aleitamento materno. Após a melhora, readequação alimentar, corrigindo-se o preparo das mamadeiras. ✓

C venosa (100 mL/kg de soro glicofisiológico em 2 horas) e suspensão da amamentação. Após a melhora, readequação alimentar, corrigindo-se o preparo das mamadeiras.

D venosa (100 mL/kg de Ringer lactato em 2 horas) e suspensão da amamentação. Após a melhora, retomada da alimentação normal, sem leite de vaca e derivados.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de diarreia aguda infecciosa em lactente com desidratação: choro sem lágrimas, olhos fundos, boca seca, prega cutânea que desaparece lentamente e enchimento capilar prejudicado, mas com criança alerta e mamando avidamente, ou seja, sedenta e capaz de ingerir líquidos. Isso caracteriza desidratação de grau moderado, sem choque, e o tratamento indicado é o plano B do Ministério da Saúde: terapia de reidratação oral com sal de reidratação de baixa osmolaridade, cerca de 50 a 100 mL/kg em quatro horas, oferecidos de forma fracionada e sob supervisão na unidade de saúde, mantendo-se o aleitamento materno em livre demanda durante todo o processo. Superada a desidratação, entra a segunda metade da resposta: a dieta desse lactente está errada — leite de vaca diluído ao meio com farinha aos oito meses é preparo inadequado, hipoproteico e hipercalórico às custas de amido — e a conduta é corrigir o preparo e adequar a alimentação complementar, não excluir o leite de vaca. Isso é o que a alternativa B reúne. Em A, o volume proposto e, principalmente, a retirada de leite de vaca e derivados não se justificam, pois a exclusão de lactose ou de proteína do leite não é rotina na diarreia aguda. Em C e D o erro é maior e duplo: indicar hidratação venosa numa criança que aceita líquidos por via oral e, sobretudo, suspender a amamentação, conduta que nunca se faz em diarreia — o leite materno é protetor, reduz a duração do quadro e deve ser mantido inclusive durante a fase de reidratação. Resposta B

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Um homem com 76 anos de idade, professor aposentado, residente numa cidade do interior do Ceará, a 200 km da capital, Fortaleza, é portador de câncer do reto, com metástases para fígado e pulmão, após dois anos de evolução da doença. Fez tratamento na capital, onde foi submetido a duas cirurgias e quimioterapia, finalizada há cerca de três meses. Desde então, vem recebendo atendimento médico domiciliar em sua cidade de origem, pela equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) local.

A família procura o médico da Unidade informando que, após sua última visita, o paciente evoluiu com piora gradativa da falta de ar, vindo a falecer no domicílio há poucas horas. O atestado de óbito desse paciente deve ser fornecido pelo A Instituto Médico Legal.

B Serviço de Verificação de Óbito.

C médico da UBS que atendeu o paciente na fase terminal da doença. ✓

D médico oncologista que conduziu o tratamento no Serviço de Oncologia da capital.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da responsabilidade pelo preenchimento da declaração de óbito, tema regulado pela Resolução do Conselho Federal de Medicina e pelas normas do Ministério da Saúde. O paciente tinha câncer de reto com metástases hepáticas e pulmonares, doença de causa natural e perfeitamente conhecida, e vinha sendo acompanhado em atendimento domiciliar pela equipe da Unidade Básica de Saúde. A regra é direta: morte natural, de causa conhecida, em paciente que estava sob assistência médica, o atestado cabe ao médico que o assistia — no caso, o médico da UBS que acompanhava a fase terminal, mesmo que não estivesse presente no momento exato do óbito. Em A, o Instituto Médico Legal só atua nas mortes violentas ou suspeitas de violência (acidentes, homicídios, suicídios) e nos óbitos sem identificação, o que não se aplica a uma morte esperada por neoplasia avançada. Em B, o Serviço de Verificação de Óbito é destinado às mortes naturais sem assistência médica ou de causa desconhecida, justamente para esclarecer a causa por necropsia — aqui a causa é conhecida e havia assistência, de modo que encaminhar o corpo ao SVO seria erro que apenas retarda o sepultamento e traz sofrimento adicional à família. Em D, o oncologista da capital encerrou o tratamento há três meses e não acompanhava o paciente na fase terminal; não é dele a obrigação legal, além de a distância inviabilizar a conduta. Resposta C

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Um homem com 36 anos de idade é admitido na Emergência apresentando vômitos com sangue vivo em grande quantidade e informando ter apresentado três episódios semelhantes nas últimas duas horas. Ao exame encontra-se em mau estado geral, com palidez cutâneo-mucosa, taquicárdico, pressão arterial = 80 x 50 mmHg, fígado não palpável, baço palpável a 3 cm do rebordo costal esquerdo. Tem antecedentes de etilismo, ingerindo um litro de bebida destilada por dia, nos últimos oito anos.

A causa da hemorragia digestiva e o manejo inicial correto desse paciente são A gastrite erosiva, devendo-se primeiramente realizar a endoscopia digestiva para caracterizar e interromper os pontos de sangramento.

B esofagite, sendo fundamental a reposição volêmica imediata com sangue total e plasma fresco, com vistas a manter a hemoglobina acima de 11 g/dL.

C hipertensão portal, recomendando-se a reposição volêmica, inicialmente com cristaloídes, e endoscopia digestiva alta entre 2 e 24 horas do atendimento. ✓

D síndrome de Mallory-Weiss, devendo-se fazer a reposição volêmica imediata com coloide, sendo a endoscopia digestiva alta contraindicada nessa fase. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 24 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem etilista pesado, com hematêmese volumosa e repetida, choque hipovolêmico (PA 80 x 50 mmHg, taquicardia, palidez) e esplenomegalia ao exame: o conjunto aponta hipertensão portal por hepatopatia crônica alcoólica, com sangramento de varizes esofagogástricas. A esplenomegalia é o dado que costura o diagnóstico, porque traduz congestão do sistema porta; o fígado não palpável não afasta cirrose, já que o órgão frequentemente se retrai. O manejo inicial obedece à sequência do trauma clínico: estabilizar primeiro. Isso significa dois acessos calibrosos, reposição volêmica inicial com cristaloídes, transfusão com estratégia restritiva (alvo de hemoglobina em torno de 7 a 8 g/dL), somadas a droga vasoativa esplâncnica (terlipressina ou octreotida) e antibioticoprofilaxia com ceftriaxona, deixando a endoscopia digestiva alta para depois da estabilização, dentro das primeiras horas — em geral até 12 a 24 horas —, quando ela se torna diagnóstica e terapêutica (ligadura elástica). É o que descreve a alternativa C. Em A, gastrite erosiva não explica esplenomegalia nem hematêmese maciça, e levar à endoscopia um paciente hipotenso e não ressuscitado é erro de prioridade, com risco de broncoaspiração e parada. Em B, esofagite raramente causa sangramento desse volume, e perseguir hemoglobina acima de 11 g/dL é conduta ultrapassada e deletéria: a hipertransfusão eleva a pressão portal e aumenta o ressangramento e a mortalidade. Em D, a síndrome de Mallory-Weiss decorre de vômitos repetidos que inicialmente não contêm sangue, não cursa com esplenomegalia, e a endoscopia jamais estaria contraindicada nessa fase. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Uma paciente secundigesta, com idade gestacional de 30 semanas e pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde, vinha evoluindo sem anormalidades até o momento em que deu entrada no Pronto-Socorro com queixa de cólicas e sangramento vaginal há duas horas. Ao exame apresenta: bom estado geral, normocorada, pressão arterial = 120 x 70 mmHg, frequência cardíaca = 80 bpm, dinâmica uterina ausente, ausculta fetal = 136 bpm. O exame especular evidencia sangramento discreto pelo orifício do colo uterino. A ultrassonografia é compatível com placenta prévia.

A conduta indicada para essa paciente é A recomendar repouso domiciliar e administrar tocolíticos por via oral.

B encaminhar para maternidade para realização de cesárea de urgência.

C encaminhar para maternidade para realização de cerclagem do colo uterino.

D internar a paciente para monitorização e corticoterapia para maturação pulmonar fetal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de sangramento da segunda metade da gestação com diagnóstico ultrassonográfico de placenta prévia: sangue vermelho vivo, indolor, sem dinâmica uterina, com útero de tônus normal e feto com boa vitalidade — o oposto do quadro de descolamento prematuro de placenta, que traria dor, hipertonia e sofrimento fetal. Com 30 semanas, gestante estável e normocorada, sangramento discreto e batimentos fetais normais, a conduta é expectante e hospitalar: internar para vigilância materna e fetal, garantir tipagem sanguínea e reserva, avaliar hematócrito e administrar corticoide para maturação pulmonar fetal, indicado entre 24 e 34 semanas justamente porque o risco de interrupção prematura é alto. É a alternativa D. Em A, mandar para casa uma paciente que está sangrando por placenta prévia é inaceitável, pois o próximo episódio pode ser maciço e distante do hospital; além disso, não há contrações a tocolisar, e o tocolítico oral não tem papel nesse manejo. Em B, a cesárea de urgência se reserva ao sangramento intenso ou persistente, à instabilidade materna, ao sofrimento fetal ou ao trabalho de parto instalado — nada disso está presente, e interromper com 30 semanas sem indicação condena o recém-nascido à prematuridade evitável. Em C, a cerclagem trata incompetência istmocervical, é feita no início do segundo trimestre e seria formalmente contraindicada diante de placenta prévia com sangramento ativo. Resposta D

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Um homem com 25 anos de idade, baterista de trio elétrico, deu entrada no Pronto-Socorro há 24 horas, vítima de extensa queimadura elétrica em rede de alta tensão. Foi transferido para Unidade de Terapia Intensiva após hidratação vigorosa e mantém estabilidade hemodinâmica com aminas vasoativas. Está evoluindo com redução do débito urinário e aumento da creatinina sérica. Está também em ventilação mecânica e o balanço hídrico de 24 horas é positivo em +3.500 mL. A medida da pressão venosa central do paciente é de 20 cmH₂O. O potássio sérico dosado hoje é de 5,5 mEq/L. O pH sérico é de 7,6 mEq/L; e o pH urinário, 6,5. O ECG está normal. Qual deve ser a conduta imediata a ser tomada para o paciente?

A Alcalinizar a urina.

B Aumentar a volemia.

