



# REVALIDA — Residência Médica

## Revalida 2017

Prova comentada

90 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](http://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 2 — Gabarito B**

Um homem com 65 anos de idade encontra-se internado no hospital, no pós-operatório imediato de uma herniorrafia inguinal à direita. Seus exames pré-operatórios apresentaram-se sem alterações. Às 2 horas da madrugada, a técnica de enfermagem recorre ao médico plantonista, pois o paciente é encontrado nu, recusa-se a colocar novamente as roupas, fala coisas sem sentido e não reconhece familiar que o acompanha. Sua cirurgia foi realizada na manhã anterior, sem intercorrências, tendo ele recebido meperidina após o procedimento cirúrgico e metoclopramida devido a náuseas. Não se alimentou o dia todo e, ao exame físico, não se apresentaram alterações. O exame do seu estado mental mostra desorientação; ele não atende pelo nome e não sabe onde está, além de estar hipotenaz e um pouco sonolento. Diante desse quadro, o médico plantonista deve

- A. prescrever um benzodiazepínico endovenoso para a sedação do paciente e avaliar complicações pós-operatórias.
- B. avaliar a necessidade das medicações em uso, colocar o paciente em um quarto com boa iluminação e prescrever-lhe um antipsicótico, se constatada agitação psicomotora. ✓**
- C. conter fisicamente o paciente e iniciar sedação com midazolam endovenoso, enquanto aguarda avaliação psiquiátrica.
- D. manter conduta expectante, dado que esses quadros regredem espontaneamente em poucas horas, e prescrever um benzodiazepínico, se constatada agitação psicomotora. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é o de um delirium hiperativo no pós-operatório de um idoso: quadro agudo e flutuante de desatenção (o paciente está hipotenaz), desorientação e alteração do nível de consciência, instalado à noite após uma cirurgia sem intercorrências. A conduta correta começa pela caça aos fatores precipitantes, e a própria prescrição traz dois gatilhos farmacológicos clássicos: a meperidina, opioide cujo metabólito normeperidina é neurotóxico e que é o menos recomendado no idoso, e a metoclopramida, antidopaminérgica; somam-se jejum prolongado, dor e privação de sono. Junto disso entram as medidas não farmacológicas, que são a primeira linha do tratamento: ambiente bem iluminado e com referências de tempo e lugar, reorientação repetida e presença de familiar. O antipsicótico, tipicamente haloperidol em dose baixa, fica reservado à agitação psicomotora que coloque em risco o paciente ou o tratamento, exatamente como está escrito na alternativa. Em A, C e D repete-se o mesmo erro: o benzodiazepínico piora e prolonga o delirium, e só tem lugar quando a causa é abstinência de álcool ou do próprio benzodiazepínico. Em C, a contenção física como medida inicial aumenta a agitação e o risco de lesão, e esperar o psiquiatra ignora que a causa é clínica. Em D, a conduta expectante subestima um quadro associado a maior mortalidade, maior tempo de internação e declínio funcional, e ainda deixa de rever as drogas culpadas. Resposta B

### QUESTÃO 3 — Gabarito C

Uma mulher com 38 anos de idade procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde (UBS) por apresentar, há 4 meses, ganho de peso, fadiga, sonolência excessiva e irritabilidade. A paciente relata sentir-se muito triste, desanimada e com baixa autoestima. Ao exame físico apresentou frequência cardíaca = 58 bpm, pele seca e áspera e edema palpebral bilateral. Os demais aspectos do exame físico estavam inalterados. Os resultados dos exames solicitados indicaram dosagem sérica do hormônio estimulante da tireoide (TSH) = 34 mUI/L (valor de referência: 0,45 a 4,5 mUI/L), tendo sido repetidos e confirmado o resultado, tiroxina sérica (T4 livre) = 0,3 ng/dL (valor de referência: 0,7 a 1,8 ng/dL). Diante desse quadro, foi iniciado tratamento com levotiroxina 100 mcg/dia. Após 6 semanas, foi solicitada a repetição dos exames com os seguintes resultados: TSH = 2,5 mUI/L e T4 livre = 1,2 ng/dL. Nessa ocasião, a paciente referiu melhora quase completa dos sintomas apresentados. Cinco meses depois, essa paciente volta à UBS para consulta expondo a suposição de que a tireoide piorou de novo. Afirma estar tomando corretamente sua medicação. Novos exames realizados nessa ocasião indicam TSH = 2,3 mUI/L e T4 livre = 1,2 ng/dL. Questionada, a paciente informa apresentar muita tristeza, desânimo, falta de concentração e fadiga. Ao exame físico, constata-se que não houve ganho de peso e que não há alteração na tireoide da paciente. Nessa situação, a conduta adequada é

- A. informar à paciente que o seu quadro clínico é compatível com tireotoxicose e que a dosagem do seu medicamento deverá ser reduzida; agendar retorno em 6 meses para reavaliação de TSH.
- B. informar à paciente a necessidade de aumentar a dose de levotiroxina até a resolução completa dos sintomas, independentemente dos valores de TSH e T4 livre; agendar retorno em 6 meses para reavaliação de TSH.

**C. fazer a avaliação para transtorno depressivo como diagnóstico diferencial e, caso confirmado, discutir o início de tratamento para essa nova comorbidade; manter acompanhamento dos níveis séricos de TSH. ✓**

- D. informar à paciente que, mediante os indícios de que a terapia com levotiroxina não está sendo efetiva, faz-se necessário estender a investigação, procedendo-se à realização de biópsia da tireoide com agulha fina. ÁREA LIVRE questão 4 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente teve hipotireoidismo primário franco (TSH 34 com T4 livre baixo), foi repostada com levotiroxina e hoje está bioquimicamente eutireoidiana: TSH 2,3 e T4 livre 1,2 são normais, com adesão referida e sem alteração da glândula ao exame. Sintomas de tristeza, desânimo, fadiga e falta de concentração que persistem com hormônios no alvo, e agora sem ganho de peso, não são explicados pela tireoide; o passo correto é avaliar transtorno depressivo como diagnóstico diferencial, já que a sobreposição de sintomas entre hipotireoidismo e depressão é justamente a armadilha da questão, e, confirmado, discutir o tratamento dessa nova comorbidade mantendo o seguimento periódico do TSH. Em A, tireotoxicose exigiria TSH suprimido e sinais adrenérgicos, ausentes aqui, e reduzir a dose de quem está no alvo é iatrogenia. Em B, titular levotiroxina por sintoma e não por TSH produz hipertireoidismo subclínico iatrogênico, com risco de fibrilação atrial e de perda de massa óssea, particularmente relevante em mulher que se aproxima da pós-menopausa. Em D, a punção aspirativa por agulha fina serve para investigar nódulo tireoidiano, e não falha terapêutica: a paciente não tem nódulo e a terapia, aliás, está funcionando. Resposta C

**QUESTÃO 4 — Gabarito B**

A figura abaixo representa as fases da Influenza Pandêmica de 2009 estabelecidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Atualmente, a fase de alerta pandêmico para H1N1 é a de pós-pandemia. Fases 1-3 Fase 4 Fases 5-6/ Pandemia Fase Pós-Pico Fase Pós-Pandemia Classificação Atual Infecção predominante em animais. Poucos casos humanos. Transmissão sustentada entre humanos. Infecção humana generalizada. Possibilidade de eventos recorrentes. Atividade da infecção em nível sazonal. Tempo WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Current WHO phase of pandemic alert for Pandemic (H1N1) 2009. Pandemic influenza preparedness and response: WHO guidance document. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/disease/swineflu/phase/en/>>. Acesso em: 17 abr. 2017. Considerando a figura e as informações apresentadas, assinale a alternativa correta sobre o estado de preparação e resposta à pandemia de H1N1.

- A. Na fase 3, a transmissão direta de pessoa a pessoa do vírus recombinante já é suficiente, segundo a OMS, para sustentar surtos em comunidades.
- B. Na fase 4, a OMS realiza o desenvolvimento e a distribuição de insumos voltados para a produção de vacinas específicas para controle da pandemia. ✓**
- C. Na fase 5, a maioria dos países está sob risco de ocorrência dessa doença e, por essa razão, ela é considerada como pandêmica pela OMS.
- D. Na fase 6, a OMS agiliza todo o processo de revisão da disseminação do vírus, por meio de transmissão direta, para controle da pandemia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra as fases de alerta pandêmico definidas pela OMS no documento de preparação e resposta à influenza pandêmica de 2009. Nas fases 1 a 3 o vírus circula predominantemente entre animais, com casos humanos esporádicos ou transmissão pessoa a pessoa limitada, insuficiente para sustentar surtos em comunidade. A fase 4 é o divisor de águas: verifica-se transmissão sustentada de pessoa a pessoa capaz de gerar surtos comunitários, o que eleva de forma expressiva o risco de pandemia e dispara a resposta de contenção rápida e a mobilização de recursos, incluindo o desenvolvimento e a distribuição, pela OMS, dos insumos necessários à produção da vacina específica, como cepa-semente e reagentes de padronização. Por isso a alternativa B. Em A, o erro é antecipar para a fase 3 a transmissão comunitária sustentada, que é precisamente o que define a fase 4. Em C, a fase 5 corresponde à disseminação do vírus em pelo menos dois países de uma mesma região da OMS: é sinal de pandemia iminente e prazo final para organizar a resposta, mas a declaração formal de pandemia só ocorre na fase 6. Em D, na fase 6 a pandemia já está estabelecida, com disseminação para outra região da OMS, e o foco passa a ser mitigação, assistência e vacinação, e não revisar o processo de disseminação do vírus. Resposta B

**QUESTÃO 5 — Gabarito A**

Uma criança com 4 anos de idade, cujos pais são diagnosticados com tuberculose pulmonar, está em acompanhamento em Unidade Básica de Saúde. Ela apresenta cartão vacinal completo, crescimento e desenvolvimento adequados e está assintomática. Realizou radiografia de tórax, que não apresentou alteração e o teste tuberculínico (PPD), que apresentou enduração de 5 mm. Considerando-se o quadro clínico dessa criança, o tratamento da tuberculose latente (quimioprofilaxia)

- A. deverá ser realizado, pois ela apresenta enduração do PPD de 5 mm e ausência de tuberculose. ✓**
- B. não deverá ser realizado, pois a presença dessa enduração está relacionada à vacina BCG.
- C. deverá ser realizado, pois os pais são bacilíferos e estão em tratamento para tuberculose.
- D. não deverá ser realizado, pois, para isso, a enduração deveria ser de pelo menos 10 mm.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de avaliação de infecção latente por tuberculose em contato intradomiciliar. A criança é contato de dois casos de tuberculose pulmonar, está assintomática, com crescimento e desenvolvimento adequados e radiografia de tórax normal, ou seja, tuberculose ativa foi afastada, condição obrigatória antes de qualquer tratamento de infecção latente. Descartada a doença, quem decide é a prova tuberculínica: pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde, contatos de caso de tuberculose pulmonar com enduração igual ou maior que 5 mm têm indicação de tratamento da infecção latente, independentemente de vacinação prévia com BCG. Enduração de 5 mm somada à ausência de doença ativa fecha a indicação, como afirma a alternativa A. Em B, a BCG aplicada ao nascimento não sustenta reação tuberculínica relevante depois de dois anos de idade, e atribuir o resultado à vacina em contato de bacilífero é o erro clássico que deixa a criança sem profilaxia. Em C, o simples fato de os pais estarem doentes não é o critério: quimioprofilaxia sem prova tuberculínica é conduta de recém-nascido contato, e nas demais idades a indicação depende da prova tuberculínica e da radiografia, que é o que sustenta a decisão aqui. Em D, o ponto de corte de 10 mm não se aplica a contatos, avaliados pelo corte de 5 mm. Resposta A

**QUESTÃO 6 — Gabarito B**

Uma mulher com 32 anos de idade, no quinto dia de puerpério de parto normal, retorna à maternidade com queixa de dor intensa em panturrilha esquerda. Nega febre e, ao exame físico, observam-se: varizes em membros inferiores bilateralmente, panturrilha esquerda empastada com edema e aumento da temperatura local. Diante desse quadro, a conduta adequada é recomendar

A. internação, repouso no leito, manutenção dos membros inferiores elevados e calor local.

**B. internação, repouso no leito, realização de exame de ultrassom com Doppler e terapia anticoagulante.**

✓

C. repouso no domicílio, uso de meia elástica e orientação para retorno, caso não haja melhora em 2 dias.

D. repouso no domicílio, tratamento com anti-inflamatórios não hormonais e controle semanal com resultados de hemograma e coagulograma. questão questão questão 5 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de trombose venosa profunda em puerpéra. Gestação e puerpério são estados de hipercoagulabilidade, e a primeira semana pós-parto é o período de maior risco trombótico da vida da mulher. Dor intensa, panturrilha empastada, edema unilateral e aumento da temperatura local, em paciente com varizes, compõem alta probabilidade clínica pelo escore de Wells, e a conduta padrão é internar, confirmar com ultrassonografia venosa com Doppler, que é o exame de escolha por ser não invasivo e acurado no segmento femoropoplíteo, e iniciar anticoagulação, sendo a heparina de baixo peso molecular segura na lactação. Em A, repouso, elevação dos membros e calor local tratam apenas o sintoma: sem anticoagulação o desfecho temido é a embolia pulmonar, causa importante de morte materna evitável nesse cenário. Em C, mandar a paciente para casa com meia elástica e reavaliar em dois dias adia diagnóstico e tratamento de um quadro potencialmente fatal. Em D, anti-inflamatório não hormonal não tem efeito antitrombótico, e hemograma com coagulograma não diagnostica nem monitora trombose venosa profunda: coagulograma normal não afasta o diagnóstico. Resposta B

**QUESTÃO 7 — Gabarito B**

Uma mulher com 72 anos de idade foi atendida na sala de emergência de um hospital por apresentar quadro de dor abdominal com 24 horas de evolução. Ao exame físico, a paciente estava em bom estado geral, afebril, com frequência cardíaca = 88 bpm e pressão arterial = 150 x 95 mmHg; e seu abdome apresentava-se doloroso à palpação em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritonial. Foi realizada uma tomografia de abdome que evidenciou quadro de diverticulite aguda com imagem sugestiva de abscesso de 1,5 cm de diâmetro junto à parede do sigmoide e ausência de pneumoperitônio. Diante desse quadro, a conduta adequada é

- A. exploração cirúrgica e antibioticoterapia.
- B. jejum, hidratação e antibioticoterapia. ✓**
- C. drenagem percutânea do abscesso.
- D. jejum, colonoscopia e biópsia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se de diverticulite aguda complicada por abscesso pericólico pequeno, correspondente ao Hinchey Ia/Ib, em paciente estável, afebril, com dor localizada em fossa ilíaca esquerda, sem irritação peritoneal e sem pneumoperitônio à tomografia. O dado que decide a conduta é o tamanho da coleção: abscessos menores que 3 a 4 cm respondem ao tratamento clínico isolado, com jejum ou dieta restrita, hidratação venosa e antibioticoterapia cobrindo gram-negativos e anaeróbios, reservando-se procedimentos invasivos para quem não melhora em 48 a 72 horas. Em A, a exploração cirúrgica de urgência se indica na peritonite difusa purulenta ou fecal (Hinchey III e IV), na perfuração livre, na sepse ou na falha do tratamento clínico, nada disso presente aqui. Em C, a drenagem percutânea guiada por imagem é para abscessos maiores, em geral a partir de 4 cm, ou para falha do tratamento clínico; drenar uma coleção de 1,5 cm é intervenção desnecessária e tecnicamente pouco factível. Em D, a colonoscopia está contraindicada na fase aguda pelo risco de perfuração com a insuflação; ela é feita eletivamente 4 a 6 semanas após a resolução, para excluir neoplasia colorretal, que é o principal diagnóstico diferencial nessa faixa etária. Resposta B

**QUESTÃO 8 — Gabarito D**

Uma mulher com 50 anos de idade procura atendimento médico na Unidade Básica de Saúde, com queixa de astenia progressiva há 3 meses. Ela nega quaisquer outros sintomas e afirma não fazer uso de qualquer medicação. Está na menopausa há 2 anos, sem apresentar sangramento transvaginal. Não há relato de comorbidades ou de histórico familiar de diabetes, hipertensão ou neoplasias. No exame físico da paciente, o único achado é palidez, com mucosas hipocoradas (++/4+). O hemograma solicitado mostrou: hemoglobina = 9 g/dL (valor de referência: 12 a 14 g/dL), hematócrito = 27% (valor de referência: 36 a 42%), VCM = 65 fL (valor de referência: 80 a 100 fL), HCM = 20 pg (valor de referência: 27 a 32 pg), RDW = 19% (valor de referência: 11,5 a 15%); leucograma e plaquetas normais. Com base nos achados, a conduta inicial para complementação da investigação diagnóstica dessa paciente é solicitar

- A. mielograma.
- B. dosagem de ácido fólico.
- C. dosagem de vitamina B12.
- D. pesquisa de sangue oculto nas fezes. ÁREA LIVRE questão questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O hemograma define anemia microcítica (VCM 65 fL) e hipocrômica (HCM 20 pg) com RDW elevado, o padrão típico da deficiência de ferro, em que a anisocitose acompanha a microcitose. O ponto da questão não é nomear a anemia, e sim perguntar por onde o ferro está sendo perdido: mulher de 50 anos, na pós-menopausa há dois anos e sem sangramento transvaginal, não tem perda menstrual que justifique a carência, e nessa faixa etária anemia ferropriva é sangramento do trato gastrointestinal até prova em contrário, com a neoplasia colorretal em primeiro lugar na lista. Por isso a investigação inicial se volta ao tubo digestivo, e a pesquisa de sangue oculto nas fezes é o exame que orienta a sequência com endoscopia digestiva alta e colonoscopia. Em A, o mielograma se reserva a citopenias inexplicadas ou à suspeita de doença medular primária; aqui há causa periférica muito provável e o exame é invasivo e desnecessário como passo inicial. Em B e C, ácido fólico e vitamina B12 causam anemia macrocítica, com VCM alto, o que é incompatível com o VCM de 65 fL apresentado, tornando essas dosagens incoerentes com o caso. Resposta D

**QUESTÃO 9 — Gabarito C**

Um lactente com 2 anos de idade encontra-se em atendimento no ambulatório de Pediatria por estar apresentando, há dois dias, dor à manipulação do ouvido direito e febre (38 °C). A mãe relata que a criança frequente creche desde os 4 meses de idade, quando deixou de ser amamentado e teve o primeiro episódio de otite média aguda. Este é o quinto episódio em um ano e o último ocorreu há pouco mais de um mês. Entre os episódios agudos não se observou efusão. As vacinas do paciente estão em dia. Ao exame físico, apresenta membrana timpânica amarelada e opacificada, com efusão em ouvido médio direito. De acordo com o quadro clínico descrito, a principal hipótese diagnóstica é

A. otite média aguda com resistência bacteriana.

B. otite média crônica colesteatomatosa.

**C. otite média aguda recorrente. ✓**

D. otite média crônica serosa. ÁREA LIVRE questão 6 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso descreve otite média aguda recorrente, definida pela repetição de episódios agudos bem delimitados, com resolução completa entre eles: três ou mais em seis meses, ou quatro ou mais em doze meses com pelo menos um nos últimos seis. A criança teve cinco episódios em um ano, o último há pouco mais de um mês, e o enunciado é explícito ao dizer que não houve efusão entre os episódios, ou seja, cada crise resolveu e agora há um novo episódio agudo, com otalgia à manipulação, febre e membrana timpânica amarelada, opacificada e com efusão em ouvido médio. Os fatores de risco também estão todos presentes: creche desde os 4 meses, desmame precoce e primeiro episódio antes dos 6 meses de vida. Em A, resistência bacteriana se manifesta como falha terapêutica dentro do mesmo episódio, com persistência dos sintomas após 48 a 72 horas de antibiótico, e não como episódios novos e espaçados no tempo. Em B, o colesteatoma cursa com otorreia fétida crônica, perfuração ou retração marginal e massa esbranquiçada retrotimpânica, achados ausentes na descrição. Em D, a otite média serosa exige efusão persistente por três meses ou mais sem sinais inflamatórios agudos, exatamente o oposto do relatado. Resposta C

