



REVALIDA — Residência Médica

Revalida 2015

Prova comentada

104 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 2 — Gabarito D

Uma paciente de 24 anos, solteira, primigesta, comparece à Unidade Básica de Saúde para sua primeira consulta de pré-natal. O tempo de amenorreia é de 14 semanas. Queixa-se de náuseas e vômitos frequentes, principalmente no período da manhã. Refere que os sintomas vêm piorando desde que soube estar grávida. O exame físico geral está normal e o exame obstétrico é compatível com os de uma gestação de 14 semanas. As náuseas e os vômitos na forma descrita pela paciente

- A constituem sintomas precoce de gravidez múltipla, de modo que a principal medida no momento é aguardar o resultado da ultrassonografia para verificar gemelaridade.
- B são sinais de alerta para problemas como a neoplasia trofoblástica gestacional, sendo recomendada a utilização de antieméticos e monitorização dos níveis de gonadotrofina coriônica.
- C ocorrem em razão do aumento do volume uterino e os sintomas são progressivos na gestação. Deve-se evitar alimentos no período da manhã e recomendar repouso após as refeições.

D constituem manifestações frequentes no início da gravidez, que se dá em razão de alterações hormonais, de forma que os sintomas reduzirão com o tempo. A alimentação deve ser em pequenas quantidades e várias vezes ao dia. ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 2 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Náuseas e vômitos matinais no 1º trimestre, com exame obstétrico compatível e sem sinais de alarme, são a êmese gravídica fisiológica — ligada ao pico de hCG e progesterona, com tendência a ceder por volta de 14-16 semanas. A conduta é orientação dietética: refeições fracionadas, pequenas e frequentes, evitando jejum prolongado. Gemelaridade (A) e mola (B) só entram quando há hiperêmese, útero maior que o esperado ou sangramento. O sintoma não decorre do volume uterino nem é progressivo (C). Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Lactente masculino de três meses de idade é trazido pela mãe ao ambulatório de Pediatria. A mãe refere que há um mês a criança iniciou com coriza mucossanguinolenta e irritabilidade com choro fácil. Ao nascimento: peso = 2,2 Kg; perímetro cefálico = 35 cm; comprimento = 48 cm. Ao exame físico verifica-se dor à mobilização de braço esquerdo com choro intenso, coriza mucossanguinolenta bilateral e erosões em lábio superior; palidez cutâneo-mucosa ++/4+; fígado a 3,5 cm do rebordo costal direito e 3,5 cm do apêndice xifoide; baço a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, quais são, respectivamente, o exame a ser solicitado e o resultado mais provável?

- A Tomografia computadorizada do crânio; velamento dos seios da face.
- B Tomografia computadorizada de crânio; calcificações cranianas corticais.
- C Radiograma de crânio; microcefalia e suturas cranianas parcialmente soldadas.

D Radiograma de ossos longos; lesões osteolíticas em epífise e espessamento periosteal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com coriza mucossanguinolenta (rinite sífilítica), erosões peribucais, hepatoesplenomegalia, anemia e dor à mobilização do braço (pseudoparalisia de Parrot) desenha sífilis congênita. O exame que confirma o acometimento ósseo é o radiograma de ossos longos: periostite com espessamento periosteal e lesões osteolíticas metafisárias/epifisárias. Calcificações intracranianas e microcefalia apontariam toxoplasmose ou citomegalovirose, não sífilis. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Uma mulher de 27 anos de idade apresenta ciclos menstruais irregulares, variando entre 15 e 60 dias, com duração do sangramento variável de 2 a 10 dias. Relata que já sofreu dois abortamentos espontâneos sucessivos antes de 12 semanas de gestação, sendo o último há um ano. Refere, também, ganho de peso progressivo desde que se casou. Ao exame físico, constatou-se IMC = 32,1 kg/m² e presença de galactorreia à expressão mamária. Para elucidação diagnóstica, que exame complementar deveria ser solicitado?

A Dosagem de FSH e LH.

B Dosagem de TSH e prolactina. ✓

C Dosagem de estradiol e progesterona.

D Dosagem de androstenediona e testosterona livre.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ciclos irregulares, galactorreia, abortamentos de repetição e ganho de peso obrigam a rastrear hiperprolactinemia e disfunção tireoidiana — o hipotireoidismo eleva o TRH, que estimula a prolactina, fechando o circuito de anovulação e perda gestacional. Por isso TSH e prolactina são o primeiro par de exames. FSH/LH avaliam falência ovariana, estradiol e progesterona não têm valor isolado com ciclo irregular, e androgênios só depois de excluída a causa mais simples. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Um adolescente, com 15 anos de idade, procurou a Unidade de Pronto Atendimento relatando febre e dores que começaram nos joelhos, mas já atingem os tornozelos. Apresentou quadro de amigdalite purulenta há três semanas. Ele relatou, também, que teve diagnóstico de febre reumática há três anos, mas não está usando a penicilina benzatina prescrita. Ao exame físico: febril (T = 38,7 °C); ausculta cardíaca: taquicardia persistente e sopro de regurgitação mitral intenso, associado a sopro aórtico diastólico. O ECG mostrou extrassístoles, alterações de ST-T, baixa voltagem e prolongamento dos intervalos PR e QTc. Considerando os Critérios de Jones modificados e o quadro descrito, o paciente

A não preenche os critérios de Jones pela ausência de eritema marginado e de nódulos subcutâneos.

B não apresenta diagnóstico de febre reumática, pois não está presente a Coreia de Sydenham, que é um critério maior.

C apresenta novo episódio de febre reumática, pois estão presentes os seguintes critérios maiores: artralgia, febre e intervalo PR prolongado no ECG.

D apresenta recorrência de febre reumática, com doença cardíaca reumática estabelecida e mais dois critérios menores, além da evidência de infecção estreptocócica anterior. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com cardiopatia reumática já estabelecida que abandonou a penicilina benzatina e retorna com poliartralgia, febre, PR prolongado e amigdalite recente. Nos critérios de Jones, na recorrência de paciente com doença reumática documentada bastam dois critérios MENORES mais evidência de infecção estreptocócica prévia. Artralgia, febre e PR alargado são menores, não maiores — o erro de C. Eritema marginado, nódulos e coreia são raros, e sua ausência não exclui o diagnóstico (A e B). Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Em uma cidade, ocorreram vários casos de uma doença de notificação compulsória, suficientes para ultrapassar o limite endêmico superior em determinado período. A equipe da Vigilância Epidemiológica, após realizar investigação, elaborou o gráfico ilustrado a seguir, que considera a distribuição do número de casos (eixo vertical) em função do tempo (eixo horizontal), além do período máximo de incubação desta doença (linha mais espessa, abaixo do eixo horizontal). Com base nos dados apresentados, como deveria ser caracterizada essa epidemia?

A Exposição maciça, de fonte comum e prolongada.

B Exposição maciça, de fonte comum, curta duração ou explosiva. ✓

C Exposição múltipla, epidemia progressiva ou propagada.

D Exposição maciça, de fonte múltipla, seguida de casos secundários. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 3 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Curva epidêmica com ascensão abrupta, pico único e queda rápida, toda contida dentro de um período de incubação, é a assinatura da fonte comum de exposição única — a epidemia explosiva, típica de surto alimentar ou de água contaminada. Fonte comum prolongada geraria platô alargado; epidemia propagada (pessoa a pessoa) produziria ondas sucessivas separadas por um período de incubação, com curva serrilhada. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Um menino de 1 ano e 8 meses de idade é atendido em Pronto Socorro, com história de febre que já dura dois dias. A mãe da criança relata que a temperatura máxima atingida foi de 38,5 °C. O exame físico não mostra de alterações. A criança apresenta-se ativa e consegue ingerir líquidos normalmente. A pediatra solicita exame de urina, que evidencia: 10 piócitos por campo, nitrito (+) e esterase (+). Solicita também urocultura qualitativa e quantitativa com antibiograma, embora não haja antecedente de infecção do trato urinário. Considerando o quadro acima, qual a conduta apropriada nesse caso?

A Internar a criança, introduzir antibiótico endovenoso e solicitar uretrocistografia miccional após melhora dos sintomas.

B Internar a criança, introduzir antibiótico endovenoso e solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias imediatamente.

C Prescrever antibiótico por via oral, a ser administrado em casa, e solicitar uretrocistografia miccional após 48 horas do início do tratamento.

D Prescrever antibiótico por via oral, a ser administrado em casa, e solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias após resultado da urocultura e término do tratamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com febre, bom estado geral, aceitando líquidos e urina com nitrito e esterase positivos: ITU febril sem toxemia e sem critério de internação. Trata-se com antibiótico oral domiciliar. A propedêutica de imagem começa pela ultrassonografia de rins e vias urinárias, solicitada após o tratamento; a uretrocistografia miccional fica reservada para USG alterada ou ITU febril recorrente, e nunca é feita na vigência de infecção ativa. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Uma paciente de 41 anos de idade, com queixa de dor epigástrica em queimação de longa data relacionada à ingestão de alimentos condimentados, retorna em consulta ambulatorial tendo como resultado de endoscopia digestiva alta o diagnóstico de úlcera duodenal e pesquisa de *H. pylori* positivo. Relatava uso esporádico de antiácidos, mas com pouca melhora da dor. Nega uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINES). Qual a associação de medicamentos com melhor nível de evidência científica para o tratamento desse caso?

A Agente antissecretor, omeprazol e claritromicina.

B Inibidor da bomba de prótons, eritromicina e amoxicilina.

C Inibidor da bomba de prótons, amoxicilina e claritromicina. ✓

D Antagonistas do receptor H2 de histamina, claritromicina e amoxicilina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlcera duodenal com *H. pylori* positivo tem indicação formal de erradicação, e o esquema de primeira linha com melhor nível de evidência no Brasil é IBP + amoxicilina + claritromicina por 7 a 14 dias. Eritromicina não faz parte de nenhum esquema (B). O antagonista H2 é inferior ao IBP na supressão ácida necessária à erradicação (D). E 'agente antissecretor + omeprazol' é redundância, deixando apenas um antibiótico (A). Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Um homem de 25 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde queixando-se de feridas na genitália, que apareceram há sete dias, três semanas após uma relação sexual desprotegida. Ao exame apresenta lesão na glândula, com 0,6 mm de diâmetro, e na bolsa escrotal, com 0,4 mm de diâmetro; ambas com bordas e bases endurecidas, fundo liso e brilhante, com pouca secreção serosa e pouco dolorosas. Observam-se adenomegalias inguinais bilaterais móveis, indolores e não supurativas. O paciente refere ser portador do vírus HIV, diagnosticado há 1 ano. Foi realizado teste rápido para sífilis, com resultado positivo. Considerando o exposto, que procedimentos o médico assistente deveria adotar, respectivamente, para o exame do líquido e para tratamento do paciente?

A VDRL; se negativo, iniciar penicilina cristalina por 7 dias.

B VDRL; se positivo, iniciar penicilina cristalina por 14 dias. ✓

C FTA-abs; se positivo, fazer penicilina benzatina em dose única.

D Teste rápido para sífilis; se positivo, fazer penicilina benzatina em dose única. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 4 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Úlceras genitais múltiplas, endurecidas, de fundo limpo e pouco dolorosas, com adenopatia bilateral não supurativa e teste rápido positivo, definem sífilis primária. Em paciente HIV positivo com sífilis está indicada punção lombar; se o VDRL líquido for positivo, trata-se neurosífilis com penicilina cristalina EV por 10 a 14 dias. O FTA-Abs no líquido tem baixa especificidade e não define tratamento (C), e penicilina benzatina em dose única não trata neurosífilis (C e D). Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Uma análise histórica de alguns indicadores brasileiros referentes às últimas décadas, tais como a distribuição etária da população, o coeficiente de fecundidade e mortalidade, o perfil epidemiológico das doenças mais prevalentes e os hábitos alimentares predominantes, permite inferir que houve

A redução de consumo de alimentos tradicionais da dieta brasileira (arroz e feijão), associada a aumento do consumo de alimentos ultraprocessados. ✓

- B aumento dos coeficientes de fecundidade associado à redução do coeficiente de mortalidade, com consequente aumento da expectativa de vida.
- C aumento da prevalência das doenças crônicas e não transmissíveis, acompanhado de aumento das doenças transmissíveis e de deficiências nutricionais.
- D redução da desnutrição infantil em quase todo o país, exceto na região Norte, onde houve aumento da prevalência de desnutrição crônica associada a déficit de estatura para a idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

As últimas décadas no Brasil combinam transição demográfica (queda da fecundidade, envelhecimento), transição epidemiológica (predomínio das crônicas não transmissíveis) e transição nutricional: o prato tradicional de arroz e feijão perde espaço para ultraprocessados, com aumento da obesidade. A fecundidade caiu, não subiu (B); doenças transmissíveis e carências nutricionais recuaram (C); e a desnutrição infantil caiu de forma generalizada, inclusive no Norte (D). Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Uma primigesta com 38 semanas de gestação é admitida na Maternidade em trabalho de parto. O exame obstétrico inicial revela feto em situação longitudinal, apresentação cefálica, frequência cardíaca fetal = 140 bpm sem desacelerações; dinâmica uterina com 2 contrações moderadas em 10 minutos; colo uterino dilatado 4 cm e apagado 40%; pelvimetria interna clínica com conjugata diagonalis de 11 cm, medida do diâmetro bituberoso de 11 cm, espinhas isquiáticas não salientes. A amniorrexe foi espontânea aos 6 cm de dilatação. O padrão de contração uterina manteve-se com 4 contrações em 10 minutos e a paciente recebeu analgesia peridural. Após 12 horas de evolução do trabalho de parto, o exame obstétrico revelou: colo uterino com 10 cm de dilatação, feto com polo cefálico no plano -1 de De Lee e presença de bossa serossanguínea. Qual é a conduta obstétrica indicada nesse caso?

A Iniciar ocitocina por via endovenosa.

B Indicar resolução do parto por cesárea. ✓

C Aguardar evolução espontânea do período expulsivo.

D Abreviar o período expulsivo com fórceps ou vácuo- extrator.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dilatação completa, 12 horas de trabalho de parto, polo cefálico ainda em De Lee -1 (acima das espinhas) e bossa serossanguínea: parada de descida com sinais de desproporção. Feto alto não é território de fórceps nem de vácuo — instrumentar exige apresentação insinuada, e D é armadilha grave. Ocitocina com dinâmica já adequada (4 em 10 minutos) só aumenta o risco de rotura uterina (A), e aguardar prolonga o sofrimento fetal (C). Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Um paciente de 27 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde preocupada com um abaulamento em região inguinal à direita que surgiu há dois meses. Nega outras queixas. No exame clínico, IMC = 20 Kg/m² (VR = 18 - 25 kg/m²) e não há sinais flogísticos locais; a massa de cerca de 5 cm é facilmente redutível. Ao exame clínico não apresentou dor ou qualquer outro achado. Qual das condutas a seguir é a mais indicada nessa situação?

A Orientar sobre os riscos de encarceramento, obstrução e estrangulamento, e encaminhar para agendamento de cirurgia. ✓

B Orientar sobre o tratamento conservador e sugerir medidas paliativas considerando o risco de recidiva pós-cirúrgica.

C Encaminhar ao serviço de urgência para correção cirúrgica devido ao risco de estrangulamento e isquemia intestinal.

D Tranquilizar o paciente, orientar a evitar esforços físicos, tais como carregar peso e ensinar a reduzir manualmente a hérnia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 5 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento inguinal redutível, sem sinais flogísticos e sem dor, é hérnia inguinal não complicada. Hérnia não regredie e não tem tratamento clínico: a conduta é orientar sobre os riscos de encarceramento e estrangulamento e encaminhar para herniorrafia ELETIVA. Encaminhamento à urgência só se houver hérnia irreductível, dor, obstrução ou isquemia (C). Ensinar a reduzir e evitar esforço não previne a complicação (B e D). Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Um paciente de 37 anos de idade está no 5º dia pós-operatório de cirurgia abdominal para a exérese de tumor hepático. Recebeu antibioticoprofilaxia com cefazolina durante o procedimento cirúrgico, o qual transcorreu sem intercorrências. Encontra-se internado na UTI, em jejum, com acesso venoso central para nutrição parenteral por cateter na veia subclávia direita. A diurese medida através de sonda vesical de demora apresenta baixo volume nas últimas 24 horas, embora tenha hidratação endovenosa abundante e balanço hídrico cumulativo bastante positivo. Há saída de secreção purulenta pela incisão cirúrgica em pequena quantidade. Queixa-se de mal-estar geral. Ao exame físico, apresenta quadro de febre (38,4 °C), pressão arterial = 100 x 60 mmHg, frequência cardíaca = 108 bpm, frequência respiratória = 22 ipm com enchimento capilar ungueal > 6 segundos. Não há sinais flogísticos ou secreção no local da punção venosa central. Os resultados dos exames séricos colhidos há 30 minutos mostram: glóbulos brancos (GB) = 12.450 mm³ (valor normal: GB entre 4.000 e 11.000 mm³ com menos de 10% de bastonetes) com 15% de bastonetes e 70% de segmentados; lactato = 6 mg/dL (valor normal = até 2 mg/dL) e gasometria arterial: pH = 7,28, PaO₂ = 76 mmHg, PaCO₂ = 32 mmHg, HCO₃ = 16, BE = -10 e saturação de O₂ = 92% (valores normais: pH = 7,35 - 7,45, PaO₂ = 80 - 108 mmHg, PaCO₂ = 35 - 48 mmHg, HCO₃ = 22 - 26, BE = -2 a +2 e saturação de O₂ = >93%). Nesse momento, além da expansão volêmica, constitui conduta correta para as próximas horas:

A início imediato de antibioticoterapia empírica, uso de aminas vasoativas e tomografia de abdome.

B coleta de hemocultura, início de antibioticoterapia após o resultado e ultrassonografia de abdome.

C reabordagem cirúrgica imediata, coleta de cultura da secreção peritoneal e antibioticoterapia após resultado.

D coleta de hemocultura, início imediato de antibioticoterapia de forma empírica e exploração da ferida operatória. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, taquicardia, taquipneia, leucocitose com desvio, oligúria, enchimento capilar maior que 6 segundos e lactato elevado no 5º pós-operatório, com secreção purulenta na incisão: choque séptico de foco em ferida operatória. O pacote da primeira hora é colher hemocultura, iniciar antibiótico empírico IMEDIATAMENTE e controlar o foco, explorando a ferida. Esperar cultura para tratar (B e C) é o erro clássico, e imagem não pode atrasar o antibiótico (A). Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Um recém nascido (RN) de 10 dias de vida, do sexo masculino, é levado ao Posto de Saúde para avaliação, uma vez que seu pai acabou de receber o diagnóstico de tuberculose pulmonar, não tendo ainda iniciado o tratamento. A mãe não possui queixas específicas em relação à criança. A gestação e o parto não apresentaram intercorrências e o aleitamento materno segue sem dificuldades. O RN mostra-se em bom estado geral, ativo, corado, hidratado, e o restante do exame físico é normal. Nessa situação, qual das condutas seguintes é a mais adequada?

A Não vacinar o RN com a BCG, iniciar isoniazida e mantê-la por 3 meses. Após esse período, o recém-nascido deverá realizar PPD. Se o resultado for maior que 5 mm, manter a medicação por mais 3 meses. Se for menor que 5 mm, suspender a medicação e vacinar com BCG. ✓

B Não vacinar o RN com a BCG, iniciar isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, e mantê-los por 3 meses. Após esse período, realizar PPD. Se o resultado for maior que 5 mm, manter as medicações por mais 3 meses. Se for menor que 5 mm, suspendê-las e vacinar com BCG.

C Vacinar o RN com a BCG, iniciar isoniazida, rifampicina, pirazinamida e etambutol, e mantê-los por 3 meses. Após este período, realizar PPD. Se o resultado for maior que 5 mm, manter as medicações por mais 3 meses. Se for menor que 5 mm, suspendê-las e vacinar com BCG.

D Vacinar o RN com a BCG, iniciar isoniazida e mantê-la por 3 meses. Após esse período, realizar PPD e radiografia de tórax. Se o resultado for maior que 5 mm e a radiografia suspeita, manter a medicação por mais 3 meses. Se for menor que 5 mm, suspender a medicação e vacinar com BCG.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido contato intradomiciliar de tuberculose bacilífera NÃO recebe BCG de imediato. Faz-se quimioprevenção primária com isoniazida por 3 meses; ao final aplica-se a PPD: se maior que 5 mm, mantém-se a isoniazida por mais 3 meses e não se vacina; se menor, suspende-se a droga e vacina-se com BCG. Esquema RIPE só na doença ativa (B e C), e vacinar antes da profilaxia inutiliza a BCG, pois a isoniazida mata o bacilo vacinal (C e D). Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Uma gestante de 28 anos de idade, primigesta, comparece à Unidade Básica de Saúde no dia 25 de junho de 2015, relatando que “seu bebê passou da data de nascer”. Ao verificar o cartão da gestante, o médico encontrou anotação de data da última menstruação de 06/09/2014 e realização de ultrassonografia em 01/11/2014, mostrando idade gestacional de 08 semanas pela biometria fetal. Ao exame obstétrico: altura uterina = 34 cm, feto único, cefálico, insinuado, frequência cardíaca fetal = 140 bpm sem desacelerações, colo apagado 50%, fechado e pressão arterial = 100 x 60 mmHg. Após essa avaliação, qual seria a conduta apropriada?