C Prescrever diurético. ✓

D Prescrever gluconato de cálcio.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de lesão renal aguda em vítima de queimadura elétrica extensa, cenário classicamente associado a rabdomiólise, mas a questão pede a conduta IMEDIATA a partir dos números apresentados, e cada um deles fecha uma porta. O paciente já recebeu hidratação vigorosa e agora está francamente hipervolêmico: balanço hídrico de +3.500 mL em 24 horas e pressão venosa central de 20 cmH₂O, com oligúria e creatinina em ascensão, em ventilação mecânica. Diante de sobrecarga volêmica com débito urinário caindo, a medida imediata é o diurético de alça, tentando restabelecer a diurese e aliviar a congestão, o que corresponde à alternativa C. Em A, alcalinizar a urina só faria sentido em rabdomiólise com urina ácida e paciente sem alcalemia; aqui o pH urinário já é 6,5 e o pH arterial de 7,6 mostra alcalose importante, de modo que dar mais bicarbonato agravaria a alcalemia e a hipocalcemia subsequente. Em B, aumentar a volemia é justamente o contrário do que o paciente precisa: com PVC de 20 cmH₂O e balanço muito positivo, mais volume significa edema pulmonar e piora da ventilação. Em D, o gluconato de cálcio é estabilizador de membrana miocárdica, indicado na hipercalemia com repercussão eletrocardiográfica; aqui o potássio de 5,5 mEq/L é apenas discretamente elevado e o ECG está normal, além de a alcalose favorecer a entrada de potássio na célula. Vale registrar que o ponto é discutível: o diurético não reverte necrose tubular estabelecida nem melhora desfecho renal, servindo apenas ao controle volêmico, e há quem defenda a indicação precoce de terapia dialítica nesse perfil. Resposta C

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Um pré-escolar, com dois anos e nove meses de idade, é trazido à Unidade Básica de Saúde de sua cidade com os resultados dos exames anteriormente solicitados. Naquela ocasião, a mãe relatou que a criança apresentava cansaço e falta de apetite, além de dor abdominal e episódios de diarreia e vômitos esporádicos. Há algumas semanas apresentou vesículas e prurido intenso nos pés. Exame físico: regular estado geral, emagrecido e pálido; com distensão abdominal. Hemograma: hemoglobina = 9,9 g/dL (Valor de referência = 11,5 - 13,5 g/dL); hematócrito = 33% (Valor de referência = 34%-40%); volume corpuscular médio = 72 fl; (Valor de referência = 70-86 fl); hemoglobina corpuscular média = 22 pg/célula (Valor de referência = 22-31 pg/célula); leucócitos = 9.200/mm³ (Valor de referência = 5.500 - 14.500/mm³), basófilos = 0%, eosinófilos = 10 %, bastões = 1%, segmentados = 40%, linfócitos = 50%, monócitos = 0%. O diagnóstico correto e tratamento indicado para essa criança são

A giardíase; metronidazol.

B ascaridíase; cambendazol.

C ancilostomíase; mebendazol. ✓

D larva migrans cutânea; tiabendazol. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 25 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta reúne quatro peças que se encaixam numa só doença: anemia microcítica e hipocrômica (hemoglobina 9,9 g/dL, VCM 72 fL), eosinofilia de 10%, sintomas digestivos com dor abdominal, diarreia e distensão, e — o dado que fecha o diagnóstico — vesículas com prurido intenso nos PÉS há algumas semanas. Essa lesão cutânea é a porta de entrada da larva filarioide de *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus*, que penetra na pele descalça, faz ciclo pulmonar, chega ao intestino delgado e ali se fixa à mucosa, espoliando sangue de forma crônica. Daí a tríade da ancilostomíase: dermatite de entrada, eosinofilia e anemia ferropriva com desnutrição, quadro conhecido como amarelão. O tratamento de escolha é benzimidazólico, mebendazol ou albendazol, associado à reposição de ferro — alternativa C. Em A, a giardíase cursa com diarreia crônica e má absorção, mas não causa lesão cutânea, não dá eosinofilia (é protozoário) nem espoliação sanguínea. Em B, a ascaridíase pode dar eosinofilia e sintomas abdominais, porém não tem porta de entrada cutânea nem provoca anemia ferropriva por perda de sangue. Em D, a larva migrans cutânea, causada por ancilostomídeos de cão e gato, produz lesão serpiginosa e pruriginosa que não evolui para parasitismo intestinal, portanto não explica a anemia nem os sintomas digestivos. Resposta C

QUESTÃO 82 — Gabarito C

Uma mulher com 20 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde com a lesão em hálux mostrada abaixo, que surgiu há sete dias, após manipulação da unha pela manicure. A paciente refere dor latejante, mas nega febre ou outros sintomas. Ao exame apresenta: ausência de secreção purulenta; ausência de adenopatia regional.

A conduta adequada para a resolução do quadro apresentado pela paciente é A a prescrição de antibiótico de largo espectro por 10 dias.

B a limpeza do dedo com sabão e água, degermação com povidine e remoção da unha inteira com anestesia local.

C a remoção de uma elipse de pele e tecido subcutâneo da borda com tecido de granulação, suturando-se com nylon. ✓

D a remoção de um segmento da unha com anestesia da região realizada através de bloqueio digital com lidocaína com vasoconstritor.

COMENTÁRIO OSCELABS

O contexto clínico é o de onicocriptose, a unha encravada, desencadeada por corte inadequado da lâmina ungueal pela manicure, com sete dias de dor latejante na borda do hálux. Os dois dados negativos são decisivos para a conduta: ausência de secreção purulenta e ausência de adenopatia regional afastam paroníquia infectada e celulite, restando a inflamação crônica da borda com tecido de granulação. Nessa situação, o tratamento é a ressecção do tecido doente: retira-se uma elipse de pele e subcutâneo da prega lateral, incluindo o tecido de granulação, com síntese posterior — a manobra reduz o volume do sulco periungueal e afasta a borda da lâmina, resolvendo o conflito mecânico que perpetua a lesão. É a alternativa C. Em A, antibiótico de largo espectro por dez dias não tem indicação, porque não há infecção nem sinais sistêmicos, e não corrige a causa mecânica do problema. Em B, a remoção da unha inteira é conduta desnecessariamente mutilante, com regeneração frequentemente distrófica e alta recidiva; quando se opta pela via ungueal, retira-se apenas a faixa lateral. Em D, além de a ressecção parcial da unha não tratar o tecido de granulação da borda, há um erro clássico e grave: bloqueio digital com lidocaína associada a VASOCONSTRITOR, historicamente proscrito em extremidades por risco de isquemia digital — é a pegadinha da questão. Resposta C

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Um paciente com 52 anos de idade, atendido no Ambulatório com queixa de dor epigástrica há quatro meses, retorna ao Ambulatório com o resultado de endoscopia digestiva alta, que evidenciou úlcera duodenal com pesquisa positiva para a presença do H. Pylori. Além do inibidor da bomba de prótons duas vezes ao dia, o tratamento medicamentoso recomendado para o paciente é

A amoxicilina na dose de 500 mg de 8/8 horas, por 7 dias.

B claritromicina na dose de 500 mg de 12/12 horas por 10 dias.

C claritromicina e amoxicilina, ambos na dose de 1g, uma vez ao dia, por 7 dias.

D claritromicina 500 mg de 12/12 horas e amoxicilina - 1g de 12/12 horas, por 10 dias EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 26 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o esquema de erradicação do *Helicobacter pylori* em paciente com úlcera duodenal, situação em que a erradicação é indicação formal, pois cicatriza a lesão, previne recidiva e reduz o risco de complicações. O esquema tríptico padrão consagrado no Brasil combina inibidor de bomba de prótons em dose plena duas vezes ao dia com DOIS antimicrobianos: claritromicina 500 mg de 12 em 12 horas e amoxicilina 1 g de 12 em 12 horas, por 7 a 14 dias, sendo que os consensos mais recentes privilegiam durações de 10 a 14 dias por conferirem taxas de erradicação superiores. É exatamente o que descreve a alternativa D, com as duas drogas, nas doses e nos intervalos corretos, por 10 dias. Em A, amoxicilina isolada é monoterapia antimicrobiana, estratégia que não erradica a bactéria e ainda seleciona resistência, e a dose de 500 mg de 8 em 8 horas é insuficiente para esse fim. Em B, claritromicina isolada tem o mesmo problema conceitual e é particularmente ruim, já que a resistência à claritromicina é o principal determinante de falha terapêutica quando ela é usada sem parceiro. Em C, ainda que as duas drogas certas estejam presentes, a posologia está errada: administração uma vez ao dia não mantém níveis séricos adequados, sobretudo para a amoxicilina, cuja eficácia é tempo-dependente e exige fracionamento. Resposta D

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Uma adolescente, com 19 anos de idade, comparece ao plantão da Unidade de Emergência relatando ter sofrido violência sexual há cerca de 48 horas. Afirma que não procurou o atendimento antes por ter recebido ameaças anônimas por telefone. Afirma que sofreu penetração vaginal com ejaculação.

A profilaxia da infecção por HIV com antirretrovirais para a paciente deve ser A realizada com a nevirapina ou o efavirenz.

B iniciada em até 96 horas da violência sexual.

C mantida sem interrupção por quatro semanas. ✓

D é contra-indicada pelo tempo já decorrido.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o atendimento à vítima de violência sexual, e a questão foca a profilaxia pós-exposição ao HIV. Houve penetração vaginal com ejaculação, exposição de risco que indica formalmente a profilaxia, e a paciente chegou com 48 horas do evento, ainda dentro da janela. Os pontos que a norma do Ministério da Saúde fixa são: iniciar o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras duas horas, com limite máximo de 72 horas, e manter o esquema antirretroviral por 28 dias ininterruptos, sem interrupção, já que a suspensão precoce compromete a eficácia e favorece resistência — é o que afirma a alternativa C. O atendimento não se esgota aí: inclui contracepção de emergência, profilaxia de infecções sexualmente transmissíveis não virais, avaliação de imunização para hepatite B e tétano, sorologias basais, acolhimento e notificação compulsória. Em A, a nevirapina é formalmente contraindicada na profilaxia pós-exposição pelo risco de hepatotoxicidade grave e reações cutâneas potencialmente fatais, e o efavirenz também não compõe o esquema preferencial, pelos efeitos neuropsiquiátricos e pelo risco em gestação de primeiro trimestre. Em B, o prazo de 96 horas está errado: o limite é de 72 horas, e depois disso o benefício não está demonstrado. Em D, a afirmação de contraindicação pelo tempo decorrido é falsa, pois 48 horas ainda se situam dentro do intervalo em que a profilaxia é indicada. Resposta C

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Uma criança, do sexo feminino, com 2 anos de idade foi internada na Enfermaria de um hospital com história de diarreia há 4 meses, com 7 a 8 evacuações por dia, caracterizadas por fezes volumosas e de odor fétido. Ao exame físico: estado geral comprometido, palidez cutânea, emagrecimento, hipotrofia muscular mais evidente em região glútea e distensão abdominal. Não há outros achados significativos. O diagnóstico correto e a sequência da investigação diagnóstica são

A diarreia funcional; dosagem de eletrólitos séricos e pesquisa da gordura fecal.