**QUESTÃO 10 — Gabarito A**

Um homem com 45 anos de idade, casado, procura a Unidade Básica de Saúde queixando-se de que, há 6 meses, tem sentido cansaço e fadiga progressivos, com cefaleia intermitente, embaçamento visual e vertigem. Relata que, há 9 meses, mudou de emprego e, atualmente, trabalha em posto de gasolina. No prontuário do paciente, observa-se que houve diagnóstico anterior de anemia, tendo-lhe sido prescrito sulfato ferroso por 3 meses. Com relação a esse episódio, o paciente refere ter aderido ao tratamento, sem melhora da sintomatologia. Ao exame físico, não são encontradas alterações adicionais. Foi-lhe solicitado novo hemograma e agendado retorno após uma semana, quando o paciente trouxe o exame com os seguintes resultados: EXAME VALORES ABSOLUTOS VALORES RELATIVOS FAIXA NORMAL HOMEM Hemoglobina (g/dL) 10 13,5 - 17,5 Hematócrito (%) 29 40 - 51 VCM (fL) 100 80 - 100 Leucócitos (/mm<sup>3</sup>) 3.000 3.600 - 11.000 Reticulócitos (%) 1,8 0,5 - 1,5 Neutrófilos bastonetes (/mm<sup>3</sup>) 610 2% 0 - 1.000 (0 - 5%) Neutrófilos segmentados (/mm<sup>3</sup>) 1.200 40% 1.200 - 2.100 (40 - 70%) Linfócitos (/mm<sup>3</sup>) 1.000 33% 1.000 - 4.500 (20 - 50%) Monócitos (/mm<sup>3</sup>) 150 5% 100 - 1.000 (3 - 14%) Eosinófilos (/mm<sup>3</sup>) 30 1% 0 - 500 (0 - 7%) Basófilos (/mm<sup>3</sup>) 10 0,3% 0 - 200 (0 - 3%) Plaquetas (/mm<sup>3</sup>) 100.000 150.000 - 350.000 Ferro sérico (mcg/dL) 100 60 - 150 Ferritina sérica (ng/mL) 250 29 - 248 TIBC (mcg/dL) 290 250 - 360 Saturação transferrina (%) 34 30 - 40 Diante desse quadro clínico, o diagnóstico e o plano terapêutico adequados são

- A. benzenismo; afastar o paciente do trabalho e realizar dois hemogramas com intervalo de 15 dias. ✓**
- B. intoxicação por organofosforados; afastar o paciente do trabalho e referenciar o caso ao neurologista.
- C. síndrome mielodisplásica; solicitar novo hemograma em 7 dias e encaminhar o paciente ao hematologista.
- D. anemia aplásica; encaminhar o paciente ao serviço de pronto atendimento como uma emergência médica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso reúne exposição ocupacional a benzeno, componente da gasolina a que o paciente está exposto há nove meses em posto de combustível, com citopenia nas três séries: anemia com VCM no limite superior, leucopenia às custas de neutropenia (segmentados em 1.200) e plaquetopenia de 100.000. Os sintomas inespecíficos de fadiga, cefaleia, embaçamento visual e vertigem não melhoraram com sulfato ferroso justamente porque não há ferropenia, como mostram ferro sérico, ferritina, TIBC e saturação de transferrina normais. Esse conjunto configura benzenismo, e a conduta prevista no protocolo do Ministério da Saúde para intoxicação por benzeno é afastar imediatamente o trabalhador da exposição e confirmar a alteração hematológica com hemogramas seriados, dois exames com intervalo aproximado de 15 dias, além de notificação e emissão da CAT. Em B, os organofosforados produzem síndrome colinérgica, com miose, sialorreia, broncorreia, bradicardia e fasciculações, e queda da colinesterase, não pancitopenia. Em C, a síndrome mielodisplásica é diagnóstico de exclusão que exige mielograma e citogenética, e encaminhar sem afastar mantém o paciente exposto ao agente causal. Em D, a anemia aplásica é hipoproliferativa e cursaria com reticulócitos baixos, enquanto aqui eles estão discretamente elevados (1,8%), e o grau das citopenias não configura emergência. Resposta A

**QUESTÃO 11 — Gabarito C**

Uma mulher com 34 anos de idade, Gesta 3 Para 2 Cesáreas 2, com idade gestacional de 37 semanas e diagnóstico de placenta prévia centro parcial, chega à maternidade com queixa de sangramento vaginal vermelho vivo, em moderada quantidade. Ao exame físico, apresenta: pressão arterial = 110 x 70 mmHg, frequência cardíaca = 80 bpm, batimentos cardíofetais = 132 bpm, dinâmica uterina de 2 contrações de 30 segundos em 10 minutos de observação. Nesse caso, a principal complicação e o exame indicado são

- A. coagulopatia; coagulograma.
- B. prematuridade; amnioscopia.
- C. acretismo placentário; ultrassonografia com Doppler. ✓**
- D. descolamento prematuro de placenta; ultrassonografia do ventre. questão questão 7 INEP1703 |

001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A paciente tem placenta prévia centro-parcial associada a duas cesáreas anteriores, e é essa combinação que a questão quer testar: cicatriz uterina prévia somada a placenta inserida sobre o segmento inferior é o principal fator de risco para acretismo placentário, com risco que cresce conforme o número de cesáreas. A complicação a antecipar, portanto, é o espectro placenta acreta, increta e percreta, e a investigação se faz com ultrassonografia com Doppler, que busca lacunas vasculares intraplacentárias, perda da zona hipoeoica retroplacentária, afinamento ou interrupção da interface bexiga-serosa e hipervascularização nessa interface. O achado muda o planejamento do parto, que passa a exigir centro com reserva de hemocomponentes, equipe treinada e preparo para histerectomia. Em A, coagulopatia de consumo é complicação característica do descolamento prematuro de placenta e do óbito fetal retido, não da placenta prévia com sangramento moderado e paciente hemodinamicamente estável. Em B, com 37 semanas a gestação já é de termo, de modo que prematuridade não é a questão, e amnioscopia é formalmente contraindicada na placenta prévia. Em D, o descolamento prematuro é diagnóstico diferencial e não complicação da prévia, cursa com sangue escuro, dor e hipertonia uterina, e a ultrassonografia tem baixa sensibilidade para detectá-lo. Resposta C

**QUESTÃO 12 — Gabarito D**

Um homem com 28 anos de idade deu entrada em um pronto-socorro hospitalar, queixando-se de dor no quadrante inferior direito do abdome, com irradiação para região lombar ipsilateral, tempo de evolução de 2 dias, acompanhada de febre (38,2 °C), disúria e diarreia. Ao exame físico, apresentava sinais de Blumberg e de Rovsing positivos. Foram solicitados alguns exames complementares, cujos resultados são: leucócitos = 15.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 4.000 a 11.000/mm<sup>3</sup>), com 22% de bastonetes (valor de referência: 0 a 4%); radiografia de abdome sem alterações significativas; ultrassonografia abdominal cujo laudo indicou apêndice cecal de 8 mm de diâmetro e observação para considerar a hipótese de apendicite, de acordo com critérios clínicos. O cirurgião de plantão, suspeitando de apendicite aguda, indicou cirurgia com incisão em quadrante inferior direito. Durante o inventário cirúrgico, identificou-se um apêndice cecal de aspecto normal, sem alterações macroscópicas e sem exsudações periapendiculares. Considerando essa situação, a conduta cirúrgica adequada no período intraoperatório é

- A. realizar a inspeção da cavidade, esperar o paciente acordar e discutir com a família a realização da apendicectomia.
- B. não realizar apendicectomia, pois não há evidência de inflamação e os riscos não justificam a remoção do apêndice.
- C. realizar apendicectomia, caso a inspeção da cavidade seja negativa para outras patologias intra-abdominais.
- D. realizar apendicectomia, mesmo que seja encontrada outra patologia intra-abdominal. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O cenário é o do apêndice branco: laparotomia por incisão no quadrante inferior direito, indicada por quadro clínico e laboratorial fortemente sugestivos, com Blumberg e Rovsing positivos, leucocitose de 15.000 com 22% de bastonetes e apêndice de 8 mm à ultrassonografia, e achado intraoperatório de apêndice macroscopicamente normal. A conduta consagrada é retirar o apêndice de qualquer modo, e o gabarito vai adiante ao afirmar que a apendicectomia se faz mesmo quando outra doença intra-abdominal é identificada. O argumento é duplo: a cicatriz na fossa ilíaca direita fará qualquer médico futuro presumir que aquele apêndice já foi removido, retardando o diagnóstico de uma apendicite verdadeira mais tarde, e o apêndice de aspecto normal pode ter inflamação apenas histológica. Em A, interromper o ato para acordar o paciente e discutir com a família é inaceitável: a decisão é intraoperatória e o consentimento para a apendicectomia já havia sido dado. Em B, deixar o apêndice cria exatamente a armadilha diagnóstica da cicatriz e ignora a inflamação microscópica possível. Em C, condicionar a retirada à ausência de outra patologia é o que a alternativa D corrige. Vale registrar que o ponto é discutível na prática: diante de doença de Crohn com acometimento do ceco e da base apendicular, muitos serviços preservam o apêndice pelo risco de fístula estercorácea. Resposta D

**QUESTÃO 13 — Gabarito A**

Uma mulher com 66 anos de idade foi encaminhada ao ambulatório de Hematologia de um hospital geral para investigação diagnóstica de pancitopenia. Em consulta, a paciente refere astenia progressiva nos últimos 3 meses e relata também que passou a apresentar, há 2 semanas, petéquias e gengivorragia. Diante disso, procurou atendimento médico, quando foi realizado hemograma completo que revelou anemia normocítica normocrômica, com baixa contagem de reticulócitos, leucopenia com diferencial normal e plaquetopenia. Um exame hematoscópico revelou a presença de elevada porcentagem de dacríócitos (“hemácias em lágrima”). Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável da paciente e que exame complementar deve ser solicitado para sua confirmação?

- A. Mielofibrose; biópsia de medula óssea. ✓**
- B. Leucemia mieloide aguda; aspirado de medula óssea.
- C. Mielodisplasia; citometria de fluxo de sangue periférico.
- D. Aplasia de medula óssea; sorologia para parvovírus B19. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de pancitopenia em idosa, com anemia normocítica normocrômica hipoproliferativa (reticulócitos baixos), leucopenia com diferencial normal e plaquetopenia já sintomática, com petéquias e gengivorragia, sobre um fundo de astenia arrastada por três meses. O achado que fecha o raciocínio é hematoscópico: elevada porcentagem de dacríócitos, as hemácias em lágrima, que traduzem hematopoese extramedular e deformação das hemácias ao atravessarem uma medula fibrótica, compondo o padrão leucoeritoblástico da mielofibrose primária. A confirmação exige biópsia de medula óssea com coloração para reticulina e colágeno, porque o aspirado costuma resultar em punção seca justamente pela fibrose. Em B, a leucemia mieloide aguda se define por 20% ou mais de blastos, que apareceriam no sangue periférico e no diferencial, aqui descrito como normal. Em C, a mielodisplasia cursa com displasia das linhagens e citopenias, mas não com dacríócitos em alta porcentagem, e seu diagnóstico se faz por mielograma com citogenética, não por citometria de fluxo de sangue periférico. Em D, a aplasia medular tem medula hipocelular e esfregaço sem dacríócitos e sem reação leucoeritoblástica, e a sorologia para parvovírus B19 se aplica à crise aplásica pura da série vermelha em portadores de anemia hemolítica. Resposta A

**QUESTÃO 14 — Gabarito C**

A segurança dos pacientes nos sistemas nacionais de saúde é uma importante preocupação mundial. A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou, em 2004, a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu, em 2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Com relação a esse tema, é correto afirmar que

- A. a cultura da segurança é uma filosofia institucional que parte do pressuposto de que a notificação de erros durante a assistência prestada aos pacientes é a condição necessária ao desenvolvimento da política pública.
  - B. os chamados erros latentes são atos inseguros, cometidos por quem está atuando em contato direto com o sistema, enquanto erros ativos são atos ou ações evitáveis dentro do sistema a partir do processo de gestão.
  - C. o sistema de notificação de incidentes da segurança do paciente, para ser efetivo, deve apresentar características como: ser não punitivo, confidencial, independente e orientado para a solução dos problemas identificados. ✓**
  - D. a formulação de planos de segurança para o paciente durante a prestação dos serviços de saúde demanda a criação de novos instrumentos para medir a segurança em cada estabelecimento médico. ÁREA LIVRE
- questão 8 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra os atributos de um sistema de notificação de incidentes dentro da cultura de segurança do paciente, eixo central do Programa Nacional de Segurança do Paciente (Portaria MS 529/2013) e da Aliança Mundial pela Segurança do Paciente da OMS. As características clássicas descritas na literatura para que um sistema de notificação seja efetivo são exatamente as listadas na alternativa C: não punitivo (o notificante não sofre represália), confidencial, independente da autoridade que pune, analisado por especialistas, oportuno, orientado ao sistema e voltado para a solução dos problemas — o objetivo é aprender com o incidente, não identificar culpados. A alternativa A inverte a lógica: a cultura de segurança é o pressuposto que permite a notificação, e não o contrário; notificar não é condição necessária ao desenvolvimento da política pública, é uma de suas ferramentas. A alternativa B troca as definições de Reason: erros ativos são os atos inseguros cometidos por quem está na ponta, em contato direto com o paciente, enquanto os erros latentes são as falhas silenciosas de projeto, gestão e organização do sistema, que só se manifestam quando alinhadas a um erro ativo. A alternativa D é falsa porque a formulação de planos de segurança se apoia em instrumentos já validados e padronizados (protocolos básicos, metas internacionais, indicadores), não exigindo a criação de ferramentas próprias em cada estabelecimento. Resposta C

**QUESTÃO 15 — Gabarito C**

Uma criança do sexo masculino com 6 anos de idade é internada em hospital para investigação de púrpura palpável, não pruriginosa, com lesões de tamanhos variados, acometendo, bilateralmente, a região glútea e membros inferiores, incluindo planta dos pés. Há um mês, as lesões cutâneas vêm aparecendo em surtos, com intervalos de uma semana. A mãe nega rigidez matinal e relata que o quadro iniciou com dor abdominal difusa, às vezes definida como periumbilical, em cólicas, com pesquisa de sangue oculto positiva nas fezes. A criança não apresenta febre, lesões de face ou mucosas, nem adenomegalias. Não houve uso de medicações antes do aparecimento dos sintomas. Ao exame, além da púrpura, apresenta edema e dor em joelhos e tornozelos. Entre os exames laboratoriais, foram evidenciados leucocitose discreta sem desvio à esquerda; anemia normocítica e normocrômica, sem reticulocitose; número de plaquetas levemente aumentado; velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa levemente elevadas, além de pesquisa de antinuclear (FAN) negativo. Exame simples de urina apresentou hematúria microscópica e proteinúria (+), anterior à internação, mas, no momento, o sedimento urinário está normal. De acordo com os dados clínicos e laboratoriais do paciente, o diagnóstico e o tratamento adequados são

- A. doença de Kawasaki; gamaglobulina endovenosa e ácido acetilsalicílico.
- B. lúpus eritematoso sistêmico juvenil; pulsoterapia com metilprednisolona.

**C. púrpura de Henoch-Schönlein; prednisona. ✓**

- D. artrite idiopática juvenil; ibuprofeno.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso descreve a vasculite de pequenos vasos mais comum da infância: púrpura de Henoch-Schönlein (vasculite por IgA). Os critérios EULAR/PRINTO/PRES exigem púrpura palpável de predomínio em membros inferiores e nádegas, sem plaquetopenia ou coagulopatia, associada a pelo menos um entre dor abdominal difusa, artrite/artralgia, acometimento renal ou biópsia com depósito de IgA — e a vinheta traz todos: púrpura palpável bilateral em glúteos, membros inferiores e plantas, dor abdominal em cólica com sangue oculto positivo (isquemia de alça), artrite de joelhos e tornozelos e hematúria com proteinúria transitórias. O reforço laboratorial vem do número de plaquetas aumentado (afasta púrpura trombocitopênica), provas inflamatórias apenas discretamente elevadas e FAN negativo. O corticoide oral (prednisona) é o tratamento indicado quando há dor abdominal significativa ou artrite incapacitante, exatamente como neste paciente. A doença de Kawasaki exige febre alta prolongada com alterações de mucosa oral, conjuntivite não exsudativa, exantema polimorfo, adenomegalia cervical e alterações de extremidades — nada disso está presente, e a criança está afebril. O lúpus eritematoso sistêmico juvenil é improvável com FAN negativo, sem citopenias, sem lesão malar ou de mucosas. A artrite idiopática juvenil não explica púrpura palpável nem enterorragia oculta e exigiria artrite persistente por pelo menos seis semanas, ao passo que aqui o quadro tem um mês e é dominado pela vasculite cutânea. Resposta C

**QUESTÃO 16 — Gabarito B**

Uma mulher com 45 anos de idade comparece ao ambulatório de Ginecologia com queixas de aumento do volume abdominal e irregularidade menstrual. Realiza ultrassonografia transvaginal que evidencia, no ovário direito, imagem anecoica, arredondada, com paredes finas, contornos regulares, limites bem definidos e com septações grosseiras em seu interior, medindo 14 x 12 cm em seus maiores diâmetros. Nesse caso, a conduta adequada é

- A. iniciar tratamento clínico com anticoncepcional combinado e controle trimestral com ultrassonografia.
- B. realizar marcadores tumorais e proceder a laparotomia com exame de congelação no intraoperatório.** ✓
- C. acompanhar de forma expectante e reavaliar resultado de ultrassonografia após 2 meses.
- D. realizar punção e drenagem do cisto, guiadas por ultrassonografia. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso apresenta uma massa anexial de grande volume em mulher na transição menopausal, situação em que a conduta é definida pelas características ultrassonográficas de risco. Cisto de 14 x 12 cm com septações grosseiras já reúne dois critérios de suspeição (tamanho acima de 10 cm e septos espessos), o que afasta a hipótese de cisto funcional e obriga investigação de neoplasia ovariana. A conduta correta é complementar com marcadores tumorais (CA-125, e nessa faixa etária eventualmente CEA e CA 19-9) e proceder à laparotomia com exame de congelação intraoperatório, que permite definir a extensão da cirurgia no mesmo tempo: anexectomia se benigno, estadiamento cirúrgico completo se maligno. A alternativa A erra porque anticoncepcional combinado não trata nem faz regredir neoplasia ovariana; sua eventual utilidade seria apenas em cisto funcional pequeno. A alternativa C é inadequada porque conduta expectante se aplica a cistos simples, uniloculares, de paredes finas, sem septos e com menos de 5 a 7 cm; manter observação diante de massa gigante com septação grosseira atrasa o diagnóstico. A alternativa D é a mais perigosa: a punção esvaziadora de massa ovariana suspeita não fornece diagnóstico histológico confiável e pode romper a cápsula e disseminar células neoplásicas na cavidade, elevando o estágio da doença. Resposta B

**QUESTÃO 17 — Gabarito B**

Um homem com 48 anos de idade, tabagista crônico e hipertenso, é admitido em um hospital para correção de aneurisma aortoilíaco esquerdo, com a utilização de prótese vascular. Durante a checagem de informações do protocolo de cirurgia segura, a conduta adequada do cirurgião assistente é

- A. indicar antibioticoterapia e não profilaxia para minimizar o risco de infecção.
- B. indicar antibioticoprofilaxia em cirurgia vascular porque há o uso de prótese. ✓**
- C. indicar antibioticoprofilaxia em paciente porque há comorbidades.
- D. não indicar antibioticoprofilaxia por tratar-se de cirurgia limpa.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o critério de indicação de antibioticoprofilaxia dentro do protocolo de cirurgia segura. Correção de aneurisma aortoilíaco com prótese vascular é cirurgia limpa, porém com implante de material sintético — e cirurgia limpa com colocação de prótese é indicação clássica de profilaxia antimicrobiana, porque a contaminação de um enxerto vascular, ainda que por pequeno inóculo, resulta em infecção de prótese, com morbimortalidade altíssima e necessidade de explante. O esquema habitual é cefazolina endovenosa em dose única, administrada até 60 minutos antes da incisão, com redose conforme duração do ato e sangramento. A alternativa A confunde os conceitos: antibioticoterapia é o tratamento de infecção já estabelecida, e não há foco infeccioso neste paciente; o que se faz é profilaxia. A alternativa C acerta a conduta mas erra a justificativa: tabagismo e hipertensão são comorbidades que aumentam risco cirúrgico geral, mas não são o que fundamenta a profilaxia — o que a indica é o implante protético em cirurgia vascular. A alternativa D aplica de forma incompleta a classificação das feridas operatórias: é verdade que a cirurgia é limpa, mas a regra de dispensar profilaxia em ferida limpa vale apenas quando não há implante de prótese e quando a infecção não teria consequência catastrófica. Resposta B

**QUESTÃO 18 — Gabarito D**

Uma mulher com 49 anos de idade é encaminhada para o ambulatório de Oncologia, em razão de diagnóstico recente de adenocarcinoma de pulmão, com CA de pulmão não-pequenas células em estágio IIIA (T3N1). A paciente nega qualquer história de tabagismo, cabendo ao médico fornecer-lhe, na consulta atual, informações sobre a sua doença e sobre o tratamento ao qual será submetida. Assinale a alternativa que apresenta informações adequadas sobre a doença ou sobre o tratamento a serem dadas pelo médico.