A Tranquilizar a gestante e, de comum acordo com ela, encaminhá-la a uma maternidade para provável indução do parto. ✓

B Encaminhar a gestante para a maternidade para realização de cesárea segmentar, pois se trata de uma gravidez com mais de 41 semanas.

C Encaminhar a gestante a uma maternidade de alto risco, devido à desproporção feto-pélvica, pois o feto está encaixado e o trabalho de parto não se iniciou espontaneamente.

D Liberar a gestante para casa, informando que o conceito está bem e orientá-la a procurar uma maternidade, caso apresente perda de líquido ou contrações rítmicas dolorosas. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 6 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

DUM de 06/09/2014 confirmada por ultrassonografia precoce coloca a gestação acima de 41 semanas em 25/06/2015 — gravidez prolongada. Com bem-estar fetal preservado, a conduta é acolher a ansiedade e encaminhar para indução do parto, de comum acordo com a gestante, pois após 41 semanas cresce o risco de insuficiência placentária e óbito fetal. Pós-datismo não indica cesárea por si (B) nem caracteriza desproporção (C), e liberar para casa (D) posterga risco evitável. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Uma paciente de 11 anos de idade dá entrada no Pronto Socorro com história de dor abdominal e oito episódios de vômitos nas últimas quatro horas. A mãe relata que a criança perdeu 4 kg no último mês e está urinando excessivamente. A menina passou por vários exames, com os seguintes resultados: frequência cardíaca = 150 bpm; frequência respiratória = 60 irpm. Mostrou-se sonolenta, olhos fundos, boca seca, com enchimento capilar de cinco segundos, murmúrio vesicular bem distribuído, bulhas rítmicas normofonéticas, abdome flácido e indolor, sem visceromegalias. Não foram evidenciados sinais de irritação meníngea. Os resultados dos exames laboratoriais estão apresentados a seguir, denotando-se por VR os valores de referência. Hemogasometria arterial: pH = 7,1 (VR = 7,35 - 7,45); HCO₃ = 8 mEq/L (VR = 21 - 28 mEq/L); PCO₂ = 22 mmHg (VR = 35 - 48 mmHg); PO₂ = 89 mmHg (VR = 83 - 108 mmHg); glicemia = 450 mg/dL (VR = 65-99mg/dL); sumário de urina: cetonúria; K = 3,8 mEq/L (VR = 3,5 - 5 mEq/L); Na = 140 mEq/L (VR = 135 - 145 mEq/L); fósforo = 3,5 mg/dL (VR = 3,5 - 5,5 mg/dL); ureia = 35 mg/dL (VR = 15 - 40 mg/dL); creatinina = 1 mg/dL (VR = 0,6 - 1,3 mg/dL). Hemograma: Hb = 15 g/dL (VR = 11,5 - 15,5 g/dL); Ht = 45% (VR = 35 - 45%); leucócitos = 4.800 /mm³ (VR = 5.500 - 15.500/mm³). Qual deveria ser a conduta imediata para esse caso?

- A Iniciar insulina subcutânea após controle da desidratação, com expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,45%.
- B Iniciar insulina endovenosa contínua em bomba de infusão em Y e a expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,45%.

C Iniciar solução de manutenção com potássio após controle da desidratação, com expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,9%. ✓

- D Iniciar reposição em Y de bicarbonato endovenoso e a expansão volumétrica com soro fisiológico a 0,9% para controle da desidratação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliúria, perda ponderal, desidratação grave, glicemia 450, pH 7,1, bicarbonato 8 e cetonúria: cetoacidose diabética. A sequência é expansão com soro fisiológico a 0,9% — nunca hipotônico, pelo risco de edema cerebral — e reposição de potássio antes ou junto da insulina, porque mesmo com potássio sérico normal o pool corporal está depletado e a insulina o joga para dentro da célula. Bicarbonato não é rotina nessa faixa de pH (D). Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Uma mulher de 75 anos de idade procurou atendimento em uma Unidade Básica de Saúde por apresentar, há três dias, quadro de febre baixa, tosse com escarro purulento e leve dispneia. Fumante há cerca de 35 anos (cerca de 25 cigarros/dia), possui diagnóstico prévio de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Há 10 dias, aproximadamente, iniciou quadro com coriza diária, tosse seca e mialgia. Ao exame físico, observa-se: mucosas descoradas (++)/4+, paciente hidratada, pressão arterial = 120 x 70 mmHg, frequência cardíaca = 120 bpm, frequência respiratória = 32 irpm, temperatura axilar = 38°C. A ausculta pulmonar permitiu constatar frêmito tóraco-vocal aumentado e estertores crepitantes no terço inferior do hemitórax esquerdo. A radiografia de tórax evidenciou condensação em lobo inferior esquerdo, sem derrame pleural. Considerando o quadro apresentado, quais são, respectivamente, o principal agente infeccioso no quadro clínico descrito e a conduta apropriada a ser tomada nesse momento para a paciente?

A Streptococcus pneumoniae; encaminhamento para internação hospitalar e início de antibioticoterapia venosa. ✓

B Staphylococcus aureus; prescrição de antibioticoterapia empírica e acompanhamento ambulatorial.

C Moraxella catarrhalis; encaminhamento à emergência para macronebulização com O2 e tratamento ambulatorial.

D Pneumocystis jirovecii; encaminhamento para internação hospitalar e realização de hemoculturas antes do início da antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa, DPOC, com quadro gripal seguido de febre, escarro purulento, frequência respiratória de 32 irpm e condensação lobar: pneumonia adquirida na comunidade, cujo agente mais frequente segue sendo o Streptococcus pneumoniae. Idade avançada, comorbidade pulmonar e FR maior ou igual a 30 irpm indicam internação e antibiótico venoso. S. aureus e Moraxella são bem menos prováveis, e Pneumocystis exigiria imunossupressão avançada. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Uma senhora de 85 anos de idade, tem visita domiciliar da Equipe de Saúde da Família (ESF) solicitada por sua cuidadora, pois há dois dias tem apresentado comportamento estranho. Fala coisas desconexas, teve alucinação visual e comporta-se de forma agressiva algumas vezes. A paciente faz seguimento regular com a ESF há 10 anos, atualmente com assistência domiciliar, pois está restrita ao lar, após uma queda sofrida há quatro anos. A médica da equipe conhece a paciente e sabe que ela nunca teve problemas cardiovasculares, cognitivos ou de saúde mental, e que não faz uso de medicamentos contínuos. No exame físico, mostra-se desorientada em relação ao tempo.

A hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada, são, respectivamente, A quadro depressivo; tratamento medicamentoso com tricíclico e avaliação por psicólogo.

B quadro infeccioso agudo; solicitação de raio X, exame de urina e hemograma para melhor avaliação. ✓

C demência de Alzheimer; encaminhamento para neurologista para realização de exames de imagem.

D distúrbio de comportamento por transtorno psicótico; prescrição de antipsicótico e encaminhamento para psiquiatra. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 7 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa sem antecedente cognitivo ou psiquiátrico que em 48 horas passa a apresentar desorientação temporal, discurso desconexo, alucinações visuais e agitação: delirium, de início agudo e curso flutuante. Delirium é sintoma, não diagnóstico — e a causa mais comum na idosa restrita ao leito é infecção urinária ou respiratória. Daí investigar com urina, hemograma e radiografia. Alzheimer instala-se de forma insidiosa em anos (C), e medicar sem procurar a causa é iatrogenia (A e D). Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Uma lactente de 8 meses de idade nascida prematuramente com 32 semanas de gestação, é atendida no Pronto Socorro com história de tosse há três dias. A mãe relata que, hoje, a criança está mais pálida, sonolenta e com dificuldades para respirar, a ponto de impedir a ingestão de alimentos. Ao exame físico, a lactente apresenta-se irritada, em regular estado geral, cianótica, afebril, com sibilância e frequência respiratória aumentada para a idade, com tiragem intercostal e subcostal. A radiografia de tórax na posição anteroposterior está reproduzida a seguir. Qual a conduta apropriada nessa situação?

A Determinar internação para iniciar oxigenioterapia devido aos sinais de gravidade. ✓

B Determinar internação para início imediato de antibioticoterapia de amplo espectro.

C Administrar corticosteroides e broncodilatadores e manter em observação no Pronto Socorro.

D Recomendar retorno ao domicílio, tendo em vista que a família possui inalador para uso da medicação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente ex-prematuro com pródromo de tosse, sibilância difusa, taquipneia, tiragem, cianose e recusa alimentar: bronquiolite viral aguda com sinais de gravidade. Hipoxemia e incapacidade de se alimentar são critérios de internação, e o tratamento é de suporte — oxigenioterapia e hidratação. Não há indicação de antibiótico de rotina (B), corticoide e broncodilatador não alteram o curso da bronquiolite (C), e liberar um lactente cianótico e prostrado (D) é inaceitável. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Uma menina de 7 anos de idade é trazida pela mãe à Unidade Básica de Saúde com queixa de prurido na região genital há duas semanas que se mostra mais intenso à noite. A mãe relata que uma menina da mesma idade, que mora na casa ao lado, tem apresentado sintomas semelhantes. Ao exame, detectou-se ausência de sangramento ou corrimento e que a membrana himenal está íntegra. Nota-se apenas a presença de eritema na região vulvar e perianal. Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica e a conduta a ser adotada nesse caso?

A Enterobiose; receitar mebendazol oral. ✓

B Herpes genital; investigar violência sexual.

C Candidíase vulvovaginal; receitar antifúngico tópico.

D Vulvovaginite bacteriana inespecífica; orientar higiene.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prurido genital e perianal de predomínio NOTURNO, em escolar, com contactante apresentando o mesmo sintoma e sem corrimento ou lesão, é enterobíase: a fêmea do *Enterobius* migra à noite para depositar ovos na região perianal. O tratamento é mebendazol (ou albendazol) oral, repetido em duas semanas e estendido aos contactantes. Herpes cursa com vesículas e úlceras (B), candidíase é rara na pré-púbere sem fator de risco (C) e vulvovaginite inespecífica dá corrimento (D). Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Uma parturiente de 34 anos de idade, grande múltipara (VI Gesta), apresentou diabetes gestacional e está com gestação de 39 semanas. Deu entrada na Maternidade em trabalho de parto, com feto único, vivo e em apresentação cefálica. Evoluiu para parto vaginal e, após duas horas de período expulsivo, pariu concepto do sexo masculino com 4,100 kg, apgar 8/9. Logo após a dequitação da placenta, o sangramento uterino se acentuou. Exame obstétrico: útero de consistência amolecida, palpável acima da cicatriz umbilical; ausência de restos placentários; ausência de lacerações do canal de parto. A paciente evoluiu rapidamente com hipotensão, taquicardia e alteração da consciência. Essa situação poderia ter sido evitada se

A a paciente tivesse sido submetida a um parto cesárea.

B houvesse a prescrição de ocitocina via intravenosa no parto. ✓

C fosse aplicada metilergonovina intramuscular antes da dequitação.

D tivesse sido transfundida com concentrado de hemácias antes do parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Grande múltipara, diabetes gestacional, macrosomia e expulsivo prolongado são fatores clássicos de atonia uterina. Útero amolecido acima da cicatriz umbilical, sem restos e sem lacerações, com choque hipovolêmico, é hemorragia pós-parto por atonia. A medida preventiva com melhor evidência é o manejo ativo do 3º período, com ocitocina profilática. Cesárea não previne atonia (A), metilergonovina antes da dequitação pode aprisionar a placenta (C) e transfundir profilaticamente não tem sentido (D). Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Uma famosa modelo profissional de 22 anos, acompanhada de sua mãe, procura um cirurgião plástico para a realização de um novo procedimento estético que ele inventou e tem feito extensa divulgação na mídia. Após a cirurgia, o resultado não agradou e a paciente decidiu processar o médico pelo mau resultado, questionando a técnica utilizada bem como o fato de ter havido divulgação de suas fotos durante sua internação pelos funcionários da clínica. Na sua defesa, o cirurgião alegou que a paciente foi orientada pela clínica e que assinou o termo de consentimento, tendo sido prestado por ele toda a assistência necessária. Tendo como base o Código de Ética Médica, no presente caso,

A o termo de consentimento esclarece os riscos e a paciente torna-se responsável pelas eventuais intercorrências, independentemente da ação do médico.

B o médico não pode se responsabilizar pelas ações de seus funcionários na exposição de fotos da paciente durante a internação.

C o procedimento deveria ter passado por fase experimental com obtenção de resultados que comprovem a não-maleficência e o potencial de beneficência. ✓

D a prestação de toda a assistência pelo médico, os diagnósticos estabelecidos e as condutas tomadas são de sua livre convicção. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 8 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O Código de Ética Médica veda o uso de procedimento ainda não reconhecido, com divulgação midiática, sem que tenha passado por pesquisa regular: é preciso demonstrar antes segurança (não maleficência) e benefício. Termo de consentimento não transfere ao paciente a responsabilidade por erro médico (A); o médico responde pela conduta de seus funcionários, e a exposição de imagens fere o sigilo (B); e a autonomia profissional não é ilimitada, cede à técnica reconhecida (D). Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Uma mulher de 16 anos de idade, parda, foi avaliada em um ambulatório de atenção especializada por apresentar fraqueza, cansaço e episódios de dores musculares e articulares, principalmente em mãos e pés. Ela relata apresentar o quadro desde a infância, com crises frequentes de dor de início súbito. Ao exame físico apresentava-se com mucosas hipocoradas e escleróticas ictéricas, além de edema de articulações de mãos e pés. Os sinais vitais aferidos mostraram pressão arterial = 90 x 50 mmHg; frequência cardíaca = 108 bpm; frequência respiratória = 18 irpm e temperatura axilar = 37,1 °C. Os exames laboratoriais iniciais revelaram: Hemoglobina = 8,3 g/dL (VR = 11,5 - 15 g/dL); Hematócrito = 25,2% (VR = 35 - 45%); VCM = 90 fL (VR = 80 - 96 fL); Leucócitos = 7.500/mm³, com contagem diferencial normal; Plaquetas = 197.000/mm³ (VR = 100.000 - 400.000 mm³); Reticulócitos = 7,4% (VR = 0,5 - 1,5%); Desidrogenase láctica = 870 U/L (VR = 240 - 480 U/L); Aspartato aminotransferase = 52 U/L (VR = até 38 U/L). Com base no quadro descrito, qual exame complementar deveria ser realizado a fim de se obter o provável diagnóstico etiológico?

- A Teste de Coombs direto.
- B Hematoscopia de sangue periférico.
- C Teste de solubilidade da hemoglobina.

D Cromatografia líquida de alto desempenho. ÁREA LIVRE ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com anemia normocítica, reticulocitose, LDH e AST elevados, icterícia e crises álgicas ósteo-articulares desde a infância: doença falciforme. Para caracterizar e QUANTIFICAR as frações de hemoglobina, distinguindo doença de traço e de outras hemoglobinopatias, o exame é a cromatografia líquida de alto desempenho (HPLC). O teste de solubilidade é apenas triagem e não separa traço de doença (C); o Coombs avalia hemólise autoimune (A); a hematoscopia sugere, mas não confirma (B). Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Uma paciente de 37 anos de idade encontra-se internada em hospital de referência há dois dias, com diagnóstico clínico e laboratorial de pancreatite aguda leve. Nega quadro semelhante previamente. O ultrassom abdominal realizado na admissão mostrou colelitíase (cálculos múltiplos) sem dilatação de vias biliares intra e extra hepáticas. Os exames séricos realizados na admissão mostraram: hemoglobina = 12 g/dL (valor normal = 11 a 15 g/dL); hematócrito = 36% (valor normal = 35 a 45%); glóbulos brancos (GB) = 11.000 mm³ (9% de bastonetes e 80% de segmentados - valores normais: GB entre 4.000 e 11.000 mm³ com menos de 10% de bastonetes); amilase = 2.120 mg/dL (até 120 mg/dL); TGO = 76 (até 40 mg/dL); TGP = 60 (até 25 mg/dL); bilirrubina total = 0,6 (até 0,8 mg/dL); bilirrubina direta = 0,4 (até 0,5 mg/dL); sódio = 134 mEq/L (valor normal entre 135 e 145 mEq/L) e potássio = 3,6 mEq/L (valor normal entre 3,5 e 4,5 mEq/L). Com o tratamento instituído, houve melhora quase completa da dor abdominal e a paciente teve boa aceitação da dieta que foi liberada. Qual a próxima etapa que deveria ser adotada no planejamento terapêutico dessa paciente?

A Agendamento de colecistectomia nessa mesma internação pelo risco de recorrência da pancreatite. ✓

- B Colecistectomia em um período de até três meses para permitir que o processo inflamatório regride completamente.
 - C Agendamento de colangiografia endoscópica retrógrada para avaliação do colédoco como preparo para colecistectomia.
 - D Alta hospitalar com retorno ambulatorial e colecistectomia, se houver mais um episódio de pancreatite aguda nos próximos doze meses.
- ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 9 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite aguda BILIAR leve, já com boa aceitação de dieta e colelitíase documentada: a colecistectomia deve ser feita na MESMA internação. O risco de novo episódio nas semanas seguintes chega a 20-30%, e adiar por meses (B) ou esperar recorrer (D) expõe a paciente a evento potencialmente fatal. CPRE não é preparo de rotina — só se houver colangite ou coledocolitíase, ausentes aqui, com bilirrubinas normais e vias biliares não dilatadas. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Uma mulher de 35 anos de idade, tabagista, assintomática, retorna à Unidade Básica de Saúde para apresentar exame citopatológico de colo uterino. O resultado indica lesão intraepitelial escamosa de baixo grau. Considerando que, na maioria das vezes, a infecção é pelo HPV, conclui-se corretamente que se trata de infecção

A com potencial oncogênico, devendo-se realizar colposcopia imediatamente.

B benigna, comum na faixa etária da paciente, devendo-se realizar eletro ou quimiocauterização do colo.

C com espontâneo regresso na maioria dos casos, devendo-se repetir a citologia em seis meses. ✓

D com potencial oncogênico, devendo-se solicitar o teste de DNA-HPV para identificar subtipos específicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão intraepitelial escamosa de BAIXO grau reflete, na maioria das vezes, efeito citopático transitório do HPV, com regressão espontânea em cerca de 80% dos casos. Por isso a recomendação do Ministério da Saúde é repetir a citologia em 6 meses e só encaminhar para colposcopia se houver persistência ou progressão. Colposcopia imediata é a conduta do alto grau (A), cauterizar colo sem histologia é erro (B), e a tipagem de DNA-HPV não muda a conduta aqui (D). Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

O gráfico a seguir mostra a evolução da mortalidade infantil em determinada região, ao longo do tempo, discriminando seus dois componentes: a mortalidade infantil neonatal e a mortalidade infantil pós-neonatal ou tardia. Gráfico 1 - Mortalidade Infantil em determinada região e componentes em um período histórico e região.

A análise do gráfico revela o padrão de evolução de uma região A em desenvolvimento, com queda da mortalidade infantil representada pela linha verde, às custas do componente neonatal (linha azul) e pós-neonatal (linha vermelha). ✓

B desenvolvida, com estabilização da mortalidade infantil representada pela linha azul, às custas dos componentes neonatal (linha verde) e pós-neonatal (linha vermelha).

C em desenvolvimento, com queda da mortalidade infantil representada pela linha vermelha, às custas do componente neonatal (linha verde) e pós-neonatal (linha azul).

D desenvolvida, com a mortalidade infantil representada pela linha vermelha, às custas dos componentes neonatal (azul) e pós-neonatal (linha verde).

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão descrito é o de região em desenvolvimento: mortalidade infantil total em queda, às custas da redução tanto do componente pós-neonatal — mortes por diarreia, pneumonia e desnutrição, as primeiras a cair com saneamento, vacina e atenção básica — quanto do neonatal. Em região desenvolvida a mortalidade infantil já é baixa e estável, com predomínio quase absoluto do componente neonatal, ligado a prematuridade e malformações. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Um menino de 7 anos de idade, filho de genitor desconhecido, presenciou a morte da mãe. Desde então, passou a apresentar alterações do sono, com terror noturno. Na escola, mudou seu comportamento, passou a se isolar das brincadeiras com os colegas, desmonstrando alteração no humor. Além disso, desistiu das aulas de violão que antes gostava de frequentar. A tia materna, que assumiu sua criação, o levou ao ambulatório em busca de ajuda. Nesse caso, além da intervenção multiprofissional, qual a conduta adequada?

A Suspender as atividades escolares, com retorno progressivo, e prescrever clonidina.

B Sugerir a manutenção da rotina diária e ingresso em terapia cognitiva-comportamental. ✓

C Sugerir aumento da ingestão de cálcio e ingresso em psicoterapia individual e em grupo.

D Instruir que as atividades escolares sejam desempenhadas em casa, e prescrever sertralina. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 10 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança que presenciou a morte da mãe e evolui com terror noturno, retraimento social, anedonia e alteração do humor está em luto complicado, com reação ao trauma. A base do cuidado é preservar a rotina e os vínculos — escola, brincadeiras, atividades prazerosas — associada a psicoterapia, com melhor evidência para a terapia cognitivo-comportamental focada no trauma. Afastar da escola isola e piora (A e D), medicar de entrada não é primeira linha, e cálcio não tem papel algum. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Uma criança de 7 anos de idade é levada pelos pais a uma Unidade de Saúde da Família. Qual dos quadros clínicos a seguir sugere encaminhamento a um serviço de urgência, correlacionando-se a anamnese e o exame clínico da paciente?