B doença celíaca; dosagem de anticorpos antiendomísio e antitransglutaminase e biópsia intestinal. ✓

C doença de Crohn; dosagem do ASCA (anticorpo anti-Saccharomyces cerevisie) e enema opaco.

D retocolite ulcerativa; dosagem do p-ANCA (anticorpo perinuclear contra estruturas citoplasmáticas do neutrófilo) e biópsia de cólon.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de diarreia crônica com síndrome de má absorção em lactente maior: quatro meses de evolução, fezes volumosas e fétidas (esteatorreia), emagrecimento, palidez, distensão abdominal e hipotrofia glútea — a tétrade que caracteriza a doença celíaca na faixa etária em que o glúten já foi introduzido há tempo suficiente. A investigação segue exatamente a ordem proposta: sorologia primeiro, com antitransglutaminase IgA (com dosagem de IgA total) e antiendomísio, que têm alta sensibilidade e especificidade, e confirmação por biópsia de duodeno com classificação de Marsh, que continua sendo o padrão-ouro em criança fora dos critérios de dispensa por título muito elevado. Diarreia funcional (diarreia crônica inespecífica do lactente) é diagnóstico de exclusão e, por definição, cursa com criança eutrófica e ganho ponderal preservado, o oposto do que se descreve. Doença de Crohn é rara nessa idade, costuma cursar com dor, sangue, doença perianal e manifestações sistêmicas, e a dupla proposta (ASCA e enema opaco) tem baixa acurácia e foi substituída por ileocolonosopia com biópsias. Retocolite ulcerativa se manifesta com diarreia mucossanguinolenta e tenesmo, não com esteatorreia e desnutrição por má absorção, e o p-ANCA é apenas marcador auxiliar. Resposta B

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Um homem com 53 anos de idade, tabagista e com história prévia de cardiopatia, tem parada cardiorrespiratória na Unidade Básica de Saúde, enquanto aguardava atendimento.

A sequência correta de medidas a serem adotadas nessa situação é A verificar o nível de consciência; acionar o Serviço de Emergência; verificar o pulso; iniciar compressões torácicas. ✓

B iniciar compressões torácicas; verificar o pulso; acionar o Serviço de Emergência; verificar o nível de consciência.

C acionar o Serviço de Emergência; verificar o pulso; verificar o nível de consciência; iniciar compressões torácicas.

D acionar o Serviço de Emergência; avaliar o nível de consciência; iniciar compressões torácicas. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 27 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a sequência inicial do suporte básico de vida no adulto com parada cardiorrespiratória presenciada em ambiente com poucos recursos, situação em que a ordem das ações determina o tempo até a primeira compressão. Pelas diretrizes de ressuscitação vigentes na época da prova e mantidas em essência até hoje, o socorrista deve primeiro checar a responsividade e a respiração (verificar o nível de consciência), em seguida acionar imediatamente o serviço de emergência e pedir o desfibrilador, depois checar o pulso central em até dez segundos e, confirmada a ausência de pulso, iniciar as compressões torácicas de alta qualidade, seguindo a ordem C-A-B. Reconhecer antes de acionar é o que evita chamar equipe para vítima responsiva; acionar antes de comprimir é o que garante que o desfibrilador chegue enquanto se comprime, já que em cardiopata a causa provável é fibrilação ventricular. A alternativa B inverte tudo, comprimindo antes de saber se há parada e deixando o acionamento para o fim, o que atrasa a desfibrilação. A alternativa C manda checar pulso em quem ainda não se sabe se está inconsciente, invertendo a avaliação inicial. A alternativa D suprime a checagem de pulso, etapa que a banca exige do socorrista profissional para confirmar a parada antes de iniciar as compressões. Resposta A

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Um homem com 38 anos de idade vem à consulta no ambulatório de Clínica Médica encaminhado da Unidade Básica de Saúde por apresentar episódios recorrentes de cefaleia. As crises iniciaram-se há dois anos, com cefaleia unilateral esquerda, de forte intensidade, acompanhada de lacrimejamento, rinorreia e ptose palpebral do mesmo lado da dor, durando de 20 a 30 minutos. O paciente relata que as crises ocorrem diariamente por cerca de duas semanas, cessando completamente e reiniciando, aproximadamente, seis meses depois. Os últimos episódios ocorreram há quatro meses. O paciente refere uso de analgésicos comuns e naproxeno durante as crises, relatando alívio apenas parcial, e nega a ocorrência de aura ou presença de fatores desencadeantes.

A hipótese diagnóstica e a conduta a ser adotada para esse paciente são A enxaqueca sem aura, sendo indicado iniciar profilaxia com amitriptilina.

B arterite de células gigantes, necessitando de avaliação pelo reumatologista.

C cefaleia tensional, devendo ser prescrito relaxante muscular como ciclobenzaprina.

D cefaleia em salvas, devendo o paciente ser encaminhado para avaliação do neurologista. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descrito é uma cefaleia trigêmino-autônômica: dor estritamente unilateral, de forte intensidade, com duração curta (20 a 30 minutos), acompanhada de lacrimejamento, rinorreia e ptose palpebral ipsilaterais, com crises diárias por cerca de duas semanas seguidas de remissão de meses. Esse conjunto preenche os critérios da cefaleia em salvas: ataques de 15 a 180 minutos, frequência de uma a oito por dia, sinais autonômicos cranianos homolaterais (incluindo síndrome de Horner parcial) e o padrão em surtos separados por períodos livres — a característica que dá nome à doença. A refratariedade a analgésicos comuns e a anti-inflamatórios também é típica, pois o tratamento da crise depende de oxigênio a alto fluxo e triptano subcutâneo, o que justifica o encaminhamento ao neurologista para tratamento abortivo e profilático (verapamil). A enxaqueca sem aura não se sustenta: as crises durariam de 4 a 72 horas, viriam com náusea, foto e fonofobia, e não com disautonomia craniana nem com periodicidade em surtos. Arterite de células gigantes ocorre acima dos 50 anos, com dor temporal contínua, claudicação de mandíbula e provas inflamatórias elevadas, incompatível com um homem de 38 anos e crises de 20 minutos. Cefaleia tensional é bilateral, em pressão, de intensidade leve a moderada e sem qualquer sinal autonômico. Resposta D

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Em consulta de rotina, uma primigesta com 11 semanas de gestação queixa-se de fraqueza, alteração do apetite, além de náuseas e vômitos diários, principalmente após as refeições. A gestante demonstra preocupação sobre o quadro clínico, com receio de interferência no desenvolvimento da gravidez. Na abordagem terapêutica dessa intercorrência no pré-natal, deve-se orientar a gestante a

A diminuir a frequência das refeições ao longo do dia.

B realizar períodos de repouso, logo após as principais refeições.

C priorizar alimentos gordurosos para elevação do aporte calórico.

D evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos das refeições. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de náuseas e vômitos do primeiro trimestre, intercorrência benigna e autolimitada que acomete até 80% das gestantes e costuma ceder por volta da 16ª semana; a abordagem inicial é dietética e comportamental, e o papel do médico inclui reduzir a ansiedade da paciente esclarecendo que o quadro leve não compromete o desenvolvimento fetal. A orientação correta é separar sólidos de líquidos: ingerir os líquidos nos intervalos, e não durante as refeições, diminui a distensão gástrica e o retardo do esvaziamento, reduzindo tanto a náusea quanto o refluxo — recomendação que consta dos manuais de pré-natal do Ministério da Saúde. Diminuir a frequência das refeições é exatamente o contrário do preconizado: o correto é fracionar a dieta em várias refeições pequenas ao dia, evitando o estômago vazio, que piora a náusea, e o volume grande, que a desencadeia. Repousar deitada logo após as refeições favorece o relaxamento do esfíncter esofágico inferior e o refluxo, agravando o sintoma; recomenda-se permanecer sentada ou caminhar levemente. Priorizar alimentos gordurosos é a pior escolha, pois a gordura é o macronutriente que mais retarda o esvaziamento gástrico e mais precipita náusea; a orientação é dieta leve, seca e fracionada, com preferência por carboidratos. Resposta D

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Um homem com 35 anos de idade, obeso, sedentário, foi admitido no Serviço de Emergência com quadro agudo de dor retroesternal e epigástrica, em queimação, que o acordou no meio da noite. Relata episódios pregressos semelhantes, porém de menor intensidade e geralmente após refeições copiosas. No momento da consulta, estava extremamente ansioso, frequência cardíaca = 104 bpm, pressão arterial = 150 x 110 mmHg e ausculta cardíaca e pulmonar sem anormalidades. O paciente foi incluído em protocolo de avaliação de dor torácica e foi indicada internação para observação e exames seriados por 12 horas. Qual dos seguintes achados de exames complementares afasta o diagnóstico de dor torácica não cardíaca?

A ECG normal após 12 horas.

B Ecocardiograma normal após 12 horas.

C EDA - hérnia hiatal com esofagite de refluxo moderada.