- A. A mudança recente da epidemiologia do câncer de pulmão revela que cerca de 50% dos casos ocorrem em pacientes que nunca fumaram.
- B. A inclusão de cisplatina no seu tratamento deverá produzir-lhe uma expectativa de sobrevida em 5 anos superior a 80%.
- C. O tipo histológico que seria mais esperado no seu caso seria o carcinoma espinocelular, em razão do seu sexo.

**D. O tratamento indicado para a paciente deve consistir em cirurgia e quimioterapia adjuvante. ÁREA LIVRE questão questão 9 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso trata de adenocarcinoma de pulmão não pequenas células em estágio IIIA por T3N1, ou seja, doença localmente avançada porém ainda ressecável, com linfonodos apenas hilares/peribrônquicos ipsilaterais (N1) e sem acometimento mediastinal (N2). Nesse cenário a conduta consagrada é o tratamento multimodal com ressecção cirúrgica seguida de quimioterapia adjuvante à base de platina, que agrega ganho de sobrevida em relação à cirurgia isolada nos estádios II e IIIA ressecados. A alternativa A exagera o dado epidemiológico: embora o câncer de pulmão em nunca fumantes venha crescendo e predomine em mulheres com adenocarcinoma e mutações driver, a proporção descrita na literatura gira em torno de 10% a 25% dos casos, não 50%. A alternativa B oferece um prognóstico irreal: a sobrevida em cinco anos no estágio IIIA situa-se em torno de 20% a 25%, e prometer mais de 80% com cisplatina é informação falsa dada a uma paciente. A alternativa C erra o tipo histológico esperado: o carcinoma espinocelular é o subtipo mais ligado ao tabagismo e de localização central, enquanto o adenocarcinoma, periférico, é justamente o mais frequente em mulheres e em quem nunca fumou — coerente com o diagnóstico já firmado. Resposta D

**QUESTÃO 19 — Gabarito C**

Uma mulher com 32 anos de idade procura Unidade Básica de Saúde com queixa de dores intensas nas articulações das mãos e dos pés associadas à rigidez matinal, com duração de cerca de 15 minutos e prejuízo funcional. Relata que os sintomas começaram há 3 meses, quando, ao passar as férias de verão em outro estado, apresentou quadro de febre alta, além de manchas vermelhas no rosto, nos braços e no tórax, que persistiram por cerca de 10 dias. Informa que não procurou atendimento médico na ocasião, passando a fazer uso de dipirona para alívio da dor, com melhora não satisfatória. O exame clínico atual da paciente evidencia edema e dor nas articulações interfalangeanas distais, bilateralmente, e em tornozelos, não sendo observados, no momento, lesões de pele, mucosas ou nódulos subcutâneos. Os resultados do hemograma completo e do exame de urina de rotina revelaram-se normais. Diante desse quadro, quais são o diagnóstico e o tratamento adequado?

- A. Osteoartrose; acetaminofeno.
- B. Artrite reumatoide; metotrexate.
- C. Chikungunya; hidroxicloroquina. ✓**
- D. Lúpus eritematoso sistêmico; prednisolona.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A vinheta descreve a fase crônica da chikungunya: quadro febril agudo com exantema durante viagem para área endêmica no verão, seguido, meses depois, de poliartrite simétrica, distal, aditiva e incapacitante de mãos e pés. A persistência de artralgia e artrite por mais de três meses após a infecção define a forma crônica da doença, e a hidroxicloroquina é a droga recomendada pelo protocolo do Ministério da Saúde para essa fase, isolada ou associada a metotrexato nos casos refratários, depois de falha dos analgésicos comuns — exatamente o que ocorreu com a dipirona. Hemograma e urina normais reforçam que não há doença sistêmica autoimune em atividade. A osteoartrose não se sustenta aos 32 anos, tem caráter mecânico, piora com o uso e não cursa com edema articular inflamatório nem com início após síndrome febril exantemática. A artrite reumatoide é o principal diferencial, mas o acometimento aqui é das interfalangeanas distais, articulações classicamente poupadas pela AR, e a rigidez matinal dura cerca de 15 minutos, abaixo dos 30 a 60 minutos típicos, além de não haver nódulos subcutâneos nem os três meses de evolução com o padrão poliarticular exigido pelos critérios ACR/EULAR sem o antecedente epidemiológico. O lúpus eritematoso sistêmico não se sustenta sem lesões cutâneas ou mucosas atuais, com hemograma sem citopenias e urina de rotina normal. Resposta C

**QUESTÃO 20 — Gabarito C**

Um menino com 5 anos e 11 meses de idade faz seguimento de rotina em Unidade Básica de Saúde desde o nascimento, sem antecedentes mórbidos relevantes. Em sua última consulta, há um ano, sua estatura era de 110 cm; na consulta atual está medindo 111 cm. Há 4 meses, passou a apresentar cefaleia holocraniana diária, de intensidade moderada a forte e dificuldade visual. A avaliação oftalmológica revelou hemianopsia bitemporal. A principal hipótese diagnóstica para esse caso é

- A. cordoma.
- B. schwannoma.
- C. craniofaringeoma. ✓**
- D. tumor do plexo coroide. ÁREA LIVRE questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O achado que resolve a questão é a combinação de desaceleração grave do crescimento com síndrome quiasmática: o menino cresceu apenas 1 cm em um ano, quando o esperado nessa faixa etária seria de 5 a 7 cm por ano, e apresenta cefaleia holocraniana progressiva com hemianopsia bitemporal, sinal de compressão do quiasma óptico por lesão da região selar/supraselar. Esse conjunto — déficit de hormônio de crescimento por comprometimento hipotálamo-hipofisário, hipertensão intracraniana e defeito campimétrico bitemporal — é a apresentação típica do craniofaringioma, tumor de origem na bolsa de Rathke, com pico de incidência justamente entre 5 e 14 anos. O cordoma origina-se do clivus e da notocorda, é raro na infância e costuma cursar com neuropatias de pares cranianos baixos e massa nasofaríngea, não com hemianopsia bitemporal e parada de crescimento. O schwannoma na criança é excepcional fora do contexto de neurofibromatose tipo 2 e, quando ocorre, é vestibular, manifestando-se com hipoacusia e desequilíbrio. O tumor do plexo coroide acomete predominantemente lactentes, produz hidrocefalia por hiperprodução líquórica com macrocefalia e abaulamento de fontanela, sem relação com déficit de crescimento ou com compressão quiasmática. Resposta C

**QUESTÃO 21 — Gabarito B**

Uma mulher com 30 anos de idade, primigesta, com gestação a termo, internada em um hospital, apresenta pré-eclâmpsia com sinais de sofrimento fetal, tendo-se optado por interrupção da gestação. Em seu prontuário, registra-se que, no segundo trimestre da gestação, a paciente havia apresentado dosagens de TSH = 5,0 mcU/L (valor de referência: 0,3 a 4,0 mcU/L) e de T4 livre = 0,7 ng/L (valor de referência: 0,9 a 1,7 ng/L), tendo sido aumentada a dose da levotiroxina que a paciente usava algum tempo antes de iniciada a gravidez, de 50 mcg para 100 mcg. No puerpério imediato, ainda durante a sua internação hospitalar, qual deve ser a indicação adequada para a paciente quanto à dose diária de levotiroxina?

- A. Manter a dose de 100 mcg até o 28o dia de puerpério.
- B. Retornar o uso regular para a dose pré-gestacional de 50 mcg. ✓**
- C. Aumentar para 125 mcg e manter durante o período de lactação.
- D. Suspender o uso dessa medicação e avaliar, em 40 dias, a necessidade de reintroduzir o medicamento.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o manejo da levotiroxina no puerpério em mulher com hipotireoidismo prévio à gestação. Durante a gravidez a necessidade de hormônio tireoidiano aumenta cerca de 30% a 50% já no primeiro trimestre, por elevação da TBG, passagem transplacentária e degradação pela deiodinase placentária — por isso a dose foi corretamente dobrada de 50 para 100 mcg quando o TSH subiu e o T4 livre caiu abaixo da referência. Com a saída da placenta, essa demanda extra desaparece de forma abrupta, e a conduta padronizada logo após o parto é retornar à dose pré-gestacional, ou seja, 50 mcg por dia, reavaliando o TSH cerca de 6 semanas depois. A alternativa A mantém a dose gestacional por 28 dias sem justificativa fisiológica e expõe a puérpera a iatrogenia tireotóxica. A alternativa C aumenta ainda mais a dose, contrariando a queda da necessidade no puerpério; a lactação não exige incremento de levotiroxina. A alternativa D é francamente errada e perigosa: a paciente já era hipotireoideia antes de engravidar, de modo que suspender a reposição levaria a hipotireoidismo franco; além disso, a levotiroxina é segura e compatível com a amamentação, sendo hormônio idêntico ao endógeno. Resposta B

**QUESTÃO 22 — Gabarito B**

Uma mulher com 75 anos de idade, previamente hígida e ativa, ao ser atendida em uma Unidade Básica de Saúde, refere que há 2 dias está com dor intensa na região coxo-femoral direita, que irradia para a região medial da coxa e joelho, o que lhe causa grande dificuldade para deambular. Quando questionada sobre queda, a paciente nega a ocorrência, assim como os familiares que a acompanham. Ela refere, ainda, tontura esporádica ao levantar-se da cama e nega outros sintomas, outras comorbidades ou uso contínuo de medicação. Tem joelhos valgos. Ao exame físico, apresenta pressão arterial = 150 x 100 mmHg e tanto a ausculta cardiorrespiratória quanto o restante do exame físico são normais. Os exames de imagem mostram uma fratura de colo de fêmur estágio II da Classificação de Garden (fraturas sem desvio). Qual deve ser a conduta terapêutica adequada nesse caso?

A. Redução aberta com realização de osteossíntese.

**B. Redução fechada com realização de osteossíntese. ✓**

C. Artroplastia total do quadril devido à boa saúde prévia da paciente.

D. Tratamento não operatório devido à boa evolução e consolidação da fratura. questão questão 10 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de fratura de colo de fêmur em idosa previamente hígida e ativa, classificada como Garden II, isto é, fratura completa porém sem desvio (impactada em valgo). A classificação de Garden é o que dita a escolha terapêutica: fraturas sem desvio, Garden I e II, têm o suprimento vascular da cabeça femoral relativamente preservado e são tratadas com fixação interna, tipicamente redução fechada e osteossíntese com parafusos canulados ou parafuso deslizante, preservando a articulação nativa. A alternativa A é excessiva: a redução aberta implica exposição do foco e maior agressão às partes moles e à vascularização remanescente, sendo reservada aos casos em que a redução fechada falha. A alternativa C confunde a indicação de artroplastia, que se aplica às fraturas desviadas, Garden III e IV, pelo risco elevado de necrose avascular e pseudartrose — a artroplastia total sendo preferida em idosos ativos e com boa expectativa funcional, e a parcial nos mais frágeis; em fratura sem desvio ela sacrifica desnecessariamente a articulação. A alternativa D é a pior conduta: o tratamento não operatório em fratura de colo de fêmur no idoso implica imobilidade prolongada, com risco de trombose venosa profunda, pneumonia, úlceras por pressão e mortalidade elevada, ficando restrito a pacientes sem qualquer condição clínica de anestesia. Resposta B

**QUESTÃO 23 — Gabarito B**

Uma mulher com 60 anos de idade, previamente hígida, relata, em atendimento médico, lesões cutâneas muito dolorosas no dorso, surgidas há menos de 24 horas. Ao exame físico, evidencia-se a presença de erupção vesiculosa sobre base eritematosa de localização unilateral no trajeto do dermatomo T3. Com base nessas informações e na principal hipótese diagnóstica para o caso, é correto afirmar que

- A. o tratamento antiviral oral previne a dor crônica por neuralgia.
- B. a dor crônica por neuralgia é uma complicação frequente e debilitante. ✓**
- C. a amitriptilina não deve ser indicada no controle da dor crônica por neuralgia.
- D. a dor intensa provocada por neurite aguda é característica raramente presente na apresentação clínica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A erupção vesiculosa agrupada sobre base eritematosa, unilateral, restrita ao dermatomo T3 e acompanhada de dor intensa, define herpes-zóster por reativação do vírus varicela-zóster nos gânglios sensitivos. A afirmação correta diz respeito à sua principal complicação: a neuralgia pós-herpética, definida como dor que persiste além de 90 dias do início do exantema, é de fato frequente e debilitante, ocorrendo em cerca de 10% a 20% dos casos e com incidência que cresce progressivamente com a idade, sendo especialmente prevalente acima dos 60 anos, faixa desta paciente. A alternativa A é a pegadinha clássica: o antiviral oral iniciado nas primeiras 72 horas reduz a duração do exantema, a replicação viral e a intensidade da dor aguda, mas as evidências não sustentam que ele previna a neuralgia pós-herpética. A alternativa C está errada porque os antidepressivos tricíclicos, entre eles a amitriptilina, são justamente uma das opções de primeira linha no controle da dor neuropática crônica, ao lado de gabapentina, pregabalina e lidocaína tópica. A alternativa D contraria a apresentação típica: a neurite aguda com dor intensa, frequentemente precedendo em dias o aparecimento das vesículas, é característica presente na maioria dos pacientes, e não achado raro. Resposta B

**QUESTÃO 24 — Gabarito A**

O gestor de saúde de um município de 200 000 habitantes no Brasil desenvolveu um estudo para estimar a prevalência de hipertensão arterial sistêmica para o planejamento da atenção à saúde dessa população, especialmente a dispensação de medicamentos anti-hipertensivos. Em uma amostra de 2 500 pessoas pesquisadas, 20% (IC95% = 18,5 - 21,5) apresentavam diagnóstico de hipertensão e já tinham indicação de tratamento medicamentoso. No mesmo ano em que foi desenvolvida a pesquisa, 19% da população utilizou as farmácias municipais e privadas para tratamento da hipertensão. Considerando essas informações, assinale a alternativa correta acerca dessa situação epidemiológica.

- A. A adesão ao tratamento da hipertensão está adequada, uma vez que a proporção de pacientes que utilizaram as farmácias para esse tratamento pode ser igual à prevalência estimada da hipertensão. ✓**
- B. A adesão ao tratamento da hipertensão não pode ser avaliada, uma vez que a proporção de pacientes que utilizaram as farmácias para esse tratamento está abaixo da prevalência estimada de hipertensão.
- C. São necessárias campanhas de orientação para a prevenção secundária da hipertensão arterial, pois a prevalência estimada no município é muito maior do que a prevalência atual no país.
- D. A estimativa da prevalência de hipertensão arterial no município varia de 18,5% a 21,5%, o que dificulta a implementação de políticas estratégicas de adesão ao tratamento nesse município em particular. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa a interpretação de intervalo de confiança aplicada a uma decisão de gestão em saúde. A prevalência de hipertensão com indicação de tratamento medicamentoso foi estimada em 20%, com IC95% de 18,5% a 21,5%, e 19% da população utilizou farmácias municipais e privadas para esse tratamento. Como 19% está contido dentro do intervalo de confiança, não há diferença estatisticamente significativa entre a proporção que buscou medicamento e a prevalência estimada de quem precisaria dele; em outras palavras, o valor observado pode corresponder à própria prevalência, e a leitura razoável é de adesão adequada ao tratamento. A alternativa B erra ao afirmar que a adesão não pode ser avaliada por estar a proporção abaixo da prevalência: numericamente 19% é menor que 20%, mas essa diferença não é significativa justamente porque está dentro do intervalo. A alternativa C é infundada, pois uma prevalência de 20% é compatível com as estimativas nacionais de hipertensão no adulto, não configurando excesso local; e prevenção secundária refere-se a diagnóstico e tratamento precoces, não a campanhas motivadas por diferença inexistente. A alternativa D inverte o conceito de precisão: um intervalo estreito, de apenas três pontos percentuais, indica estimativa precisa e favorece, e não dificulta, o planejamento das políticas de dispensação. Resposta A

**QUESTÃO 25 — Gabarito B**

Uma lactente com 15 meses de idade é levada pela mãe ao Pronto-Socorro. A mãe relata que o coração do bebê está muito acelerado. A mãe nega outras queixas e informa que realiza acompanhamento regularmente na Unidade Básica de Saúde, não tendo ocorrido, até então, intercorrências. Ao exame físico, a lactente apresenta-se em bom estado geral, corada, hidratada, afebril, consciente, com boa perfusão periférica, saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente, BNF 2T sem sopro audível, frequência cardíaca = 230 bpm, ausência de edema e pulsos de boa amplitude. O eletrocardiograma apresenta: onda P não visível; intervalo RR fixo; QRS estreito (menor que 0,09 segundos). Diante desse quadro, além da manobra vagal, a conduta inicial adequada é

A. administrar lidocaína.

**B. administrar adenosina. ✓**

C. administrar amiodarona.

D. realizar cardioversão elétrica sincronizada.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O eletrocardiograma descrito — frequência de 230 bpm, onda P não identificável, intervalo RR fixo e QRS estreito abaixo de 0,09 segundo — caracteriza taquicardia supraventricular paroxística, e não taquicardia sinusal, que na lactente raramente ultrapassa 220 bpm, apresenta P visível e variabilidade batimento a batimento. A criança está hemodinamicamente estável: bom estado geral, corada, perfusão adequada, saturação de 98%, pulsos amplos e sem sinais de choque. Nesse cenário, após a tentativa de manobra vagal (gelo na face na faixa etária de lactente), a conduta seguinte preconizada pelo PALS é a adenosina em bolus rápido, 0,1 mg/kg até no máximo 6 mg na primeira dose, seguida de flush de soro fisiológico, com segunda dose de 0,2 mg/kg se necessário. A lidocaína é antiarrítmico de arritmias ventriculares, sem papel em taquicardia de complexo estreito. A amiodarona só entra em cena nos casos refratários às manobras e à adenosina, ou em taquicardia de QRS largo, preferencialmente com apoio de cardiologia pediátrica, dado o risco de hipotensão e bloqueio. A cardioversão elétrica sincronizada, de 0,5 a 1 J/kg, é reservada à criança instável, com sinais de má perfusão, hipotensão ou rebaixamento do nível de consciência, o que não se aplica a esta lactente. Resposta B

**QUESTÃO 26 — Gabarito D**

Uma mulher com 25 anos de idade, em uso de fluoxetina 40 mg ao dia há 16 meses devido a transtorno de ansiedade generalizada leve, documentado em prontuário, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) porque acabou de descobrir que está grávida e deseja iniciar o pré-natal. Diz que a ansiedade está bem melhor há quase um ano e que não sente mais os sintomas que eram comuns quando começou o tratamento. Relata ter muito medo de que algo ruim aconteça com o bebê, pois sabe que o uso de alguns medicamentos pode prejudicar o desenvolvimento do feto e gostaria de saber se o uso de fluoxetina é seguro. Diante dessa situação, a conduta indicada é