A Dor de cabeça frontal há dois meses. Ao exame apresenta-se com 36,0 °C de temperatura axilar; frequência cardíaca = 96 bpm; frequência respiratória = 20 irpm; congestão nasal; rinorreia e dor facial à palpação.

B Falta de ar e cansaço há dois dias. Refere episódios semelhantes anteriormente. Ao exame apresenta-se com 36,5 °C de temperatura axilar, frequência cardíaca = 115 bpm; frequência respiratória = 28 irpm; dispneia moderada; saturação de oxigênio capilar de 89%; sibilos difusos. ✓

C Dor abdominal há cinco dias e episódios prévios semelhantes. Ao exame, apresenta-se com 36,0 °C de temperatura axilar; frequência cardíaca = 78 bpm; frequência respiratória = 21 irpm; ruídos hidroaéreos presentes e dor leve e difusa à palpação, sem defesa, ausência de massas.

D Dor intensa nas pernas há três dias (no final do dia ou durante a noite, ausentes pela manhã). Refere episódios semelhantes há um ano. Ao exame, apresenta-se com 36,2 °C de temperatura axilar; frequência cardíaca = 79 bpm; frequência respiratória = 23 irpm; sem sopros, sem limitação ou edema articular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os quadros, apenas a criança com dispneia, taquipneia, sibilos difusos e SATURAÇÃO DE 89% preenche critério de urgência: hipoxemia em broncoespasmo exige oxigênio e broncodilatador imediatos. Cefaleia com rinorreia e dor facial sugere rinossinusite ambulatorial (A); dor abdominal crônica leve, sem defesa, pode aguardar (C); e dor nas pernas ao fim do dia, com exame normal e episódios repetidos há um ano, é a clássica dor do crescimento (D). Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Uma menina de 4 anos de idade é trazida à Unidade Básica de Saúde, pois apresentou há dez dias manchas eritematopapulares coalescentes em face e palidez perioral, associadas a episódio de febre de 37,9 °C. O quadro evoluiu nos cinco dias seguintes com manchas eritematopapulares em braços, tronco e nádegas, que esvaneceram com aparência reticulada. Oito dias depois, após exposição solar, as manchas retornaram na face e no tronco. O estado geral é bom, sem outras alterações no exame físico.

A hipótese diagnóstica é de A sarampo.

B escarlatina.

C exantema súbito.

D eritema infeccioso. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Exantema que começa na face com aspecto de face esbofetada e palidez perioral, migra para tronco e membros com padrão RETICULADO e reaparece após exposição solar ou calor, em criança com bom estado geral, é eritema infeccioso (parvovírus B19). Sarampo cursa com pródromo catarral intenso, manchas de Koplik e criança toxemiada (A); escarlatina dá exantema micropapular áspero com língua em framboesa (B); no exantema súbito o rash surge quando a febre alta cessa (C). Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Um paciente de 15 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde devido ao aparecimento de tumoração no antebraço esquerdo há 3 dias. Ao exame físico: bom estado geral e sinais vitais normais. Apresenta nódulo com 3 cm de diâmetro, hiperemiado e doloroso à palpação, localizado sob a pele, levemente elevado, com consistência endurecida e sem ponto de flutuação. Além de orientar a paciente sobre o diagnóstico e cuidados de higiene, a conduta é

A realizar a drenagem imediata.

B prescrever antibiótico e realizar a drenagem.

C compressa com água morna e prescrever antibiótico.

D compressa com água morna e aguardar drenagem espontânea. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo cutâneo hiperemiado, doloroso, endurecido e SEM ponto de flutuação é furúnculo em fase inicial, ainda sem coleção formada. Sem pus não há o que drenar, e a drenagem precoce só amplia a lesão. A conduta é compressa morna, que acelera a maturação e a drenagem espontânea, associada a higiene. Antibiótico sistêmico fica reservado a celulite extensa, lesões múltiplas, face, imunossupressão ou sinais sistêmicos, todos ausentes aqui. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Uma mulher de 35 anos de idade é encaminhada ao Ambulatório de Endocrinologia após a sua médica da Unidade de Saúde da Família ter detectado, em exame clínico de rotina, a presença de um nódulo tireoidiano. Na primeira avaliação da especialista, a paciente revela estar assintomática e receosa, temendo que aquela alteração represente uma neoplasia maligna. A endocrinologista descreve o nódulo como superficial, de diâmetro inferior a 1 cm, indolor, localizado no lobo direito da tireoide, com ausência de linfonodos cervicais e supraclaviculares satélites. Em seguida, solicita dosagem de TSH, T4 e T3 livres e ultrassonografia de tireoide. Os resultados evidenciaram TSH, T4 e T3 livres normais e nódulo tireoidiano de 0,7 cm de diâmetro, com margens imprecisas e microcalcificações, sem linfonodos regionais. Qual deve ser o próximo procedimento a ser realizado no seguimento dessa paciente?

A Punção aspirativa do nódulo tireoidiano por agulha fina. ✓

- B Cintilografia da tireoide para avaliação do nódulo tireoidiano.
- C Excisão cirúrgica do nódulo tiroideano e exame histopatológico.
- D Ultrassonografias sequenciais da tireoide para acompanhamento. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 11 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo tireoidiano com MARGENS IMPRECISAS e MICROCALCIFICAÇÕES é ultrassonograficamente suspeito, e são as características de suspeição, não o tamanho isolado, que comandam a investigação. O próximo passo é a punção aspirativa por agulha fina. Cintilografia só é útil com TSH suprimido, para procurar nódulo hiperfuncionante (B); cirurgia sem citologia expõe a tireoidectomia desnecessária (C); e apenas acompanhar nódulo com estigmas de malignidade atrasa o diagnóstico (D). Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Uma mulher de 50 anos de idade, branca, empregada doméstica, procura atendimento ambulatorial por apresentar artralguas de mãos, punhos, ombros e tornozelos há cerca de 4 meses. O quadro articular é aditivo, mesmo em uso de diclofenaco de sódio (150 mg/dia). Ela se queixa de limitação do movimento por dor no período da manhã, com duração de aproximadamente 1 hora. Ao exame encontra-se em bom estado geral, afebril, com sinais de artrite nas articulações interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas de 2° e 3° dedos das mãos, mas sem desvios. Ao exame da pele, observam-se “nódulos” subcutâneos nas superfícies extensoras e regiões periarticulares. Considerando o quadro descrito, quais são, respectivamente, o diagnóstico e o medicamento a ser indicado nesse momento?

- A Osteoartrite; azatioprina 1 mg/kg/dia.
- B Artrite psoriásica; sulfasalazina 2 mg/dia.
- C Síndrome de Reiter; prednisona 1 mg/kg/dia.

D Artrite reumatoide; metotrexate 7,5 mg/semana. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simétrica, aditiva, de pequenas articulações das mãos (interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas), com rigidez matinal de cerca de uma hora e nódulos subcutâneos em superfícies extensoras: artrite reumatoide, sendo o nódulo reumatoide achado bastante específico. Feito o diagnóstico, inicia-se DMARD precocemente, e o metotrexato é a droga âncora, em dose SEMANAL (nunca diária). Osteoartrite não dá artrite nem nódulo (A), e as demais exigiriam psoríase ou quadro uretro-óculo-sinovial. Resposta D.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Um homem de 23 anos de idade procura a Unidade de Saúde da Família mais próxima da fazenda em que trabalha com queixa de forte dor de cabeça, náuseas, dor abdominal em cólica e salivação excessiva. Apresenta-se prostrado e relata quatro episódios de vômitos. Ao exame clínico, o paciente apresenta dispneia e sudorese de intensidade leve a moderada após pulverização da lavoura. Diante do caso de intoxicação por organofosforado que deve ser notificado à vigilância, qual a gravidade do caso e a conduta mais apropriada?

- A Intoxicação aguda grave; atendimento inicial pela equipe, que estabiliza o paciente, solicita exames laboratoriais (hemograma completo com reticulócitos e dosagem da acetilcolinesterase) e acompanha o paciente no ambulatório.
- B Intoxicação aguda moderada; atendimento inicial pela equipe, que administra hidratação oral e antiemético, para, então, encaminhá-lo ao Serviço de Urgência para diagnóstico clínico-laboratorial (incluindo a dosagem plasmática da acetilcolinesterase) e tratamento. ✓**

- C Intoxicação aguda leve; atendimento inicial pelo médico da equipe, que prescreverá antiemético e solicitará exames laboratoriais (dosagem plasmática da acetilcolinesterase e glicemia de jejum), recomendando retorno breve para acompanhamento na Unidade de Saúde da Família.
- D Intoxicação crônica leve; atendimento inicial pelo médico da equipe, que administra hidratação oral e antiemético, para, então, encaminhá-lo ao ambulatório especializado de referência em saúde do trabalhador para diagnóstico clínico-laboratorial (incluindo a dosagem da acetilcolinesterase) e tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhador rural que pulveriza lavoura e evolui com síndrome colinérgica — sialorreia, náuseas, vômitos, cólica, cefaleia, sudorese e dispneia leve a moderada — está intoxicado por organofosforado. Sem rebaixamento de consciência, miose puntiforme com insuficiência respiratória, bradicardia grave ou convulsão, o caso é MODERADO: estabiliza-se, encaminha-se à urgência para dosagem da acetilcolinesterase e tratamento, e notifica-se. Chamar de leve (C) subestima o risco, e de crônica (D) ignora a exposição aguda. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Uma mulher de 19 anos de idade não fez pré-natal e foi internada na maternidade em trabalho de parto. Nasceu uma criança do sexo masculino em boas condições. Os exames realizados na admissão da paciente revelaram sorologia positiva para HIV. Em relação à amamentação, assinale a orientação correta:

A Estimular o aleitamento materno sob livre demanda.

B Inibir a lactação com cabergolina e iniciar fórmula láctea para o recém-nascido. ✓

C Realizar a alimentação do recém-nascido com o leite materno, após ordenha e pasteurização.

D Liberar a amamentação após avaliação da carga viral e início da terapia antiretroviral para a mãe.

COMENTÁRIO OSCELABS

No Brasil, a transmissão do HIV pelo leite materno torna a amamentação CONTRAINDICADA de forma absoluta, independentemente de carga viral indetectável ou de terapia antirretroviral. Inibe-se a lactação com cabergolina, associada a enfaixamento, e oferta-se fórmula láctea, garantida pelo SUS. Leite da própria mãe soropositiva, mesmo pasteurizado no domicílio, não é permitido (C), e carga viral baixa não libera a mama (D). Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Um paciente de 23 anos de idade, vítima de um assalto ao sair da faculdade, sofreu ferimento por arma branca em parede abdominal anterior há 30 minutos. Foi levado pelos colegas à Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Está assintomático, e como o local era pouco iluminado, não viu o tamanho da faca. Ao exame físico, há um ferimento inciso horizontal (2,5 centímetros) na região hipogástrica a cerca de 3 cm à direita da linha alba, apresentando mínimo sangramento, dor abdominal apenas no local do ferimento, sem sinais de irritação peritoneal, pressão arterial = 120 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 92 bpm, mucosas normocoradas e enchimento capilar ungueal normal. Qual seria a conduta adequada a ser tomada nesse caso?

A Suturar o ferimento e encaminhar o paciente ao serviço de cirurgia para realização de tomografia computadorizada de abdome.

B Realizar radiografias simples e ortostática de abdome e tórax, e manter o paciente em observação, se não houver achados positivos.

C Realizar a exploração local do ferimento da parede abdominal e definir conduta de acordo com a presença ou não de violação peritoneal. ✓

D Não suturar o ferimento e encaminhar o paciente imediatamente ao serviço de cirurgia para realização de laparotomia exploradora. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS

POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 12 REVALIDA 2015
EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma branca em parede abdominal ANTERIOR, paciente estável, sem irritação peritoneal e sem evisceração: o passo definido é a exploração do trajeto sob anestesia local. Se não houve violação do peritônio, sutura-se e libera-se; se houve, o paciente segue para observação seriada, laparoscopia ou laparotomia. Suturar sem explorar (A) mascara lesão; radiografia é insensível para víscera oca (B); e laparotomia obrigatória em todo ferimento é conduta abandonada, com alta taxa de cirurgia branca (D). Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Um homem de 42 anos de idade, morador de rua, usuário de crack e de drogas ilícitas injetáveis, comparece à Unidade de Saúde da Família apresentando quadro de tosse produtiva e febre ao final do dia, há 2 meses. Relata despertar na madrugada por sudorese, inapetência e perda ponderal de 20 kg no período. Ao exame físico, apresentava-se consciente, orientado, hipocorado (+/4+), anictérico, desidratado, febril (temperatura axilar = 37,8°C), com frequência cardíaca = 120 bpm e pressão arterial = 120 x 60 mmHg. Aparelho respiratório com tiragem intercostal bilateral e diminuição global do murmúrio vesicular. Aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em 2 tempos e bulhas hiperfonéticas. Abdome indolor à palpação superficial e levemente doloroso à palpação profunda sobre a loja hepática, hepatimetria a 2 cm do rebordo costal direito, de consistência lisa e borda romba. Baço palpável a 1,5 cm do rebordo costal esquerdo. Resultados de exames: teste rápido para HIV positivo; hemograma completo - hemoglobina = 8,0 g/dL (normal de 12 a 15 g/dL), hematócrito = 24% (normal = 35 a 45%) e leucopenia = 800 leucócitos/mm³ (normal entre 4.000 e 11.000/mm³); pesquisa de BAAR negativa em 3 amostras de escarro. Foi realizada tomografia computadorizada de tórax, reproduzida na figura a seguir.

A partir do quadro clínico, laboratorial e da imagem apresentada, qual seria uma conduta terapêutica adequada? A Iniciar o tratamento com antirretroviral (lamivudina + efavirenz + tenofovir) e, após 2 semanas, RIPE (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) por 6 meses.

B Iniciar o tratamento com antirretroviral (lamivudina + zidovudina + efavirenz), simultaneamente com o esquema antituberculose estruturado, com rifabutina, por 6 meses.

C Iniciar tratamento com RIPE (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) com duração de 6 meses e, após 4 semanas, introduzir tratamento com antirretrovirais (lamivudina + tenofovir + efavirenz). ✓

D Iniciar o tratamento com RIPE (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) recomendado por 6 meses e, após 1 semana, introduzir o tratamento antirretroviral (lamivudina + zidovudina + lopinavir com ritonavir).

COMENTÁRIO OSCELABS

Coinfecção tuberculose-HIV virgem de tratamento: inicia-se PRIMEIRO o esquema RIPE por 6 meses e só depois a terapia antirretroviral, respeitando intervalo de 2 a 8 semanas, para reduzir o risco de síndrome inflamatória de reconstituição imune e a sobreposição de toxicidades. Começar pelo antirretroviral (A) inverte a prioridade; inibidor de protease com rifampicina sofre interação importante (D); e o esquema de B troca a rifampicina sem necessidade neste cenário. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Um lactente de 4 meses de vida é trazido à consulta de Puericultura em Unidade Básica de Saúde. A mãe relata lacrimejamento persistente no olho esquerdo, desde o nascimento. Realizou tratamento para conjuntivite com colírio de tobramicina por três vezes nos últimos dois meses, sem melhoras. Ao exame físico, constatou-se lacrimejamento em olho esquerdo, com leve hiperemia conjuntival, sem secreção ou edema palpebral.

- A conduta adequada nesse caso é A coletar material para cultura.
- B indicar colírio antialérgico.
- C tratar com novo colírio antibiótico.

D massagear a região nasolacrimal para desobstrução. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com lacrimejamento persistente desde o nascimento, unilateral, sem secreção purulenta, sem edema palpebral e refratário a sucessivos colírios antibióticos: obstrução congênita do ducto nasolacrimal, presente em até 6% dos recém-nascidos. A conduta inicial é a massagem da região do saco lacrimal (manobra de Crigler), com resolução espontânea em mais de 90% dos casos até os 12 meses; a sondagem fica para depois desse período. Antibiótico ou antialérgico não tratam obstrução mecânica. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Uma mulher puérpera de 32 anos de idade teve o parto vaginal do seu primeiro filho há 5 dias. Ela procura o ambulatório com queixa de febre de até 38 °C e dor nas mamas. Está amamentando e nega outras queixas. Ao exame, observa-se mamas aumentadas de volume, brilhantes, endurecidas e dolorosas. Não há hiperemia ou área de flutuação. Para esse caso, qual seria a conduta apropriada?

- A Prescrever cabergolina por via oral.
- B Iniciar antibioticoterapia por via oral.
- C Suspender a amamentação por 48 horas.

D Corrigir a técnica do aleitamento e manter amamentação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mamas bilateralmente aumentadas, brilhantes, endurecidas e doloridas, com febre baixa no 5º dia pós-parto, SEM hiperemia localizada ou flutuação, é ingurgitamento mamário — não mastite nem abscesso. O tratamento é esvaziar a mama: corrigir pega e posicionamento, aumentar a frequência das mamadas, ordenhar o excesso e usar compressas. Suspender a amamentação (C) ou inibir a lactação (A) agravam o quadro, e não há indicação de antibiótico sem sinais de infecção (B). Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Uma paciente de 40 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com ferimento corto-contuso de 7 cm de extensão na face anterior da coxa direita, de bordas regulares, acometendo pele, tecido subcutâneo e musculatura, causado por vidro, o sangramento local é de pequena monta. Informa reforço de vacina antitetânica há 1 ano. Após antisepsia local, bloqueio anestésico e limpeza da ferida constatando-se que não há corpos estranhos, deve-se realizar o reparo da ferida com

A fio absorvível 3-0 para a musculatura, fio absorvível 3-0 para o tecido celular subcutâneo e fio não absorvível 3-0 para a pele. ✓

- B fio absorvível 5-0 para a musculatura, fio absorvível 5-0 para o tecido celular subcutâneo e fio absorvível 4-0 para a pele.
- C fio não absorvível 3-0 para a musculatura, fio não absorvível 3-0 para o tecido celular subcutâneo e fio não absorvível 3-0 para a pele.

D fio não absorvível 5-0 para a musculatura, fio não absorvível 5-0 para o tecido celular subcutâneo e fio não absorvível 4-0 para a pele. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 13 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra básica de síntese por planos: tecidos profundos — músculo e subcutâneo — recebem fio ABSORVÍVEL, pois não podem ser removidos depois; a pele recebe fio INABSORVÍVEL, retirado no tempo adequado. O calibre acompanha a tensão do plano, e na coxa, de grande massa muscular, usa-se fio mais calibroso, 3-0. Fio inabsorvível deixado no músculo funciona como corpo estranho e nicho de infecção (C e D), e 5-0 não sustenta a musculatura da coxa. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Uma mulher de 42 anos de idade realizou auto- exame das mamas e detectou nodulação na mama direita, com aumento da sensibilidade local. Na consulta com o médico foi realizado exame das mamas, que revelou mamas difusamente densas à palpação, sem nódulos palpáveis, descarga papilar ou linfonodomegalia. Foi solicitada mamografia, com o seguinte resultado: mamas densas difusamente, BI-RADS 0 (resultado inconclusivo). Para elucidação diagnóstica, nesse caso, indica-se

A repetir a mamografia.

B encaminhar para biópsia.

C solicitar ultrasonografia mamária. ✓

D solicitar dosagem de marcadores tumorais.

COMENTÁRIO OSCELABS

BI-RADS 0 significa exame INCONCLUSIVO: a mamografia não conseguiu caracterizar a mama, o que é frequente em mamas densas, nas quais o parênquima fibroglandular reduz a sensibilidade do método. A categoria exige complementação de imagem, e o exame de escolha é a ultrasonografia mamária, que diferencia lesão cística de sólida e enxerga bem no tecido denso. Repetir a mesma mamografia não acrescenta (A), biópsia sem lesão-alvo é impossível (B) e marcadores tumorais não têm papel diagnóstico (D). Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Em uma Unidade de Saúde da Família, um adolescente de 16 anos de idade procura atendimento. Ele conta que há 3 dias está com febre de 37,9 °C e dores no corpo, especialmente na região abdominal. Hoje ficou assustado, pois teve importante sangramento gengival. O exame físico no momento está normal. O teste do laço é negativo. Qual deveria ser a conduta adotada em relação a esse paciente?

A Orientar repouso domiciliar e hidratação oral, pois ainda não existe sinal de alarme.

B Solicitar hemograma, pois o quadro de leucocitose indicará a gravidade da doença na fase aguda.

C Solicitar internação hospitalar, pois a fragilidade capilar associada à dor abdominal indica gravidade da doença. ✓

D Solicitar sorologia para dengue e aguardar o resultado para instituir o tratamento, orientando repouso e hidratação oral em casa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com febre, mialgia, DOR ABDOMINAL importante e SANGRAMENTO GENGIVAL espontâneo em área de dengue: dor abdominal intensa e sangramento de mucosa são sinais de alarme, e sinal de alarme classifica o paciente no grupo C — internação, hidratação venosa e monitorização, independentemente do teste do laço, que tem baixa sensibilidade e não exclui gravidade quando negativo. Mandar para casa (A) ou esperar sorologia para agir (D) são condutas de risco, e leucometria não define gravidade (B). Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito C

Um menino de 9 anos de idade vem à Unidade Básica de Saúde, trazido pela mãe, para consulta de rotina, sem queixas. Ao exame físico, encontra-se descorado (+/4+), sem outras alterações.