D Ausência de elevação de CK MB e troponina em 12 horas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz um paciente com dor retroesternal e epigástrica em queimação, noturna e recorrente após refeições copiosas, num obeso sedentário — perfil que sugere doença do refluxo, mas que entra em protocolo de dor torácica justamente porque a clínica isolada não exclui síndrome coronariana aguda. Dentro desse protocolo, o único achado com poder para encerrar a investigação de origem isquêmica é a curva de marcadores de necrose miocárdica: troponina e CK-MB seriadas negativas ao longo de 12 horas afastam infarto agudo do miocárdio com sensibilidade próxima de 100% nesse intervalo, e é esse o exame que decide o destino do paciente. As demais opções não têm esse poder discriminatório. Um ECG normal, mesmo após 12 horas, não exclui coronariopatia — cerca de metade dos pacientes com síndrome coronariana aguda tem eletrocardiograma inicial normal ou inespecífico. O ecocardiograma em repouso, fora da dor, pode ser normal na doença coronariana sem necrose, servindo apenas para avaliar complicações e diagnósticos diferenciais estruturais. E a endoscopia mostrando hérnia hiatal com esofagite não afasta nada: refluxo é altamente prevalente e pode coexistir com doença coronariana, de modo que achar uma causa esofágica não isenta o paciente de evento cardíaco. Vale a ressalva de que a redação do enunciado é confusa, com dupla negativa, e o que a banca de fato cobrou foi o exame que exclui a origem cardíaca da dor. Resposta D

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Uma criança do sexo masculino com dois anos de idade chega à Emergência apresentando febre alta, salivação profusa, voz abafada, desconforto respiratório, agitação e ansiedade. O quadro iniciou-se há cerca de 8 horas, com dificuldade para deglutir, que piorou muito na última hora. A criança nunca foi à Unidade Básica de Saúde para vacinação. Ao exame físico o médico observou temperatura axilar de 39,8 °C, aparência toxêmica, corpo inclinado para frente, com hiperextensão do pescoço, protusão do queixo e posicionamento da língua para fora, fazendo a saliva escorrer pela boca, além de estridor inspiratório.

A conduta neste momento é A oxigenioterapia, intubação eletiva e ceftriaxona por via endovenosa. ✓

B radiografia lateral do pescoço, corticoide e cefotaxime por via endovenosa.

C nebulização com adrenalina, laringoscopia e ampicilina por via endovenosa.

D nebulização com beta adrenérgico, radiografia de tórax e amoxicilina por via oral. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 28 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de epiglote aguda: criança de dois anos, não vacinada (portanto sem proteção contra *Haemophilus influenzae* tipo b), com instalação rápida em horas de febre alta, toxemia, disfagia, sialorreia, voz abafada e estridor inspiratório, adotando a posição de tripé com pescoço em hiperextensão e queixo protruso. Essa postura é o esforço para manter a via aérea pérvia e sinaliza obstrução iminente, o que faz da questão um problema de via aérea, não de diagnóstico por imagem. A conduta correta é ofertar oxigênio sem agitar a criança e levá-la para intubação eletiva em ambiente controlado, idealmente centro cirúrgico com equipe apta a traqueostomia de resgate, associando cefalosporina de terceira geração endovenosa (ceftriaxona) para cobrir *H. influenzae* b e demais agentes. Radiografia lateral de pescoço, mesmo com o clássico sinal do polegar, exige deslocar e posicionar a criança, atrasa a via aérea definitiva e pode precipitar a obstrução total; corticoide não é o eixo do tratamento. Nebulização com adrenalina é conduta de laringotraqueíte viral, e laringoscopia fora do ambiente preparado pode desencadear laringoespasma e parada; ampicilina isolada ainda deixa descoberta a resistência por betalactamase. A última opção é inadequada em todos os pontos: beta-adrenérgico não trata obstrução supraglótica, radiografia de tórax não responde à pergunta e antibiótico por via oral é impossível em criança que não consegue deglutir a própria saliva. Resposta A

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Um paciente com 15 anos de idade é trazido pela mãe à consulta médica na Unidade Básica de Saúde, pois há oito meses vem apresentando episódios de falta de ar de duas a três vezes por semana, ocasionalmente acordando à noite (2 vezes/mês). As crises são relatadas como de leve intensidade. Nunca precisou ser levado ao Serviço de Urgência. No entanto, chegou a faltar à escola três vezes nesse semestre devido às queixas. Trouxe resultado de espirometria solicitada na consulta anterior, demonstrando padrão obstrutivo, com VEF1 > 80%, e refere resposta significativa ao broncodilatador. Além das medidas educativas e de controle ambiental, qual deve ser a terapêutica indicada?

A Nebulizações com fenoterol e brometo de ipratrópio até de 6/6h em caso de falta de ar.

B Associação de formoterol e budesonida, administrados por via inalatória, duas vezes ao dia.

C Beclometasona 200 mcg, inalada duas vezes ao dia, e salbutamol spray caso tenha falta de ar. ✓

D Fluticasona 250 mcg, aplicada por via inalatória duas vezes ao dia, e salmeterol spray caso tenha crises.

COMENTÁRIO OSCELABS

O adolescente tem sintomas mais de duas vezes por semana, despertares noturnos duas vezes ao mês e limitação de atividade (faltas escolares), com espirometria mostrando obstrução reversível e VEF1 acima de 80% do previsto: isso classifica a asma como persistente leve, ou seja, etapa 2 do tratamento. Nessa etapa, a base do controle é o corticoide inalatório em dose baixa de manutenção, associado a um beta-2 agonista de curta duração para alívio — exatamente beclometasona 200 mcg duas vezes ao dia com salbutamol spray de resgate. A lógica é tratar a inflamação crônica das vias aéreas, que é o que reduz exacerbações e perda de função pulmonar, e não apenas o broncoespasmo. Prescrever apenas nebulização com fenoterol e ipratrópio deixa o paciente sem controle da inflamação e usa uma associação própria do tratamento da crise, mantendo-o refém do sintoma. A combinação formoterol com budesonida corresponde às etapas 3 e 4, indicada quando a dose baixa de corticoide inalatório isolada não controla, sendo excessiva como terapia inicial de asma persistente leve. A última opção erra duas vezes: fluticasona 250 mcg duas vezes ao dia é dose alta e desnecessária nesse grau, e usar salmeterol como medicação de resgate é falha grave, pois beta-2 de longa duração não tem início de ação adequado para crise e nunca deve ser usado sem corticoide inalatório associado, pelo risco de eventos graves. Resposta C

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Uma paciente primigesta, negra, com 17 anos de idade e no terceiro trimestre de gestação, é trazida à Emergência Obstétrica devido a história de cefaleia intensa, seguida de epigastralgia há 40 minutos. Familiares informam que a paciente referiu turvação visual e que, após esses sintomas, apresenta-se meio "aérea", motivo pelo qual a trouxeram ao hospital. A gestante apresenta-se consciente, ainda referindo turvação visual e epigastralgia. Refere melhora da cefaleia. Ao exame apresenta: palidez cutâneo-mucosa (+++/4+), pressão arterial = 180 x 120 mmHg, edema em membros inferiores (++++/4+), batimentos cardíacos (feto 1 = 120 bpm; feto 2 = 105 bpm). Com base nos dados clínico-obstétricos expostos, o diagnóstico e a conduta imediata a ser tomada são

A eclâmpsia; resolução da gestação.

B síndrome HELLP; administração de dexametasona.

C iminência de eclâmpsia; administração de sulfato de magnésio. ✓

D pré-eclâmpsia grave; administração de hidralazina endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A adolescente primigesta, no terceiro trimestre e com gestação gemelar, apresenta pressão arterial de 180 x 120 mmHg somada a sinais premonitórios de convulsão: cefaleia intensa, turvação visual persistente, epigastralgia e alteração do sensorio descrita como estar meio aérea. Esse conjunto define a iminência de eclâmpsia, e a conduta imediata é a prevenção da convulsão com sulfato de magnésio, em esquema de Pritchard ou Zuspan, com monitorização de reflexo patelar, frequência respiratória e diurese, mantendo gluconato de cálcio disponível como antídoto. O controle da crise hipertensiva e a decisão sobre a via e o momento do parto vêm em seguida, mas a prioridade da primeira medida é neuroprotetora. Eclâmpsia exige crise convulsiva tônico-clônica ou coma, que não ocorreu nesta paciente, e a resolução da gestação, embora seja o tratamento definitivo da doença, não é a medida imediata antes da estabilização. Síndrome HELLP requer hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia documentadas em exames que não foram apresentados, e a dexametasona não é seu tratamento. Pré-eclâmpsia grave descreve o substrato da doença, mas o quadro já evoluiu para os sinais premonitórios, e a hidralazina endovenosa, ainda que necessária para a crise hipertensiva, não previne a convulsão, que é o risco iminente de morte materna aqui. Resposta C

QUESTÃO 94 — Gabarito C

Um paciente com 22 anos de idade é trazido pelo Corpo de Bombeiros ao Pronto-Socorro, com colar cervical na tábua rígida. Refere que foi vítima de colisão automobilística e que está com dor no hipocôndrio esquerdo. Ao exame físico, apresenta: mucosas hipocoradas, pressão arterial = 90 x 40 mmHg, pulso fino, de 120 bpm, frequência respiratória = 30 irpm; abdome com sinais de fratura de arcos costais à esquerda, com dor à palpação e renitência de parede abdominal. Qual deve ser a sequência correta do atendimento?

A Entubação orotraqueal, acesso venoso central e encaminhamento para tomografia de abdome.

B Sedação, intubação orotraqueal e laparotomia de emergência pelo quadro de choque hemorrágico evidente.

C Máscara de oxigênio, acesso venoso bilateral, infusão imediata de dois litros de soro fisiológico ou Ringer lactato e reavaliação do choque. ✓

D Sedação pelo choque emocional, acesso venoso bilateral, infusão imediata de dois litros de soro fisiológico ou ringer e tomografia de abdome. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 29 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima de colisão automobilística com dor em hipocôndrio esquerdo, fratura de arcos costais à esquerda e defesa abdominal, apresentando mucosas hipocoradas, pressão de 90 x 40 mmHg, pulso fino a 120 bpm e frequência respiratória de 30 irpm: choque hemorrágico classe III, com suspeita forte de lesão esplênica. A resposta segue o ABCDE do ATLS na ordem correta — via aérea já protegida com colar, oxigênio suplementar sob máscara para o B e, no C, dois acessos venosos periféricos calibrosos com infusão inicial de cristalóide aquecido e reavaliação da resposta hemodinâmica, que é o que define se o paciente é respondedor, respondedor transitório ou não respondedor e, portanto, se vai para a sala de cirurgia. A primeira opção intuba um paciente que respira e responde, prefere acesso central (mais demorado e de menor fluxo que dois periféricos curtos e grossos) e leva ao tomógrafo um instável, o que é contraindicado. Levar direto à laparotomia sem qualquer reanimação e sem reavaliação, além de sedar e intubar um hipovolêmico, arrisca colapso hemodinâmico à indução, ainda que a cirurgia possa vir logo depois se não houver resposta ao volume. E atribuir a taquicardia e a hipotensão a choque emocional é erro grosseiro de raciocínio: em trauma, taquicardia com hipotensão é hemorragia até prova em contrário, e sedar mascara o único parâmetro clínico de perfusão cerebral disponível. Resposta C

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Uma criança com três anos de idade, desnutrida, com internação prévia há dez dias, é levada a atendimento na Emergência Médica. A criança apresenta há dois dias quadro de febre não aferida, tosse e dificuldade para respirar. A mãe refere que o paciente não está conseguindo ingerir líquidos e que vomitou várias vezes nas últimas 24h. Ao exame físico, o médico observou que a criança apresenta regular estado geral, febre de 38,5 °C, desidratação leve, taquidispneia, com tiragem intercostal, presença de estertores crepitantes e diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo; frequência cardíaca = 130 bpm, frequência respiratória = 64 irpm e saturação de oxigênio = 91%.