- A. trocar o uso de fluoxetina pelo de amitriptilina, um antidepressivo tricíclico, para maior segurança do feto e da mãe durante a gestação.
- B. suspender gradualmente o uso de fluoxetina e substituí-la por benzodiazepínico, dado o menor risco de efeitos colaterais destes sobre o feto.
- C. aumentar a dose de fluoxetina, já que essa substância não apresenta quaisquer riscos durante a gestação que cursa com descompensação de problemas psiquiátricos prévios.
- D. suspender o uso da fluoxetina e incentivar a paciente a retornos frequentes à UBS, com posterior reavaliação do caso e da necessidade de reiniciar a medicação ou proceder à intervenção não farmacológica. questão questão 11 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso cobra a decisão de manter ou suspender antidepressivo em gestante com transtorno de ansiedade generalizada leve e em remissão prolongada. A alternativa D acerta porque reúne os três dados que autorizam a descontinuação: quadro leve documentado em prontuário, remissão sustentada há quase um ano e tratamento já superior a doze meses, ou seja, tempo suficiente de manutenção. Em gestação a regra é individualizar risco-benefício: mantém-se a medicação quando o risco de recaída é alto (quadros graves, recorrentes, com história de tentativa de suicídio) e suspende-se, sob vigilância clínica próxima, quando o quadro é leve e está estável, oferecendo abordagem não farmacológica e retornos frequentes para reintroduzir a droga se os sintomas retornarem. Em A, a amitriptilina não é mais segura: o tricíclico traz perfil anticolinérgico, hipotensão ortostática e cardiotoxicidade, sem nenhuma vantagem sobre o inibidor seletivo da recaptação de serotonina. Em B, o benzodiazepínico não é tratamento de manutenção da ansiedade generalizada e ainda acrescenta dependência e risco de hipotonia e abstinência neonatais. Em C, aumentar a dose de uma paciente assintomática não tem lógica clínica, e a afirmação de que a fluoxetina não apresenta risco algum na gestação é falsa. Resposta D

**QUESTÃO 27 — Gabarito B**

Durante plantão em enfermaria de um hospital, o médico plantonista é chamado pela equipe de enfermagem porque um homem, com 38 anos de idade, que aguarda para realização de uma herniorrafia eletiva, apresenta uma crise. Chegando ao quarto, o médico se depara com o paciente referindo dor torácica, taquicardia, dispneia, tontura e sudorese de início súbito. Imediatamente, o médico avalia o paciente que refere medo de estar tendo um ataque cardíaco e de “estar ficando louco”. Não possui antecedentes de doença dignos de nota. Ao exame físico, apresenta frequência cardíaca = 110 bpm e frequência respiratória = 32 irpm, sem evidenciar outras alterações. Avaliações cardiológica, metabólica e pulmonar de emergência também apresentam resultados normais. O paciente não tem histórico de doenças cardíacas nem apresenta fatores de risco cardiovascular. O médico chega à hipótese diagnóstica de crise de pânico. Considerando esse quadro clínico e a correspondente hipótese diagnóstica, o médico plantonista deve

- A. prescrever imediatamente prometazina 25 mg via intramuscular, repetir a aplicação com essa dosagem, se necessário, e cancelar a cirurgia por necessidade de encaminhamento do paciente para a psiquiatria de emergência.
- B. tranquilizar o paciente, orientá-lo para que respire devagar e profundamente e considerar o uso de benzodiazepínicos em caso de crise muito prolongada ou grave. ✓**

- C. iniciar tratamento com inibidor seletivo da recaptação de serotonina e agendar visita do psicólogo do hospital para uma avaliação do paciente em 2 dias, período em que este deve ficar internado.
- D. prescrever imediatamente haloperidol 5 mg via intramuscular, conter fisicamente o paciente e manter a data da cirurgia, pois a medicação anestésica pode reverter o quadro e aliviar os sintomas. ÁREA LIVRE questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ataque de pânico é o diagnóstico dado: dor torácica, taquicardia, dispneia, tontura e sudorese de início súbito, com medo de estar infartando ou de enlouquecer, em paciente sem antecedentes e com avaliações cardiológica, metabólica e pulmonar normais. O manejo da crise é antes de tudo não farmacológico: acolher, tranquilizar, explicar que o quadro é benigno e autolimitado, durando minutos, e orientar respiração lenta e profunda, que corrige a hiperventilação responsável por boa parte dos sintomas, aqui traduzida pela frequência respiratória de 32 irpm. O benzodiazepínico fica reservado para crise muito intensa ou prolongada, e não como primeira medida, que é exatamente a sequência descrita em B. Em A, a prometazina é anti-histamínico sedativo sem indicação na crise de pânico, e não há motivo para cancelar uma histeriorrafia eletiva nem para encaminhamento a emergência psiquiátrica. Em C, o inibidor seletivo da recaptação de serotonina é tratamento de manutenção do transtorno de pânico, com latência de semanas, e não resolve a crise aguda; manter o paciente internado dois dias à espera de avaliação psicológica é desproporcional. Em D, não há agitação psicomotora nem sintoma psicótico que justifique haloperidol ou contenção física, e anestésico não trata pânico. Resposta B

**QUESTÃO 28 — Gabarito A**

Um homem com 75 anos de idade, acompanhado da filha, é atendido em consulta no ambulatório de Geriatria. A filha revela estar preocupada com os problemas de memória do pai que, segundo ela, tem estado desatento nas últimas 2 semanas, incapaz de lembrar seus compromissos, além de ter se perdido ao dirigir, ter sido incapaz de utilizar o telefone celular e de não ter certeza do próprio endereço. A filha informa que o paciente faz uso de vários medicamentos, não sabendo informar o nome deles. O paciente não apresenta sintomas depressivos comórbidos e não tem história pregressa de uso de tabaco ou álcool. Ao exame físico, o paciente mostra-se normal. Considerando a situação descrita, a medida inicial apropriada para a elucidação diagnóstica é

- A. excluir a possibilidade de delirium por uso de medicações, pedindo à filha que traga a lista completa de medicações em uso pelo paciente. ✓**
- B. iniciar o diagnóstico diferencial de demências mediante a solicitação de ressonância magnética do cérebro.
- C. avaliar a possibilidade de tumor cerebral e solicitar tomografia computadorizada do cérebro.
- D. investigar a possibilidade de neurocisticercose e solicitar tomografia computadorizada do cérebro. ÁREA LIVRE questão 12 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso descreve alteração cognitiva de instalação aguda, de apenas duas semanas, com desatenção proeminente e perda funcional nova, já que o paciente se perdeu ao dirigir, não conseguiu usar o celular e não soube o próprio endereço, tudo isso em idoso polimedicado. Esse perfil temporal define delirium, e não demência: pelo Confusion Assessment Method, o que caracteriza o delirium é o início agudo com curso flutuante somado à desatenção, enquanto a demência tem instalação insidiosa ao longo de meses a anos. Como o delirium é sempre secundário e potencialmente reversível, a etapa inicial é procurar a causa, e a causa mais frequente no idoso é medicamentosa, com destaque para anticolinérgicos, benzodiazepínicos, opioides e anti-histamínicos. Por isso a medida inicial é obter a lista completa das medicações em uso, como propõe A. Em B, iniciar o diferencial de demências com ressonância assume um diagnóstico que o tempo de evolução não sustenta. Em C, tumor cerebral é improvável sem déficit focal, cefaleia ou sinais de hipertensão intracraniana, ainda mais com exame físico normal. Em D, a neurocisticercose não tem nenhuma âncora no caso, nem crise convulsiva nem dado epidemiológico, e a imagem não é a primeira providência. Resposta A

**QUESTÃO 29 — Gabarito B**

Uma mulher com 25 anos de idade, provinda da região Nordeste do Brasil, na 16a semana de sua primeira gestação, é atendida na Unidade Básica de Saúde (UBS) para a realização de pré-natal, referindo discreto exantema com prurido há 2 dias, acompanhado de um episódio de febre de 38 °C, além de poliartralgia discreta. Ao exame físico, apresenta temperatura axilar = 37,8 °C, hiperemia conjuntival, frequência respiratória = 18 irpm, frequência cardíaca = 80 bpm, com exantema difuso discreto. Realizada a prova do laço, o resultado mostra-se negativo. Não se constataram visceromegalias e outros sinais ou achados ao exame físico. Considerando a hipótese provável de infecção viral e realizada a Notificação Compulsória da suspeita clínica de infecção por Zika vírus e dengue, a conduta médica indicada é

- A. solicitar à paciente o retorno diário à UBS, com monitoramento domiciliar da temperatura, para acompanhar evolução clínica e laboratorial com realização de hemograma completo e funções hepática e renal sequenciais.
- B. solicitar imediatamente pesquisa para infecção por Zika vírus (por RT-PCR) e dengue (por NS-1), além de recomendar à paciente a adoção de medidas de proteção pessoal e familiar para minimizar a exposição ao vetor. ✓**
- C. encaminhar a paciente ao serviço de saúde de referência para gestação de alto risco, sugerindo investigação das hipóteses de infecção por Zika vírus ou de dengue e solicitar exame ultrassonográfico obstétrico.
- D. solicitar avaliação complementar e sequencial de plaquetas em Unidade de Pronto Atendimento e sorologia para infecção por Zika vírus no sexto dia dos sintomas, orientando a paciente acerca dos sinais de alerta.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 16 semanas com exantema pruriginoso, febre baixa, poliartralgia discreta e hiperemia conjuntival, com prova do laço negativa: o quadro é o clássico de infecção pelo Zika vírus, tendo a dengue como diferencial obrigatório. Feita a notificação compulsória, a conduta é confirmar a etiologia, e o que define o exame é o tempo de doença. Com dois dias de sintomas a paciente está na fase virêmica, que é a janela do RT-PCR para Zika (soro até cinco dias, urina até quatorze dias) e do antígeno NS1 para dengue (primeiros cinco dias). A confirmação em gestante muda todo o seguimento por causa da síndrome congênita associada ao Zika, e a orientação de medidas de proteção pessoal e familiar contra o vetor integra a conduta, tanto para evitar nova exposição quanto para bloquear a transmissão no domicílio. Esse é o pacote de B. Em A, hemograma e provas hepática e renal seriadas monitoram gravidade de dengue, mas não fazem o diagnóstico etiológico, que é o que se precisa na gestante. Em C, o encaminhamento ao alto risco e a ultrassonografia obstétrica vêm depois e são orientados pela confirmação; a ultrassonografia na fase aguda não diagnostica a infecção materna. Em D, a sorologia tem ampla reação cruzada entre flavivírus e não é o método de escolha, além de desperdiçar a janela do RT-PCR que ainda está aberta. Resposta B

**QUESTÃO 30 — Gabarito C**

Um lactente com 3 meses de vida é atendido em sua terceira consulta em Unidade Básica de Saúde. Segundo o prontuário do paciente, ele nasceu a termo por meio de parto normal, pesando 2.950 g e medindo 49 cm, sem intercorrências, e tendo alta após 24 horas do nascimento. Pré-natal sem alterações. As emissões otoacústicas evocadas, realizadas duas vezes, e o potencial evocado do tronco encefálico mostram-se alterados (respostas não satisfatórias). Foi realizado um novo potencial evocado do tronco encefálico e o resultado mostra-se normal. O exame físico atual não apresenta alterações, assim como o crescimento e o desenvolvimento da criança. Na situação descrita, a conduta adequada é o acompanhamento audiológico do paciente na unidade

- A. básica, em conjunto com a especializada.
- B. especializada, com realização de audiometria.
- C. básica, com observação do seu desenvolvimento. ✓**

D. especializada, para tratamento específico de otite crônica. questão questão

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a interpretação da triagem auditiva neonatal e o destino do lactente dentro da rede. As emissões otoacústicas evocadas são teste de triagem e podem falhar por causas periféricas banais, como vértex ou secreção no conduto e efusão em orelha média, produzindo falha repetida sem perda auditiva verdadeira. Quem decide é o potencial evocado auditivo de tronco encefálico, que avalia a via auditiva até o tronco; sendo o reteste do PEATE normal, a hipótese de deficiência auditiva está afastada. Somando isso ao pré-natal e parto sem intercorrências, peso e comprimento adequados, ausência de indicadores de risco para perda auditiva, exame físico normal e crescimento e desenvolvimento preservados, a criança não precisa de serviço especializado: fica em acompanhamento na unidade básica, com vigilância do desenvolvimento, sobretudo dos marcos de audição e linguagem, como diz C. Em A e B, encaminhar ao especializado significa manter em investigação um lactente cujo exame diagnóstico já veio normal; além disso, audiometria tonal convencional não é aplicável a um bebê de três meses. Em D, não existe nenhum dado que sustente otite, e o exame físico atual é normal. Resposta C

#### QUESTÃO 31 — Gabarito C

Uma mulher com 27 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde para apresentar resultado de seu primeiro exame preventivo, cujo laudo citopatológico do colo uterino demonstra “células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas”. Para o caso descrito, a conduta médica adequada, de acordo com as Diretrizes do Ministério da Saúde, é

- A. encaminhar a paciente para imediata colposcopia.
- B. encaminhar a paciente para exérese da zona de transformação.
- C. solicitar a repetição do exame preventivo com novo exame citopatológico em um ano. ✓**
- D. solicitar a repetição do exame preventivo com novo exame citopatológico em 6 meses.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O laudo traz ASC-US, isto é, células escamosas atípicas de significado indeterminado possivelmente não neoplásicas, o achado citológico mais frequente do rastreamento e o de menor risco de lesão de alto grau. As Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero conduzem o ASC-US pela repetição da citologia, com o intervalo definido pela faixa etária: abaixo de 25 anos repete-se em três anos, dos 25 aos 29 anos repete-se em doze meses e a partir dos 30 anos repete-se em seis meses. A paciente tem 27 anos, portanto a conduta é repetir o exame citopatológico em um ano, encaminhando à colposcopia apenas se essa segunda citologia vier alterada, exatamente o que consta em C. Em A, a colposcopia imediata está indicada no ASC-H, na lesão de alto grau ou após duas citologias sucessivas alteradas, nunca na primeira citologia com ASC-US. Em B, a exérese da zona de transformação é tratamento de lesão de alto grau confirmada, e usá-la aqui seria sobretratamento grosseiro em mulher jovem, com repercussão obstétrica futura. Em D, o intervalo de seis meses é o das mulheres com 30 anos ou mais, não o desta paciente. Resposta C

**QUESTÃO 32 — Gabarito D**

Um homem com 42 anos de idade, servidor público, motorista do SAMU 192 (suporte avançado) há 22 anos, consultou-se com ortopedista de sua própria equipe, queixando-se de forte dor em região lombar havia 3 meses, com irradiação para a região medial dos membros inferiores. O ortopedista receitou-lhe analgésico e entregou-lhe um relatório no qual sugeria afastamento do trabalho para investigação diagnóstica, fisioterapia e repouso por 15 dias. O servidor foi encaminhado ao departamento de saúde do trabalhador para a realização de perícia médica, tendo seu pedido de licença negado sob a alegação de que deveria primeiramente realizar os exames indicados para diagnóstico e tratamento adequados. Diante dessa situação, o motorista avisou à sua equipe que faltaria ao plantão por 2 semanas. A equipe informou o fato à sua chefia imediata, que apontou falta injustificada ao motorista e aplicou-lhe advertência. Nesse caso, o motorista deveria

- A. ajuizar ação contra a sua equipe, por falta de relacionamento ético-profissional, solicitando reparação por danos morais.
- B. ter se comunicado primeiro com a própria equipe de trabalho; não ter faltado aos plantões e ter acertado a adaptação do seu assento.
- C. ajuizar ação contra a sua chefia imediata, para a obtenção de mandado de segurança, a fim de ser ressarcido dos dias descontados de seu salário.

**D. ter comunicado o fato ao setor de recursos humanos e a sua chefia imediata e aguardado o posicionamento deles antes de comunicar sua ausência à equipe. questão questão 13 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de ética e de relação de trabalho no serviço público. O pedido de licença foi indeferido pela perícia médica, que é a instância competente para reconhecer a incapacidade laboral do servidor; negada a licença, o afastamento deixou de ter respaldo formal, e o relatório do ortopedista, ainda mais sendo colega da própria equipe, não substitui a decisão pericial. O caminho correto é o institucional e hierárquico: comunicar o fato ao setor de recursos humanos e à chefia imediata, realizar os exames exigidos pela perícia e, se for o caso, recorrer administrativamente da decisão, aguardando o posicionamento antes de qualquer ausência. Avisar apenas a equipe, como ele fez, pulou a via correta e configurou falta injustificada, o que legitimou a advertência, e é isso que a alternativa D corrige. Em A, a equipe apenas informou a ausência à chefia, cumprindo dever funcional, sem qualquer ilícito ético que gere dano moral. Em B, adaptar o assento é medida ergonômica pertinente à saúde do trabalhador, mas não resolve a pendência administrativa, e comunicar primeiro a equipe mantém a mesma inversão hierárquica que originou o problema. Em C, não há direito líquido e certo violado para mandado de segurança, pois o desconto decorreu de falta sem amparo pericial; a via cabível é o recurso administrativo. Resposta D

**QUESTÃO 33 — Gabarito D**

Um homem com 25 anos de idade é atendido na Unidade Básica de Saúde, com queixa de febre não aferida, associada a mialgia, edema perimaleolar ++/4+ há 2 semanas, quando foi submetido a exame do sedimento urinário, com o seguinte resultado: hematúria microscópica, cilindros hemáticos e leucocitários. Durante a anamnese, o paciente relatou que os sintomas apareceram após forte chuva ocorrida em seu bairro, quando precisou retirar a água que entrara em sua casa. Interrogado quanto ao uso de preservativos, referiu julgá-lo desnecessário, já que tinha uma única parceira, sua conhecida desde a infância. Mediante os fatos relatados, o médico solicitou alguns exames laboratoriais e indicou que retornasse em uma semana. No retorno, o paciente queixou-se de intensa dor nas articulações dos joelhos, punhos e mãos. O exame físico evidenciou paciente levemente icterico e com discreto edema em punho direito, leve dor no hipocôndrio direito e uma ponta de baço palpável. Os resultados dos exames laboratoriais solicitados na primeira consulta revelaram: hemácias = 4.120.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 3.900.000 - 5.000.000/mm<sup>3</sup>); hemoglobina = 13,40 g/dL (valor de referência: 12,0 - 15,0 g/dL); hematócitos = 44,8% (valor de referência: 35 - 45%); leucócitos = 10.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 3.500 - 10.500/mm<sup>3</sup>); com 4% de bastões (valor de referência: 1 - 5%); plaquetas = 298.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 150.000 - 450.000/mm<sup>3</sup>); AST = 520 UI/L (valor de referência: < 38UI/L); ALT = 730 UI/L (valor de referência: < 41 UI/L); FA e GGT no limite superior da normalidade; bilirrubina total = 7 mg/dL (valor de referência: 0,2 - 1,3 mg/dL) com predomínio da fração direta; anti-HAV IgG (+)/IgM (-); HBsAg (+); Ac anti-HBs (-); Ac anti-HBc: IgM (+)/IgG (+); Ag HBe(-); Ac anti-HBe (+); HBVDNA baixo e Ac anti-HCV (-). Diante dos achados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais, qual a principal hipótese diagnóstica?

- A. Hepatite A colestática.
- B. Hepatite B mutante pré-core.
- C. Leptospirose em fase precoce.

**D. Hepatite B aguda não replicativa. ÁREA LIVRE questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O perfil sorológico é o que decide o caso. HBsAg reagente somado a anti-HBc IgM reagente firma hepatite B aguda; o anti-HAV IgG isolado, com IgM negativo, indica apenas contato antigo ou vacinação, e o anti-HCV é negativo. Dentro da hepatite B aguda, HBeAg negativo com anti-HBe positivo e HBV-DNA baixo caracteriza a forma não replicativa, ou seja, o paciente já soroconverteu esse sistema. Isso, associado ao padrão laboratorial de hepatite viral, com ALT de 730 superior à AST de 520 e bilirrubina total de 7 com predomínio da fração direta, fecha hepatite B aguda não replicativa. As manifestações extra-hepáticas imunomediadas da hepatite B aguda explicam o resto do quadro: a poliartrite de joelhos, punhos e mãos do padrão tipo doença do soro e o sedimento urinário com hematúria e cilindros hemáticos da glomerulonefrite associada. Em A, o anti-HAV IgM negativo exclui hepatite A aguda, e fosfatase alcalina e gama-GT apenas no limite superior não configuram padrão colestático. Em B, o mutante pré-core também cursa com HBeAg negativo e anti-HBe positivo, mas é infecção crônica, com carga viral alta e sem anti-HBc IgM. Em C, a epidemiologia da enchente é sedutora, porém na leptospirose icterica as transaminases costumam ficar bem abaixo desses valores, com AST maior que ALT, e esperam-se leucocitose com desvio, plaquetopenia e disfunção renal, todos ausentes aqui.