A mãe traz os seguintes resultados de hemograma solicitado na última consulta: Hb = 10,5 g/dL (VR = 11,5 - 15g/dL); Ht = 30% (VR = 35 - 45%); VCM = 70 fl/dL (VR = 80 - 96 fl/dL); HCM = 20 (VR = 80 - 100 fl/dL); Leucócitos 8.120/mm³ (53% neutrófilos, 39% linfócitos, 4% monócitos e 2% eosinófilos) (VR = 4.000 - 11.000 mm³); Plaquetas: 305.000 / mm³ (VR = 100.000 a 400.000 mm³); Reticulócitos: 5,5% (0,5 - 1,5%). O menino apresenta-se eutrófico, com crescimento adequado, desenvolvimento neuropsico motor adequado para a idade e vacinação correta e completa para a idade. Nesse caso, qual exame deve ser solicitado e qual a hipótese diagnóstica mais provável, respectivamente? A Dosagem de ferro sérico; anemia falciforme.

B Dosagem de transferrina; anemia ferropriva.

C Eletroforese de hemoglobina; traço falciforme. ✓

D Dosagem de protoporfirina eritrocitária livre; esferocitose. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 14 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcítica e hipocrômica (VCM 70) em escolar eutrófico, bem nutrido, com crescimento adequado e sem sinal de carência, acompanhada de RETICULOCITOSE de 5,5%, afasta a ferropenia simples — nela os reticulócitos são baixos ou normais. Microcitose com resposta medular aumentada aponta hemoglobinopatia, e o exame que identifica as frações de hemoglobina é a eletroforese. Ferro sérico e transferrina não fecham diagnóstico de hemoglobinopatia (A e B). Resposta C.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Um menino de 7 anos de idade deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), trazido pela ambulância de suporte básico do SAMU, imobilizado em prancha rígida e colar cervical, vítima de traumatismo crânio-encefálico (TCE) após queda da própria altura quando corria pela casa, há 40 minutos. Nega perda da consciência. Refere cefaleia discreta, sem piora desde o trauma e um episódio de vômito. Ao exame clínico, apresenta-se choroso, respiração espontânea e escore de coma de Glasgow = 15. As pupilas estão isocóricas e fotorreagentes. Não apresenta ferimento corto-contuso em couro cabeludo, apenas pequeno hematoma subgaleal. Não foram acrescentadas novas informações após a anamnese e o exame físico. Os pais são bem orientados e possuem veículo próprio. Qual a conduta a ser tomada diante desse quadro?

A Trata-se de traumatismo leve, porém não é possível estimar o risco sem que se obtenha pelo menos uma radiografia simples de crânio para descartar possíveis fraturas.

B Trata-se de traumatismo leve de alto risco e o paciente deve ser encaminhado para hospital de referência para realização de tomografia computadorizada de crânio e avaliação neurocirúrgica.

C Trata-se de traumatismo leve. Porém, como a criança apresentou cefaleia e vômito, deve ser mantida em observação na UPA por, no mínimo, 12 horas até sua alta definitiva, caso fique assintomática.

D Trata-se de traumatismo leve de baixo risco e o paciente deve receber alta, orientando-se a família que mantenha observação domiciliar sobre os sinais de alerta e que retorne caso a criança venha a apresentar manifestações clínicas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Queda da própria altura, Glasgow 15, pupilas isocóricas, sem perda de consciência, cefaleia leve não progressiva e apenas um episódio de vômito: traumatismo cranioencefálico leve de BAIXO risco. Com pais orientados, transporte disponível e ausência de sinais de alarme, a conduta é alta com observação domiciliar e instruções claras de retorno. Radiografia de crânio não define lesão intracraniana (A), e tomografia exigiria mecanismo grave, vômitos repetidos, Glasgow menor que 15 ou déficit focal. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Uma paciente do sexo feminino, com 20 anos de idade, sexualmente ativa, apresenta urgência miccional e disúria há três dias, sem outras comorbidades. A urina encontra-se com coloração turva e cheiro forte. Não tem queixas ginecológicas. Segundo ela, é a quarta vez no ano que tem episódios semelhantes, sempre tratados com sulfametaxazol. Qual é a conduta mais adequada para esse caso?

A Orientar a paciente a utilizar cefalexina apenas após o resultado do hemograma.

B Orientar a paciente a utilizar ciprofloxacina imediatamente após a coleta da urocultura. ✓

C Orientar a paciente a utilizar amoxicilina imediatamente após o resultado do exame sumário de urina.

D Orientar a paciente a utilizar lincomicina imediatamente após coleta da urina e o resultado de dosagem de creatinina sérica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quarto episódio de cistite no ano configura ITU de repetição em jovem sexualmente ativa, situação em que se abandona o tratamento cego: colhe-se UROCULTURA com antibiograma e inicia-se antibiótico empírico imediatamente após a coleta, sem esperar resultado. A escolha recai sobre droga distinta do sulfametoxazol já usado repetidamente, pela suspeita de resistência. Esperar exame para tratar (A e C) prolonga o sintoma, e lincomicina não cobre gram-negativos urinários (D). Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Um lactente de 3 meses de idade, do sexo masculino, em aleitamento materno exclusivo, é trazido pelos pais ao Pronto Socorro em razão de ter apresentado, há poucas horas, um episódio de perda de consciência e hipotonia, necessitando de estímulo excessivo para voltar ao normal. Os pais, muito assustados com o ocorrido, negam outras queixas e informam que o bebê é prematuro, nascido de parto normal, sem intercorrências. Ao exame físico, revela-se eutrófico com todos os sinais vitais normais. Qual a conduta mais apropriada diante desse quadro?

A Autorizar o retorno ao domicílio considerando que o bebê está bem, mas orientar retorno imediato ao Pronto Socorro se o episódio se repetir.

B Liberar com medicação sintomática e encaminhar para o neuropediatra, em razão do quadro de hipotonia e perda de consciência.

C Determinar internação para fins de avaliação do neuropediatra e investigação de síndrome convulsiva com hipotonia.

D Determinar internação para observação clínica e investigação das principais causas, verificando os fatores de risco. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente pequeno, ex-prematuro, com episódio súbito de perda de consciência, hipotonia e necessidade de estímulo vigoroso para recuperar, mesmo com exame físico agora normal, é evento de ALTO risco: faixa etária vulnerável e episódio grave. Indica-se internação para monitorização e investigação das causas — refluxo, infecção, arritmia, convulsão, distúrbio metabólico, apneia e maus-tratos. Liberar para casa (A e B) subestima o risco de recorrência e de morte súbita. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Uma mulher de 27 anos de idade, solteira, nulípara, chega à Unidade Básica de Saúde queixando-se de que há dois ou três dias vem sentindo mal-estar geral, sensação de febre e ardor ao urinar. Ontem à noite notou “feridas na vagina”. O exame da vulva demonstrou lesões ulcerosas bilaterais dolorosas, de pequenas dimensões. Diante desse quadro, quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento indicado?

A Cancroide; azitromicina 1 g por via oral em dose única.

B Linfogranuloma inguinal; doxiciclina 100 mg, duas vezes ao dia, por 14 dias.

C Herpes genital; aciclovir 400 mg por via oral, três vezes ao dia, por 7 a 10 dias. ✓

D Sífilis; penicilina benzatina 2,4 milhões de unidades via intramuscular, a cada 7 dias, por 3 semanas. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 15 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Múltiplas úlceras genitais pequenas, BILATERAIS e MUITO DOLOROSAS, precedidas de mal-estar, febre e ardor miccional, em primeiro episódio, é herpes genital. Trata-se com aciclovir 400 mg por via oral, três vezes ao dia, por 7 a 10 dias na primoinfecção. Cancroide dá úlcera de fundo sujo com adenite supurativa (A); no linfogranuloma a lesão inicial é fugaz e o bubão domina (B); e o cancro sífilítico é único, endurecido e INDOLOR (D). Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Um menino de 7 anos e nove meses de idade chega à Unidade Básica de Saúde acompanhado por sua mãe. Na última consulta, há um mês, a mãe se mostrava preocupada, pois disse que “ele não crescia como outros de mesma idade”. Ele foi amamentado exclusivamente até o sexto mês de vida, sem histórico de doença aguda ou crônica até o momento. Apresenta bom apetite, alimenta-se bem. O médico solicitou radiografia do punho, que mostrou idade óssea de 5 anos e 9 meses. A altura do pai e da mãe, respectivamente, são 167 cm e 154 cm. O exame físico resultou normal. Os gráficos de altura e peso estão ilustrados na figura a seguir. Considerando os dados apresentados, qual a causa mais provável da baixa estatura dessa criança?

A Nutricional.

B Hormonal.

C Constitucional. ✓

D Doença genética. 2 a 20 anos: Meninos Estatura-por-Idade e Peso-por-idade percentils EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 16 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino saudável, sem doença crônica, bem nutrido, com bom apetite e exame normal, cuja idade ÓSSEA (5 anos e 9 meses) está atrasada em relação à cronológica (7 anos e 9 meses), e cujos pais têm estatura baixa: retardo constitucional do crescimento. A criança cresce em percentil inferior mas com velocidade preservada, e o atraso de maturação óssea garante mais tempo de crescimento. Causa nutricional comprometeria o peso antes da estatura (A), e causa hormonal ou genética traria outros estigmas. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Uma mulher de 23 anos de idade foi admitida na Emergência em trabalho de parto, com ruptura de bolsa uterina. Ela estava na 40ª semana de gestação e com pressão arterial de 170 x 100 mmHg. Duas horas após o parto, apresentou crise convulsiva, sendo controlada com medicação. Uma hora depois, apresentou nova crise convulsiva, que evoluiu para coma, seguido de parada cardíaca irreversível e óbito. A figura a seguir apresenta o formulário relativo ao atestado de óbito. Como se deve preencher adequadamente o atestado de óbito?

A Parte I: a - coma; b - crise convulsiva; c - crise hipertensiva. Parte II: (sem preenchimento).

B Parte I: a - parada cardíaca; b - coma; c - edema cerebral; d - crise convulsiva. Parte II: eclâmpsia.

C Parte I: a - parada cardíaca; b - coma; c - crise convulsiva; d - crise hipertensiva. Parte II: hipertensão.

D Parte I: a - coma; b - edema cerebral; c - crise convulsiva; d - eclâmpsia no puerpério. Parte II: gestação de 40 semanas. ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 17 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A Parte I da declaração de óbito é preenchida em cadeia causal, do evento terminal (linha a) até a causa BÁSICA na última linha — aquela que iniciou tudo. Aqui, a eclâmpsia no puerpério desencadeou convulsões, edema cerebral e coma. A Parte II recebe condições contribuintes, como a gestação de 40 semanas. Registrar parada cardíaca (B e C) é erro clássico: é modo de morrer, não causa, e não deve figurar na declaração. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Uma mulher de 45 anos de idade sedentária e tabagista (5 cigarros/dia), procura atendimento em uma Unidade de Saúde da Família por estar acima do peso e ter o diagnóstico de diabetes confirmado há cerca de 6 meses. Ela informou que, apesar da prescrição de tratamento para o diabetes, não o segue conforme recomendado. Ao exame físico, constatou-se IMC = 33 kg/m² (VR = 18 - 25 m²/Kg) e PA = 140 x 80 mmHg. O abdome tinha aspecto globoso, indolor à palpação, sem visceromegalias. Constatou-se concentração de gordura corpórea em abdome e pescoço. A avaliação do aparelho cardiovascular evidenciou ausência de alterações. Os exames laboratoriais revelaram: Glicemia de jejum = 150 mg/dL (VR = 75 a 99 mg/dL) Hemoglobina glicosilada = 7,0% (VR = 3,8 a 6,4%) Colesterol total = 230 mg/dL (VR = < 200 mg/dL) Triglicerídeos = 260 mg/dL (VR = < 260 mg/dL) Considerando o caso, qual das seguintes recomendações é a mais adequada para o tratamento do diabetes mellitus dessa paciente?

A Iniciar tratamento com insulinoterapia noturna.

B Realizar restrição dietética e praticar atividade física diária.

C Utilizar as biguanidas como drogas de primeira escolha. ✓

D Utilizar as glitazonas, em razão das complicações do diabetes apresentadas. ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes tipo 2 recém-diagnosticado, com obesidade e hemoglobina glicada de 7,0%: a recomendação é iniciar metformina (biguanida) JUNTO com as mudanças de estilo de vida, já ao diagnóstico. A metformina reduz a produção hepática de glicose, melhora a sensibilidade à insulina, não causa hipoglicemia e favorece o peso. Insulina noturna fica para falência ou hiperglicemia franca (A); só dieta e exercício, em paciente sem adesão e fora da meta, retarda o controle (B); e glitazonas não são primeira linha (D). Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Em consulta no ambulatório de Ginecologia, uma paciente de 25 anos de idade retorna para apresentar resultado de citologia cervicovaginal. Relata que teve um parto normal há 5 anos e que atualmente está em uso de contraceptivo oral. Nega queixas gerais ou ginecológicas no momento. O resultado da citologia cervicovaginal demonstra: citologia satisfatória com presença de atipias em células escamosas tipo lesão intra-epitelial de alto grau. Qual a conduta preconizada para essa paciente?

A Proceder à colposcopia com biópsia dirigida de qualquer eventual alteração identificada. ✓

B Proceder à coloposcopia, que deverá ser repetida se o resultado for lesões com aparência de baixo grau.

C Realizar exame clínico do colo uterino e, se não houver lesão visível, repetir a citologia em 6 meses.

D Colher nova citologia para confirmação diagnóstica, antes de prosseguir com qualquer outra investigação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Citologia com lesão intraepitelial escamosa de ALTO grau tem elevado valor preditivo positivo para NIC 2/3 subjacente. A conduta padronizada é colposcopia com biópsia dirigida de toda área alterada, para definir o tratamento — nunca apenas seguimento citológico. Repetir citologia (C e D) atrasa o diagnóstico de lesão precursora verdadeira, e supor que aparência colposcópica de baixo grau autorizaria só repetir (B) ignora que a discordância cito-colposcópica exige histologia. Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Uma paciente de 24 anos de idade, com queimaduras pelo corpo, chega à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) trazida pelo marido. Acidentou-se ao jogar álcool na churrasqueira. A paciente está consciente e orientada, com queimaduras de segundo grau no tronco anterior e em face anterior do membro superior direito, e queimadura de terceiro grau de 10 cm na mama. Queixa-se de muita dor. Diante disso o médico resolveu interná-la para tratamento. O médico se baseou para indicar a internação na presença de

A queimaduras de segundo grau em 20% da superfície corporal. ✓

B queimaduras no tórax, havendo suspeita de lesão de vias aéreas.

C queimaduras de terceiro grau em mais de 5% da superfície corporal.

D queimadura circunferencial no braço, com risco de síndrome de compartimento. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 18 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

A extensão pela regra dos nove explica a internação: tronco anterior (18%) somado à face anterior do membro superior direito ultrapassa 20% de superfície corporal queimada de segundo grau em adulto — critério de grande queimado e de tratamento hospitalar. A queimadura de terceiro grau de 10 cm na mama corresponde a bem menos de 5% (C não se sustenta). Não há dado de lesão inalatória, como fuligem, rouquidão ou ambiente fechado (B), nem lesão circunferencial descrita (D). Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) foi encaminhado para atendimento de uma gestante de 19 anos de idade, com idade gestacional de 9 semanas (confirmada por ultrassonografia precoce) e queixa de sangramento vaginal intenso. A paciente nega comorbidades ou trauma. Ao exame físico, revela-se hipocorada (++)/4+); PA = 90 X 60 mmHg; FC = 110 bpm. O exame ginecológico evidenciou útero intrapélvico e aumentado de volume, colo amolecido com 1 cm de dilatação, presença de sangramento vaginal ativo e saída de restos ovulares. A paciente foi encaminhada para atendimento hospitalar. Quais seriam, respectivamente, o diagnóstico e a conduta corretos nesse caso?

A Ameaça de aborto; realizar ultrassonografia transvaginal.

B Aborto completo; estabilizar o quadro hemodinâmico e realizar curetagem uterina.

C Aborto incompleto; estabilizar o quadro hemodinâmico e realizar curetagem uterina. ✓

D Aborto infectado; iniciar antibioticoterapia de largo espectro e realizar curetagem uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal intenso com 9 semanas, colo com 1 cm de DILATAÇÃO, saída de restos ovulares e repercussão hemodinâmica (PA 90x60, FC 110) é abortamento INCOMPLETO. A conduta é estabilizar e esvaziar o útero por curetagem ou AMIU. No aborto completo o colo já estaria fechado e o sangramento reduzido (B); na ameaça o colo é impérvio e não há eliminação de material (A); e não há febre, odor fétido ou secreção purulenta que caracterizem aborto infectado (D). Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Na Enfermaria de um quartel militar constatou-se um aumento súbito e importante de casos de afecções entéricas. Foram identificados 180 indivíduos adultos, do sexo masculino, que apresentaram às 14h (mediana do tempo de início dos sintomas) do dia 13 de janeiro de 2015, quadro de diarreia frequente e não volumosa, contendo pus ou sangue, dores abdominais intensas e febre. Não foram detectados casos de maior gravidade. Todos os doentes haviam participado de um jantar comemorativo ocorrido no quartel no dia anterior. Estavam presentes no jantar 220 pessoas. Após a investigação, o fato foi considerado um Surto de Doença Diarreica Aguda por transmissão alimentar. Duas possíveis fontes de infecção foram identificadas, conforme tabela a seguir: Número total de indivíduos adultos, do sexo masculino, que participaram do jantar comemorativo no quartel, no dia 12 de janeiro de 2015. Comeram Ovos Não Comeram Ovos Doentes Sadios Total Não comeram frango 90 10 100 4 6 10 Comeram frango 83 17 100 3 7 10

Analisando os dados do surto epidêmico e a tabela acima, é correto concluir-se que

A a ingestão de frango associada à ingestão de ovos diminuiu a probabilidade de adoecimento durante o surto epidêmico avaliado.

B o ovo pode ser apontado como o alimento com maior probabilidade de ser a fonte de contaminação do surto epidêmico descrito. ✓

C a ingestão de frango associada à ingestão de ovos aumentou a probabilidade de adoecimento durante o surto epidêmico avaliado.

D o frango pode ser apontado como o alimento com maior probabilidade de ser a fonte de contaminação do surto epidêmico descrito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cálculo das taxas de ataque: entre quem comeu ovo e não comeu frango, 90 de 100 adoeceram (90%); entre quem não comeu nem ovo nem frango, apenas 4 de 10 (40%). O alimento cujo consumo se associa à maior taxa de ataque, e cuja ausência derruba o adoecimento, é o OVO — fonte provável da contaminação, coerente com salmonelose. O frango isolado não reproduz esse gradiente (D), e o quadro não sustenta leitura de proteção ou de sinergia entre alimentos (A e C). Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Um adolescente do sexo masculino de 12 anos de idade é levado à Emergência para avaliação clínica. Apresenta quadro de febre, cefaleia e vômitos com 12h de evolução. A mãe nega antecedentes patológicos relevantes. Exame físico: bom estado geral, com fotofobia, hipocorado 1+/4+, desidratado 1+/4+, anictérico e acianótico. Aparelho respiratório, ausculta cardíaca e exame abdominal sem anormalidades. Não apresenta sinais focais e as pupilas são isocóricas e fotorreativas. Apresenta sinal de Brudzinski positivo. Exame do líquido evidencia glicose = 40 mg/dL (VR = 40 - 70 mg/dL); 1.000 células/mm³, 80% de neutrófilos (VR = 0 - 5 células/mm³); proteínas = 150 mg/dL (VR = 8 - 32 mg/dL). Tendo em vista o quadro acima descrito, o diagnóstico mais provável e o respectivo tratamento são

A meningite fúngica e anfotericina B.

B meningite bacteriana e ceftriaxone. ✓

C meningite viral e medicação sintomática.

D meningite tuberculosa e esquema tríplice. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS
EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 19
REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor com 1.000 células e 80% de NEUTRÓFILOS, proteína muito elevada e glicose no limite inferior, em adolescente com febre, cefaleia, vômitos e Brudzinski positivo: meningite bacteriana. O tratamento empírico nessa faixa etária cobre meningococo e pneumococo — ceftriaxone em dose meníngea, iniciado sem demora. A meningite viral tem predomínio linfocitário e glicose normal (C); a tuberculosa é subaguda, linfocitária e com glicose baixa (D); e a fúngica exige imunossupressão (A). Resposta B.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Um menino de 6 anos de idade é levado ao Pronto Socorro em razão de uma picada de aranha na face dorsal da mão esquerda, ocorrida há cerca de 24 horas. Os pais relatam que, inicialmente, a criança queixou-se de dor local, que melhorou com analgesia oral. Por essa razão, a família não havia buscado atendimento. Hoje pela manhã, no entanto, os pais observaram o surgimento de bolha com piora da dor. A criança descreve que “é como se queimasse”. A aranha não foi coletada, mas a mãe descreve que ela era pequena e “amarronzada”. Ao exame físico, além da lesão descrita, observa-se palidez e temperatura axilar de 39 °C. Qual aracnídeo está associado ao quadro descrito e qual seria uma conduta adequada?

A Loxosceles; debridamento imediato, pois a lesão pode evoluir para necrose.

B Phoneutria; tratamento tópico da lesão, sendo dispensável a soroterapia.

C Phoneutria; soroterapia devido a manifestações sistêmicas, tais como a febre.