A radiografia de tórax é mostrada abaixo. O agente etiológico e o tratamento da pneumonia apresentada pela criança são A Haemophilus influenzae; penicilina cristalina.

B Streptococcus pneumoniae; penicilina procaína.

C Staphylococcus aureus; ceftriaxona associada à oxacilina. ✓

D Mycoplasma pneumoniae; antibioticoterapia com macrolídeos. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 30 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança desnutrida, com internação recente há dez dias, evoluindo em 48 horas com febre, tosse, taquidispneia intensa (64 irpm), tiragem, saturação de 91% e, sobretudo, diminuição do murmúrio vesicular em hemitórax esquerdo com crepitações: o quadro é de pneumonia grave complicada, com sinais de derrame pleural ou empiema. Nessa combinação — desnutrição, hospitalização prévia recente, evolução rápida, toxemia e complicação pleuropulmonar — o agente a ser presumido é o *Staphylococcus aureus*, classicamente responsável por pneumonia necrosante, pneumatoceles e empiema em lactentes e pré-escolares desnutridos. O tratamento empírico proposto cobre o cenário: oxacilina para o estafilococo sensível associada à ceftriaxona para manter cobertura de pneumococo e *Haemophilus* enquanto se aguarda a etiologia, além do suporte com oxigênio, hidratação e avaliação da necessidade de drenagem pleural. *Haemophilus influenzae* não é coberto por penicilina cristalina, o que já invalida a alternativa. Pneumococo é o agente mais comum na comunidade, mas penicilina procaína é via intramuscular de tratamento ambulatorial, inaceitável em criança com hipoxemia, vômitos e derrame. *Mycoplasma pneumoniae* acomete escolares e adolescentes, com quadro arrastado, tosse seca e dissociação clínico-radiológica, sem a toxemia e a complicação pleural aqui descritas. Resposta C

QUESTÃO 96 — Gabarito D

Um homem, com 36 anos de idade, era acompanhado há vários meses na Unidade Básica de Saúde em decorrência de tuberculose. Nesse período, foi também diagnosticado com o vírus HIV. Não houve nenhuma outra manifestação até dez meses atrás, quando começou a apresentar febre, emagrecimento intenso e muita tosse. Com a piora da sintomatologia há três dias, necessitou de internação hospitalar com urgência apresentando quadro de broncopneumonia confirmado radiologicamente. Com o agravamento progressivo do quadro clínico, entrou em insuficiência respiratória, vindo a falecer após sucessivas paradas cardiorrespiratórias. Não foi realizada autópsia. Qual causa básica da morte deve constar na declaração de óbito desse paciente (Causas da Morte - Parte I - item d)?

A Insuficiência respiratória.

B Broncopneumonia.

C Tuberculose.

D AIDS. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o preenchimento da declaração de óbito, especificamente o conceito de causa básica, que ocupa a última linha preenchida da Parte I (item d) e é definida pela OMS como a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos que levaram diretamente à morte. Aqui a cadeia é reconstruída de baixo para cima: a infecção pelo HIV, já em fase de AIDS, causou a imunodepressão que permitiu a tuberculose e a broncopneumonia, que levaram à insuficiência respiratória e à parada cardiorrespiratória. Portanto, a AIDS é a causa básica, e é assim que a CID-10 orienta codificar, com a doença pelo HIV resultando em outras doenças infecciosas e parasitárias. Insuficiência respiratória é a causa terminal ou imediata, registrada na primeira linha (item a), e sozinha é considerada informação de baixa qualidade porque não identifica a doença de origem. Broncopneumonia é causa consequencial intermediária, anotada em linha acima da causa básica. Tuberculose também é elo intermediário: no contexto de imunodepressão pelo HIV, ela é doença oportunista consequente, e não a doença que iniciou a cadeia, ainda que fosse a condição pela qual o paciente vinha em acompanhamento. Preencher corretamente essa hierarquia é o que garante estatística de mortalidade fidedigna e vigilância adequada. Resposta D

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Um paciente com 42 anos de idade é atendido no ambulatório de uma Unidade Básica de Saúde com quadro de tosse com expectoração amarelada há mais de três semanas, acompanhada de febre vespertina. É submetido à realização de exame de escarro para pesquisa de bacilos álcool-ácido-resistentes (BAAR), que é positiva (+++/4+). Informa que reside com a esposa, que apresenta os mesmos sintomas. O casal não tem filhos. Diante dessas informações, a investigação da esposa deverá ser feita com

- A realização de prova tuberculínica.
- B solicitação de radiografia de tórax e PPD.
- C encaminhamento para tratamento em posto de saúde.

D solicitação de radiografia de tórax e baciloscopia de escarro. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 31 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de controle de contato domiciliar de um caso índice de tuberculose pulmonar bacilífera (baciloscopia +++/4+). A regra operacional do Programa Nacional de Controle da Tuberculose é simples e cai muito em prova: contato assintomático investiga-se infecção latente (prova tuberculínica, hoje também IGRA, com radiografia para afastar doença ativa); contato SINTOMÁTICO investiga-se doença ativa. A esposa tem tosse produtiva há mais de três semanas com febre vespertina, ou seja, preenche a definição de sintomática respiratória e tem altíssima probabilidade pré-teste de tuberculose pulmonar por convívio domiciliar com bacilífero. Por isso a propedêutica correta é baciloscopia de escarro (duas amostras; atualmente o teste rápido molecular ocupa esse lugar) associada à radiografia de tórax, que define diagnóstico, carga bacilar e extensão da doença.

A prova tuberculínica isolada não serve aqui: ela mede infecção, não doença, e não distingue infecção latente de tuberculose ativa nem identifica o caso bacilífero que precisa ser tratado e notificado. Solicitar radiografia com PPD repete o mesmo erro, pois substitui o exame que fecha o diagnóstico (a baciloscopia) por um teste imunológico inespecífico. Encaminhar direto para tratamento em posto de saúde inverte a ordem: trata-se sem confirmação bacteriológica, sem saber se há resistência e sem o exame que orienta o seguimento de controle de cura. Resposta D

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Uma gestante com 27 anos de idade, tercigesta, com antecedentes de um parto cesáreo há sete anos e um parto normal há três anos, realizou pré-natal na gestação atual, com sete consultas, sem intercorrências. Internou-se em trabalho de parto e apresenta evolução de acordo com o partograma abaixo:

- A análise do partograma, indica que o diagnóstico e a conduta obstétrica indicados são A parada secundária da dilatação; parto fórceps.

B parada secundária da descida; parto cesáreo. ✓

- C desproporção céfalo-pélvica; parto fórceps.
- D fase ativa prolongada; parto cesáreo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura sistematizada do partograma em uma multípara com uma cesárea e um parto vaginal prévios, e o raciocínio depende de descrever o gráfico: cada distócia tem uma definição temporal própria e uma conduta correspondente. Parada secundária da descida é o diagnóstico quando, já na fase ativa e com dilatação completa (ou próxima da completa), a apresentação permanece na mesma altura em dois toques sucessivos separados por pelo menos uma hora. É a distócia de maior valor preditivo para desproporção funcional, e quando a apresentação ainda está alta ou não insinuada não há condição para parto instrumentado — logo, a via de resolução é a cesariana, que é exatamente a combinação diagnóstico-conduta da alternativa oficial.

Parada secundária da dilatação é a dilatação estacionária por duas horas ou mais com contrações efetivas; além de não ser o achado indicado, o fórceps é impossível sem dilatação total e apresentação insinuada, o que torna a alternativa incoerente. Desproporção céfalo-pélvica com fórceps é contradição direta: DCP é contraindicação formal ao parto instrumentado, cuja única saída é a cesárea. Fase ativa prolongada é a dilatação lenta (curva à direita da linha de alerta, progressão inferior a 1 cm/hora), e sua conduta inicial não é cesárea, e sim corrigir a causa — hipoatividade uterina com ocitocina, amniotomia, analgesia, deambulação e hidratação —, reservando a via alta para a falha dessas medidas. Resposta B

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Um adolescente com 17 anos de idade estava praticando mountainbike quando sofreu uma queda em um trecho cheio de lama e feriu o dorso, há cerca de quatro horas. Ao exame físico, na Unidade de Pronto-Socorro, observou-se ferimento com cerca de seis centímetros de extensão em região escapular, acometendo a pele e o tecido subcutâneo, sem sangramento ativo, bordos regulares, sujo de terra. A mãe dele informou que todas as vacinas regulares foram feitas nas datas previstas e que a vacina antitetânica foi feita há cinco anos. Depois da limpeza da ferida, qual é a conduta indicada?

A Desbridamento das bordas, curativo e cicatrização por segunda intenção, imunoglobulina antitetânica.

B Sutura primária, sem necessidade de imunoglobulina ou toxoide tetânico. ✓

C Sutura primária, toxoide tetânico e imunoglobulina antitetânica.

D Desbridamento das bordas, sutura primária e toxoide tetânico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne duas decisões independentes: fechamento da ferida e profilaxia antitetânica. Quanto ao fechamento, trata-se de ferimento com quatro horas de evolução, bordos regulares, em região escapular (área bem vascularizada, de baixo risco infeccioso), sem sangramento ativo e passível de limpeza mecânica adequada — está dentro da janela clássica de sutura primária (até 6 a 8 horas em tronco e membros, e até 12 a 24 horas em face), sem necessidade de ressecar bordos viáveis nem de condenar o paciente à cicatrização por segunda intenção. Quanto ao tétano, o adolescente tem esquema vacinal completo e documentado, com a última dose há cinco anos; nessa condição não se aplica reforço e, sobretudo, não se aplica imunoglobulina antitetânica, que é reservada a esquema incerto ou incompleto, imunodeprimidos, desnutridos graves e recém-nascidos de risco em ferimentos de alto risco.