Resposta D

**QUESTÃO 34 — Gabarito A**

A Equipe de Saúde da Família de determinada Unidade Básica de Saúde (UBS) na região Norte do país iniciou, em 2017, o planejamento e o desenvolvimento de algumas atividades estratégicas que incluíam ações voltadas para: 1. ■busca ativa e diagnóstico da hanseníase; 2. ■busca ativa de sintomáticos respiratórios; 3. ■condução de grupo de orientação alimentar para pessoas com diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica; 4. ■implementação de campanha de incentivo à realização de testes rápidos para a detecção de hepatites virais B e C. Espera-se, com essas medidas, que os indicadores de saúde, na área de abrangência dessa UBS, tenham a seguinte evolução:

**A. aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase; aumento da taxa de incidência de tuberculose; diminuição da taxa de internação por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e aumento das taxas de prevalência das hepatites virais B e C. ✓**

B. diminuição da taxa de prevalência da hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade por tuberculose; diminuição das taxas de letalidade por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral; e diminuição das taxas de prevalência das hepatites virais B e C.

C. aumento da taxa de prevalência da hanseníase; diminuição da taxa de mortalidade proporcional por tuberculose; diminuição dos coeficientes de prevalência de diabetes melito e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de mortalidade por hepatites virais B e C.

D. aumento da taxa de detecção de casos novos de hanseníase em crianças; aumento da taxa de cura da tuberculose; diminuição das taxas de mortalidade por diabetes melito e hipertensão arterial; e diminuição das taxas de letalidade por hepatites virais B e C. ÁREA LIVRE questão 14 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa o efeito esperado de ações programáticas sobre indicadores epidemiológicos, e a chave é separar indicador de detecção de indicador de doença. Busca ativa e testagem não reduzem doença no curto prazo: elas revelam casos que já existiam e estavam ocultos na comunidade. Assim, a busca ativa de hanseníase eleva a taxa de detecção de casos novos; a busca ativa de sintomáticos respiratórios eleva a incidência notificada de tuberculose; e a campanha de testes rápidos eleva a prevalência conhecida das hepatites B e C. Já o grupo de orientação alimentar para diabéticos e hipertensos atua no controle dos fatores de risco e, por isso, reduz desfechos cardiovasculares, como internação por infarto agudo do miocárdio e por acidente vascular cerebral. Esse é exatamente o conjunto descrito em A. Em B, afirmar queda da prevalência de hanseníase e das hepatites inverte o efeito da busca ativa e da testagem, que aumentam a detecção. Em C, orientação alimentar não reduz a prevalência de diabetes e hipertensão, e mortalidade proporcional por tuberculose não é o efeito das ações listadas. Em D, a detecção em menores de 15 anos é indicador de transmissão recente e não a resposta direta da busca ativa geral, enquanto cura da tuberculose e letalidade das hepatites dependem de tratamento e adesão, não de rastreamento. Resposta A

**QUESTÃO 37 — Gabarito D**

Uma paciente com 71 anos de idade e diagnóstico de catarata bilateral definido em avaliação anterior, há 6 meses, é atendida no ambulatório para programação de cirurgia de catarata, categoria de procedimento de pequeno porte e de curta permanência, sob anestesia local. Registradas no prontuário da paciente, constam as seguintes informações: sobrepeso (índice de massa corporal = 26 kg/m<sup>2</sup>) e hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia, em acompanhamento com cardiologista periodicamente (última consulta há 2 meses) e uso de medicação de rotina (propranolol e sinvastatina). Ao exame físico, conclui-se que, da consulta anterior para a atual, não há mudanças na situação clínica da paciente. Entre os cuidados pré-operatórios à paciente, qual a conduta médica adequada?

- A. Solicitar os seguintes exames laboratoriais: hemograma, glicemia, eletrólitos, bem como a realização de radiografia de tórax e eletrocardiograma, para identificar doenças não detectadas pelo exame clínico; recomendar, ainda, à paciente que interrompa as medicações de uso contínuo uma semana antes da cirurgia.
- B. Solicitar exames laboratoriais para verificar taxa de creatinina e ureia, bem como a realização de eletrocardiograma e ecocardiograma transtorácico devido ao diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica; recomendar à paciente que mantenha as medicações de uso contínuo.
- C. Solicitar os seguintes exames laboratoriais: hemograma, glicemia e eletrólitos, porque a paciente tem hipertensão arterial sistêmica e mais de 50 anos de idade; recomendar à paciente que interrompa as medicações de uso contínuo na véspera da cirurgia.
- D. Dispensar a solicitação de exames, pois a paciente é portadora de hipertensão arterial sistêmica compensada e está sob acompanhamento médico; recomendar à paciente que mantenha as medicações de uso contínuo. ÁREA LIVRE questão 15 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O tema é avaliação pré-operatória guiada por risco. Cirurgia de catarata é procedimento de pequeno porte, curta permanência e anestesia local, com risco cardiovascular perioperatório muito baixo, e a paciente é hipertensa e dislipidêmica compensada, em acompanhamento cardiológico recente e sem mudança do estado clínico entre a consulta anterior e a atual. Nesse cenário, exames complementares de rotina não alteram conduta nem reduzem eventos adversos, e a literatura específica de catarata é explícita quanto a isso, de modo que a solicitação deve ser dispensada e as medicações de uso contínuo mantidas, exatamente o que traz D. A manutenção é obrigatória: suspender propranolol abruptamente provoca efeito rebote, com taquicardia, elevação pressórica e risco de isquemia miocárdica. Em A, além da bateria de exames de rastreio sem indicação clínica, orienta-se interromper as medicações uma semana antes, erro duplo. Em C, o mesmo erro se repete, pois idade e hipertensão isoladas não indicam exames em cirurgia de risco muito baixo, e a suspensão na véspera continua contraindicada. Em B, embora acerte ao manter as medicações, o ecocardiograma transtorácico e a avaliação de ureia e creatinina não têm indicação em hipertensa controlada, assintomática e sem sinais de insuficiência cardíaca. Resposta D

**QUESTÃO 38 — Gabarito B**

Um homem com 38 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 1 desde os 12 anos, sem tratamento regular de sua doença de base, foi admitido no centro de tratamento

- A. colher hemoculturas e iniciar imediatamente ressuscitação volêmica e antibioticoterapia direcionada a germes atípicos com claritromicina.
- B. colher hemoculturas e iniciar imediatamente ressuscitação volêmica e antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro com ceftriaxona e azitromicina. ✓**
- C. colher secreção traqueal para bacterioscopia e cultura e solicitar tomografia computadorizada de tórax de alta resolução, para definir esquema antibiótico.

D. colher secreção traqueal para bacterioscopia e cultura e solicitar radiografia de tórax em AP no leito, aguardando resultados para início da antibioticoterapia.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de choque séptico com foco pulmonar em diabético tipo 1 sem tratamento regular: quatro dias de tosse produtiva e febre, evoluindo com pressão arterial de 68 x 40 mmHg, oligúria, rebaixamento do nível de consciência, taquipneia com tiragem intercostal e leucocitose de 26.000 com 16% de bastões. O pacote da primeira hora da Surviving Sepsis Campaign define a conduta: coletar lactato e hemoculturas antes do antibiótico, desde que isso não atrase o tratamento, iniciar antimicrobiano intravenoso de amplo espectro na primeira hora e infundir cristalóide 30 mL/kg diante da hipotensão, escalando para vasopressor se a pressão não responder. Para pneumonia adquirida na comunidade grave, o esquema empírico é betalactâmico associado a macrolídeo, e a ceftriaxona com azitromicina de B cumpre isso, cobrindo pneumococo e agentes atípicos. Em A, a claritromicina isolada cobre apenas atípicos e deixa o pneumococo descoberto, monoterapia inaceitável na forma grave. Em C, a tomografia de alta resolução exige transporte de paciente instável, consome tempo e não define o esquema empírico. Em D, aguardar bacterioscopia e cultura para só então iniciar o antibiótico é o erro mais grave, pois cada hora de atraso aumenta a mortalidade no choque séptico. Resposta B

#### QUESTÃO 39 — Gabarito B

Em reunião da Equipe de Saúde da Família com profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, põe-se em discussão o caso de um homem com 50 anos de idade e histórico de hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e má adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe começa a discutir formas de abordagem ao paciente. Como estratégia de abordagem para a mudança de estilo de vida desse paciente, é adequado à equipe

A. informar ao paciente sobre as consequências clínicas que a não adesão ao tratamento pode acarretar e repetir várias vezes o aconselhamento.

**B. focar a abordagem da ambivalência e, se necessário, utilizar o paradoxo terapêutico para lidar com a resistência do paciente. ✓**

C. focar a abordagem baseada no confronto das negações que o paciente relata ao resistir às mudanças propostas.

D. informar ao paciente sobre as soluções de mudança, enfatizando aquelas com impacto significativo no seu estilo de vida. questão questão

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra entrevista motivacional, referencial de escolha para mudança de comportamento em paciente com má adesão, como esse hipertenso, tabagista e obeso. O princípio central é que a motivação nasce do próprio paciente, cabendo à equipe explorar e resolver a ambivalência, isto é, o conflito entre querer e não querer mudar, evitando o reflexo de corrigir e a argumentação direta. Diante da resistência, a orientação é fluir com ela em vez de enfrentá-la, e o paradoxo terapêutico, em que o profissional verbaliza os próprios argumentos do paciente para não mudar, é uma das técnicas descritas para isso, devolvendo a ele o papel de defender a mudança. É o que propõe B. Em A, informar consequências e repetir várias vezes o aconselhamento é abordagem persuasiva unidirecional, que costuma gerar reatância em quem ainda não está pronto. Em C, confrontar as negações é justamente o oposto do recomendado, pois a confrontação aumenta a resistência e desgasta o vínculo. Em D, apresentar soluções prontas, mesmo as de maior impacto, ignora o estágio de mudança em que o paciente se encontra e transfere para a equipe uma decisão que precisa ser dele. Resposta B

**QUESTÃO 40 — Gabarito B**

Uma menina com 8 anos de idade encontra-se internada em unidade hospitalar para tratamento de leucemia linfóide aguda. Cerca de 15 dias após uma sessão de quimioterapia, a paciente apresenta episódio de febre de 38,5 °C. Ao exame, verifica-se que a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial estão normais para a idade, não havendo nenhum sinal de localização da febre. O hemograma vem mantendo contagem de neutrófilos abaixo de 500 células/mm<sup>3</sup> nos últimos 7 dias. A conduta apropriada a ser adotada para essa paciente é

- A. colher hemocultura (2 amostras) e urinocultura, realizar radiografia de tórax e tomografia de seios da face, e iniciar antibioticoterapia de acordo com os resultados dos exames.
- B. colher hemocultura (2 amostras), avaliar a realização de radiografia de tórax e uroanálise, e iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro. ✓**
- C. tratar o caso como choque séptico, iniciando expansão volêmica e antibioticoterapia empírica de amplo espectro.
- D. iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro, após serem afastadas as causas não infecciosas da febre.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é neutropenia febril, a emergência oncológica mais frequente em criança sob quimioterapia: temperatura de 38,5 °C em paciente com neutrófilos abaixo de 500/mm<sup>3</sup> preenche a definição clássica (febre isolada acima de 38,3 °C ou acima de 38 °C sustentada por uma hora, associada a neutropenia grave). O princípio que a questão cobra é o da urgência: a coleta de culturas não pode atrasar o antibiótico. Faz-se hemocultura em duas amostras (periférica e de cateter, quando houver), uroanálise com urocultura e radiografia de tórax conforme avaliação clínica, e inicia-se em seguida, dentro da primeira hora, antibioticoterapia empírica de amplo espectro com cobertura antipseudomonas (cefepima ou piperacilina-tazobactam), exatamente o encadeamento da alternativa B. A ausência de foco não muda nada: em neutropênico a resposta inflamatória é pobre e o foco costuma ser oculto. A alternativa A inverte a ordem ao condicionar o antibiótico ao resultado dos exames, além de agregar tomografia de seios da face sem qualquer sintoma que a justifique. A alternativa C trata como choque séptico uma paciente com frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial normais para a idade, superestimando a gravidade e indicando expansão volêmica sem indicação. A alternativa D também atrasa a terapia ao exigir que se afastem antes as causas não infecciosas da febre, conduta inaceitável nesse cenário, em que a mortalidade sobe a cada hora de retardo.

Resposta B

**QUESTÃO 42 — Gabarito B**

Um trabalhador rural com 69 anos de idade, e história de exposição prolongada ao sol, procura atendimento médico devido a lesão de face demonstrada na figura abaixo. Nesse caso, que tratamento médico subsequente à biópsia incisional de pele e ao exame histopatológico da lesão deve ser realizado?

- A. Ressecção da lesão, com margem de 1 cm.
- B. Ressecção da lesão, com margem de 0,5 cm. ✓**
- C. Encaminhamento do paciente para radioterapia.
- D. Encaminhamento do paciente para quimioterapia.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A vinheta reúne os fatores de risco clássicos do câncer de pele não melanoma: idade avançada, trabalho rural com exposição solar cumulativa e lesão em face, região fotoexposta por excelência. O gabarito, ao indicar ressecção com margem de 0,5 cm, adota a conduta padronizada para o carcinoma basocelular de baixo risco, o tumor cutâneo mais prevalente nesse perfil: após confirmação histopatológica pela biópsia incisional, a excisão cirúrgica com margens de 4 a 5 mm alcança cura acima de 95%, poupando tecido em uma área de importância estética e funcional. A alternativa A propõe margem de 1 cm, dimensão reservada a melanoma invasivo fino ou a carcinoma espinocelular de alto risco; em face, essa margem é desnecessariamente mutilante para uma lesão basocelular bem delimitada. A alternativa C erra porque a radioterapia é terapia de segunda linha, reservada a pacientes sem condições cirúrgicas, a tumores irresssecáveis ou como adjuvância diante de margem comprometida ou invasão perineural, e não substitui a cirurgia como tratamento inicial. A alternativa D erra porque quimioterapia sistêmica não tem papel no câncer de pele não melanoma localizado, cuja doença é local e curável pela excisão.

Resposta B

**QUESTÃO 43 — Gabarito C**

Um homem com 70 anos de idade sentiu mal-estar durante discussão familiar com o filho em casa e procura a Unidade Básica de Saúde de referência, onde faz acompanhamento com médico de família, para aferir a pressão arterial (PA). Após aferição da pressão arterial = 160 x 90 mmHg, o técnico de enfermagem informa que não há mais vagas na agenda do médico. Então, a família decide levar o paciente a uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), onde o médico prescreve captopril (25 mg). A pressão arterial normaliza após cerca de 40 minutos e o paciente é liberado com encaminhamento para a realização de acompanhamento com cardiologista e nefrologista. No que se refere ao atendimento prestado a esse paciente, assinale a opção correta.

- A. O fluxo de encaminhamentos está correto porque casos graves como o descrito devem ser tratados em níveis de atenção de maior complexidade tecnológica.
- B. A Atenção Primária deve ser a porta de entrada do sistema de saúde, devendo atender a todos, o que determina que esse paciente fosse incluído na agenda do médico.

**C. O médico da UPA deveria ter referenciado o paciente para seguimento na Atenção Primária, pois esse nível de atenção é o responsável pela coordenação do cuidado. ✓**

- D. Como há pouca disponibilidade de exames complementares na Atenção Primária, o médico da UPA seguiu os trâmites da regionalização em saúde para a Atenção Terciária. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o papel da Atenção Primária como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, não apenas como porta de entrada. O paciente teve um episódio de elevação pressórica reativa a estresse emocional, resolvido com captopril na UPA; o problema de fundo (hipertensão em acompanhamento) pertence à equipe de Saúde da Família que já o conhece. Por isso a conduta correta do médico da UPA seria contrarreferenciar o paciente para seguimento na Atenção Primária, garantindo longitudinalidade e evitando a fragmentação do cuidado, como diz a alternativa C. A alternativa A parte de premissa falsa: pressão de 160 x 90 mmHg sem sintomas ou sinais de lesão aguda de órgão-alvo não é caso grave, é urgência aparente que se resolve na própria APS, e mais tecnologia dura não significa melhor cuidado. A alternativa B, embora traga o princípio correto do acesso, transforma acolhimento em obrigação de encaixe indiscriminado na agenda médica; o defeito apontado no caso é a quebra da coordenação, e não a inexistência de vaga em si, que deveria ter sido resolvida por acolhimento com classificação de risco. A alternativa D erra duas vezes: a UPA integra a rede de urgência de média complexidade, não a Atenção Terciária, e a menor oferta de exames na APS não é critério de encaminhamento nem de regionalização. Vale registrar que a alternativa B é a distratora mais discutível da questão, porque o acesso avançado também foi violado no caso; ainda assim, a conduta cobrada é a do médico da UPA.

Resposta C

**QUESTÃO 44 — Gabarito C**

Uma mulher com 26 anos de idade, obesa e multípara, com passado de dores biliares recorrentes, é atendida no Pronto-Socorro, queixando-se de dor abdominal de início abrupto, de forte intensidade, iniciada há aproximadamente 2 horas. Refere que a dor se localiza no andar superior do abdome, irradiando-se para o dorso, tendo ainda apresentado náuseas e vômitos. Ao exame físico, a paciente mostra-se hipo-hidratada (+/4+) e sente dor à palpação do abdome, que se encontra levemente distendido e com peristalse diminuída e sinal de Murphy ausente. Os exames laboratoriais mostram: aumento de lipase (370 UI/L; valor de referência: 0 a 160 UI/L); leucócitos = 18.700/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 6.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>); glicose sérica = 230 mg/dL (valor de referência: 60 a 110 mg/dL); ALT = 260 UI/L (valor de referência: 0 a 35 UI/L); AST = 360 UI/L (valor de referência: 0 a 35 UI/L) e desidrogenase láctica = 425 UI/L (valor de referência: 88 a 230 UI/L). A paciente é internada na Unidade de Tratamento

- A. hidratação parenteral vigorosa, nutrição parenteral total e antibioticoterapia com ciprofloxacina e ampicilina.
- B. hidratação parenteral vigorosa, antibioticoterapia de amplo espectro e realizar colecistectomia de urgência.

**C. antibioticoterapia de amplo espectro e realizar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com esfínterectomia. ✓**

- D. nutrição enteral com cateter posicionado distalmente ao duodeno, antibioticoterapia e proceder a necrosectomia extensa. ÁREA LIVRE questão 17 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se de pancreatite aguda biliar grave (mulher jovem, obesa, múltipara, com cólicas biliares prévias, lipase elevada, leucocitose, hiperglicemia e critérios prognósticos adversos de Ranson na admissão e nas 48 horas, como queda do hematócrito acima de 10% e elevação de ureia). O ponto decisivo é a complicação que se instalou: febre alta com calafrios, icterícia e piora da dor, ou seja, a tríade de Charcot, somada à tomografia que mostra dilatação de vias biliares extra-hepáticas com cálculo impactado no colédoco terminal. Isso configura colangite aguda com obstrução persistente, e a regra é antibioticoterapia de amplo espectro associada à descompressão biliar precoce por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica com papilotomia e retirada do cálculo, em caráter de urgência (dentro de 24 horas na colangite grave, conforme as diretrizes de Tóquio), exatamente o que descreve a alternativa C. A alternativa A oferece antibiótico e suporte, mas deixa a obstrução intacta, o que perpetua a sepse biliar. A alternativa B erra porque a colecistectomia de urgência não desobstrui o colédoco e é postergada na pancreatite grave, sendo realizada após a resolução do quadro inflamatório. A alternativa D erra ao propor necrosectomia extensa precoce em necrose de 35% ainda não demarcada nem comprovadamente infectada, abordagem associada a mortalidade elevada e substituída pela estratégia escalonada com drenagem tardia.