D Loxosceles; realização de exames laboratoriais para avaliação de hemólise intravascular. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Picada inicialmente pouco dolorosa, evoluindo em 24 horas com lesão bolhosa, dor em queimação e necrose incipiente, causada por aranha pequena e amarronzada, é loxoscelismo (aranha-marrom). PALIDEZ e FEBRE levantam a forma cutâneo-visceral, com hemólise intravascular — por isso solicitam-se exames laboratoriais (hemograma, bilirrubinas, função renal, urina) para detectá-la. Debridamento precoce é contraindicado, pois a lesão ainda se delimita (A), e Phoneutria causa dor intensa IMEDIATA (B e C). Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Um paciente de 57 anos de idade apresentava queixas dispépticas há cerca de dois anos, quando procurou atendimento médico. Na época recebeu orientações, tratamento sintomático e foi solicitado o exame de endoscopia digestiva alta. Porém, por ter apresentado melhora com o tratamento instituído, não realizou o exame. Há cerca de 1 mês, voltou a apresentar piora do quadro álgico com as mesmas características e o exame endoscópico agora realizado apresentou laudo sugestivo de lesão maligna não ulcerada, de 5 centímetros, na porção alta do corpo gástrico. O exame anatomopatológico mostrou adenocarcinoma bem diferenciado. A tomografia computadorizada de abdome para estadiamento não mostrou qualquer outro achado. Considerando os resultados dos exames, a conduta terapêutica a ser tomada deveria incluir a

A ressecção cirúrgica ampla como tratamento exclusivo.

B erradicação do H. Pylori com antibióticos, seguida da ressecção cirúrgica ampla.

C radioterapia associada a quimioterapia, seguida de ressecção cirúrgica ampla.

D ressecção cirúrgica ampla, seguida de quimioterapia neoadjuvante conforme estadiamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma gástrico de 5 cm no corpo alto, sem doença a distância na tomografia: doença ressecável, e a base do tratamento curativo é a gastrectomia AMPLA com linfadenectomia. Por ser lesão localmente avançada, associa-se quimioterapia conforme o estadiamento — a alternativa usa o termo neoadjuvante de forma imprópria, mas é a única que combina ressecção ampla e quimioterapia. Cirurgia isolada é insuficiente (A), e erradicar H. pylori não trata o câncer (B). Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Uma paciente de 65 anos de idade foi encaminhada ao ambulatório de Cirurgia após realizar uma radiografia simples de tórax durante uma consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde, tendo sido constatada a presença de nódulo único arredondado com aproximadamente 3,2 centímetros em região central do pulmão direito. Durante a consulta relatou ao médico que fumou 3 maços de cigarro/dia por mais de 30 anos, mas cessou o vício há 1 ano. Nega história familiar de neoplasias. Qual das seguintes condutas deve ser tomada diante desse quadro?

A Solicitar ressonância magnética de tórax.

B Solicitar tomografia computadorizada de tórax com secção transnodular. ✓

C Realizar broncoscopia com biópsia transbrônquica e exame anatomopatológico.

D Realizar seguimento semestral com radiografia simples de tórax e dosagem de marcadores tumorais séricos.

EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 20 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pulmonar arredondada de 3,2 cm em tabagista de 90 maços-ano tem altíssima probabilidade de malignidade, mas a radiografia simples não caracteriza a lesão. O passo seguinte é a tomografia de tórax com cortes finos transnodulares, que define contornos, densidade, calcificações, relação com brônquios e estadiamento inicial, orientando a via de biópsia. Broncoscopia antes da tomografia é cega (C), ressonância é inferior no pulmão (A), e seguir só com radiografia e marcadores atrasaria um provável câncer (D). Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Uma mulher de 32 anos de idade apresentou quadro de cefaleia de forte intensidade, de início abrupto, seguido de náuseas, vômitos, fotofobia e rigidez de nuca nas últimas 2 horas. Ela foi atendida em um serviço de emergência. Durante a anamnese, negou febre ou uso de drogas ilícitas. Em relação a seus antecedentes pessoais, informou hipertensão arterial sistêmica controlada com uso de captopril 25 mg, duas vezes ao dia. Ao exame físico, apresentava-se sonolenta, sem sinais neurológicos de localização. Os sinais vitais indicaram pressão arterial = 100 x 65 mmHg; frequência cardíaca = 104 bpm; frequência respiratória = 18 irpm. Os exames laboratoriais iniciais mostraram: Hemoglobina = 12,2 g/dL (VR = 11,5 - 15g/dL); Leucócitos = 4.500/mm³ (contagem diferencial normal) (VR = 4.000 - 11.000 mm³); Plaquetas = 297.000/mm³ (VR = 100.000 - 400.000 mm³); INR (International Normalized Ratio) = 1,27 (valor de referência até 1,3); Sódio = 130 mEq/L (VR = 136-145 mEq/L); Potássio = 3,8 mEq/L (VR = 3,5-5 mEq/L). O exame fundoscópico revelou a presença de hemorragias pré-retinianas, com papilas ópticas mal definidas. Considerando esse caso, após avaliação da relação risco- benefício, qual procedimento diagnóstico imediato deve ser empreendido para investigação etiológica do quadro neurológico?

A Angiografia cerebral.

B Ecodoppler transcraniano.

C Ressonância magnética cerebral.

D Tomografia computadorizada cerebral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia de início ABRUPTO e forte intensidade, com vômitos, fotofobia, rigidez de nuca e sonolência, sem febre e sem déficit focal, é hemorragia subaracnóidea até prova em contrário. O primeiro exame é a tomografia de crânio SEM contraste, de alta sensibilidade nas primeiras horas e disponível na emergência. A angiografia vem depois, para identificar o aneurisma (A), e a ressonância não é o exame inicial (C). Se a tomografia for normal, faz-se punção lombar. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Em razão do aparecimento de casos autóctones de febre amarela em um município, foi necessário realizar vacinação de bloqueio para evitar a disseminação da doença. A aplicação da vacina foi feita por técnicos do Ministério da Saúde, as seringas e vacinas foram adquiridas com recursos do município e o Estado ao qual pertence o município participou com a garantia da realização de análises laboratoriais de interesse da Vigilância. Analisando esse evento, segundo as atribuições de participação dos entes federativos no SUS (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Portaria nº 1.378, de 9 de Julho de 2013), é correto afirmar-se que

A as participações do Município, Estado e União estão de acordo com os princípios, diretrizes e legislação do SUS.

B apenas a participação do Município na campanha de vacinação está de acordo com os princípios, diretrizes e legislação do SUS.

C apenas a participação da União na campanha de vacinação está de acordo com os princípios, diretrizes e legislação do SUS.

D apenas a participação do Estado na campanha de vacinação está de acordo com os princípios, diretrizes e legislação do SUS. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na divisão de competências do SUS, a aquisição dos imunobiológicos dos programas nacionais é da UNIÃO, a execução das ações de vacinação é do MUNICÍPIO e o apoio laboratorial de referência para a vigilância cabe ao ESTADO, via Lacen. No caso, apenas o Estado agiu dentro da sua atribuição: o município comprou o que não lhe cabia adquirir e a União executou a aplicação, que é atividade do nível municipal. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Uma paciente de 20 anos de idade, Gesta 2 Para 1 Aborto 1, procura atendimento médico para orientação quanto à contracepção. Desde os 8 anos de idade tem diagnóstico de epilepsia de difícil controle, estando atualmente em uso de carbamazepina (1.000 mg/dia) e ácido valpróico (1.500 mg/dia). Diante desse quadro, seria mais recomendado

A o dispositivo intrauterino. ✓

B a laqueadura tubária bilateral.

C o diafragma com geleia espermicida.

D a anticoncepção hormonal combinado de baixa dosagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

A carbamazepina é potente INDUTOR enzimático do citocromo P450: acelera o metabolismo de estrogênios e progestágenos e reduz a eficácia do anticoncepcional hormonal combinado — D é a armadilha. Além disso, valproato e carbamazepina são teratogênicos, o que torna crítica uma contracepção de alta eficácia e independente do metabolismo hepático, papel do DIU. Laqueadura é irreversível em paciente de 20 anos, com exigências legais (B), e o diafragma tem alta taxa de falha (C). Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Uma paciente de 35 anos de idade, no 2º pós-operatório de apendicectomia, encontra-se internada em enfermaria coletiva (6 leitos) de pequeno hospital secundário. O achado cirúrgico foi de uma apendicite aguda em fase flegmonosa e realizou-se apenas antibioticoprofilaxia durante a cirurgia, com administração de cefazolina. Foi iniciada a alimentação por via oral com boa aceitação, após a eliminação de flatos e fezes. Não apresentou febre. Ao exame clínico, a ferida cirúrgica encontra-se em bom estado. No planejamento da alta hospitalar para esta paciente, além de orientá-la quanto aos sinais de alerta para infecção da ferida, deve-se

A iniciar a antibioticoterapia e fazer curativos diários até o retorno ambulatorial no 7º dia.

B permanecer sem o uso de antibióticos, dispensando-se os curativos, com retirada dos pontos no 7º dia. ✓

C permanecer sem uso de antibióticos, mas fazer curativos diários, com retirada dos pontos no 7º dia.

D prolongar a antibioticoprofilaxia utilizada até o 5º dia, sem a necessidade de curativos, com retirada dos pontos no 7º dia. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 21 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Apendicite FLEGMONOSA é ferida limpa-contaminada, sem perfuração e sem peritonite: a antibioticoprofilaxia intraoperatória basta e NÃO se prolonga o antibiótico no pós-operatório. Paciente afebril, com ferida em bom estado e trânsito recuperado, tem alta com orientação sobre sinais de infecção; incisão fechada e seca por mais de 48 horas dispensa curativo, e os pontos saem por volta do 7º dia. Manter ou prolongar antibiótico (A e D) apenas seleciona resistência. Resposta B.

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Na Unidade de Saúde da Família, uma criança com 4 anos de idade é atendida com febre e exantema pruriginoso com vesículas, pústulas e crostas na região do pescoço e tronco, verificadas ao exame físico. Segundo a mãe, as lesões surgiram há dois dias. Na creche frequentada pela paciente, outras crianças apresentam quadro semelhante há 4 dias. Ao visitar a creche, o médico da Unidade percebe que três crianças ainda apresentam lesões. Uma das cuidadoras está grávida, com 5 meses de gestação, e refere não ter tido a doença previamente. Além do afastamento das crianças com lesões, até que todas, estejam em crostas, quais são as outras medidas profiláticas necessárias?

A Administração de imunoglobulina para a gestante e vacinação das crianças maiores de 9 meses de idade suscetíveis, até 8 semanas após o último caso.

B Administração de imunoglobulina para a gestante e vacinação das crianças maiores de 9 meses de idade suscetíveis, até 4 semanas após o último caso. ✓

C Administração de imunoglobulina para as crianças suscetíveis e, também, vacinação das menores de 9 meses de idade, até 4 semanas após o último caso.

D Administração de imunoglobulina para as crianças suscetíveis e, também, vacinação das que forem menores de 9 meses de idade, até 8 semanas após o último caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Varicela em creche: para a gestante SUSCETÍVEL exposta indica-se imunoglobulina humana antivaricela-zóster, que a protege da forma grave. Para os contactantes suscetíveis faz-se bloqueio vacinal, e a vacina é indicada a partir dos 9 meses de idade, dentro da janela adotada pela banca de até 4 semanas após o último caso. Inverter os alvos, dando imunoglobulina às crianças híidas e vacinando menores de 9 meses (C e D), contraria a norma. Resposta B.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Uma puérpera vem à Unidade Básica de Saúde com seu recém-nascido (RN) de 4 dias de vida. Segundo ela, o bebê está “muito amarelo”. Ela refere ainda que na alta do hospital, há 2 dias, o RN já estava amarelo, mas que houve aumento progressivo da amarelidão. O exame físico revela pele ictérica até região umbilical, sem outras alterações. A carteira de saúde do RN mostra os seguintes dados: Idade gestacional = 38 semanas; Peso do RN = 2.900 g; Comprimento = 49 cm; Apgar = 8/9; Tipagem sanguínea do RN = O positivo; Tipagem sanguínea da mãe = O positivo; Ausência de intercorrências no nascimento. Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada nesse caso?

A Icterícia fisiológica; indicar necessidade de banhos de sol. ✓

B Icterícia fisiológica; solicitar exames para definição da causa.

C Icterícia patológica; internação para realização de fototerapia.

D Icterícia patológica; solicitar exames para definição da conduta a ser tomada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia que surge após as primeiras 24-36 horas, progride lentamente, atinge a zona 2 (até o umbigo), em recém-nascido a termo, com mãe e filho O positivo — portanto SEM incompatibilidade ABO ou Rh — e com exame normal, é ictérica fisiológica. A conduta é orientação, estímulo às mamadas frequentes e banhos de sol, com reavaliação. Icterícia patológica seria a das primeiras 24 horas, muito intensa, de progressão rápida ou prolongada. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Um menino de 2 anos de idade, previamente hígido, foi atendido em uma Unidade Básica de Saúde em consulta pediátrica de rotina. No exame clínico genital, o médico observou que o prepúcio não expõe a glândula, devido à aderência balanoprepucial importante, sem anel fibroso e sem sinais flogísticos locais. A mãe informa que, eventualmente, ao trocar a fralda da criança, observa discreta hiperemia local, sem edema ou saída de secreções e sem dor.

A melhor conduta para o caso clínico relatado é A estimular a retração prepucial manual diária.

B aguardar resolução espontânea da aderência. ✓

C descolar manualmente a aderência durante a consulta.

D encaminhar a criança para resolução cirúrgica da aderência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 2 anos, a aderência balanoprepucial sem anel fibroso e sem sinais inflamatórios é FISIOLÓGICA: a separação entre prepúcio e glândula ocorre progressivamente, e a maioria dos meninos tem prepúcio plenamente retrátil até a puberdade. A conduta é aguardar a resolução espontânea, com higiene simples. Retração forçada, pela família ou pelo médico, provoca dor, fissura e cicatriz — justamente a fimose secundária verdadeira (A e C). Cirurgia não tem indicação aqui (D). Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Um homem de 70 anos de idade é atendido no Ambulatório de Cardiologia com queixa de dispnéia aos grandes esforços há um mês, com progressão para os médios esforços. Trata-se de paciente hipertenso, em tratamento irregular com clortalidona (25 mg/dia), tabagista há 30 anos (20 cigarros/dia). Ao exame físico, estava orientado, hipocorado (++)/4+, hidratado. A ausculta cardíaca apresenta-se com ritmo cardíaco regular, hiperfonese em B2, sem sopros; ausculta pulmonar com sibilos esparsos e estertores crepitantes em bases. Pressão arterial = 170 x 90 mmHg, frequência cardíaca = 85 bpm e IMC = 32 kg/m². Eletrocardiogramas anteriores demonstravam sobrecarga atrial esquerda. O ecocardiograma atual evidencia parede posterior do ventrículo esquerdo de 14 mm (VR < 11 mm), septo interventricular de 14 mm (VR < 11 mm), fração de ejeção de 65% (VR > 58%). A radiografia de tórax demonstra área cardíaca normal, com inversão de trama vascular. Quais são, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta apropriada a ser estabelecida nesse caso?

A Insuficiência cardíaca diastólica secundária a doença pulmonar obstrutiva crônica; recomendar repouso associado a bloqueador de canal de cálcio.

B Insuficiência cardíaca diastólica secundária a hipertensão arterial; recomendar repouso associado a inibidores da enzima conversora de angiotensina. ✓

C Insuficiência cardíaca sistólica secundária a hipertensão pulmonar; recomendar dieta com redução da ingestão de sal associada a beta bloqueadores.

D Insuficiência cardíaca sistólica secundária a miocardiopatia hipertrófica; recomendar redução da ingestão de sal associada a antagonista da aldosterona. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 22 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertenso mal controlado, com dispnéia progressiva, B2 hiperfonética, congestão pulmonar, hipertrofia concêntrica ao ecocardiograma (septo e parede posterior de 14 mm) e FRAÇÃO DE EJEÇÃO PRESERVADA (65%): insuficiência cardíaca DIASTÓLICA de causa hipertensiva. O eixo do tratamento é controlar a pressão e regredir a hipertrofia, papel do inibidor da ECA. Fração de ejeção normal exclui as alternativas que chamam o quadro de sistólico (C e D), e a DPOC não explica hipertrofia concêntrica (A). Resposta B.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Um homem de 46 anos de idade compareceu a consulta médica na Unidade Básica de Saúde relatando febre alta e calafrios que se iniciaram durante a noite. Além disso, descreve aparecimento de dor na perna esquerda. Ele apresentava antecedentes de varizes e edema crônico nos membros inferiores. Ao exame físico apresenta: temperatura axilar = 39 °C, PA = 140 x 90 mmHg e FC = 100 bpm. Além disso, observam-se extenso eritema, edema e aumento da temperatura no membro inferior esquerdo, com dermatofitose (Tinea pedis), manifestando-se como descamação e fissuras interdigitais no pé esquerdo. No centro da lesão, visualiza-se uma área de rubor mais intensa com formação de flictena. Diante do quadro apresentado, qual seria o tratamento mais indicado?

A Repouso e elevação do membro inferior esquerdo, uso de anti-inflamatórios não hormonais e aplicação de amicacina 500 mg via intramuscular de 12/12 horas.

B Manter deambulação normal para evitar trombose venosa, uso de sulfametoxazol + trimetopim, 2 comprimidos de 12/12 horas, tratamento das dermatofitoses com mupirocina.

C Repouso e elevação do membro inferior esquerdo, uso de penicilina G - 1 a 2 milhões de unidades por via endovenosa de 4/4 horas, e aplicação de miconazol para tratamento da dermatofitose. ✓

D Manter deambulação normal para evitar trombose venosa, aplicação de penicilina benzatina 1.2 milhões UI intramuscular, e uso de mupirocina 2% sobre a área comprometida e sobre as lesões interdigitais por 3 dias.

ÁREA LIVRE

COMENTÁRIO OSCELABS

Placa eritematosa bem delimitada, quente, dolorosa, com flictena, febre alta e calafrios, em portador de estase venosa e com PORTA DE ENTRADA em tinea pedis interdigital, é erisipela estreptocócica. Trata-se com penicilina — a forma bolhosa e febril justifica a via parenteral — somada a repouso com elevação do membro e ao tratamento antifúngico da dermatofitose, pois sem fechar a porta de entrada a erisipela recidiva. Mupirocina não trata dermatofitose (B e D), e amicacina não cobre estreptococo (A). Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Uma adolescente de 17 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de nunca ter tido menstruação. Ela informa que sente dores abdominais, aumento da sensibilidade nas mamas e mudanças no estado de humor, e que esses sintomas se repetem ciclicamente. Apresenta distribuição pilosa e desenvolvimento mamário compatíveis com a idade. Nega atividade sexual. Para confirmação da provável hipótese diagnóstica deve-se realizar

A ultra-sonografia pélvica.

B dosagem dos hormônios FSH e LH.

C exame para avaliar permeabilidade vaginal. ✓

D teste terapêutico com anticoncepcional, aguardando-se a menstruação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 17 anos com caracteres sexuais secundários NORMAIS (mamas e pelos desenvolvidos, logo eixo hormonal íntegro) que nunca menstruou, mas tem dor pélvica e mastalgia CÍCLICAS, apresenta criptomenorria: o endométrio descama, mas o fluxo não sai — hímen imperfurado ou septo vaginal transversal. A investigação começa pelo exame que avalia a permeabilidade do canal vaginal. Dosagens hormonais são desnecessárias com eixo evidentemente funcionando (B), e teste hormonal não resolve obstrução (D). Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Uma paciente de 33 anos de idade, portadora de quadro de hérnia inguinal à esquerda, procura o hospital de sua cidade onde é indicada cirurgia ambulatorial com anestesia local, por tratar-se de paciente magra, hígida, sem comorbidades, com hérnia de pequeno tamanho, mas que a incomodava durante as corridas que pratica regularmente. Qual a conduta adequada nesse caso em relação à utilização do checklist do protocolo de cirurgia segura de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) ?

A Dispensa-se o uso do checklist, por ser uma cirurgia de pequeno porte.

B Deve-se seguir à risca o protocolo, contemplando os três momentos: pré, trans e pós-operatório. ✓

C Dispensa-se o preenchimento da fase pós-operatória, por ser um caso de cirurgia com anestesia local.

D Deve ser aplicado somente no período anterior e posterior ao término da cirurgia, por ser uma cirurgia ambulatorial. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 23 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O checklist de Cirurgia Segura da OMS é obrigatório em TODO procedimento cirúrgico, independentemente do porte, do tipo de anestesia ou do regime ambulatorial — foi justamente nas cirurgias consideradas pequenas que se concentraram eventos como lado errado e paciente errado. Aplicam-se integralmente os três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão e antes de o paciente deixar a sala. Não há dispensa por pequeno porte, por anestesia local nem da fase final. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Um lactente de 18 meses de vida é levado à unidade de Emergência Pediátrica com quadro clínico de convulsão tônico-clônica generalizada, iniciado há 5 minutos, e febre (38,2 °C). Após medidas de suporte, administração de antitêrmico e infusão de benzodiazepínico por via endovenosa, a convulsão cessa. A mãe conta que foi o primeiro episódio, e que a criança estava com coriza e obstrução nasal há dois dias. Exame físico: sem anormalidades. Após período pós-ictal ela desperta afebril e o exame neurológico não apresenta alterações. Diante do quadro clínico apresentado, além de manter acompanhamento ambulatorial, constitui conduta adequada

A solicitar eletroencefalograma e prescrever anticonvulsivante.

B orientar a família sobre as causas da convulsão, sem prescrição de anticonvulsivante. ✓

C determinar a coleta de líquido cefalorraquidiano e introduzir antibioticoterapia empírica com ceftriaxona.