Desbridamento com cicatrização por segunda intenção mais imunoglobulina soma duas condutas desnecessárias e piora o resultado estético e funcional. Sutura com toxoide e imunoglobulina erra na imunização passiva, que nunca está indicada em imunocompetente com esquema completo. Desbridamento com toxoide erra ao reforçar a vacina dentro do prazo de proteção e ao desbridar bordos regulares e viáveis. Vale registrar que o ponto é discutível: as normas do Ministério da Saúde admitem reforço em ferimento de alto risco quando a última dose ocorreu há cinco anos ou mais, e uma ferida suja de terra é classificada como de risco — a banca considerou os cinco anos ainda dentro da cobertura vacinal. Resposta B

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Uma criança com 3 anos de idade é levada à consulta na Unidade Básica de Saúde. A mãe queixa-se que o filho não está crescendo, tem apresentado perda do apetite e parece não enxergar bem, principalmente, no período da noite. Ao exame físico, o médico observou que o peso da criança se situa entre (-2) e (-3) escore z da curva da Organização Mundial da Saúde, além de xerodermia e xeroftalmia. O quadro clínico, apresentado pela criança é de

A hipovitaminose A. ✓

B hipovitaminose D.

C hipovitaminose C.

D hipovitaminose B. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 32 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade da vinheta — cegueira noturna referida como não enxergar bem à noite, xeroftalmia e xerodermia — em uma criança com déficit ponderal (escore z entre -2 e -3) e anorexia é o retrato clássico da deficiência de vitamina A, ainda endêmica em bolsões de vulnerabilidade no Brasil e alvo de suplementação universal de 6 a 59 meses pelo Ministério da Saúde. O retinol é o cromóforo da rodopsina, e sua falta compromete primeiro a visão escotópica (nictalopia, o sinal mais precoce), evoluindo para xerose conjuntival, manchas de Bitot, xerose corneana e, nos casos graves, ceratomalácia com cegueira irreversível. A vitamina A também mantém a integridade dos epitélios, o que explica a pele seca e descamativa, e sua deficiência agrava diarreia e infecções respiratórias, retroalimentando o déficit de crescimento.

A hipovitaminose D produz raquitismo, com craniotabes, alargamento de punhos e tornozelos, rosário raquítico e deformidades em membros inferiores, sem qualquer repercussão ocular. A hipovitaminose C causa escorbuto, com sangramento gengival, equimoses, hemorragias subperiosteas, dor óssea e pseudoparalisia, também sem nictalopia. As deficiências do complexo B cursam com beribéri (neuropatia periférica e insuficiência cardíaca), pelagra (dermatite fotossensível, diarreia e demência) ou anemias carenciais, quadros que não incluem xeroftalmia. Resposta A

QUESTÃO 101 — Gabarito A

Um homem com 24 anos de idade, geólogo, irá viajar em expedição na Amazônia Legal daqui a 20 dias, onde deverá passar cerca de dois meses em localidades diferentes, coletando amostras de solo para sua tese de doutorado. Ele procurou a Unidade Básica de Saúde do seu bairro para orientações sobre a profilaxia da malária. Qual é a conduta adequada neste momento para garantir a segurança do paciente?

A Solicitar ao paciente o seu itinerário e pedir que ele retorne em dois dias para que seja informado acerca da conduta adequada, pois a estimativa do risco do viajante adquirir malária no destino deve levar em consideração a Incidência Parasitária Anual (IPA). ✓

B Orientar o paciente a vacinar-se pelo menos dez dias antes da viagem, tendo em vista que, apesar de a malária ser uma doença grave sem tratamento específico, possui uma vacina segura e eficaz. Informar que não é necessário tomar a vacina se ele já foi vacinado nos últimos dez anos e orientá-lo a levar o cartão de vacinação na bagagem.

C Orientar o paciente a tomar as seguintes medidas de proteção contra picadas de mosquitos: uso de roupas claras e com manga longa; uso de mosquiteiro impregnado com piretroides e uso de repelentes à base de dietilmetaloamida (DEET), principalmente ao amanhecer e ao pôr do sol.

D Informar ao paciente que a medida de prevenção mais segura contra a malária é a quimioprofilaxia (QPX), que consiste no uso de drogas antimaláricas em doses subterapêuticas. O esquema não previne, no entanto, infecção pelo Plasmodium sp ou recaídas por P. vivax ou P. ovale.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o princípio que rege a orientação ao viajante para área endêmica de malária: a conduta é individualizada segundo o risco real de exposição, e esse risco se estima pelo destino, pela duração e pela sazonalidade, tendo como parâmetro epidemiológico a Incidência Parasitária Anual (IPA) dos municípios da Amazônia Legal. Sem conhecer o itinerário detalhado — quais localidades, por quanto tempo em cada uma, se há acesso a diagnóstico e tratamento — não é possível decidir sobre quimioprofilaxia nem calibrar as orientações. Como o paciente viajará somente em vinte dias, há tempo hábil para levantar o itinerário, consultar os dados de IPA e devolver uma recomendação fundamentada, exatamente o que a alternativa oficial propõe. A alternativa da vacina é falsa em dois pontos: não havia (nem há, para o viajante brasileiro nessa lógica) vacina de rotina contra malária, e a doença tem, sim, tratamento específico e gratuito na rede pública. A alternativa das medidas de barreira descreve orientações válidas — roupas de manga longa, mosquiteiro impregnado com piretroide e repelente com DEET nos horários de maior atividade do *Anopheles* —, mas as apresenta como a conduta neste momento, quando são medidas complementares que não substituem a estratificação do risco que define o restante do plano. A última alternativa erra ao consagrar a quimioprofilaxia como a medida mais segura: no Brasil ela é excepcional, reservada a situações de risco muito alto e sem acesso a diagnóstico e tratamento, justamente porque não impede a infecção nem as recaídas por *P. vivax* e *P. ovale* e pode mascarar o quadro. Resposta A

QUESTÃO 102 — Gabarito C

Um homem, com 35 anos de idade, é removido para Hospital após dar entrada em Unidade de Pronto Atendimento com quadro súbito de calafrios, febre alta, mialgia intensa, principalmente em panturrilhas, e hiperemia conjuntival. Familiares informaram que o paciente residia em área de alagamento, ocorrido recentemente. Ao dar entrada no Hospital, foram solicitados hemograma completo, que revelou leucocitose com neutrofilia e desvio para a esquerda, e radiografia de tórax, cujo laudo foi de pneumonite intersticial. Foi iniciada antibioticoterapia venosa com amoxicilina + clavulanato de potássio associada a claritromicina. No terceiro dia de internação, o paciente evoluiu com piora do quadro clínico, sem oligúria, aparecimento de icterícia, hipocalcemia, elevação dos níveis séricos de ureia, creatinina e creatino- fosfoquinase (CPK). O exame físico evidenciou hepatomegalia e diátese hemorrágica. O paciente evoluiu com insuficiência respiratória aguda e necessidade de intubação orotraqueal, onde foi visualizado sangramento de vias aéreas. Nova radiografia de tórax mostrou áreas de condensação alveolar difusas. Foi realizada ultrassonografia renal que evidenciou rins aumentados de tamanho, com ecogenicidade normal. Qual a hipótese diagnóstica?

A Dengue.

B Hantavirose.

C Leptospirose. ✓

D Febre macular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é uma leptospirose grave na forma de síndrome de Weil com hemorragia alveolar, e cada elemento da vinheta é um critério clássico. A exposição a área recentemente alagada define o contato com urina de roedor; o início súbito com calafrios, febre alta, mialgia intensa em panturrilhas e sufusão conjuntival compõe a fase septicêmica; a evolução no terceiro dia com icterícia rubínica, hepatomegalia, elevação de ureia e creatinina, CPK alta e, sobretudo, insuficiência renal NÃO oligúrica com HIPOCALEMIA fecha o quadro — a perda renal de potássio por disfunção tubular é praticamente uma assinatura da leptospirose, já que quase toda outra causa de lesão renal aguda cursa com hipercalcemia. A diátese hemorrágica com sangramento de vias aéreas e as condensações alveolares difusas caracterizam a hemorragia pulmonar, hoje a principal causa de óbito na doença, o que justifica antibiótico venoso (penicilina cristalina ou ceftriaxona) e suporte intensivo. Dengue cursa tipicamente com leucopenia e plaquetopenia, não com leucocitose e neutrofilia com desvio à esquerda, e não produz icterícia com CPK elevada e hipocalemia. Hantavirose gera pródromo febril seguido de edema pulmonar não cardiogênico com hemoconcentração e plaquetopenia, sem icterícia, e sua exposição é a inalação de aerossóis de excretas de roedores silvestres em ambiente rural fechado, não o alagamento urbano. Febre maculosa manifesta exantema maculopapular que começa em punhos e tornozelos e se torna petequial, com história de picada de carrapato, elementos ausentes aqui. Resposta C

QUESTÃO 103 — Gabarito D

Uma mulher, com 34 anos de idade, comparece à consulta em Ambulatório de Mastologia. Está assintomática e sem anormalidades ao exame clínico. Antecedentes familiares: prima diagnosticada com câncer de mama unilateral aos 60 anos de idade. De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama, essa paciente deverá realizar mamografia

A anual, iniciando a partir dos 35 anos.

B anual, iniciando a partir dos 40 anos.

C a cada dois anos, iniciando a partir dos 40 anos.

D a cada dois anos, iniciando a partir dos 50 anos. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS
33 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a recomendação do Ministério da Saúde para rastreamento populacional do câncer de mama, e o primeiro passo é decidir se a paciente é de risco habitual ou elevado. O único antecedente é uma prima com câncer de mama unilateral aos 60 anos — parentesco colateral de segundo grau, unilateral e em idade pós-menopausa; isso não configura risco elevado. Alto risco, para fins de rastreamento diferenciado, corresponde a parente de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, câncer de mama bilateral ou de ovário em qualquer idade, câncer de mama masculino na família, ou lesão histológica proliferativa com atipia/carcinoma lobular in situ na própria paciente. Sendo risco habitual, aos 34 anos ela apenas seguirá o rastreamento populacional: mamografia BIENAL dos 50 aos 69 anos.