Resposta C

**QUESTÃO 45 — Gabarito B**

Uma adolescente com 16 anos de idade é atendida em uma Unidade de Pronto Atendimento com história de febre de 38,5 °C, cefaleia, mialgia e dor retrorbitária há 4 dias. Nega vômitos ou sangramentos. Ao exame físico, evidencia-se prova do laço com surgimento de 23 petéquias na área demarcada; pressão arterial e frequência cardíaca normais. O hemograma apresenta hematócrito = 49% (valor de referência:  $42 \pm 6\%$ ), hemoglobina = 16 g/dL (valor de referência:  $13,6 \pm 2,0$  g/dL) e plaquetas = 6.000/mL (valor de referência: 130.000 a 370.000/mL). Considerando o quadro clínico apresentado, a conduta adequada é

- A. reposição volêmica endovenosa com 20 mL/kg de soro fisiológico em 20 minutos; repetição do exame de hematócrito em 2 horas; internação da paciente em leito de terapia intensiva até sua estabilização.
- B. reposição volêmica endovenosa com 10 mL/kg de soro fisiológico na primeira hora; repetição do exame de hematócrito em 2 horas; acompanhamento da paciente em leito de internação até sua estabilização. ✓**
- C. hidratação oral da paciente com 60 mL/kg/dia, sendo 1/3 com solução de reidratação oral e o restante com líquidos caseiros; tratamento da paciente em regime ambulatorial com reavaliação diária do quadro clínico.
- D. hidratação oral da paciente com 80 mL/kg/dia, sendo 1/3 com solução de reidratação oral e o restante com líquidos caseiros; tratamento da paciente em regime ambulatorial com reavaliação após melhora da febre.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é dengue no quarto dia de doença, período crítico de defervescência, em adolescente com prova do laço francamente positiva. Pela classificação de risco do Ministério da Saúde, a prova do laço positiva já colocaria a paciente no grupo B, cuja conduta depende do hemograma; e é o hemograma que muda tudo aqui: hematócrito de 49% acima do valor de referência para a idade e sexo indica hemoconcentração por extravasamento plasmático, e as plaquetas de 6.000 mostram plaquetopenia grave. Diante de hemoconcentração, a conduta é a do grupo C, com internação em leito hospitalar, expansão com soro fisiológico 10 mL/kg na primeira hora e reavaliação clínica e do hematócrito em duas horas para decidir a repetição da fase de expansão, o que corresponde à alternativa B. A alternativa A aplica o esquema do grupo D, reservado ao choque (20 mL/kg em 20 minutos e vaga em terapia intensiva), incompatível com pressão arterial e frequência cardíaca normais e sem sinais de má perfusão. As alternativas C e D mantêm a paciente em hidratação oral ambulatorial, esquema dos grupos A e B com hemograma normal, o que é inseguro diante de hemoconcentração e plaquetopenia grave; a alternativa D ainda agrava o erro ao adiar a reavaliação para depois da melhora da febre, justamente quando o risco de choque é maior.

Resposta B

**QUESTÃO 46 — Gabarito A**

Uma secundigesta com 35 anos de idade, parto vaginal há 2 anos, sem intercorrências, é atendida em sua primeira consulta pré-natal na 12ª semana de gestação. Apresenta classificação sanguínea “O” Rh negativo e a tipagem do marido é “B” Rh positivo. A paciente não lembra se fez uso de imunoglobulina anti-Rh no parto anterior. Nesse caso, a conduta correta é

- A. dar seguimento mensal ao pré-natal da paciente, com teste de Coombs indireto até a 28ª semana de gestação e, se o teste permanecer negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente. ✓**
- B. dar seguimento mensal ao pré-natal da paciente, com teste de Coombs indireto até a 28ª semana de gestação e, sendo o resultado positivo maior que 1:16, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente.
- C. solicitar teste de Coombs indireto se o primeiro filho for Rh negativo e, sendo o resultado negativo, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente.
- D. solicitar teste de Coombs indireto se o primeiro filho for Rh positivo e, sendo o resultado positivo maior que 1:16, administrar imunoglobulina anti-Rh na paciente. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de gestante Rh negativo com parceiro Rh positivo, sem certeza de imunoprofilaxia no parto anterior, e o que define a conduta é o teste de Coombs indireto, que rastreia a presença de aloanticorpos maternos. Se o Coombs indireto se mantém negativo ao longo do pré-natal, com repetições mensais a partir da primeira consulta, a paciente é apenas suscetível, e não sensibilizada; nesse cenário está indicada a imunoprofilaxia anteparto com imunoglobulina anti-D por volta da 28ª semana, com nova dose em até 72 horas do parto se o recém-nascido for Rh positivo. É o que descreve a alternativa A. A alternativa B inverte a lógica: título positivo, sobretudo acima de 1:16, significa aloimunização já estabelecida, situação em que a imunoglobulina é inútil e o seguimento passa a ser a vigilância de anemia fetal pelo Doppler da artéria cerebral média com encaminhamento ao pré-natal de alto risco. As alternativas C e D condicionam a solicitação do Coombs à tipagem do primeiro filho, o que não faz sentido: a indicação do rastreamento decorre do fenótipo materno Rh negativo com parceiro Rh positivo na gestação atual, e o exame é obrigatório em toda gestante Rh negativo; a alternativa D ainda repete o erro de indicar imunoglobulina diante de título elevado.

Resposta A

**QUESTÃO 47 — Gabarito A**

Um trabalhador braçal com 68 anos de idade e hipertensão arterial leve tratada de forma irregular, tabagista crônico (1 a 2 maços de cigarro/dia) e etilista de bebida destilada, apresentou quadro de disfagia a sólidos que evoluiu para líquidos, seguido de perda de peso maior que 20 kg nos últimos 60 dias. Realizada a endoscopia digestiva, foi confirmado o diagnóstico de neoplasia de esôfago. O estadiamento da doença mostrou doença localmente avançada (T4N0M0), tendo sido indicado tratamento neoadjuvante com radioterapia e reavaliação futura para intervenção terapêutica. Nesse caso, a forma de suporte nutricional adequada para esse paciente é a nutrição

- A. enteral por meio de sonda nasogástrica ou gastrostomia endoscópica percutânea, preservando-se assim a função do trato gastrointestinal. ✓**
- B. parenteral total, por permitir maior aporte nutricional aos pacientes gravemente desnutridos como nas neoplasias avançadas.
- C. parenteral periférica, por permitir bom aporte nutricional, com diminuição dos riscos relacionados à nutrição parenteral total.
- D. enteral por via oral, pois é o meio mais fisiológico e permite o aporte de nutrientes sem os riscos relacionados à nutrição parenteral total e a nutrição enteral.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de neoplasia de esôfago localmente avançada (T4N0M0) com disfagia já para líquidos e perda ponderal superior a 20 kg em 60 dias, ou seja, desnutrição grave em paciente que iniciará radioterapia neoadjuvante e precisa chegar à reavaliação cirúrgica em melhores condições. A regra de ouro do suporte nutricional é: se o trato gastrointestinal funciona, use o trato gastrointestinal. Como a obstrução é apenas no esôfago e o restante do tubo digestivo está íntegro, a nutrição enteral por sonda ou por via de acesso percutânea, ultrapassando a estenose, é a escolha correta, pois preserva o trofismo e a barreira intestinal, reduz translocação bacteriana e complicações infecciosas e custa menos, como afirma a alternativa A. A alternativa D é inviável na prática: quem tem disfagia para líquidos não atinge aporte calórico por via oral. As alternativas B e C recorrem à via parenteral, reservada ao paciente cujo trato digestivo não pode ser usado, e acrescentam risco de infecção de cateter, hiperglicemia, distúrbio hidroeletrólítico e disfunção hepática sem benefício adicional; a variante periférica ainda oferece aporte insuficiente para essa demanda. Cabe apontar que o item é discutível quanto à gastrostomia endoscópica: quando o estômago será usado como tubo de reconstrução na esofagectomia, muitos serviços preferem jejunostomia para não comprometer a arcada gastroepiploica.

Resposta A

**QUESTÃO 48 — Gabarito A**

Um menino com 7 anos de idade é encaminhado à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela escola devido ao fato de que ele não consegue aprender a ler, o que tem impactado o seu desempenho escolar no último ano. Segundo relato do psicólogo do colégio, suspeita-se que o menino tenha déficit de atenção. De acordo com o histórico familiar, a criança é um dos 3 filhos de um casal que mora em uma casa de dois quartos. A avaliação da Equipe de Saúde da Família revela que o comportamento do menino em casa é tranquilo, que ele apresenta concentração em suas atividades e brinca com seus irmãos; não troca letras; não troca fonemas; não esquece atividades corriqueiras. Ao médico da equipe, a criança refere não gostar da escola porque sua professora não gosta dele. O médico chama a professora à UBS e, juntamente com sua equipe, reestabelece um canal de diálogo entre a professora e o menino. Após 2 meses, a equipe recebe a notícia de que a criança está evoluindo bem na escola. O conjunto de medidas adotadas na condução desse caso insere-se como prevenção

**A. quaternária. ✓**

B. terciária.

C. secundária.

D. primária. questão questão 18 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O conceito cobrado é o de prevenção quaternária, definida por Marc Jamouille como o conjunto de ações que identificam o paciente sob risco de sobremedicalização e o protegem de intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas, oferecendo alternativas eticamente aceitáveis. No caso, havia uma suspeita de transtorno de déficit de atenção levantada fora do consultório, mas a avaliação da equipe mostrou criança com concentração preservada nas atividades, comportamento adequado em casa, convívio normal com os irmãos e sem trocas de letras ou fonemas, isto é, sem critérios para o transtorno; o determinante do sintoma era o vínculo rompido com a professora. Ao restaurar o diálogo entre escola e criança em vez de rotular e medicar, a equipe evitou dano iatrogênico, e o desfecho favorável confirma a hipótese. A alternativa B descreve a prevenção terciária, voltada a limitar sequelas e reabilitar quem já tem doença estabelecida, o que não se aplica porque não há doença. A alternativa C corresponde à prevenção secundária, isto é, rastreamento e diagnóstico precoce em fase assintomática, também inadequada por não existir doença a detectar. A alternativa D é a prevenção primária, que atua antes do surgimento do agravo por promoção da saúde e proteção específica, e não descreve a intervenção realizada, que se deu diante de demanda já instalada e de um diagnóstico em vias de ser indevidamente firmado.

Resposta A

**QUESTÃO 49 — Gabarito B**

Uma mulher com 40 anos de idade é atendida em hospital, queixando-se de ter tido cefaleia súbita de forte intensidade, com náuseas e vômitos, seguida de perda de consciência. Ao exame, mostra-se consciente, orientada, sem déficit motor, com pupilas isocóricas e rigidez de nuca importante. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é

- A. enxaqueca complicada.
- B. hemorragia subaracnóidea. ✓**
- C. hematoma intraparenquimatoso.
- D. acidente vascular cerebral isquêmico.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A vinheta traz a apresentação clássica da hemorragia subaracnóidea: cefaleia súbita e de forte intensidade, do tipo trovoada, acompanhada de náuseas, vômitos e perda transitória de consciência, com exame neurológico sem déficit focal, pupilas isocóricas e rigidez de nuca importante. O sangue no espaço subaracnóideo produz irritação meníngea, o que explica o meningismo sem sinal de localização; a causa mais comum é a rotura de aneurisma sacular. A conduta seguinte é tomografia de crânio sem contraste imediata e, se ela for normal e a suspeita persistir, punção lombar em busca de xantocromia, seguida de angiografia para identificar o aneurisma. A alternativa A erra porque a enxaqueca é recorrente, de instalação progressiva ao longo de minutos a horas, muitas vezes precedida de aura, e não cursa com rigidez de nuca nem com perda de consciência. A alternativa C erra porque o hematoma intraparenquimatoso costuma se manifestar por déficit neurológico focal correspondente ao território acometido, com rebaixamento progressivo, e raramente se apresenta apenas com meningismo. A alternativa D erra porque o acidente vascular cerebral isquêmico tem como marca o déficit focal súbito e indolor na maioria dos casos, sem cefaleia explosiva como sintoma dominante e sem sinais de irritação meníngea.

Resposta B

**QUESTÃO 50 — Gabarito D**

Uma adolescente com 14 anos de idade, com história de perda de peso associada a irritabilidade há 6 meses, é atendida em Unidade Básica de Saúde da Família. A paciente refere que deixou de praticar esportes porque se sente cansada, que não consegue se concentrar nos estudos e que dorme mais que o habitual. Diz não ter energia para fazer nada, além de estar sem apetite. Informa que, quando acordada, seu entretenimento é observar as redes sociais em seu celular. Em face desse quadro, a conduta médica adequada é

- A. encaminhar a paciente à endocrinologia.
- B. solicitar eletroencefalograma para diagnóstico.
- C. considerar comportamento comum à faixa etária.
- D. iniciar tratamento com fluoxetina e/ou psicoterapia. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A adolescente preenche critérios de episódio depressivo maior: há seis meses, portanto muito além das duas semanas exigidas pelo DSM-5, apresenta humor irritável (equivalente ao humor deprimido nessa faixa etária), anedonia com abandono do esporte, fadiga e falta de energia, alteração do sono com hipersonia, redução do apetite com perda de peso e prejuízo de concentração, com claro impacto funcional escolar e social. Reconhecido o diagnóstico, o tratamento de primeira linha em adolescentes é psicoterapia, sobretudo terapia cognitivo-comportamental, isolada nos quadros leves, ou associada a inibidor seletivo da recaptação de serotonina nos quadros moderados a graves; a fluoxetina é o antidepressivo com melhor evidência e aprovação nessa idade, o que valida a alternativa D. A alternativa A encaminha à endocrinologia sem hipótese que a sustente: o hipertireoidismo, que também dá perda de peso e irritabilidade, cursa tipicamente com insônia, agitação, taquicardia e apetite aumentado, o oposto do relatado, e sua investigação inicial seria feita na própria unidade básica. A alternativa B propõe eletroencefalograma, exame sem qualquer papel no diagnóstico de depressão. A alternativa C normaliza como típico da idade um quadro de seis meses com perda funcional, atitude que retarda o tratamento e aumenta o risco de suicídio, a principal complicação a ser ativamente investigada nessa consulta.

Resposta D

**QUESTÃO 51 — Gabarito D**

Uma mulher com 58 anos de idade, menopausa há 5 anos, obesa e nuligesta, sem nunca ter feito uso de terapia hormonal, comparece a consulta em Unidade Básica de Saúde queixando-se de sangramento vaginal de pequena intensidade há 4 meses. Ao exame especular observa-se: mucosa vaginal de aparência trófica e colo uterino sem lesões aparentes. Traz resultado de ultrassonografia transvaginal recente, demonstrando espessura endometrial de 10 mm e a presença de 3 miomas, sendo um intramural com 4 cm e dois subserosos com 1 e 2 cm, respectivamente. O presente quadro clínico indica a necessidade de

- A. histerectomia com anexectomia.
- B. embolização de artérias uterinas.
- C. miomectomia por via laparoscópica.
- D. histeroscopia com biópsia endometrial. questão questão questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sangramento uterino em mulher na pós-menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e essa paciente concentra fatores de risco: obesidade, com conversão periférica de androgênios em estrona, nuliparidade e, portanto, exposição estrogênica sem oposição progestínica prolongada. O exame especular afasta causas do trato genital inferior, e a ultrassonografia transvaginal mostra espessura endometrial de 10 mm, muito acima do ponto de corte de 4 a 5 mm aceito para mulher na pós-menopausa sem terapia hormonal. A conduta obrigatória é a investigação histológica, e o padrão de referência é a histeroscopia com biópsia dirigida, que permite ver a cavidade e amostrar a lesão, conforme a alternativa D. Os miomas descritos, intramural e subserosos, não têm relação com a cavidade endometrial, não explicam o sangramento e tendem a regredir após a menopausa, o que derruba as alternativas B e C: a embolização de artérias uterinas destina-se a mioma sintomático em paciente com endométrio normal, e a miomectomia laparoscópica, além de não avaliar o endométrio, não tem indicação em mulher de 58 anos com prole constituída como questão encerrada. A alternativa A propõe cirurgia radical antes do diagnóstico; a histerectomia com anexectomia pode vir a ser o tratamento, mas só depois de definido o tipo e o grau histológico, pois é ela que orienta a extensão do estadiamento cirúrgico.

Resposta D

**QUESTÃO 52 — Gabarito D**

Um homem com 24 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo há 2 horas, recebeu atendimento na Unidade de Pronto-Socorro. À admissão, estava consciente, descorado +/4, tendo a avaliação dos sinais vitais apresentado os seguintes resultados: pressão arterial = 130 x 90 mmHg (simétrica nos membros superiores); frequência cardíaca = 102 bpm; frequência respiratória = 28 irpm; saturação de O<sub>2</sub> = 96%. No exame físico do paciente, a semiologia pulmonar mostrou-se normal e não foram encontradas alterações em pulsos periféricos, nem presença de sopros à ausculta cardíaca; observou-se orifício de entrada do projétil de arma de fogo na linha de intersecção do segundo espaço intercostal esquerdo com a linha hemiclavicular, mas não orifício de saída do referido projétil. Segue, abaixo, uma imagem da radiografia de tórax solicitada. Com base nos dados clínicos e radiológicos, quais são o diagnóstico e a conduta médica adequados?

- A. Hérnia diafragmática; toracofrenolaparotomia.
- B. Hemotórax; drenagem torácica com selo d'água sob aspiração.
- C. Tamponamento cardíaco; pericardiocentese seguida de esternotomia.

**D. Lesão aórtica; estudos complementares como tomografia e aortografia. ÁREA LIVRE questão 19 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de ferimento por arma de fogo em zona de risco mediastinal, com orifício de entrada no segundo espaço intercostal esquerdo sobre a linha hemiclavicular e ausência de orifício de saída, o que significa projétil retido e trajeto desconhecido, possivelmente transmediastinal. O dado que governa a conduta é a estabilidade: o paciente está consciente, com pressão arterial de 130 x 90 mmHg simétrica, frequência cardíaca de 102 bpm e saturação de 96%, sem alteração à ausculta pulmonar, sem sopros e com pulsos periféricos preservados. Paciente estável com possível lesão de estruturas mediastinais não vai direto à sala de cirurgia: investiga-se o trajeto e as estruturas em risco com angiotomografia e, conforme o serviço, aortografia, complementadas por esofagografia, endoscopia ou broncoscopia quando o trajeto sugerir lesão de via aerodigestiva. É o que propõe a alternativa D. A alternativa B cai porque o hemotórax significativo se manifestaria com murmúrio vesicular reduzido ou abolido e o exame pulmonar é descrito como normal. A alternativa C cai porque o tamponamento cardíaco cursa com hipotensão, turgência jugular e abafamento de bulhas, além de instabilidade progressiva, o que não se observa em paciente normotenso e sem sopros ou abafamento. A alternativa A cai porque a hérnia diafragmática traumática pressupõe trajeto toracoabdominal, com entrada abaixo da linha mamilar, muito distante do segundo espaço intercostal.

Resposta D

**QUESTÃO 54 — Gabarito D**

A figura abaixo apresenta a distribuição espacial dos casos de febre amarela confirmados e em investigação pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil até o dia 06 de abril de 2017, com início dos sintomas a partir de 1o de dezembro de 2016. Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública sobre Febre Amarela. Informe - No 35/2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Considerando a situação epidemiológica da febre amarela apresentada nos mapas, no período analisado, assinale a opção correta no que se refere às mudanças nas áreas de recomendação de vacinação.

- A. Intensificação das estratégias de vacinação de forma seletiva nos estados de Minas Gerais e Paraná, anteriormente áreas sem recomendação de vacinação contra a febre amarela.
- B. Determinação do estado de São Paulo como área com recomendação temporária de vacinação, anteriormente uma área sem recomendação de vacinação contra a febre amarela.
- C. Intensificação da vacinação em municípios afetados pela febre amarela no estado do Rio de Janeiro, mantido como área com recomendação permanente de vacinação.

**D. Determinação da maioria dos municípios do estado do Espírito Santo como áreas indicadas para a recomendação temporária de vacinação contra a febre amarela. questão questão 20 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a resposta da vigilância ao surto de febre amarela silvestre de 2016/2017, que reintroduziu transmissão em áreas historicamente indenes da Mata Atlântica. O eixo do surto foi Minas Gerais e Espírito Santo, com extensão para Rio de Janeiro e São Paulo; como o Espírito Santo até então tinha apenas parte do território classificada como área com recomendação de vacinação, a resposta do Ministério da Saúde foi estender a recomendação temporária de vacinação à maioria de seus municípios, o que justifica a alternativa D. A lógica é a da recomendação temporária: diante de epizootias e casos humanos confirmados fora das áreas clássicas, amplia-se o território de vacinação enquanto durar o risco, sem converter automaticamente a área em recomendação permanente. A alternativa A erra porque Minas Gerais e Paraná já eram áreas com recomendação de vacinação antes do surto, não áreas sem recomendação. A alternativa B erra porque São Paulo também já possuía extensas regiões com recomendação prévia, de modo que não se tratava de estado sem recomendação. A alternativa C inverte a situação do Rio de Janeiro, que não era área com recomendação permanente e passou a receber recomendação em caráter de ampliação/temporário por causa do surto.