D solicitar tomografia computadorizada de crânio e prescrever benzodiazepínico em novos episódios febris.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 18 meses, com quadro viral de vias aéreas, apresentando crise tônico-clônica GENERALIZADA, breve, única em 24 horas, com recuperação completa e exame neurológico normal: crise febril SIMPLES. Não se prescreve anticonvulsivante profilático — a conduta é orientar a família sobre a benignidade, o manejo da crise e o controle térmico. Punção lombar e antibiótico não se justificam sem sinais meníngeos (C), e eletroencefalograma e tomografia não são indicados na crise febril simples (A e D). Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

Uma paciente com 27 anos de idade, primigesta, com gestação de 34 semanas, queixa-se de sangramento genital há cerca de uma hora. Nega dor abdominal ou outros sintomas. Ao exame clínico, constata-se bom estado geral e PA = 110 x 70 mmHg. O feto está em situação transversa, com batimentos cardíofetais de 144 bpm. A dinâmica uterina é de uma contração de leve intensidade, com 30 segundos de duração, em 10 minutos de observação. O exame especular revelou colo uterino com orifício puntiforme e presença de sangramento discreto, cor vermelho-vivo, de origem uterina, contínuo e de leve intensidade. Qual o provável diagnóstico diante desse quadro?

A Placenta prévia. ✓

B Abortamento tardio.

C Trabalho de parto pré-termo.

D Descolamento prematuro de placenta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento genital de sangue VERMELHO VIVO, INDOLOR, sem hipertonia uterina, com feto em situação TRANSVERSA (apresentação anômala típica por obstrução do polo inferior) e batimentos preservados: placenta prévia. O exame especular confirma a origem uterina, e o toque foi corretamente evitado. No descolamento prematuro o sangue é escurecido, há dor e útero lenhoso, com sofrimento fetal (D). Com 34 semanas não se fala em abortamento (B), e não há dinâmica de trabalho de parto (C). Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

O gestor de um município com 70 mil habitantes, de baixo índice de desenvolvimento humano (IDH), recebe a demanda do Conselho Municipal de Saúde relacionada a um grande número de pacientes com acidente vascular cerebral atendidos na Unidade de Urgência. Tem sido relatada demora no acesso ao atendimento especializado.

A porta de entrada do sistema se dá por cinco Unidades Básicas de Saúde tradicionais e duas Unidades de Saúde da Família, com duas equipes em cada uma. Faltam vagas para internação no hospital regional, que fica em outro município. O local não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tem sido identificada dificuldade em relação ao acesso aos serviços de Fisioterapia e Fonoaudiologia, após a alta dos pacientes. Considerando a necessidade de organização de uma rede integrada de serviços, quais seriam as estratégias necessárias para a redução dos casos? A Reorganizar a Urgência e Emergência, transformando algumas Unidades Básicas de Saúde tradicionais em Pronto Atendimento 24 horas, criar protocolos de atendimento para urgência, além de contratar mais profissionais, facilitando o atendimento no próprio município.

B Organizar o sistema de informação em saúde para integrar os serviços, fortalecer e ampliar o número de Equipes da Estratégia de Saúde da Família, criar Núcleos de Apoio à Saúde da Família, com equipes multi e interprofissionais e fortalecer a integração entre os diversos pontos da rede de atenção. ✓

C Ofertar porta de entrada do sistema com acesso direto no nível secundário ambulatorial, no qual deverá funcionar um Núcleo de Apoio à Saúde da Família com equipes multi e interprofissionais, para evitar o atraso nas referências da atenção básica, facilitando o acesso ao nível hospitalar da rede de atenção.

D Organizar o sistema de informação em saúde, priorizar a ampliação do número de ambulatórios de especialidades e de serviços de urgência e emergência, contratando mais especialistas e estabelecendo protocolos de encaminhamento para o hospital, além de aumentar o número de ambulâncias e a cota de exames. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 24 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

O problema descrito não é falta de leito nem de especialista: é fragilidade da atenção primária como coordenadora do cuidado — hipertensão e AVC mal acompanhados, ausência de NASF, reabilitação inexistente e serviços desintegrados. A resposta em rede é ampliar e qualificar as equipes de Saúde da Família, criar NASF com equipe multiprofissional (incluindo fisioterapia e fonoaudiologia) e integrar os pontos da rede. Transformar UBS em pronto atendimento (A) ou hipertrofiar o nível secundário (C e D) trata o sintoma. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Uma mulher de 45 anos de idade, portadora do vírus da hepatite C, genótipo 1b, compareceu à consulta para mostrar resultados de exames e definir continuidade de tratamento. Ela apresenta quadro de cirrose compensada (escore de Child-Pugh = 6 pontos) e critérios de fibrose hepática extensa, sem tratamento específico prévio. Na avaliação pré-tratamento, ela apresentava carga viral de 2 milhões de cópias/mL. Foi prescrita terapia tripla para o vírus C (interferon peguilado, ribavirina e telaprevir). A paciente está em uso da medicação há 12 semanas e a carga viral na semana 12 foi de 500 cópias/mL. A paciente não apresenta outras infecções. Com base nas Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C do Ministério da Saúde de 2013, conclui-se que não houve resposta ao telaprevir. Em vista disso, qual é o esquema terapêutico recomendado para essa paciente?

- A Substituir todo o esquema e repetir o exame da carga viral em 4 semanas.
- B Substituir todo o esquema mantendo as novas medicações até completar 48 semanas de tratamento.
- C Interromper todo o tratamento devido à falha de resposta ao telaprevir e realizar acompanhamento clínico da paciente.

D Manter o tratamento com interferon peguilado e ribavirina e repetir o exame da carga viral na semana 24 do tratamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na terapia tripla com telaprevir, a regra de parada é clara: carga viral detectável acima do limite estabelecido na semana 12 caracteriza falha do inibidor de protease, e o telaprevir deve ser SUSPENSO — mantê-lo apenas seleciona resistência. Como ainda houve queda expressiva da carga viral, mantém-se interferon peguilado com ribavirina, reavaliando a carga viral na semana 24 para decidir a continuidade. Interromper todo o tratamento (C) abandona resposta ainda em curso. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Uma paciente de 19 anos estava jogando handebol em uma competição da faculdade, quando, ao saltar para arremesso da bola, desequilibrou-se e “pisou em falso”. Queixa-se de muita dor no local. Ao exame físico local, nota-se edema (+2/4+), discreto hematoma e dor à palpação do maléolo lateral. Não consegue apoiar o pé no chão devido à dor. As duas imagens abaixo mostram duas incidências de radiografia simples do tornozelo da paciente. Considera-se a conduta mais apropriada para essa paciente o(a)

- A encaminhamento para hospital ortopédico para possível conduta cirúrgica devido à fratura.
- B encaminhamento para hospital ortopédico para possível conduta conservadora com uso de gesso devido à fratura.

C uso de gelo no local (até 3 vezes por dia por 30 minutos), anti-inflamatórios não esteroidais e uso de tala para imobilização analgésica por 5 a 7 dias. ✓

D orientação de repouso relativo, uso de gelo no local (3 vezes por dia por 30 minutos) e de anti-inflamatórios não esteroidais, liberando a paciente para ir para casa. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 25 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma em inversão do tornozelo, com dor e edema no maléolo LATERAL, hematoma discreto e radiografias sem fratura: entorse de tornozelo. O tratamento é conservador — gelo, anti-inflamatório, elevação e imobilização com tala apenas para analgesia por poucos dias, seguida de retorno funcional precoce, já que imobilização prolongada atrasa a reabilitação. As alternativas que encaminham por fratura (A e B) contrariam a imagem, e liberar sem qualquer imobilização quem não apoia o pé é insuficiente (D). Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Uma paciente primigesta de 27 anos de idade e com 36 semanas de gestação chega à Emergência Obstétrica queixando-se de cefaleia, visão turva, diplopia e dor epigástrica. Ao exame físico, constatou-se: PA = 170 x 110 mmHg, dinâmica uterina ausente, frequência cardíaca fetal de 140 bpm, reflexos patetares hiperativos. Nessa situação, qual a conduta imediata indicada?

A Iniciar sulfato de magnésio por via endovenosa. ✓

B Solicitar avaliação especializada de neurologista.

C Interromper a gestação através de cesárea segmentar.

D Colocar a paciente em decúbito lateral e reavaliar a pressão arterial após 15 minutos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com PA 170x110 mmHg somada a cefaleia, alterações visuais, DOR EPIGÁSTRICA e hiperreflexia está em iminência de eclâmpsia — pré-eclâmpsia grave com sinais de irritação neurológica. A conduta IMEDIATA é sulfato de magnésio endovenoso para prevenir a convulsão, seguido de anti-hipertensivo e, então, da resolução da gestação, que já tem 36 semanas. Interromper antes de estabilizar (C) expõe mãe e feto, e parecer especializado (B) ou mudança de decúbito (D) apenas retardam o tratamento que salva. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Um homem de 26 anos de idade, previamente saudável, procurou assistência médica com queixa de “tumor” no pescoço, com aumento progressivo há 3 meses, acompanhado de perda de peso e sudorese noturna. O exame físico apresentava múltiplos nódulos pequenos em cadeias cervical posterior e subclávia, de consistência endurecida, aderidos aos planos profundos e à pele. Foi realizada biópsia da lesão, cuja análise histopatológica evidenciou: material de biópsia de linfonodo apresentando células típicas de Reed-Sternberg circundadas por bandas de material esclerótico. O diagnóstico mais possível e o tratamento inicial correto para esse paciente são, respectivamente,

A linfossarcoma e radioterapia.

B linfoma de Hodgkin e quimioterapia. ✓

C linfoma de Burkitt e remoção cirúrgica.

D linfangioma e esclerose com bleomicina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Célula de Reed-Sternberg circundada por BANDAS DE ESCLEROSE é o achado histológico do linfoma de Hodgkin, subtipo esclerose nodular — o mais comum em adultos jovens, com adenomegalia cervical e supraclavicular e sintomas B, como perda de peso e sudorese noturna. O tratamento inicial é quimioterapia, com radioterapia complementar conforme o estágio. Burkitt tem histologia em céu estrelado e não se trata com cirurgia (C), e linfangioma é malformação vascular, não neoplasia linfoide (D). Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Um homem de 32 anos de idade, saudável, procura o Pronto Socorro com queixa de febre, cefaleia e vômitos há três dias. Trabalha como feirante e refere casos de febre na família. Fez uso de um comprimido de amoxicilina. O exame físico revela: estado geral regular, desidratado (+/4+), corado, febril, deambulando sozinho, consciente, orientado e com discreta rigidez de nuca. Não há outras alterações ao exame. Diante do quadro, foi realizada punção lombar com retirada de 2 mL de líquido cefalorraquidiano (LCR) discretamente turvo. O exame laboratorial do LCR revelou: 203 células com 90% de células linfomononucleares (VR = 0 - 5 células/mm³), proteína = 60 mg/dL (VR = 8 - 32 mg/dL) e glicose = 50 mg/dL (VR = 40 - 70 mg/dL) (glicemia: 75 mg/dL); coloração ao Gram, Ziehl-Nielsen e coloração para fungos negativas. Considerando os dados apresentados, qual o diagnóstico mais provável nesse caso?

A Meningite viral aguda. ✓

B Meningite bacteriana aguda.

C Meningite por leucemia linfocítica aguda.

D Meningite bacteriana parcialmente tratada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor com 203 células e predomínio LINFOMONONUCLEAR (90%), proteína discretamente elevada, GLICOSE NORMAL em relação à glicemia, e bacterioscopia, Ziehl-Neelsen e micológico negativos, em paciente com bom nível de consciência: meningite viral aguda, de curso benigno e tratamento de suporte. A bacteriana daria predomínio neutrofílico com hipoglicorraquia (B); a parcialmente tratada costuma manter glicose baixa e proteína alta (D); e um comprimido de amoxicilina não descaracteriza o quadro. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

O médico de uma Equipe de Saúde da Família faz uma visita domiciliar a uma paciente idosa, obesa, diabética e que tem dificuldade de locomoção. Ela não consegue seguir as orientações da equipe, não toma as medicações indicadas, mora sozinha e lê com dificuldade. A paciente mostra uma caixa onde coloca todos os medicamentos. Para ajudá-la, o médico e a equipe refazem a receita e as orientações escritas com desenhos, separando os medicamentos por horários. Diante desse quadro, que outra conduta deveria ser tomada pela equipe?

A Encaminhar a paciente para internação hospitalar, para avaliação e seguimento com geriatra até a estabilização do quadro, que é complexo.

B Encaminhar ao endocrinologista para adequação do tratamento medicamentoso, ao fisioterapeuta para terapia de mobilidade e ao nutricionista para orientação dietética.

C Solicitar a presença da família para ajudar no plano de cuidados e formular denúncia ao Ministério Público por negligência ou maus tratos, tendo em vista que a senhora é dependente.

D Solicitar ajuda ao Conselho do Idoso para que a paciente seja acompanhada por recursos sociais do bairro, envolvendo a equipe de saúde no monitoramento do plano de cuidados. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa que mora sozinha, com baixa mobilidade, baixo letramento e má adesão precisa de suporte social sustentado no território, não de mais um encaminhamento isolado. Depois de simplificar a prescrição, o passo é acionar a rede intersetorial — Conselho do Idoso e recursos sociais do bairro — mantendo a equipe de saúde no monitoramento do plano de cuidados, princípio da coordenação do cuidado pela atenção primária. Internar (A) e fragmentar em especialistas (B) não resolvem o problema social, e denunciar sem indício de maus-tratos (C) é indevido. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Um estudante de seis anos de idade, é trazido à Emergência hospitalar apresentando dor abdominal, inicialmente epigástrica e, posteriormente, em flanco direito. Apresenta quadro de febre (38,5 °C), distensão abdominal e vômitos. O quadro iniciou-se há pouco mais de 24 horas, com piora progressiva. A família relata história de episódios de fezes escuras com odor fétido desde quando era lactente. Ao exame físico, demonstrou dor à palpação do flanco direito, mais intensa em fossa ilíaca direita. A ausculta abdominal indicou ruídos hidroaéreos metálicos intervalados por períodos de ausência de ruídos. Ele foi internado. Foram realizados alguns exames, com os seguintes resultados: · Leucócitos = 16.500/mm³ (VR: 5.500 - 6.500/mm³); · Neutrófilos = 11.000/mm³; · Bastões = 1.700/mm³.

A radiografia do abdome evidenciou dilatação e edema de alças do intestino delgado com nível hidroaéreo. O ultrassom abdominal resultou sugestivo de abscesso em região de íleo terminal. A principal hipótese diagnóstica e a conduta recomendada diante desse quadro são, respectivamente, A apendicite e cirurgia de urgência.

B invaginação intestinal e enema opaco.

C diverticulite e cintilografia com tecnécio.

D diverticulite de Meckel e cirurgia de urgência. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 26 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com história de melena FÉTIDA desde lactente — sangramento indolor por mucosa gástrica ectópica — que agora abre quadro de dor migratória, febre, distensão, vômitos, ruídos metálicos, leucocitose com desvio e abscesso em íleo terminal: divertículo de Meckel complicado, com obstrução e perfuração bloqueada, o grande simulador da apendicite. A conduta é cirurgia de urgência. A cintilografia com tecnécio serve ao sangramento eletivo, não ao abdome agudo (C), e invaginação não produz abscesso (B). Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Uma primigesta de 26 anos de idade, com 20 semanas de gestação, assintomática, comparece à Unidade Básica de Saúde trazendo os seguintes exames: sorologia para toxoplasmose (IgG reagente e IgM reagente), com teste de avidéz IgG evidenciando baixa avidéz. Considerando essa situação, qual é a conduta mais indicada?

A Realizar ultrassonografia obstétrica para avaliar acometimento fetal.

B Iniciar tratamento com espiramicina, pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico.

C Iniciar espiramicina e realizar PCR de líquido amniótico para investigação de infecção fetal. ✓

D Solicitar nova sorologia para toxoplasmose em 15 dias para avaliar os títulos de imunoglobulina.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM reagente com BAIXA AVIDEZ de IgG em gestante de 20 semanas indica infecção aguda recente por toxoplasma — a alta avidéz é que afastaria infecção nos últimos meses. A conduta é iniciar espiramicina imediatamente, para reduzir a transmissão vertical, e investigar infecção fetal com PCR no líquido amniótico. Só se confirmada a infecção fetal troca-se para o esquema tríptico com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico (B). A ultrassonografia é pouco sensível na fase inicial (A), e repetir sorologia (D) atrasa o tratamento. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Uma paciente de 70 anos, previamente hígida, apresentou dois episódios de enterorragia nas últimas 24 horas, sendo que, após o segundo, sentiu fraqueza e escurecimento da visão. Procurou a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e foi encaminhada ao Pronto Socorro hospitalar, onde referiu nova eliminação, por via retal, há 2 horas, de coágulos e sangue vivo em grande quantidade. Ao exame físico, encontra-se descorada (+2/+4), pressão arterial = 125 x 70 mmHg, frequência cardíaca = 98 bpm e frequência respiratória = 20 ipm. Após reposição volêmica com 1,5 litro de solução cristaloide aquecida e coleta de exames laboratoriais, foi submetida a colonoscopia que identificou doença diverticular sem sangramento ativo, com possível local de sangramento no cólon esquerdo. Resultados dos exames laboratoriais: hemoglobina = 8,5 g/dL (valor normal = 11,5 a 15 g/dL), hematócrito = 25% (Valor normal = 35 a 45%), plaquetas = 125.000 mm³ (valores normais entre 100.000 e 400.000 mm³) e tempo de protrombina/INR = 1,1 (valor normal até 1,3). Nesse momento em que se encontra a paciente, a conduta correta é:

A cirúrgica com ressecção de todo o cólon e a dosagem da hemoglobina indica a necessidade de transfusão sanguínea.

B conservadora (expectante), mas a dosagem da hemoglobina indica a necessidade de transfusão sanguínea.

C conservadora (expectante) e não há necessidade de transfusão sanguínea por causa da dosagem da hemoglobina. ✓

D cirúrgica com ressecção do cólon esquerdo, mas não há necessidade de transfusão sanguínea por causa da dosagem da hemoglobina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva baixa por doença diverticular, que cessa espontaneamente em cerca de 80% dos casos. A paciente respondeu à reposição volêmica e está estável (PA 125x70, FC 98), a colonoscopia não mostrou sangramento ativo, e a hemoglobina de 8,5 g/dL em paciente sem cardiopatia está acima do gatilho transfusional restritivo de 7 g/dL, estratégia com melhor desfecho. Logo, conduta expectante e sem transfusão. Colectomia (A e D) fica para sangramento maciço, persistente ou recidivante com instabilidade. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Uma adolescente de 15 anos de idade, previamente hígida, vem à consulta na Unidade Básica de Saúde com a sua mãe, com as seguintes queixas: há 3 dias está apresentando tosse seca, obstrução e coriza nasal hialina, e rouquidão. A temperatura axilar tem-se mantido em torno de 37 °C e ela sente dor de garganta. O exame clínico revela vermelhidão na garganta. Diante desse caso, assinale a opção a seguir que apresenta o diagnóstico e o agente etiológico mais frequente.

A Gripe; Influenza A.

B Faringite; Adenovírus. ✓

C Amigdalite; Streptococcus pyogenes.

D Uvulite aguda; Haemophilus influenzae.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse seca, coriza hialina, obstrução nasal, ROUQUIDÃO e febre baixa, com hiperemia de orofaringe, é quadro VIRAL de vias aéreas superiores — faringite viral, cujo agente mais associado a esse padrão com comprometimento laríngeo é o adenovírus. Rouquidão e coriza praticamente afastam a etiologia estreptocócica, que cursa com febre alta, exsudato, adenomegalia dolorosa e ausência de sintomas catarrais (C). A influenza dá quadro mais abrupto e sistêmico (A), e uvulite é rara e obstrutiva (D). Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Um menino de 10 anos de idade é trazido pelo pai à consulta pediátrica e relata grande dificuldade escolar do filho. O pai comenta que a professora queixou-se à família que a criança é dispersa em sala de aula, não acompanhando os colegas nas atividades propostas. Durante a consulta com o médico e enfermeira da Equipe de Saúde da Família, o menino comporta-se normalmente e responde de forma adequada às perguntas realizadas. Os exames físicos realizados indicam ausência de anormalidade ou alterações. Considerando as informações apresentadas, qual o conceito em que se deve basear um projeto terapêutico adequado ao caso?

A O diagnóstico diferencial com distúrbios visuais e de audição é necessário em crianças mais jovens e dispensável no caso apresentado.

B A compreensão do contexto familiar é necessária na avaliação de fatores associados ao baixo desempenho escolar, como violência e negligência. ✓

C As crianças com dificuldade escolar devem ser avaliadas por neuropsiquiatra para definição da necessidade de uso de psicoestimulantes.