Mamografia anual a partir dos 35 anos é justamente o esquema reservado ao grupo de alto risco, que não é o caso. As opções que iniciam aos 40 anos, anual ou bienal, refletem a recomendação das sociedades de especialidade (SBM, FEBRASGO, CBR), e não a diretriz do Ministério da Saúde cobrada no enunciado — a prova pede explicitamente a norma ministerial, que sustenta o início aos 50 anos com intervalo de dois anos com base no balanço entre mortalidade evitada, sobrediagnóstico e falso-positivo. Resposta D

QUESTÃO 104 — Gabarito A

Um paciente, com 43 anos de idade, foi vítima de acidente automobilístico com colisão frontal, em que o volante foi quebrado com o impacto. O paciente apresenta frequência respiratória de 23 irpm, pressão arterial = 80 x 60 mmHg, turgência jugular bilateral e pulso radial fraco, que desaparece à inspiração profunda. Apresenta ainda escala de coma de Glasgow = 13. Foi iniciado o tratamento do paciente com oxigenioterapia, duplo acesso venoso e hidratação parenteral. Foi encaminhado para investigação complementar quando apresentou piora súbita com choque circulatório. Qual dos seguintes procedimentos deve ser realizado antes de encaminhar o paciente ao Centro Cirúrgico?

A Pericardiocentese. ✓

B Toracocentese diagnóstica bilateral.

C Drenagem pleural a selo d'água no quinto espaço intercostal.

D Descompressão pleural por punção no segundo espaço intercostal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O mecanismo — colisão frontal com o volante quebrado sobre o tórax — mais hipotensão (80 x 60 mmHg), turgência jugular bilateral e pulso paradoxal (pulso radial que desaparece na inspiração profunda, ou seja, queda inspiratória da pressão sistólica acima de 10 mmHg) definem tamponamento cardíaco. A tríade de Beck (hipotensão, estase jugular e abafamento de bulhas) raramente vem completa no trauma, e a piora súbita com choque circulatório indica que o enchimento diastólico está criticamente comprometido. Nessa situação o paciente não tolera transporte nem investigação prolongada: a descompressão imediata do saco pericárdico por pericardiocentese, idealmente guiada por ultrassom, é a medida de salvamento que restaura o débito até a toracotomia ou janela pericárdica no centro cirúrgico.

Toracocentese diagnóstica bilateral não é conduta no trauma torácico: perde tempo, não trata e não esclarece o mecanismo obstrutivo já evidente à beira do leito. Drenagem pleural no quinto espaço intercostal trataria hemotórax maciço, que cursa com choque acompanhado de jugulares COLABADAS, murmúrio abolido e macicez à percussão — o oposto da estase jugular descrita. Punção descompressiva no segundo espaço intercostal é a conduta do pneumotórax hipertensivo, que também eleva a pressão venosa central, mas se apresenta com timpanismo, ausência unilateral de murmúrio vesicular e desvio da traqueia, achados não relatados. Resposta A

QUESTÃO 105 — Gabarito B

Uma adolescente, com 15 anos de idade, vem à consulta com queixa de dor precordial, febre intermitente, com um ou dois picos diários noturnos de 39 °C, acompanhados de dores musculares generalizadas e manchas avermelhadas na pele do tronco e raiz de coxa. Relata também dificuldade de se movimentar pela manhã e dores nas articulações dos joelhos, punhos, mãos, pés e nuca. Ao exame físico, observa-se temperatura = 38,5 °C, lesões máculo-papulares de cor rosa-salmão em tronco e áreas proximais de membros, nódulos subcutâneos em região de cotovelo, linfadenomegalia simétrica (cervicais, axilares e inguinais), esplenomegalia e artrite nas regiões referidas. Exames laboratoriais trazidos pelo paciente mostraram os seguintes resultados: hemograma com anemia, leucocitose e trombocitose; elevação de proteína C reativa, da velocidade de hemossedimentação e dos níveis de enzimas hepáticas (ALT e AST).

A hipótese diagnóstica correta é A doença de Kawasaki.

B artrite idiopática juvenil. ✓

C artrite reativa pós-estreptocócica.

D lupus eritematoso sistêmico juvenil.

COMENTÁRIO OSCELABS

A adolescente tem o quadro-síntese da artrite idiopática juvenil de início sistêmico (doença de Still): febre alta intermitente com um ou dois picos diários, tipicamente vespertinos ou noturnos, exantema evanescente máculo-papular cor rosa-salmão em tronco e raiz de membros que acompanha os picos febris, artrite em múltiplas articulações com rigidez matinal, linfadenomegalia generalizada simétrica, esplenomegalia, serosite (a dor precordial sugere pericardite) e hepatite reacional. O laboratório é o esperado: intensa resposta de fase aguda com PCR e VHS elevados, anemia de doença crônica, leucocitose e trombocitose — reagentes de fase aguda, e não citopenias. Os critérios de ILAR exigem febre por pelo menos duas semanas com artrite associada a rash típico, linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia ou serosite, o que o caso preenche. Doença de Kawasaki acomete sobretudo menores de 5 anos e exige febre por cinco dias ou mais com conjuntivite não exsudativa, alterações de lábios e língua em framboesa, exantema polimorfo, alterações de extremidades e adenomegalia cervical geralmente unilateral e única — não faz rash salmão evanescente, poliartrite crônica nem esplenomegalia. Artrite reativa pós-estreptocócica surge dias a semanas após faringoamigdalite, costuma ser oligoarticular e aditiva, sem febre em picos diários, rash salmão ou visceromegalias. Lúpus juvenil cursaria com rash malar fotossensível, alopecia, úlceras orais, nefrite e, no sangue, CITOPENIAS (leucopenia, linfopenia, plaquetopenia) com FAN positivo — padrão hematológico oposto ao apresentado. Resposta B

QUESTÃO 106 — Gabarito A

Uma mulher, com 76 anos de idade, apresenta antecedentes de hipertensão arterial, dislipidemia e obesidade, e faz uso de enalapril - 20 mg/dia e sinvastatina - 20 mg/dia. A paciente deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de dor abdominal de início súbito há cerca de sete horas, de forte intensidade, em região epigástrica, com irradiação para o dorso, sem relação com a alimentação e acompanhada por náuseas e vômitos. Refere haver leve melhora da dor com a inclinação do corpo para frente. Na admissão hospitalar estava consciente, orientada, anictérica, com palidez cutâneo-mucosa. Temperatura axilar = 36 °C, pressão arterial = 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 105 bpm, frequência respiratória = 18 irpm, índice de massa corporal = 34,2 kg/m² (Valor de referência = até 30 kg/m²). As ausculta cardíaca e pulmonar não demonstraram alterações. Abdome obeso, muito doloroso à palpação superficial e profunda em epigástrico, sem massas ou organomegalias palpáveis. Ruídos hidroaéreos ausentes. Não havia edema de membros inferiores. Os exames laboratoriais iniciais revelaram: Leucócitos = 14.500/mm³ (Valor de referência: 4.500 - 11.000/mm³), com 84% de segmentados, 0% de eosinófilos, 10% de linfócitos; hemoglobina = 13,0 g/dL (Valor de referência: 12-16 g/dL); hematócrito = 39% (Valor de referência: 36%- 46%); plaquetas = 231.000/mm³ (Valor de referência: 150.000-350.000/mm³); glicemia = 106 mg/dL (Valor de referência: 80-100 mg/dL); ureia = 70 mg/dL (Valor de referência: 20-35 mg/dL); Creatinina = 1,2 mg/dL (Valor de referência: 0,8-1,2 mg/dL); amilase = 2560 U/L (Valor de referência: 4-400 U/L); AST = 26 U/L (Valor de referência: <35 U/L); ALT = 31 U/L (Valor de referência: < 35 U/L); bilirrubina total = 1,5 mg/dL (Valor de referência: 0,3 - 1,2 mg/dL); bilirrubina direta = 0,4 mg/dL (Valor de referência: < 0,2 mg/dL); bilirrubina indireta = 0,8 mg/dL (Valor de referência: <1,0 mg/dL); LDH = 200 U/L (Valor de referência: 135-214 U/L). Considerando o diagnóstico da paciente, assinale a alternativa que contém critérios clínicos e/ou laboratoriais de maior gravidade e pior prognóstico e que sugerem a necessidade de internação em Unidade de Tratamento

A Obesidade e elevação da ureia. ✓

B Taquicardia e elevação da amilase.

C Sexo feminino e elevação das bilirrubinas.

D Dor abdominal intensa e elevação da glicemia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS 34 Prova Cinza REVALIDA 2014 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem pancreatite aguda: dor epigástrica súbita e intensa irradiada para o dorso, que alivia com a anteflexão do tronco, com vômitos, íleo (ruídos hidroaéreos ausentes) e amilase mais de seis vezes o limite superior. O que a questão quer é a diferença entre fazer o diagnóstico e estimar a GRAVIDADE, e os marcadores prognósticos validados são outros: idade avançada, obesidade (IMC acima de 30, aqui 34,2, que compõe o APACHE-O e associa-se a necrose e complicações locais por maior tecido adiposo peripancreático), SIRS persistente e, sobretudo, a elevação da ureia/BUN, que integra o BISAP e o Ranson e traduz depleção do terceiro espaço e hipoperfusão renal, sendo hoje um dos preditores isolados mais robustos de mortalidade. A combinação obesidade mais ureia de 70 mg/dL é, portanto, a que sinaliza necessidade de terapia intensiva e reposição volêmica agressiva.

A elevação da amilase não guarda relação com gravidade — serve para diagnóstico, não para prognóstico —, e a taquicardia isolada apenas compõe SIRS. Sexo feminino não é fator prognóstico; a discreta elevação de bilirrubinas com predomínio indireto e transaminases normais aponta no máximo para investigar etiologia, e não para gravidade. A intensidade da dor não prediz desfecho, e a glicemia de 106 mg/dL está longe do ponto de corte que pesa nos escores (acima de 200 mg/dL no Ranson). Resposta A

QUESTÃO 107 — Gabarito C

Uma mulher com 53 anos de idade havia apresentado sangramento genital há dois anos e foi admitida em Unidade de Pronto Atendimento com queixa de sangramento genital de grande volume, iniciado há três horas, após intercurso sexual. Desde o último parto, há 16 anos, não faz acompanhamento médico. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, ansiosa, pele e mucosas descoradas ++/4+, pressão arterial = 120 x 90 mmHg, frequência cardíaca = 110 bpm. Ao exame especular, o colo uterino apresenta lesão vegetante, friável e sangrante em toda a sua extensão, secreção vaginal sanguinolenta e fétida em grande quantidade. Ao toque vaginal, percebe-se colo de superfície irregular, endurecido e bastante volumoso. Ao toque retal evidencia-se paramétrios aparentemente livres, mucosa retal lisa, sem lesões, abaulada por tumor anterior. Após estabilização hemodinâmica, a propedêutica imediata para esclarecimento diagnóstico é

A conização.