Resposta D

**QUESTÃO 55 — Gabarito D**

Uma criança do sexo masculino com 5 anos de idade apresenta, há 3 semanas, astenia e febre baixa diária, redução do apetite e manchas arroxeadas nos membros. Além disso, acorda quase todas as noites com queixa de dores em membros inferiores. Ao exame físico, ela apresenta hepatoesplenomegalia, equimoses em membros inferiores e poliadenomegalia. O hemograma evidencia anemia normocítica e normocrômica, contagem de leucócitos normal (9.000 leucócitos/mm<sup>3</sup>), com linfocitose e presença de linfócitos atípicos e plaquetopenia (80.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>). A dosagem de desidrogenase láctica mostra-se elevada. Pesquisa de anticorpo antinuclear viral de Epstein Barr e sorologia para citomegalovírus evidenciam IgG positivo e IgM negativo. A velocidade de hemossedimentação (VHS) está elevada e as aminotransferases estão normais. De acordo com o presente quadro clínico-laboratorial o diagnóstico é

- A. mielofibrose.
- B. artrite idiopática juvenil.
- C. mononucleose infecciosa.
- D. leucemia linfoblástica aguda. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso reúne a tríade clássica de infiltração medular na infância: sintomas constitucionais arrastados (astenia, febre baixa diária, hiporexia por três semanas), dor óssea noturna em membros inferiores e síndrome de falência medular. O hemograma fecha o raciocínio: anemia normocítica e normocrômica, plaquetopenia de 80.000/mm<sup>3</sup> e leucometria normal com linfocitose e formas atípicas — leucemia linfoblástica aguda cursa com leucócitos baixos, normais ou altos, e a contagem normal não afasta o diagnóstico. Somam-se hepatoesplenomegalia, poliadenomegalia, equimoses e desidrogenase láctica elevada, marcador de alto turnover celular; a confirmação seria pelo mielograma com mais de 25% de blastos. Mielofibrose é praticamente inexistente nessa faixa etária e cursaria com quadro leucoeritoblástico, dacriócitos e aspirado seco. Artrite idiopática juvenil não explica plaquetopenia nem equimoses (cursa tipicamente com plaquetose e leucocitose como reagentes de fase aguda) e a dor seria articular com rigidez matinal, não dor óssea noturna. Mononucleose infecciosa está formalmente afastada pela sorologia: IgG positivo com IgM negativo indica infecção pregressa por Epstein-Barr e por citomegalovírus, não doença aguda, e não justificaria plaquetopenia com anemia e DHL elevado nesse contexto. Resposta D

**QUESTÃO 56 — Gabarito D**

Uma gestante com 37 anos de idade, com gravidez de 8 semanas confirmada por ultrassonografia realizada há uma semana, comparece à Unidade Básica de Saúde para iniciar acompanhamento pré-natal. Como antecedentes familiares, cita o pai e a mãe como portadores de diabetes melito, ambos em tratamento com hipoglicemiantes orais. A paciente apresenta resultados de glicemia de jejum de 180 mg/dL em duas dosagens realizadas em dias diferentes. Nesse caso clínico, a conduta indicada é

- A. dieta para diabetes e reavaliação clínico-laboratorial em 4 semanas.
- B. administração de metformina.
- C. administração de sulfoniureia.
- D. insulinoterapia. ÁREA LIVRE questão questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa a diferença entre diabetes gestacional e diabetes pré-gestacional diagnosticado na gravidez (overt diabetes). Glicemia de jejum igual ou maior que 126 mg/dL no primeiro trimestre já caracteriza diabetes franco, e aqui há 180 mg/dL confirmados em duas dosagens em dias distintos, com histórico familiar de primeiro grau em ambos os pais — ou seja, não é uma alteração fisiológica da gestação, é diabetes preexistente detectado às 8 semanas. Nesse patamar glicêmico, o consenso do Ministério da Saúde, da Febrasgo e da SBD é iniciar insulinoterapia de imediato, associada a dieta e monitorização, porque a insulina é o agente de eficácia e segurança comprovadas na gravidez e o controle precoce reduz malformações e desfechos adversos. A alternativa A é inaceitável: dieta isolada com reavaliação em quatro semanas mantém a paciente hiperglicêmica exatamente no período da organogênese. A metformina atravessa a placenta e, embora usada em situações selecionadas de diabetes gestacional leve, não é a conduta indicada diante de glicemia de 180 mg/dL, que dificilmente será controlada por antidiabético oral. A sulfonilureia é a pior opção, por risco de hipoglicemia neonatal e ganho ponderal fetal, não sendo recomendada como terapia de escolha na gestação. Resposta D

**QUESTÃO 57 — Gabarito D**

Durante plantão na central de regulação de urgência, o técnico auxiliar de regulação médica transfere para o médico regulador uma chamada telefônica durante a qual ele deve orientar os cuidados iniciais para uma vítima de acidente de trabalho com serra elétrica. O paciente, um operário do sexo masculino, com 20 anos de idade, sofreu amputação do polegar direito e encontra-se consciente e orientado, apresentando sangramento local, que cessa à compressão manual do coto de amputação. Havendo a intenção de reimplante do membro amputado, além de cobrir o ferimento no coto com pano limpo, que orientações deverão ser dadas pelo médico regulador, por telefone, até a chegada da ambulância ao local do chamado e posterior condução do paciente à unidade hospitalar especializada?

- A. Efetuar garrote no punho; lavar o dedo amputado em água corrente e colocá-lo em recipiente com gelo, cobrindo-o completamente.
- B. Efetuar compressão local; lavar o dedo amputado em água corrente e colocá-lo em recipiente com gelo, cobrindo-o completamente.
- C. Efetuar garrote no punho; cobrir o dedo amputado com pano limpo e colocá-lo em um saco plástico e, depois, em um recipiente com gelo.

**D. Efetuar compressão local; cobrir o dedo amputado com pano limpo e colocá-lo em um saco plástico e, depois, em um recipiente com gelo. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão avalia a regulação médica de um trauma com amputação de extremidade e potencial de reimplante, situação em que dois erros clássicos custam o membro: o garrote e o contato direto do segmento com gelo ou água. Como o sangramento cessa à compressão manual do coto, a hemostasia adequada é a compressão local direta com pano limpo — garrote está reservado a hemorragia exsanguinante não controlável, pois a isquemia global do punho compromete a viabilidade do coto e a própria cirurgia de reimplante. O segmento amputado deve ser envolvido em pano ou gaze limpa, colocado dentro de saco plástico bem fechado e só então acondicionado em recipiente com gelo, mantendo resfriamento por volta de 4 °C sem contato direto: o gelo encostado no tecido causa lesão por congelamento e a imersão em água provoca maceração, ambos inviabilizando o reimplante. As alternativas A e C erram ao indicar garrote no punho, medida desnecessária diante de sangramento controlado por compressão. As alternativas A e B erram ao mandar lavar o dedo em água corrente e cobri-lo completamente com gelo, justamente as duas manobras que destroem o tecido a ser reimplantado. Resposta D

**QUESTÃO 58 — Gabarito B**

Um homem com 27 anos de idade, vítima de acidente automobilístico, foi recebido na Unidade de Emergência após atendimento de equipe de ambulância em via pública, onde foi encontrado em choque hemorrágico. Após avaliação primária do trauma, realizada no atendimento pré-hospitalar, iniciou-se a reanimação volêmica do paciente. No dia seguinte, contudo, observou-se deterioração aguda de sua função renal. Exames complementares solicitados para a investigação do quadro de injúria renal aguda revelaram os seguintes achados: exame de urina tipo I: densidade de 1,035 e presença de cilindros hialinos; excreção fracionada de sódio: < 1%; excreção fracionada de ureia: < 35%; relação ureia plasmática/creatinina plasmática: > 40. A explicação mais provável para a retenção aguda de escórias nitrogenadas apresentada pelo paciente é

A. necrose tubular aguda provocada pelo choque hemorrágico.

**B. azotemia pré-renal causada pelo choque hipovolêmico. ✓**

C. injúria renal pós-renal devida a bexiga neurogênica.

D. injúria renal aguda intrínseca por rhabdomiólise. questão questão 21 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de injúria renal aguda após choque hemorrágico, e todos os índices urinários apontam para hipoperfusão com túbulo íntegro. Na azotemia pré-renal o rim responde à hipovolemia reabsorvendo avidamente sódio e água: densidade urinária alta (1,035), fração de excreção de sódio menor que 1%, fração de excreção de ureia menor que 35% e relação ureia/creatinina plasmáticas maior que 40, exatamente o padrão descrito. O sedimento com cilindros hialinos é inespecífico e compatível com urina concentrada, reforçando a ausência de dano tubular estabelecido. Necrose tubular aguda é o principal diferencial, mas cursaria com densidade próxima de 1,010 (isostenúria), FeNa acima de 2%, FeUreia acima de 50% e cilindros granulosos pigmentares ou células epiteliais no sedimento. A causa pós-renal por bexiga neurogênica não tem sustentação no enunciado, não há relato de lesão medular nem de retenção urinária, e a obstrução não gera esse padrão de avides por sódio. Rhabdomiólise exigiria mioglobínúria com fita reagente positiva para sangue sem hemácias ao microscópio, elevação de CPK e, quando causa injúria, padrão de lesão intrínseca, o que não corresponde aos índices apresentados. Resposta B

**QUESTÃO 59 — Gabarito D**

Observe a figura abaixo, que representa a taxa de mortalidade ajustada pela população mundial por câncer do colo do útero, nas regiões do Brasil, no período de 1983 a 2013. Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Atlas da Mortalidade. Disponível em: <<https://mortalidade.inca.gov.br/MortalidadeWeb/>>. Acesso em: 03 mai. 2017. A partir de 2014, o Ministério da Saúde do Brasil ampliou o Calendário Nacional de Vacinação com a introdução da vacina quadrivalente contra HPV dos tipos 6, 11, 16 e 18, em esquema vacinal estendido, composto por três doses (0, 6 e 60 meses). Considerando a relevância em Saúde Pública da prevenção e controle do câncer de colo de útero e a heterogeneidade dos cenários epidemiológicos nas regiões brasileiras, ilustrada na figura acima, é essencial ao planejamento e à estruturação de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero

A. ter, por objeto-fim, a estabilização da incidência de câncer do colo do útero, bem como a morbidade e a mortalidade por essa doença como parte das ações prioritárias indicadas no Plano de Ação Global para a prevenção e o controle de DNTs 2013-2020.

B. estruturar diferentes grupos de trabalho com foco em elementos gerais do programa nacional, em face dos desafios mais comuns para o controle e propor medidas para abordá-los nos níveis secundário e terciário da rede de atenção do sistema de saúde.

C. planejar e divulgar os componentes programáticos nos níveis primário, secundário e terciário, assegurando que os profissionais de saúde sejam mantidos como elementos estratégicos a serem avaliados e monitorados periodicamente nas atividades do programa.

**D. planejar atividades de prevenção primária, secundária e terciária (que inclui tratamento), além de acesso a cuidados paliativos e considerar o monitoramento e a avaliação componentes essenciais de programas de prevenção e controle do câncer do colo do útero. ÁREA LIVRE questão 22 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o desenho programático recomendado pela OMS e pelo INCA para controle do câncer do colo do útero em um país com forte heterogeneidade regional de mortalidade, como mostra a série histórica apresentada. Um programa efetivo é aquele estruturado ao longo de todo o continuum de cuidado: prevenção primária (vacinação contra HPV incorporada ao calendário em 2014 e educação em saúde), prevenção secundária (rastreamento citológico organizado com garantia de seguimento das alteradas), prevenção terciária (tratamento oportuno e reabilitação), acesso a cuidados paliativos e, transversal a tudo, monitoramento e avaliação como componentes essenciais — que são justamente o que permite detectar e corrigir as desigualdades regionais evidenciadas na figura. A alternativa A restringe o objetivo à estabilização da incidência e da mortalidade, quando a meta pactuada no plano global para doenças não transmissíveis é a redução da mortalidade prematura, não sua estabilização. A alternativa B limita a atuação aos níveis secundário e terciário, deixando de fora exatamente a prevenção primária, eixo central da estratégia atual com a vacina quadrivalente. A alternativa C desloca o foco do monitoramento para a avaliação periódica dos profissionais e omite tratamento e cuidados paliativos, reduzindo o programa à divulgação de componentes. Resposta D

**QUESTÃO 60 — Gabarito C**

Um lactente com 8 meses de vida é levado pela mãe à Unidade Básica de Saúde (UBS), que relata que a criança, anteriormente hígida, vem apresentando, há 8 dias, evacuações líquidas, sem muco e sem sangue, com hiperemia perianal e fezes explosivas, chegando a apresentar cerca de dez episódios em 24 horas. O lactente não está aceitando bem a alimentação, nem o soro caseiro, apresentando vômitos. O médico da UBS encaminha o paciente a um Pronto-Socorro público para avaliação, dada a não aceitação do soro de reidratação oral oferecido, com total de seis episódios de vômitos em uma hora, mesmo com fracionamento do soro. Ao exame, constata-se os seguintes achados: temperatura axilar igual a 36 °C, letargia, olhos muito encovados, fontanela deprimida, prega cutânea que se desfaz em mais de 2 segundos e mucosas secas. Em face do presente caso clínico, o diagnóstico e a conduta adequados são

- A. diarreia aguda com desidratação; iniciar hidratação por gastróclise com soro de reidratação oral, 50 mL/kg de peso, em 2 horas.
- B. diarreia persistente com desidratação; iniciar antiemético, antidiarreico e soro de reidratação oral, 50 mL/kg de peso, em 2 horas.
- C. diarreia aguda com desidratação grave; iniciar hidratação venosa com solução fisiológica 0,9%, 20 mL/kg de peso, em 30 minutos. ✓**
- D. diarreia persistente com desidratação grave; iniciar hidratação venosa com solução glicofisiológica 1:2, 100 mL/kg de peso, em 4 horas.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Duas classificações precisam ser feitas na sequência correta: tempo de duração e grau de desidratação. A diarreia dura 8 dias, portanto é aguda — o corte para diarreia persistente é 14 dias ou mais, o que já elimina as alternativas B e D. Quanto ao estado de hidratação, o lactente apresenta letargia, olhos muito encovados, fontanela deprimida, mucosas secas, sinal da prega desfazendo-se em mais de 2 segundos e incapacidade de ingerir líquidos com vômitos repetidos: pelo AIDPI e pelo manual do Ministério da Saúde, isso é desidratação grave, correspondente ao plano C, com indicação de hidratação venosa imediata. A expansão inicial é feita com solução isotônica, soro fisiológico 0,9%, em alíquotas rápidas de 20 mL/kg, repetidas até restaurar perfusão e nível de consciência, antes da fase de manutenção e reposição. A alternativa A subestima a gravidade: gastrólise com soro de reidratação oral é recurso do plano B em vômitos persistentes, mas está contraindicada diante de letargia e desidratação grave, pelo risco de aspiração e pela demora na correção. A alternativa B, além de classificar mal o tempo de doença, prescreve antiemético e antidiarreico, formalmente desaconselhados em lactentes com diarreia aguda. A alternativa D erra o tempo e usa solução glicosfisiológica em infusão lenta, inadequada para expansão de um choque hipovolêmico incipiente. Resposta C

**QUESTÃO 61 — Gabarito D**

Secundigesta com 27 anos de idade, na 35a semana de gestação, comparece à Unidade de Pronto Atendimento com queixas de dor em baixo ventre e perda de líquido pela vagina. O exame físico evidencia: batimento cardíaco fetal de 145 bpm; dinâmica uterina de três contrações de 35 segundos em 10 minutos; amniorrexe confirmada pelo exame especular. Ao toque, observa-se colo esvaecido e dilatado para 4 cm. Nesse caso, a conduta médica adequada é

- A. realizar tocólise e profilaxia antimicrobiana para *Streptococcus beta hemolítico* por 48 horas.
- B. colher cultura para *Streptococcus beta hemolítico* e aguardar resultado para instituir profilaxia.
- C. colher cultura para *Streptococcus beta hemolítico* e realizar profilaxia antimicrobiana por 48 horas.

**D. realizar a profilaxia antimicrobiana para *Streptococcus beta hemolítico* até o nascimento da criança.**  
questão questão ✓

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O quadro é de rotura prematura de membranas com 35 semanas em franco trabalho de parto: amniorrexe confirmada ao especular, três contrações de 35 segundos em 10 minutos e colo esvaecido com 4 cm de dilatação. Com trabalho de parto pré-termo já instalado e bolsa rota, o parto é inevitável e o que muda o desfecho é a profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B, indicada empiricamente sempre que houver parto com menos de 37 semanas, rotura de membranas por 18 horas ou mais, febre intraparto, bacteriúria por GBS na gestação atual, filho anterior com doença invasiva ou cultura desconhecida. A profilaxia é feita com penicilina cristalina ou ampicilina endovenosa e deve ser mantida do início do trabalho de parto até o nascimento, garantindo pelo menos 4 horas de antibiótico antes do desprendimento — não é um esquema por tempo fixo. A alternativa A erra duas vezes: tocólise está contraindicada com bolsa rota e dilatação de 4 cm, e limita a profilaxia a 48 horas. A alternativa B é inaceitável porque aguardar o resultado da cultura, que leva dias, deixaria o recém-nascido sem cobertura em um parto iminente. A alternativa C mantém o erro do esquema fixo de 48 horas, que não corresponde à recomendação de manter até o nascimento. Resposta D

**QUESTÃO 62 — Gabarito C**

Um homem com 39 anos de idade, hipertenso há 12 anos, submetido à colecistectomia eletiva por videolaparoscopia sem intercorrências, com alta após 2 dias da cirurgia, procura atendimento hospitalar, relatando que, no dia seguinte ao da alta hospitalar, apresentou sangramento nasal espontâneo contínuo. Informa ter feito compressão externa com os dedos e deixado a cabeça inclinada para trás por uma hora, porém sem efeito. O exame físico do paciente evidencia: pressão arterial = 180 x 120 mmHg e presença de epistaxe moderada em narina esquerda. Ao exame da orofaringe, observa-se ausência de sangramento visível. Nessa situação clínica, se, após avaliar a via aérea do paciente, o médico realizar compressão externa nasal por 20 minutos, administrar medicação anti-hipertensiva e, ainda assim, o paciente persistir com o quadro de epistaxe, a conduta médica adequada seria realizar

- A. embolização arteriográfica.
- B. ligadura das artérias nasais.
- C. tamponamento nasal anterior. ✓**
- D. tamponamento nasal posterior.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão trata do manejo escalonado da epistaxe, aqui deflagrada por pico hipertensivo (180 x 120 mmHg) em paciente hipertenso. O ponto-chave é topografar o sangramento: a epistaxe é anterior, com origem provável no plexo de Kiesselbach, e a ausência de sangramento visível na orofaringe afasta o padrão posterior. Após as medidas iniciais corretas — proteção da via aérea, compressão digital das asas nasais por cerca de 10 a 20 minutos com a cabeça inclinada para frente, e controle pressórico —, o próximo degrau diante de falha é o tamponamento nasal anterior, com gaze embebida em vasoconstritor/pomada, esponja expansível ou balão anterior. Vale notar que a manobra relatada pelo paciente, inclinar a cabeça para trás, é errada e favorece deglutição do sangue. A alternativa D não se aplica: tamponamento posterior é reservado ao sangramento posterior, tipicamente da esfenopalatina, sugerido por escoamento para a orofaringe, ausente aqui, e traz risco de hipoxemia e reflexo vagal. As alternativas A e B são terapias de resgate, indicadas apenas quando o tamponamento adequado falha em controlar o sangramento — embolização arteriográfica e ligadura arterial (esfenopalatina, etmoidais ou maxilar interna) não são conduta de primeira linha. Resposta C

**QUESTÃO 63 — Gabarito C**

Uma adolescente com 16 anos de idade, após o parto de seu segundo filho, retorna à Unidade Básica de Saúde (UBS) para consulta de puericultura. O médico, após examiná-la, orienta-a acerca das opções potenciais de métodos contraceptivos, alguns deles fornecidos na própria UBS e outros disponíveis na unidade de referência do programa Saúde da Mulher do município. Essa ação em particular, centrada nas necessidades das pessoas e articulada nos diversos níveis de complexidade do sistema de saúde, é a expressão de qual princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil?