D A família deve ser orientada a ser mais firme com a criança frente ao baixo desempenho, por meio de imposição de cronogramas mais rígidos para execução das tarefas escolares. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 27 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Antes de rotular a criança e medicá-la, a dificuldade escolar deve ser lida no contexto: desempenho ruim é sintoma, com causas que vão de déficit sensorial e transtorno de aprendizagem a violência doméstica, negligência, luto e conflito familiar. Por isso a base do projeto terapêutico é compreender o contexto familiar e escolar. Avaliação de visão e audição jamais é dispensável (A), psicoestimulante não é resposta automática (C), e endurecer a cobrança sem entender a causa agrava o quadro (D). Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Um homem de 35 anos de idade procurou o Serviço de Emergência por apresentar febre e dores musculares há 3 dias. As dores se concentram, principalmente, nos membros inferiores. Ele relatou que há cerca de 24 horas vem observando escurecimento da urina, sem redução do volume urinário e que apresentou dois episódios de hemoptise nesse período. Negou doenças crônicas e informou que não faz uso de medicação. O exame clínico revelou: regular estado geral, icterício (++)/4+, hipocorado (++)/4+, frequência cardíaca = 90 bpm, pressão arterial = 130 x 80 mmHg, frequência respiratória = 36 irpm, temperatura axilar = 39,2 °C. A ausculta pulmonar permitiu detectar murmúrio vesicular audível com crepitações difusas. O abdome mostrava-se doloroso à palpação em mesogástrio e hipocôndrio esquerdo. Os exames laboratoriais evidenciaram: Ht = 28% (VR = 35 - 45%); Hb = 10 g/dL (VR = 11,5 - 15g/dL); Leucócitos = 15.200/mm³ (S = 82%; B = 8%; L = 9%; M = 1%) (VR = 4.000 - 11.000 mm³); Plaquetas = 98.000/mm³ (VR = 100.000 - 400.000 mm³); Ureia = 190 mg/dL (valor de referência = 10 - 20 mg/dL); Creatinina = 8,9 mg/dL (valor de referência = 1,5 mg/dL); Na = 135 mEq/L (valor de referência = 136 - 145 mEq/L); K = 2,5 mEq/L (valor de referência = 3,5 - 5 mEq/L); CPK = 1.250 UI/L (valor de referência = 60 - 400 UI/L); Bilirrubina total = 8,2 mg/dL (valor de referência = 0,3 - 1 mg/dL); Bilirrubina direta = 64 mg/dL (valor de referência = 0,1 - 0,3 mg/dL); Bilirrubina indireta = 1,7 mg/dL (valor de referência = 0,2 - 0,7 mg/dL); AST = 120 UI/L (valor de referência = 10 - 37 U/L); ALT = 130UI/L (valor de referência = 11 - 45 U/L).

A radiografia de tórax, realizada na admissão, está ilustrada a seguir. De acordo com o quadro descrito e as informações apresentadas, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a hipótese diagnóstica e a conduta a ser estabelecida a partir desse momento. A Leptospirose; reposição de potássio e diálise peritoneal precoce. ✓

B Pneumocistose; hidratação vigorosa, sulfametoxazol-trimetoprim.

C Febre Tifoide; hidratação vigorosa, aminopenicilinas e fl uoroquinolonas.

D Colangite Esclerosante Primária; colangiografi a endoscópica retrógrada. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 28 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, mialgia intensa em panturrilhas, icterícia rubínica, plaquetopenia, colúria e HEMOPTISE com infiltrado difuso: leptospirose grave, a síndrome de Weil com hemorragia pulmonar. Detalhe fisiopatológico que a banca cobra: a leptospirose causa insuficiência renal NÃO oligúrica com HIPOCALEMIA, por perda tubular de potássio, daí a reposição; e o suporte dialítico precoce reduz mortalidade. Pneumocistose exigiria imunossupressão (B), e a febre tifoide não cursa com esse padrão hemorrágico e icterico (C). Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Um paciente de 22 anos de idade foi trazido pela ambulância de suporte avançado do SAMU até o Pronto Socorro do hospital terciário, cerca de 15 minutos após ter sofrido um acidente motociclístico. Chega imobilizado em prancha longa e colar cervical, consciente (escore de coma de Glasgow = 15), ansioso, descorado (++/4+), com queixa de dispneia leve e dor abdominal. À inspeção apresenta fratura fechada do fêmur esquerdo com desvio, imobilizada com tala sob tração e sem sinais de hemorragia externa. À ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular está presente bilateralmente. No local do acidente, apresentava pressão arterial (PA) = 140 x 80 mmHg e frequência cardíaca (FC) de 106 bpm. No momento, PA = 80 x 50 mmHg, FC = 132 bpm com pulso fino e frequência respiratória = 30 ipm. Tem movimentos preservados em membros inferiores e superiores. Realizada a punção de dois acessos venosos periféricos, coleta de exames laboratoriais de urgência e sondagem vesical. Após a infusão de 2.000 mL de solução cristaloide aquecida, houve resposta transitória do estado hemodinâmico, mantendo PA = 90 x 60 mmHg e FC = 118 bpm. Na avaliação primária (ABCDE), além da pesquisa do local de sangramento interno com exames de imagem, qual a próxima conduta para esse paciente?

A Restringir a infusão de solução cristaloide aquecida e iniciar a transfusão precoce de hemocomponentes. ✓

B Infundir 1 litro de solução coloide, manter a hipotensão permissiva e iniciar a transfusão precoce de hemocomponentes.

C Manter a infusão de solução cristaloide aquecida no volume necessário até a normalização da pressão arterial e aguardar os resultados dos exames laboratoriais.

D Infundir mais 1 litro de solução cristaloide aquecida, avaliar a resposta hemodinâmica e solicitar a transfusão de concentrado de hemácias se a dosagem de hemoglobina for menor que 10 g/dL.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado que chega normotenso e evolui, após 2.000 mL de cristaloide, com PA 80x50 e FC 132: é o não respondedor, com choque hemorrágico classe III-IV. A conduta moderna é RESTRINGIR o cristaloide — que dilui fatores e agrava coagulopatia e hipotermia — e partir precocemente para hemocomponentes em protocolo de transfusão maciça, enquanto se busca o foco. Insistir em cristaloide (C e D) ou aguardar a hemoglobina, que ainda não caiu na hemorragia aguda, custa vidas. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Uma mulher de 54 anos de idade, sem queixas, vem à consulta para revisão preventiva. Ela refere ter dois filhos e ter amamentado ambos. É tabagista, nega outras doenças e afirma que não faz uso de medicações. Ela se mostra preocupada com neoplasia, pois tem uma prima que teve câncer de colo uterino, mas nega história familiar de câncer de mama. Considerando as evidências científicas de rastreamento de neoplasias, quais exames deverão ser solicitados nesse momento?

A Ecografia mamária, ecografia transvaginal e radiografia (Rx) de tórax.

B Mamografia, pesquisa de sangue oculto nas fezes e radiografia (Rx) de tórax.

C Ecografia mamária, ecografia transvaginal e exame citopatológico de colo uterino.

D Mamografia, exame citopatológico do colo uterino e pesquisa de sangue oculto nas fezes. ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 29 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 54 anos assintomática: o rastreamento com evidência de benefício nessa faixa é mamografia (bienal, dos 50 aos 69 anos), citopatológico de colo (trienal após dois exames anuais normais, até os 64) e pesquisa de sangue oculto nas fezes para câncer colorretal a partir dos 50. Não há evidência para rastrear câncer de ovário com ultrassonografia transvaginal, nem para radiografia de tórax em tabagista — o método com evidência é a tomografia de baixa dose. Ultrassonografia não substitui a mamografia. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Um homem de 45 anos de idade procura a Emergência de um hospital com queixa de desconforto torácico retroesternal associado a náuseas e dispneia. Segundo ele, os sintomas se iniciaram em repouso, após a refeição, há cerca de 30 minutos, sem alívio. O paciente não tem história pregressa de doenças crônicas e não faz uso de qualquer medicação. Ao exame físico, encontra-se ansioso, PA = 140 x 90 mmHg, FC = 130 bpm, ausculta cardíaca com ritmo regular em dois tempos, bulhas normofonéticas, estertores crepitantes em bases na ausculta pulmonar e pulsos periféricos presentes, cheios e simétricos. Foi realizado o ECG, apresentado a seguir. Posteriormente, realizou-se avaliação de troponina I, que resultou positiva. Desse modo, após o exame, na sala de emergência, administrou-se oxigenioterapia, morfina, ácido acetilsalicílico, nitroglicerina e metoprolol. Neste momento, quais medicamentos deveriam ser associados à terapêutica já instituída para esse paciente?

A Ticlopidina, tirofibrin e verapamil.

B Clopidogrel, enoxaparina e enalapril. ✓

C Alteplase, enoxaparina e valsartana.

D Heparina, estreptoquinase e esmolol. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 30 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica em repouso com troponina positiva caracteriza síndrome coronariana aguda. Após oxigênio, morfina, AAS, nitrato e betabloqueador, completa-se com dupla antiagregação (clopidogrel), anticoagulação com enoxaparina e inibidor da ECA, este com benefício de mortalidade, sobretudo em disfunção ventricular, sugerida aqui pelos estertores. Trombolítico só teria lugar com supradesnívelamento de ST e sem hemodinâmica disponível (C e D), e verapamil é contraindicado com betabloqueador e congestão (A). Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Dois irmãos de, respectivamente, 10 anos e 17 anos de idade deram entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA), trazidos por seus pais, com história de estarem praticando ciclismo radical em um parque da cidade, quando se acidentaram e caíram ao chão. O irmão mais novo apresentava ferimentos corto-contusos profundos em membros superior e inferior direitos, contaminados por terra e, que necessitaram de limpeza exaustiva e suturas. O irmão mais velho apresentava escoriações em ambos os membros superiores, que necessitaram apenas de limpeza e curativo para proteção. Os pais foram questionados sobre a situação vacinal contra o tétano e informaram que seus filhos haviam recebido a última dose da vacina antitetânica aos seis anos de idade. Em relação à imunização contra o tétano, qual a orientação correta nesse caso?

A A vacinação não é necessária para nenhum dos filhos.

B A vacinação deve ser feita apenas para o filho mais novo.

C A vacinação deve ser feita apenas para o filho mais velho. ✓

D A vacinação deve ser feita igualmente para os dois filhos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra do reforço antitetânico: ferimento LIMPO exige reforço se a última dose foi há mais de 10 anos; ferimento SUJO ou profundo, se foi há mais de 5 anos. O irmão de 10 anos tem ferimento contaminado, porém vacinou-se há apenas 4 anos — está protegido. O de 17 anos tem apenas escoriações limpas, mas vacinou-se há 11 anos — precisa de reforço. Por isso apenas o mais velho é vacinado, resultado contraintuitivo justamente porque o ferimento mais grave é o do mais novo. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Uma mulher de 45 anos de idade, história de diabetes e asma brônquica, estava internada no Hospital Municipal com quadro de pneumonia comunitária. Ao receber alta hospitalar, foi orientada a procurar uma Unidade Básica de Saúde para solicitar administração de vacina pneumocócica 23-valente (polissacarídica). Qual o tipo de prevenção objetivada a partir da ação descrita?

A Primária. ✓

B Secundária.

C Terciária.

D Quarternária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção primária é a que atua ANTES de a doença ocorrer, reduzindo a incidência — e a vacinação é o exemplo clássico. Aqui, a vacina pneumocócica 23-valente busca evitar NOVOS episódios de doença pneumocócica na paciente de risco, não tratar a pneumonia já resolvida. Prevenção secundária é diagnóstico precoce e rastreamento (B), terciária é reabilitação e limitação do dano (C), e quaternária é proteger o paciente do excesso de intervenção médica (D). Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Uma mãe e seu recém-nascido (RN) comparecem à Unidade Básica de Saúde em busca de orientações quanto à prevenção da febre amarela, pois viajarão para área endêmica da doença no mês seguinte. A mãe quer informações sobre imunização e deseja saber se a amamentação poderá ser mantida após ela ter recebido a vacina. Nessa situação, deve ser esclarecido que

A a mãe e o recém-nascido deverão ser vacinados e a amamentação deverá ser suspensa por 8 dias após a vacinação.

B a mãe deverá ser vacinada antes da viagem e a amamentação deverá ser suspensa, temporariamente, por 14 dias. ✓

C a mãe deverá ser vacinada com, no mínimo, cinco dias de antecedência em relação à viagem e a amamentação deverá ser suspensa por 8 dias.

D a vacina é constituída de fragmentos de vírus mortos, não havendo, portanto, contraindicações à aplicação no recém-nascido e na puérpera, o que justifica a manutenção da amamentação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina de febre amarela é de vírus VIVO atenuado, o que já elimina a alternativa que a descreve como vírus morto, e não é aplicada em recém-nascido — a idade mínima de rotina é 9 meses. Assim, vacina-se a mãe com antecedência adequada à viagem, pois a proteção leva cerca de 10 dias. Como o vírus vacinal pode ser transmitido pelo leite, com risco de doença neurológica no lactente, suspende-se temporariamente o aleitamento, na janelada adotada pela banca de 14 dias. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Uma mulher de 27 anos de idade com vida sexual ativa, soropositiva para HIV, sem comprometimento atual da imunidade, comparece à consulta ginecológica relatando corrimento vaginal sem prurido, mas com sensação de disúria, ardor genital e mau cheiro. Ao exame físico constatou-se sinais clínicos de inflamação vulvar e vaginal, grande quantidade de conteúdo vaginal amarelado, com bolhas em sua superfície. As paredes da vagina e do colo uterino estão com sinais inflamatórios.

A partir do quadro clínico descrito, qual a hipótese diagnóstica mais provável? A Vaginose bacteriana.

B Vulvovaginite por Candida.

C Tricomoníase vulvovaginal. ✓

D Infecção pelo papilomavírus humano. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 31 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento vaginal amarelo-esverdeado, abundante, BOLHOSO, com mau cheiro, ardor, disúria e sinais inflamatórios evidentes em vulva, vagina e colo (colpite) é tricomoníase — infecção sexualmente transmissível, o que reforça o tratamento do parceiro. A vaginose bacteriana dá corrimento acinzentado, homogêneo, com odor de peixe e SEM inflamação (A); a candidíase dá corrimento branco grumoso com prurido intenso (B); e o HPV não produz corrimento (D). Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Uma paciente de 25 anos de idade, secundigesta, com 39 semanas de gestação, relata cólicas abdominais há cerca de 12 horas. Ela foi admitida na maternidade com contrações regulares (3 contrações de 40 segundos em 10 minutos de observação), dilatação cervical de 4 cm e apresentação cefálica fletida. Apresentou corioamniorrexe oportuna, evidenciando-se líquido amniótico claro. Cerca de 4 horas após a admissão, foi encaminhada à sala de parto com dilatação completa e polo cefálico no plano + 1 de De Lee. Após trinta minutos, apresenta contrações regulares (5/60 seg/10 min) e frequência cardíaca fetal de 126 bpm, sem desacelerações. Ao toque vaginal, verifica-se polo cefálico no plano + 2 de De Lee, formação de pequena bossa serossanguínea e variedade de posição OEA (occípito-esquerda-anterior). Diante desse quadro, que conduta deve ser adotada?

A Indicar a resolução da gestação por cesariana.

B Proceder o bloqueio pudendo e a episiotomia médio-lateral.

C Manter avaliação dos parâmetros maternos e fetais e aguardar a evolução do parto. ✓

D Aplicar o fórceps de Simpson para corrigir a distocia e reduzir o risco de anoxia fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Período expulsivo em franca evolução: descida progressiva (de +1 para +2 de De Lee), dinâmica adequada, variedade anterior (OEA, favorável à rotação) e frequência cardíaca fetal normal, sem desacelerações. Trinta minutos de expulsivo em secundigesta, com progressão e bem-estar fetal preservado, não configuram distocia. A conduta é seguir monitorizando e aguardar o parto. Cesárea (A) e fórceps (D) intervêm sem indicação, e a episiotomia deixou de ser rotina (B). Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Um paciente de 74 anos de idade, longilíneo, sem história prévia de tabagismo ou doença pulmonar, procura a Unidade Básica de Saúde devido à infecção de vias aéreas superiores. No exame físico abdominal, detectou-se massa pulsátil em mesogástrio, indolor, e o paciente negou outras queixas. Ao exame físico: IMC = 20 kg/m², pressão arterial = 130 x 80 mmHg, frequência cardíaca = 80 bpm e pulsos distais palpáveis e simétricos. Qual a conduta mais adequada diante desse quadro?

- A Encaminhar para cirurgia imediata pelo risco de dissecação e/ou ruptura do aneurisma.
- B Encaminhar para agendamento de angiotomografia computadorizada de abdome como preparo pré-operatório.

C Encaminhar para agendamento de ultrassonografia abdominal e agendamento ambulatorial, de acordo com o tamanho do aneurisma. ✓

- D Encaminhar para programação de cirurgia em um período de até trinta dias, e orientar ao paciente que permaneça em repouso absoluto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal pulsátil em mesogástrio de idoso, assintomática, é aneurisma de aorta abdominal até prova em contrário. Sem dor, sem hipotensão e sem sinais de ruptura, não há urgência: o exame inicial é a ULTRASSONOGRAFIA abdominal, barata e não invasiva, que mede o diâmetro e define a conduta — vigilância abaixo de 5,5 cm, correção eletiva acima disso ou com crescimento rápido. Cirurgia imediata ou programada às cegas (A e D) e angiotomografia antes de conhecer o tamanho (B) invertem a sequência. Resposta C.

QUESTÃO 98 — Gabarito B

Em uma Unidade de Saúde da Família, foi realizado atendimento de uma criança do sexo masculino, com 9 anos de idade, que apresentava Índice de Massa Corporal (IMC) acima do percentil 97, sem comorbidades, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo. Qual a abordagem apropriada para esse caso?

- A Estímulo para manutenção do peso, pois o crescimento estatural fisiológico levará à queda do IMC.

B Estímulo à reeducação alimentar e à prática de atividade física, sendo o tratamento farmacológico não habitual. ✓

- C Elaboração de dieta individualizada contendo preferencialmente frutas, legumes e verduras, proibindo alimentos ricos em açúcar e gorduras.
- D Estímulo à ingestão de alimentos sob forma de livre demanda, evitando-se o estabelecimento de horários ou de rotina para se alimentar, garantindo, contudo a prática de atividade física.

COMENTÁRIO OSCELABS

IMC acima do percentil 97 caracteriza OBESIDADE na criança de 9 anos, e o tratamento é comportamental: reeducação alimentar de toda a família e atividade física regular, com metas realistas; farmacoterapia é excepcional nessa faixa etária. Apenas manter o peso esperando o estirão não basta diante de obesidade franca (A); proibir alimentos de forma rígida favorece transtorno alimentar e má adesão (C); e alimentação em livre demanda, sem rotina, agrava o quadro (D). Resposta B.

QUESTÃO 99 — Gabarito C

Uma criança de 10 meses de idade, do sexo feminino, é levada à consulta por sua mãe, em solicitação à demanda da Agente Comunitária de Saúde da equipe de Estratégia de Saúde da Família, que, ao visitar a família, achou a lactente muito pálida. Embora as vacinas estejam em dia, a mãe não leva a criança às consultas regulares. Na anamnese, obteve-se a informação de que, em relação à alimentação, é oferecida à criança, de 3/3 horas, mamadeira à base de leite de vaca integral, amido de milho ou aveia, com acréscimo de açúcar. Geralmente, o almoço é feijão batido com angu e, ainda, não lhe foi oferecido carnes, ovos e frutas. Não faz uso de medicamentos. Apresenta bom desenvolvimento motor. O peso e a estatura estão em curvas decrescentes no Z score-2, enquanto o restante do exame não apresenta anormalidades. Foi realizado um hemograma da criança, que evidenciou: Hemoglobina = 7 g/dL (VR = 9,5 - 12,5 g/dL); Hematócrito = 31% (VR = 32 - 44%); VCM = 68 fl/dL (VR = 80 - 96 fl/dL); RDW = 17%; Leucócitos = 10.000/mm³; Plaquetas = 500.000/mm³; Presença de anisocitose e poiquilocitose. Considerando o caso apresentado, além da adequação alimentar da criança, qual a conduta a ser adotada?

A Prescrever sulfato ferroso na dose de 6 mg/kg/dia durante 3 meses.

B Prescrever sulfato ferroso na dose 1 mg/kg/dia até os dois anos de idade.

C Prescrever ferro elementar, via oral, na dose 4 mg/kg/ dia durante 3-4 meses. ✓

D Providenciar internação para transfusão sanguínea de hemácias em razão do nível de hemoglobina. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 32 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com dieta pobre em ferro (leite de vaca integral, sem carnes, ovos ou frutas), anemia microcítica com RDW elevado e hemoglobina de 7 g/dL: anemia ferropriva. O tratamento é ferro elementar por via oral em dose terapêutica, na faixa de 3 a 5 mg/kg/dia, mantido por 3 a 4 meses após a normalização, para repor os estoques — 1 mg/kg/dia é dose PROFILÁTICA, insuficiente aqui (B). Transfusão só com repercussão hemodinâmica ou insuficiência cardíaca, ausentes na anemia crônica bem tolerada (D). Resposta C.

QUESTÃO 100 — Gabarito B

O médico de uma Unidade Básica de Saúde da região central de um município de grande porte é chamado a avaliar uma adolescente, que aparenta ter entre 15 e 18 anos, muito emagrecida. A moça está em precárias condições de higiene, roupas sujas e rasgadas, descalça. Ela relata estar morando na rua há 6 meses e refere estar grávida, sem menstruar há 4 meses. Conta que é usuária de crack e bebida alcoólica há três anos, mas está em abstinência há 5 dias. Ela não consegue fornecer muitas informações, não tem documentos e pouco fala sobre sua procedência, mas afirma que não tem família na cidade. Não tem prontuário ou registro no SUS. Diante do quadro apresentado, qual opção representa um plano terapêutico inicial apropriado?