B colposcopia.

C biópsia do colo uterino. ✓

D coleta de colpocitologia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem um câncer de colo uterino clinicamente avançado até prova em contrário: sangramento pós-coito de repetição há dois anos, sem qualquer rastreamento há dezesseis anos, com lesão vegetante, friável e sangrante ocupando toda a extensão do colo, corrimento fétido e colo endurecido e volumoso ao toque. Diante de lesão macroscópica visível, o diagnóstico é HISTOLÓGICO e imediato: biópsia dirigida da lesão no próprio exame especular, que confirma a invasão, define o tipo histológico e permite estadiar e tratar sem atrasos. Esse é o princípio geral da propedêutica em oncologia ginecológica — colo suspeito ao olho nu não se rastreia, se biopsia.

Conização é procedimento diagnóstico-terapêutico para lesões pré-invasoras, discordância cito-colpo-histológica ou suspeita de microinvasão em colo sem lesão evidente; aqui seria desnecessária, além de expor a paciente já anemizada a sangramento significativo e a anestesia. Colposcopia serve para localizar áreas suspeitas e guiar a biópsia quando NÃO há lesão visível — com tumor exofítico ocupando todo o colo, ela não acrescenta e apenas adia. Colpocitologia é método de rastreamento em mulheres assintomáticas e tem alta taxa de falso-negativo em tumores invasores por necrose, inflamação e sangue na amostra, além de nunca fornecer diagnóstico histológico. Resposta C

QUESTÃO 108 — Gabarito D

Um homem com 30 anos de idade apresenta linfadenomegalia da cadeia cervical posterior e subclavicular. Refere episódios de febre, sudorese - principalmente no período noturno - e perda de peso. Nega outras queixas. O exame físico geral e o específico não mostraram outras alterações. O resultado da punção biópsia aspirativa de um linfonodo cervical foi compatível com Linfoma de Hodgkin. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax e abdome que não mostrou massas ou envolvimento de outras cadeias de linfonodos, além das citadas acima. Qual a opção terapêutica mais adequada para o paciente?

A Radioterapia.

B Cirurgia e radioterapia.

C Cirurgia e quimioterapia.

D Quimioterapia e radioterapia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente tem linfoma de Hodgkin com acometimento de cadeias cervical posterior e subclavicular, sintomas B (febre, sudorese noturna e perda de peso) e tomografia de tórax e abdome sem outras cadeias ou massas, ou seja, doença localizada supradiaphragmática, mas com fator desfavorável pelos sintomas B. O tratamento padrão nesse cenário é a terapia combinada: quimioterapia sistêmica (esquema ABVD) seguida de radioterapia de campo envolvido. A lógica é que a quimioterapia trata a doença sistêmica e a microscópica não detectada pela imagem, enquanto a radioterapia consolida o controle local, permitindo reduzir tanto o número de ciclos quanto a dose e o campo de irradiação — o que diminui a toxicidade tardia (segundas neoplasias, cardiopatia, hipotireoidismo) sem perder taxas de cura, que superam 85% a 90%.

Radioterapia isolada foi abandonada mesmo em estádios iniciais, pois exigia campos extensos e resultava em recidivas fora do campo e em toxicidade tardia inaceitável — e, com sintomas B presentes, seria claramente insuficiente. As duas alternativas que incluem cirurgia partem de um erro conceitual: no linfoma a cirurgia tem papel exclusivamente diagnóstico (biópsia excisional do linfonodo), nunca terapêutico, porque se trata de doença de origem hematopoética e comportamento sistêmico, não de tumor sólido ressecável. Resposta D

QUESTÃO 109 — Gabarito D

Um homem, com 45 anos de idade, professor do ensino médio, é atendido em ambulatório para tratamento de hipertensão arterial diagnosticada há três anos como de natureza essencial (primária). Refere que nos últimos meses, mesmo fazendo uso regular de inibidores da enzima conversora de angiotensina, de bloqueador de canal de cálcio e de diurético, os seus níveis pressóricos mantêm-se elevados. Tem história familiar de hipertensão arterial. Não refere antecedentes patológicos. Não é submetido a acompanhamento dietético ou à prática de exercícios físicos regulares. Não utiliza outros medicamentos. Ao exame físico, apresenta-se em bom estado geral, com índice de massa corporal = 30,6 kg/m², frequência respiratória = 22 irpm, frequência cardíaca = 112 bpm e pressão arterial = 160 x 110 mmHg; ausculta pulmonar normal; ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas normofonéticas, sem sopros ou arritmias; exame abdominal e de membros sem alterações. Exame de fundo de olho: tortuosidade e espessamento de arteríolas, presença de alguns cruzamentos patológicos. Eletrocardiograma com sinais de sobrecarga ventricular esquerda e alterações difusas de repolarização. Radiografia do tórax com aumento da área cardíaca por aumento do ventrículo esquerdo. Bioquímica sérica: glicose = 116 mg/dL (Valor de referência = 75-99 mg/dL), ureia = 70 mg/dL (Valor de referência = 20-35 mg/dL), creatinina = 1,8 mg/dL (Valor de referência = 0,7-1,2 mg/dL). O quadro apresentado é demonstrativo de

A hipertensão maligna instalada.

B insuficiência renal decorrente do uso de agentes hipertensivos.

C evolução natural da hipertensão essencial ligada à história familiar.

D comprometimento dos órgãos-alvos na hipertensão arterial sistêmica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o reconhecimento de lesão de órgão-alvo (LOA) em hipertensão arterial sistêmica de longa data e mal controlada. O paciente está em terapia tripla (IECA + bloqueador de canal de cálcio + diurético) e ainda assim mantém PA de 160 x 110 mmHg, e o conjunto de exames mostra dano estabelecido em três territórios clássicos: olho (fundoscopia com tortuosidade e espessamento arteriolar e cruzamentos patológicos, retinopatia hipertensiva de Keith-Wagener-Barker graus I-II), coração (sobrecarga ventricular esquerda ao ECG com alterações de repolarização e aumento da área cardíaca à radiografia, ou seja, hipertrofia ventricular esquerda) e rim (ureia 70 mg/dL e creatinina 1,8 mg/dL, indicando nefropatia hipertensiva com queda de filtração glomerular). Somam-se ainda obesidade (IMC 30,6 kg/m²) e glicemia de jejum alterada, fatores que agravam o risco cardiovascular global. Esse padrão define hipertensão de alto risco com comprometimento de órgãos-alvo, e não simplesmente hipertensão "descontrolada". A hipertensão maligna (alternativa A) exigiria elevação pressórica muito mais acentuada acompanhada de retinopatia grau III ou IV (hemorragias, exsudatos algodinosos, papiledema) e deterioração renal rápida e progressiva, achados ausentes aqui: a fundoscopia descrita é de doença crônica, sem hemorragia ou edema de papila. A alternativa B inverte a causalidade: IECA, antagonista de cálcio e diurético não produzem retinopatia, hipertrofia ventricular e cardiomegalia; o IECA pode elevar discretamente a creatinina no início do uso, mas a disfunção renal aqui é consequência da hipertensão sustentada e não do tratamento, que na verdade é nefroprotetor. A alternativa C confunde etiologia com desfecho: a história familiar explica a hipertensão ser primária (essencial), mas as lesões viscerais não são "evolução natural" inexorável e sim resultado evitável do controle pressórico inadequado, além de adesão a medidas não farmacológicas ausentes (sem dieta e sem exercício). Resposta D

QUESTÃO 110 — Gabarito A

Uma mulher, com 23 anos de idade, primigesta, com idade gestacional de 23 semanas, em consulta de retorno Pré-Natal na Unidade Básica de Saúde, queixa-se de corrimento vaginal branco, pastoso, associado a prurido vulvar e disúria terminal. Inspeção vulvar: edema e eritema de grandes lábios. Ao exame especular: secreção vaginal branco-esverdeada, em placas, aderida à parede vaginal. Após a aplicação de KOH 10% identifica-se a presença de hifas no exame a fresco do conteúdo vaginal.

A conduta indicada é tratamento com A miconazol - creme vaginal por 7 dias. ✓

B metronidazol - creme vaginal por 7 dias.

C cetoconazol 200 mg por via oral de 12/12 horas por 7 dias.

D metronidazol 500 mg por via oral de 12/12 horas por 7 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de candidíase vulvovaginal em gestante de 23 semanas: corrimento branco, espesso, em placas aderidas à parede vaginal, com prurido vulvar intenso, edema e eritema de grandes lábios e disúria terminal (por contato da urina com a vulva inflamada). O diagnóstico já está confirmado no enunciado pelo exame a fresco com KOH 10% demonstrando hifas, achado que estabelece etiologia fúngica (*Candida* sp.) e afasta as vaginoses e a tricomoníase. Na gestação, o tratamento de escolha é antifúngico azólico de uso tópico (miconazol, clotrimazol, nistatina) por 7 dias, exatamente o que a alternativa A propõe: a via vaginal tem eficácia comparável à sistêmica na doença não complicada, com absorção mínima e sem risco fetal, e o Ministério da Saúde recomenda cursos mais longos (7 dias) na gestante, pois esquemas curtos falham com mais frequência. A alternativa B erra a droga: o metronidazol tópico cobre anaeróbios e protozoários, sendo indicado em vaginose bacteriana e tricomoníase, e não tem qualquer ação sobre fungos. A alternativa C acerta a classe, mas erra a via e o fármaco: antifúngicos orais são evitados na gestação, e o cetoconazol sistêmico está praticamente proscrito para candidíase vulvovaginal por hepatotoxicidade e risco fetal, não devendo ser prescrito a gestantes. A alternativa D repete o erro de espectro da B com via oral, correspondendo ao esquema de tricomoníase ou vaginose bacteriana, situações em que o exame mostraria clue cells ou protozoários móveis, e não hifas. Resposta A