A Acolhimento à paciente, encaminhamento para internação em instituição para menores e estabelecimento de contato com o Conselho Tutelar para acompanhamento do caso.

B Acolhimento à paciente, realização de consulta clínica, iniciar abordagem com vista à redução de danos, estabelecimento de contato com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Equipe de

Consultório de Rua para acompanhamento da paciente. ✓

- C Encaminhamento ao obstetra na Unidade Básica de Saúde, agendamento dos exames laboratoriais, estabelecimento de contato com o Serviço Social do Centro Regional de Assistência Social para que este ajude a identificar a família da paciente e assuma o cuidado da menor.
- D Encaminhamento imediato a ambulatório de especialidades para iniciar o acompanhamento pré-natal, estabelecimento de contato com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família para encaminhar o caso e fazer comunicação com o Juizado de Menores para acompanhamento do caso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente em situação de rua, gestante, usuária de crack, sem documentos e sem vínculo: o cuidado começa pelo acolhimento e pela consulta clínica ali mesmo, sem condicionar atendimento a documento ou cadastro, seguido da lógica de REDUÇÃO DE DANOS e do acionamento do Consultório na Rua e do NASF para continuidade. Encaminhamentos burocráticos ou institucionalização compulsória (A, C e D) rompem o vínculo recém-criado e costumam resultar em abandono do pré-natal. Resposta B.

QUESTÃO 101 — Gabarito C

Um homem de 35 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de epigastralgia em queimação, há 4 semanas. Relata que, em geral, essa queimação se inicia entre uma e 3 horas após cada refeição e melhora com o uso de pastilhas de antiácido. Refere que a dor, em algum momento, já o despertou à noite e nega uso de medicamentos anti-inflamatórios. Relatou, ainda, perda ponderal e informou que, eventualmente, elimina fezes enegrecidas. É tabagista e consome 20 cigarros a cada dois dias. Comenta ser etilista eventual. O exame físico não revela alterações significativas, exceto palidez cutâneo-mucosa. Qual é a conduta imediata indicada para esse paciente?

- A Solicitar exames parasitológicos de fezes, administrar bloqueadores de receptores H2, orientar cessação do tabagismo e do etilismo, e solicitar endoscopia digestiva alta, se os sintomas persistirem.
 - B Submeter o paciente a testes não invasivos para pesquisa de *Helicobacter pylori* e iniciar terapia empírica com antimicrobianos e inibidores de bomba de prótons, enquanto aguarda os resultados.
 - C Realizar endoscopia digestiva alta, com biópsias da mucosa gástrica e pesquisa de *Helicobacter pylori*, e instituir tratamento com antimicrobianos e inibidores de bomba de prótons, se confirmada presença de *H. pylori*. ✓**
 - D Submeter o paciente a testes não invasivos para *Helicobacter pylori* — se forem positivos, instituir tratamento específico, confirmar erradicação após tratamento e referenciar a especialista, se os sintomas persistirem.
- ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 33 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Epigastralgia em queimação que desperta à noite e alivia com antiácido sugere úlcera péptica, mas o que define a conduta são os SINAIS DE ALARME: perda ponderal, melena e palidez cutâneo-mucosa. Na presença deles, a estratégia de testar e tratar o *H. pylori* está proscrita — indica-se endoscopia digestiva alta com biópsias, tanto para pesquisar o germe quanto para excluir neoplasia gástrica, tratando-se em seguida se confirmada a infecção. Tratar empiricamente (A, B e D) pode mascarar câncer. Resposta C.

QUESTÃO 102 — Gabarito B

Uma menina de 7 anos de idade é levada à Unidade Básica de Saúde devido a acidente doméstico com ferimento corto-contuso do antebraço direito. A lesão tem, aproximadamente, 12 cm de extensão, bordas regulares com sangramento discreto e não ultrapassa a fascia muscular. A criança pesa 20 quilogramas. Para a realização da sutura, dispõe-se de todo material cirúrgico e de duas apresentações de anestésico local: lidocaína a 1% sem vasoconstritor e lidocaína a 1% com vasoconstritor.

A vacinação antitetânica está em dia. Após explicar o procedimento à paciente e à mãe, realizar a antisepsia e a colocação de campos cirúrgicos, a técnica anestésica mais adequada é A infiltrar a pele sadia ao redor do ferimento, utilizando lidocaína a 1% com vasoconstritor.

B Infiltrar a pele sadia ao redor do ferimento, utilizando lidocaína a 1% sem vasoconstritor. ✓

C Infiltrar o tecido subcutâneo por dentro da lesão, utilizando lidocaína a 1% com vasoconstritor.

D Infiltrar o tecido subcutâneo por dentro da lesão, utilizando lidocaína a 1% sem vasoconstritor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anestesia local em ferimento: infiltra-se pela PELE ÍNTEGRA das bordas, e não por dentro da lesão, para não empurrar contaminação para os planos profundos nem distorcer os bordos. Em criança de 20 kg, opta-se pela lidocaína SEM vasoconstritor, respeitando a dose máxima e evitando isquemia das bordas de um ferimento corto-contuso — o vasoconstritor é o que mais frequentemente compromete a cicatrização em tecido já traumatizado. Resposta B.

QUESTÃO 103 — Gabarito B

Um homem, de 40 anos de idade, asmático, é trazido ao Pronto Socorro, pois está em crise há pelo menos 36 horas, sem melhora, em uso de aminofilina e agonista Beta-2 inalatório. Ele relata histórico de tratamento irregular da doença. Ao exame clínico, apresenta-se sonolento, com dificuldade para falar, sendo observado uso da musculatura respiratória acessória. Encontra-se sudoreico e cianótico (++)/4+. A ausculta pulmonar detectou murmúrio vesicular reduzido bilateralmente e alguns sibilos inspiratórios e expiratórios. A ausculta cardíaca detectou ritmo cardíaco regular em dois tempos, bulhas normofonéticas sem sopros. Outros exames tiveram como resultado: PA = 140 x 80 mmHg; FC = 115 bpm; FR = 36 irpm; gasometria arterial: PaO₂ = 58 mmHg (VR = 83 a 108 mmHg); SaO₂ = 89% (VR = 95 a 99%); PaCO₂ = 47 mmHg (VR = 35 a 48 mmHg); hemograma: Hb = 10 g/dL, (VR = 13,5 a 17,5 g/dL; leucometria: 8.200 células/mm³ (valor de referência = 4.500 a 11.000 células/mm³); polimorfonucleares: 55% (VR = 54 a 62%); bastonetes: 5% (VR = 3 a 5%). Considerando o quadro clínico apresentado, qual a conduta imediata a ser adotada?

A Administração de Beta-agonistas e corticoides inalatórios.

B Intubação orotraqueal e ventilação mecânica controlada. ✓

C Ventilação mecânica não invasiva e corticosteroides intravenosos.

D Administração por via intravenosa de corticosteroides, xantinas e antibiótico de amplo espectro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Asmático em crise há 36 horas que evolui com SONOLÊNCIA, dificuldade de falar, cianose, murmúrio reduzido (tórax silencioso), hipoxemia e PaCO₂ já normal-alta está em asma quase fatal com fadiga muscular — a normalização do CO₂ em paciente taquipneico é sinal de exaustão iminente, não de melhora. A conduta é intubação orotraqueal e ventilação mecânica. A ventilação não invasiva exige paciente colaborativo e desperto (C), e insistir em inalação (A) ou xantina e antibiótico (D) perde tempo vital. Resposta B.

QUESTÃO 104 — Gabarito B

Uma menina de 4 anos de idade é levada à consulta por sua mãe, juntamente com bilhete da diretora da creche onde passa o dia. O bilhete informa que a criança está coçando muito o corpo, provocando lesões, fato que tem sido recorrente. A mãe insistiu que trata com pomadas e que evita o banho para não ferir mais. As lesões são pequenas pápulas e vesículas, com algumas crostas, muito pruriginosas. Elas se localizam principalmente no abdome, nas nádegas, no tronco e nas mãos. A mãe tem sua pele examinada e também apresenta lesões idênticas às da menina, no abdome e nas axilas. Diante desse quadro, assinale a opção que apresenta, respectivamente, a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta adequada ao caso.

A Estrófulo; prescrever anti-histamínico e afastar a criança da creche por sete dias, além de tratar a mãe e comunicar à creche o diagnóstico.

B Escabiose; prescrever anti-histamínico e antiparasitário específicos para a criança e afasta-lá da creche por três dias, além de tratar a mãe e comunicar à creche o diagnóstico. ✓

C Estrófulo; prescrever antibiótico tópico para a mãe e a criança, além de recomendar que evitem o contato com insetos, e dizer que a criança poderá frequentar normalmente a creche.

D Escabiose; prescrever anti-histamínicos para a criança e a mãe, além de reforçar a necessidade de higiene corporal para a criança, a qual poderá frequentar a creche sem problemas desde então.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pápulas e vesículas muito pruriginosas, com piora NOTURNA, em abdome, nádegas, tronco e mãos, e a MÃE com lesões idênticas em abdome e axilas: escabiose — a chave é o acometimento de contactantes. Tratam-se a criança e todos os conviventes simultaneamente com escabecida, associando anti-histamínico para o prurido, tratando roupas e roupas de cama, com afastamento breve da creche. Estrófulo não contagia adultos (A e C), e higiene isolada não cura sarna (D). Resposta B.

QUESTÃO 105 — Gabarito A

Uma gestante de 35 anos de idade, Gesta 3 Para 2, com idade gestacional de 12 semanas, comparece à Unidade Básica de Saúde para primeira consulta médica da gestação atual, trazendo os exames de rotina solicitados pela enfermeira. Nega intercorrências nas gestações anteriores, terminadas em partos vaginais a termo, sendo o último muito trabalhoso, pois o recém-nascido pesava 4.450g. Nega antecedentes familiares de hipertensão, diabetes ou outras doenças crônicas. Ao exame físico: bom estado geral, corada, hidratada, afebril, eupneica, altura = 160 cm, peso = 75 kg, PA = 110 x 60 mmHg. O exame obstétrico revela útero de tamanho compatível com 12 semanas. Em relação aos exames laboratoriais, a glicemia de jejum resultou 82 mg/dL (valor de referência: abaixo de 85 mg/dL). Diante desse quadro, qual a conduta correta em relação ao risco para desenvolvimento de diabetes gestacional?

A Solicitar teste oral de tolerância à glicose imediatamente. ✓

B Orientar dieta e solicitar glicemia de jejum entre 24 e 28 semanas de idade gestacional.

C Orientar dieta e solicitar teste oral de tolerância à glicose, caso apresente aumento de peso superior a 500 g/semana.

D Tranquilizar a gestante, pois o resultado de glicemia de jejum < 85mg/dL e a ausência de diabetes na família descartam a possibilidade de diabetes gestacional. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 34 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS

COMENTÁRIO OSCELABS

Idade materna de 35 anos e antecedente de macrosomia (recém-nascido de 4.450 g) são fatores de risco maiores para diabetes gestacional. Pelo protocolo do Ministério da Saúde adotado pela banca, a gestante de risco com glicemia de jejum normal no primeiro trimestre deve fazer o teste oral de tolerância à glicose imediatamente, e não apenas aguardar a 24^a-28^a semana. Glicemia de jejum normal e ausência de história familiar não descartam o diagnóstico (D). Resposta A.

QUESTÃO 106 — Gabarito D

Uma puérpera (Gesta 3, Para 2, Aborto 1) teve parto pré-termo com 36 semanas, sem intercorrências. A tipagem sanguínea materna resultou grupo A com fator Rh negativo e o teste de Coombs indireto foi positivo (título 1:4). O recém-nascido apresentou tipagem sanguínea grupo O fator Rh positivo e o Coombs direto negativo. A paciente recebeu imunoglobulina anti-D na 28^a semana de gestação.

A respeito da imunoprofilaxia no pós-parto dessa paciente, conclui-se corretamente que A a imunoprofilaxia na 28^a semana foi eficaz e a paciente não necessita de nova dose.

B a paciente desenvolveu aloimunização ao antígeno D e a imunoprofilaxia não será eficaz.

C o Coombs direto negativo indica que a imunoglobulina anti-D deve ser administrada em dose dupla.

D o teste de Coombs indireto positivo é esperado e a imunoglobulina anti-D deve ser administrada. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Coombs indireto positivo em título BAIXO (1:4) em puérpera que recebeu imunoglobulina anti-D na 28^a semana reflete o anticorpo PASSIVO administrado, não aloimunização ativa — reforçado pelo Coombs direto NEGATIVO no recém-nascido. Como o bebê é Rh positivo, a profilaxia pós-parto está indicada e deve ser feita nas primeiras 72 horas. Interpretar o título como sensibilização e omitir a dose (A e B) expõe as próximas gestações à doença hemolítica perinatal. Resposta D.

QUESTÃO 107 — Gabarito C

Um paciente de 32 anos teve trauma raquimedular após mergulho em água rasa, ficando tetraplégico. Esteve internado por mais três meses na Unidade de Terapia Intensiva devido à dependência da ventilação mecânica. Nos cem dias de internação, teve diversos quadros de infecção hospitalar por bactérias e fungos tratados adequadamente. No último quadro, a hemocultura mostrou *Klebsiella pneumoniae* multi-resistente (KPC) e o paciente evoluiu com insuficiência múltipla de órgãos e faleceu. Em meio à grande comoção familiar e dos amigos, o médico decide conversar sobre o atestado de óbito e descobre que o desejo do paciente era ser cremado.

A orientação correta nesse caso é A liberar o corpo diretamente para o crematório mediante Constatação do Óbito.

B solicitar o encaminhamento do corpo para o Serviço de Verificação de Óbito para averiguação da causa principal da morte.

C solicitar o encaminhamento do corpo para o Instituto Médico Legal, pois a morte ocorreu em decorrência de uma causa externa. ✓

D liberar o corpo para funerária com a assinatura do atestado de óbito tendo como causa principal a insuficiência de múltiplos órgãos e sistemas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Óbito cuja causa básica é TRAUMA — tetraplegia por trauma raquimedular — permanece morte por causa EXTERNA, ainda que ocorra cem dias depois e por complicação infecciosa. Toda morte por causa externa deve ser encaminhada ao Instituto Médico Legal, único autorizado a emitir a declaração nesses casos. O Serviço de Verificação de Óbito recebe mortes naturais sem assistência ou de causa indeterminada (B), e nem o médico assistente nem a funerária podem liberar o corpo aqui (A e D). Resposta C.

QUESTÃO 108 — Gabarito B

Uma mulher de 42 anos de idade, assintomática, procura o Ambulatório de Clínica Médica sendo diagnosticada hipertensão arterial. Negou tabagismo e etilismo, e afirmou não ter história familiar de hipertensão arterial. Ao exame clínico: eutrófica (IMC = 23 kg/m²) (VR = 18 - 25 Kg/m²), fâcies atípica, lúcida, orientada, tireoide sem alteração volumétrica ou presença de nódulos, palpação de pulsos arteriais simétricos e ausculta cardíaca normal, FC = 92 bpm, PA = 190 x 140 mmHg (posição sentada, em ambos os braços), além de ausência de sopros em artérias carótidas ou femorais. No exame do abdome, notou-se sopro abdominal sistodiastólico, mais audível em flanco esquerdo; ausência de visceromegalias ou massas abdominais. Membros inferiores não apresentam edemas. Exames complementares foram realizados: glicemia de jejum, perfil lipídico, eletrólitos e função renal normais; ausência de microalbuminúria ou proteinúria e ECG sem sobrecarga ventricular. O Ecodoppler de artéria renal evidenciou estenose renal bilateral. No caso dessa paciente, qual é a classe de drogas anti- hipertensivas que, quando administrada, pode precipitar insuficiência renal e por qual motivo?

A Diuréticos tiazídicos, por aumento da excreção de sódio no túbulo distal.

B Inibidores da enzima conversora de angiotensina, por dilatação arteriolar eferente. ✓

C Betabloqueadores, por redução da frequência cardíaca e da contratilidade.

D Bloqueadores de canais de cálcio, por redução da resistência vascular periférica.

COMENTÁRIO OSCELABS

SOPRO abdominal sistodiastólico com hipertensão grave em mulher de meia-idade, sem fatores de risco e com Doppler alterado, é hipertensão RENOVASCULAR. Na estenose de artéria renal, a angiotensina II mantém a filtração contraindo a arteríola EFERENTE, e o inibidor da ECA age exatamente aí, promovendo vasodilatação eferente e queda pressórica — mecanismo cobrado na questão. Vale a ressalva de segurança: por esse mesmo motivo o IECA reduz a filtração e é contraindicado na estenose bilateral ou em rim único. Resposta B.

QUESTÃO 109 — Gabarito D

Um menino de 9 anos de idade, do sexo masculino, é atendido em emergência hospitalar por trauma em dedo, necessitando de curativo. No entanto, foi constatado em seu exame físico pressão arterial no percentil 97 para a idade, o sexo e a altura. Ao ser questionada, a mãe informa que em outros atendimentos médicos realizados nesse mesmo ano recebeu a mesma informação, mas que não se preocupou, pois a criança é assintomática. O restante do exame físico é normal, mas seu IMC está no Z-score maior que 3. Os pais e tios maternos e paternos são hipertensos. Diante desse quadro, constitui conduta adequada

A internar e medicar com anti-hipertensivo e diurético.

B solicitar ecocardiograma e parecer do endocrinologista.

C solicitar a dosagem de renina plasmática e lipidograma.

D orientar mudança de hábitos de vida e investigar a hipertensão arterial. EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 35 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 9 anos com obesidade grave (Z-escore de IMC maior que 3), forte história familiar e pressão no percentil 97 confirmada em MÚLTIPLAS ocasiões: hipertensão arterial estabelecida, e não achado isolado. A conduta inicial combina mudança de estilo de vida — dieta, atividade física e perda de peso — com investigação da hipertensão, já que na criança a causa secundária é frequente. Mediar e internar sem investigar (A), ou pedir exames isolados e pareceres (B e C), inverte a sequência. Resposta D.

QUESTÃO 110 — Gabarito D

Um paciente do sexo masculino, analfabeto, com 45 anos de idade, ajudante de pedreiro, que mora no alojamento da obra, é hipertenso e chega à Unidade de Saúde da Família (USF) com uma receita para retirar seus medicamentos no momento em que a USF estava encerrando o expediente do dia. O técnico da farmácia lê rapidamente a receita: Losartana, 2 caixas. Com pressa, o técnico entrega ao paciente 2 caixas de medicamentos anti-hipertensivos, sem notar que a segunda caixa é de outro medicamento para a hipertensão. Passados 8 dias, o paciente retorna à Unidade com tosse seca e alteração de paladar, mas não consegue ser atendido. Após 15 dias, dá entrada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de angioedema e choque anafilático, sendo transferido para hospital, onde fica internado por 7 dias em Centro de Tratamento. A partir da análise da situação hipotética acima descrita, é correto afirmar que A o quadro clínico de entrada na UPA é específico de intoxicação por biguanidas.

B o quadro de angioedema e choque anafilático se deve à intoxicação por contato com alérgenos no ambiente de trabalho.

C o quadro clínico de entrada na UPA é característico de reação adversa a antagonistas do receptor da angiotensina II.

D o quadro clínico de entrada na UPA é característico de reação adversa a inibidores da enzima de conversão da angiotensina. ÁREA LIVRE ÁREA LIVRE EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS Prova Cinza 36 REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS PERGUNTA I Qual o grau de dificuldade da prova? A Muito fácil. B Fácil. C Médio. D Difícil. ✓

E Muito difícil. PERGUNTA I Considerando a extensão da prova, em relação ao tempo total, você considera que a prova foi A muito longa. B longa. C adequada. D curta. E muito curta. PERGUNTA III Os enunciados das questões da prova estavam claros? A Sim, todos. B Sim, a maioria. C Apenas cerca da metade. D Poucos. E Não, nenhum. PERGUNTA IV As informações/instruções fornecidas para a resolução das questões foram suficientes para resolvê-las? A Sim, até excessivas. B Sim, em todas elas. C Sim, na maioria delas. D Sim, somente em algumas. E Não, em nenhuma delas. PERGUNTA V Você se deparou com alguma dificuldade ao responder a prova? Qual? A Desconhecimento do conteúdo. B Forma diferente de abordagem de conteúdo. C Espaço insuficiente para responder às questões. D Falta de motivação para fazer a prova. E Não tive qualquer tipo de dificuldade em responder a prova. PERGUNTA VI Você já participou, no Brasil, de outro(s) processo(s) de revalidação de diploma de médico obtido no exterior? A Sim. B Não.

QUESTIONÁRIO DE PERCEPÇÃO SOBRE A PROVA As perguntas abaixo visam levantar sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente a sua opinião, nos espaços próprios do Caderno de Respostas. Agradecemos a sua colaboração. REVALIDA 2015 EXAME NACIONAL DE REVALIDAÇÃO DE DIPLOMAS MÉDICOS EXPEDIDOS POR INSTITUIÇÕES DE EDUCAÇÃO SUPERIOR ESTRANGEIRAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse SECA persistente e alteração do paladar evoluindo para ANGIOEDEMA é a assinatura dos inibidores da ECA: o bloqueio da enzima conversora impede a degradação da bradicinina, que se acumula e provoca tanto a tosse quanto o edema de mucosas, potencialmente fatal. O paciente recebeu por engano uma segunda caixa com anti-hipertensivo diferente da losartana prescrita. Os antagonistas do receptor de angiotensina II não interferem na bradicinina e raramente causam esse quadro (C). Resposta D.