- A. Controle Social.
- B. Regionalização.
- C. Integralidade. ✓**

D. Equidade. ÁREA LIVRE questão questão 23 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A situação descrita — a adolescente é acolhida na atenção básica, recebe orientação sobre o conjunto de métodos contraceptivos e é articulada com a unidade de referência quando o método não está disponível na própria UBS — exemplifica a integralidade, princípio doutrinário do SUS previsto na Lei 8.080/1990 como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade do sistema. O ponto que define a integralidade aqui é o cuidado centrado nas necessidades da pessoa, sem fragmentar a atenção e sem interromper o percurso quando a oferta local se esgota. Controle social é outro princípio, o da participação da comunidade na formulação e fiscalização das políticas por meio de conselhos e conferências de saúde, o que não está em questão no atendimento descrito. Regionalização é diretriz de organização territorial da rede, referente ao desenho das regiões de saúde e à distribuição dos serviços, e não ao ato assistencial de garantir o cuidado completo a essa usuária. Equidade é o princípio de tratar desigualmente os desiguais, priorizando quem tem maior necessidade, o que não é o eixo do caso, já que a oferta descrita é o rol integral de métodos e a articulação entre níveis. Resposta C

**QUESTÃO 65 — Gabarito A**

Uma criança com 6 anos de idade, portadora de anemia falciforme, é internada com quadro de febre de 38,5 °C associada a tosse, dispneia intensa e dor torácica há 3 dias. Ao exame físico, encontra-se hipoativa, hipocorada +++/4, taquipneica, taquicárdica, com sopro sistólico de ++/6, fígado a 2 cm do rebordo costal direito e baço não palpável, saturação de O<sub>2</sub> = 92% em ar ambiente. Radiografia de tórax revela opacificações em lobos inferiores. O hemograma revela hemoglobina = 6,0 g/dL (valor de referência: 12 a 16 g/dL), sendo a hemoglobina do mês anterior igual a 7,2 g/dL. Foram iniciados os procedimentos de oxigenioterapia com máscara com reservatório a 10 L/min, hidratação venosa e analgesia, observando-se elevação da saturação de O<sub>2</sub> para 94%. Nesse caso, a conduta terapêutica adequada é

- A. transfusão de concentrado de hemácias e início de antibioticoterapia empírica de amplo espectro. ✓**
- B. transfusão de concentrado de hemácias e instalação de BIPAP.
- C. antibioticoterapia empírica de amplo espectro e surfactante.
- D. exosanguineotransfusão parcial e instalação de BIPAP.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de síndrome torácica aguda em criança com anemia falciforme, definida pela presença de infiltrado pulmonar novo à radiografia associado a febre e/ou sintomas respiratórios — aqui há opacificações em lobos inferiores, febre de 38,5 °C, tosse, dispneia, dor torácica e hipoxemia com saturação de 92% em ar ambiente. É a principal causa de morte nesses pacientes e o tratamento é sempre duplo. Primeiro, antibioticoterapia empírica de amplo espectro cobrindo germes encapsulados e atípicos (cefalosporina de terceira geração associada a macrolídeo), porque não é possível distinguir clinicamente infecção de infarto pulmonar por vaso-oclusão e o paciente é funcionalmente asplênico, o que se confirma pelo baço não palpável. Segundo, transfusão simples de concentrado de hemácias, indicada pela queda da hemoglobina de 7,2 para 6,0 g/dL com hipoxemia, para reduzir a fração de hemoglobina S, melhorar a oferta de oxigênio e interromper o ciclo de falcização. A alternativa B omite o antibiótico, erro grave nesse cenário, e prioriza BIPAP num paciente que respondeu à máscara com reservatório. A alternativa C também dispensa a transfusão e acrescenta surfactante, sem qualquer respaldo nessa indicação. A alternativa D propõe exsanguineotransfusão parcial, reservada aos casos graves ou refratários com hipoxemia progressiva e disfunção orgânica, e novamente deixa o paciente sem cobertura antimicrobiana. Resposta A

**QUESTÃO 66 — Gabarito C**

Uma mulher com 25 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de corrimento vaginal fluido, de coloração esbranquiçada e odor forte, há 15 dias. Ao exame especular, observa-se conteúdo vaginal esbranquiçado e bolhoso. Ao realizar a avaliação do pH vaginal com fita, obteve-se valor de 6,5. O teste das aminas apresentou resultado positivo. Pelos achados evidenciados, conclui-se que o diagnóstico correto é

A. cervicite por HPV.

B. vaginose citolítica.

**C. vaginose bacteriana. ✓**

D. candidíase vulvovaginal. ÁREA LIVRE questão questão 24 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O diagnóstico se apoia diretamente nos critérios de Amsel, que exigem três dos quatro achados: corrimento homogêneo branco-acinzentado, pH vaginal acima de 4,5, teste das aminas (Whiff, com KOH a 10%) positivo e clue cells à microscopia. A paciente apresenta corrimento fluido esbranquiçado com odor forte, pH de 6,5 e teste das aminas positivo — três critérios preenchidos, o que fecha vaginose bacteriana, disbiose com redução de lactobacilos e predomínio de *Gardnerella vaginalis* e anaeróbios, tratada com metronidazol. Cervicite por HPV não é entidade que curse com corrimento e alteração de pH; a infecção pelo HPV é assintomática ou se manifesta por lesões verrucosas e alterações citológicas. Vaginose citolítica cursa com pH baixo, entre 3,5 e 4,5, por excesso de lactobacilos, e teste das aminas negativo, o oposto do encontrado. Candidíase vulvovaginal tem pH normal, abaixo de 4,5, corrimento grumoso aderente tipo leite coalhado, prurido intenso e teste das aminas negativo. Vale um registro: o aspecto bolhoso do conteúdo vaginal é descrição mais associada à tricomoníase, que também cursa com pH elevado e aminas positivo, de modo que esse detalhe do enunciado é discutível; como tricomoníase não figura entre as opções e os demais achados preenchem Amsel, a resposta oficial se sustenta. Resposta C

**QUESTÃO 67 — Gabarito A**

Um homem com 25 anos de idade, vítima de agressão em via pública, é levado pela viatura da Polícia Militar até a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Apresenta-se com agitação psicomotora, fala arrastada, incoordenação motora com ataxia, lúcido, orientado no tempo e espaço e hálito etílico. Apresenta ferimento corto-contuso na região frontal, de aproximadamente 2 cm, sem sangramento ativo. Mostra-se bastante agressivo, ameaçador e não permite ser submetido à avaliação dos sinais vitais, ao exame físico e à sutura do ferimento. Demonstra intenção de fugir da UPA e ameaça agredir os membros da equipe de saúde. Nessa situação, a conduta médica deve incluir as seguintes ações:

**A. indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pela equipe de saúde; aplicar haloperidol 5 mg via intramuscular; realizar sutura do ferimento; manter o paciente em observação na UPA e solicitar ao Serviço Social o contato com seus familiares. ✓**

B. indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pela equipe de saúde; aplicar prometazina 25 mg via intramuscular; realizar sutura do ferimento e transferir o paciente para hospital geral de referência.

C. indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pelos policiais; aplicar diazepam 10 mg via endovenosa; realizar sutura do ferimento e transferir o paciente para unidade de referência psiquiátrica.

D. indicar contenção física e mecânica do paciente a ser realizada pelos policiais; administrar glicose a 50% (60 a 100 mL, diluída a 50%) via endovenosa em bolus e diazepam 10 mg via endovenosa; realizar sutura do ferimento; manter o paciente em observação na UPA e solicitar ao Serviço Social o contato com seus familiares.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Caso de intoxicação alcoólica aguda com agitação psicomotora em sala de emergência: o paciente está lúcido e orientado, tem hálito etílico, ataxia e fala arrastada, e o ferimento frontal é superficial. A contenção física e mecânica é procedimento de saúde, indicado e supervisionado pelo médico e executado pela equipe treinada, com a polícia servindo apenas de apoio à segurança do ambiente; não se transfere à autoridade policial a responsabilidade técnica por um ato terapêutico. Contido o paciente, a droga de escolha para agitação nesse contexto é o haloperidol 5 mg por via intramuscular, que sedativa sem somar depressão respiratória ao álcool já circulante, permitindo então a sutura do ferimento e a observação na própria UPA até a resolução da intoxicação, com o Serviço Social acionado para contato familiar. Reter esse paciente não fere sua autonomia: sob efeito de substância e ameaçando a si e a terceiros, ele não está em condição de decidir. A alternativa B erra na droga, pois prometazina 25 mg isolada é adjuvante e não controla agitação dessa intensidade, e erra ainda ao transferir para hospital geral um quadro que a UPA resolve. A alternativa C entrega a contenção aos policiais e usa diazepam endovenoso em paciente alcoolizado, combinação de risco por sinergia depressora respiratória, além de encaminhar a serviço psiquiátrico uma intoxicação exógena, que não é doença psiquiátrica primária. A alternativa D repete os dois erros anteriores e ainda acrescenta glicose hipertônica em bolus sem qualquer indicação, já que o paciente está lúcido, orientado e sem hipoglicemia documentada. Resposta A

**QUESTÃO 68 — Gabarito A**

Um homem com 18 anos de idade é encaminhado a consulta no ambulatório de Medicina Interna por estar com diarreia há mais de 4 semanas, acompanhada de dor abdominal, febre intermitente, perda de peso e hematoquezia ocasional. Ao exame físico, o paciente mostra-se emagrecido e sente dor à palpação profunda de fossa ilíaca direita, onde uma massa abdominal é palpada. Apresenta resultado de hemograma realizado na Unidade Básica de Saúde com hematócrito = 36% (valor de referência: 39 a 49%), sem leucocitose, sendo a velocidade de hemossedimentação = 30 mm na primeira hora. O resultado do exame parasitológico de fezes é negativo. Nessa situação, qual deve ser o próximo exame a ser solicitado ao paciente?

**A. Colonoscopia. ✓**

B. Enema baritado.

C. Ultrassonografia de abdome.

D. Pesquisa de anticorpos antiendomísio e antigliadina. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Diarreia crônica com mais de quatro semanas, dor abdominal, febre intermitente, perda de peso, hematoquezia e massa palpável em fossa ilíaca direita num homem de 18 anos, com anemia leve e velocidade de hemossedimentação elevada, desenhando doença de Crohn de localização ileocolônica; a massa corresponde ao plastrão inflamatório de alças do íleo terminal. O exame que fecha o diagnóstico é a colonoscopia com ileoscopia retrógrada e biópsias, porque permite ver as lesões salteadas, as úlceras aftoides e o aspecto em pedra de calçamento, definir a extensão da doença e, sobretudo, obter histologia com granuloma não caseoso, separando Crohn de retocolite ulcerativa, tuberculose intestinal e linfoma. O enema baritado é método anatômico ultrapassado nessa investigação, não fornece tecido e traz risco em doença inflamatória em atividade. A ultrassonografia de abdome pode caracterizar o espessamento de alça e a coleção, mas é complementar e nunca estabelece o diagnóstico etiológico. A pesquisa de anticorpos antiendomísio e antigliadina investiga doença celíaca, que não cursa com hematoquezia, febre nem massa em fossa ilíaca direita. Resposta A

**QUESTÃO 70 — Gabarito D**

Uma criança com 4 anos de idade é atendida em Unidade de Pronto Atendimento por apresentar, há 5 dias, quadro de febre de 38 °C, tosse e coriza hialina. Há 2 dias, a paciente passou a apresentar febre mais elevada (acima de 38,5 °C), episódios de vômito e recusa alimentar. O exame clínico revela: paciente em regular estado geral, com frequência respiratória de 42 irpm, estertores crepitantes em base de hemitórax direito e tiragem subcostal, sem sibilância; pressão arterial e frequência cardíaca normais. Pelo quadro clínico apresentado, o diagnóstico e a conduta corretos são

- A. pneumonia; antibioticoterapia oral, com acompanhamento clínico ambulatorial, solicitação de radiografia de tórax e retorno em 48 horas.
- B. pneumonia muito grave; antibioticoterapia venosa, com suporte ventilatório invasivo e internação em unidade de terapia intensiva pediátrica.
- C. pneumonia grave; antibioticoterapia venosa, com monitorização da oxigenação por oximetria de pulso e internação hospitalar em enfermaria pediátrica.

**D. pneumonia com derrame pleural; antibioticoterapia endovenosa, com realização de toracocentese e internação em unidade de terapia intensiva pediátrica. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Pré-escolar de 4 anos com pródromo viral de cinco dias que evolui com nova elevação térmica acima de 38,5 graus, vômitos, recusa alimentar, taquipneia de 42 irpm (acima do corte de 40 para a faixa etária), tiragem subcostal e crepitantes localizados em base direita: o padrão é de pneumonia bacteriana, e não de infecção de vias aéreas alta em curso. O gabarito oficial interpreta a piora após a queda inicial da febre, ou seja, a curva térmica bifásica, somada aos vômitos, à recusa alimentar e ao achado auscultatório restrito a uma única base como marcadores de pneumonia complicada por derrame parapneumônico, cenário em que a conduta é antibioticoterapia endovenosa, toracocentese para caracterizar e drenar o líquido pleural e internação em ambiente de monitorização contínua. A alternativa A erra ao propor antibiótico oral e seguimento ambulatorial, pois tiragem subcostal é sinal de gravidade e contraindica manejo domiciliar. A alternativa B erra na classificação: pneumonia muito grave exige cianose, incapacidade de ingerir líquidos, letargia ou convulsão, e a criança está em regular estado geral, com pressão arterial e frequência cardíaca normais, sem indicação de via aérea artificial. A alternativa C acerta antibiótico venoso e internação, mas ignora a coleção pleural que o gabarito considerou presente. Registro que o ponto é discutível: a vinheta não descreve macicez à percussão, redução do murmúrio vesicular nem imagem que documente derrame, e pelos critérios da Organização Mundial da Saúde a tiragem subcostal isolada já define pneumonia grave, o que sustentaria a letra C. Resposta D

**QUESTÃO 71 — Gabarito C**

Uma primigesta com 27 anos de idade, na 31ª semana de gestação, procura a emergência obstétrica, queixando-se de cefaleia occipital moderada e persistente há 12 horas. O exame físico revela: palidez cutâneo-mucosa ++/4+; edema de membros inferiores +++/4+; pressão arterial = 145 x 95 mmHg; altura uterina = 30 cm; batimentos cardíacos fetais = 140 bpm, com aceleração transitória presente. Dinâmica: duas contrações de 30 segundos em 10 minutos. Toque vaginal: colo grosso, posterior, uma polpa digital, bolsa íntegra. Cardiotocografia com padrão tranquilizador. Os resultados dos exames laboratoriais demonstram: hematócrito = 39% (valor de referência: 36 a 54%); hemoglobina = 13 g/dL (valor de referência: 13,0 a 16,5 g/dL); plaquetas = 65.000/mL (valor de referência: 130.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>); desidrogenase láctica = 1.500 UI/L (valor de referência: 240 a 480 UI/L); aspartato aminotransferase = 105 UI/L (valor de referência: < 34 UI/L); proteinúria em fita +++/4+. Em face desse quadro clínico, a conduta adequada é

- A. administrar sulfato de magnésio e corticoterapia para a maturação pulmonar fetal e iniciar a indução do parto vaginal, após 24 horas da segunda dose do corticoide.
- B. prescrever corticoterapia para a maturação pulmonar fetal e iniciar a indução do parto vaginal, após 24 horas da segunda dose do corticoide.

**C. administrar sulfato de magnésio, estabilizar clinicamente a paciente e proceder à resolução da gestação por parto cesáreo. ✓**

D. iniciar tocólise com nifedipina via oral e prescrever corticoterapia para maturação pulmonar fetal. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 31 semanas com hipertensão, proteinúria de três cruzeiros, cefaleia persistente e, sobretudo, plaquetas de 65.000, desidrogenase láctica de 1.500 e aspartato aminotransferase de 105: trata-se de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade que evoluiu para síndrome HELLP completa, ou seja, hemólise indicada pela desidrogenase láctica alta, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia abaixo de 100.000. HELLP é indicação de resolução da gestação independentemente da idade gestacional, precedida de sulfato de magnésio para profilaxia de eclâmpsia, já que a cefaleia persistente é sinal de iminência, e de estabilização clínica materna. Com colo francamente desfavorável ao toque, grosso, posterior e com uma polpa digital, e plaquetopenia grave que torna arriscada uma indução prolongada, a via de parto indicada é a cesariana. As alternativas A e B falham pelo mesmo motivo: esperar 24 horas após a segunda dose do corticoide para então induzir um colo imaturo posterga em mais de 48 horas a resolução de uma HELLP com plaquetas em queda, expondo a mãe a hematoma hepático, eclâmpsia e coagulopatia, risco que o ganho de maturidade pulmonar fetal não compensa; a alternativa B ainda omite o sulfato de magnésio. A alternativa D é a mais equivocada, pois a tocólise com nifedipina inibe justamente o único tratamento definitivo da doença, que é o esvaziamento uterino. Resposta C

**QUESTÃO 73 — Gabarito B**

Homem com 27 anos de idade, sem histórico de doenças prévias, proveniente de zona rural, procura atendimento médico por apresentar febre (temperatura axilar = 38 °C) e fraqueza há 10 dias, associadas a dor abdominal. Ao exame físico, observa-se paciente emagrecido, com palidez cutâneo-mucosa, anictérico, com hepatoesplenomegalia e linfonodos cervicais palpáveis. Observa-se, ainda, ausência de ascite ou circulação colateral e de edema de membros inferiores. O resultado do hemograma completo revela pancitopenia. O quadro clínico descrito é indicador de

A. esquistossomose mansônica.

**B. leishmaniose visceral. ✓**

C. doença de Chagas.

D. hepatite viral Delta. ÁREA LIVRE questão questão 26 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem jovem procedente de zona rural com febre arrastada de dez dias, emagrecimento, palidez, dor abdominal, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia cervical e pancitopenia: a associação de febre prolongada, visceromegalia, consumpção e citopenia das três séries em área endêmica é a apresentação clássica do calazar, a leishmaniose visceral causada pela *Leishmania infantum* chagasi. A pancitopenia decorre do hiperesplenismo e da infiltração medular por macrófagos parasitados, e a confirmação se faz por sorologia, como o teste rápido rK39 ou a imunofluorescência, ou por pesquisa direta do parasito em aspirado de medula óssea. A esquistossomose mansônica na forma hepatoesplênica cursa com hipertensão portal, circulação colateral, varizes e ascite, achados explicitamente ausentes na vinheta, e não produz febre consumptiva prolongada. A doença de Chagas aguda pode dar febre, hepatoesplenomegalia e linfonodomegalia, mas costuma vir acompanhada de porta de entrada, como chagoma de inoculação ou sinal de Romaña, edema e miocardite, e não cursa com pancitopenia; a forma crônica é cardíaca ou digestiva e não é febril. A hepatite viral Delta só ocorre em coinfeção ou superinfecção pelo vírus B, manifesta-se com icterícia e disfunção hepática, e o paciente está anictérico e sem sinais de hepatopatia descompensada. Resposta B

**QUESTÃO 74 — Gabarito D**

Um homem com 33 anos de idade, com diagnóstico de esquizofrenia há 8 anos, em tratamento regular no Centro de Atenção Psicossocial, faz uso de quetiapina 600 mg/dia e encontra-se estável em relação aos sintomas psiquiátricos. Ele comparece à Unidade de Saúde da Família para reavaliação periódica; refere ganho de peso de 1,5 kg em 3 semanas, polifagia e polidipsia sem outros sintomas. Em face desse caso, qual deve ser a conduta adotada?

- A. Referenciar o caso à atenção especializada para investigação adicional e manejo adequado do quadro clínico atual.
- B. Encaminhar o paciente para internação, considerada recurso terapêutico e instrumento do Projeto Terapêutico Singular.
- C. Aumentar a dose de quetiapina para 800 mg/dia, considerando-se interações medicamentosas, para otimização do tratamento.

**D. Avaliar glicemia em virtude do risco de complicações metabólicas decorrentes do controle do quadro glicêmico em função do tratamento medicamentoso para esquizofrenia. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Paciente com esquizofrenia estável em uso de quetiapina 600 mg ao dia que passa a apresentar ganho ponderal rápido, polifagia e polidipsia: o conjunto aponta para hiperglicemia induzida pelo antipsicótico, e não para descompensação psiquiátrica. Os antipsicóticos de segunda geração, com clozapina, olanzapina e quetiapina à frente, provocam ganho de peso, resistência insulínica, dislipidemia e diabetes de início novo, podendo chegar a cetoacidose; por isso as diretrizes exigem monitorização metabólica periódica de quem os usa. A conduta correta, e perfeitamente exequível na Unidade de Saúde da Família, é dosar a glicemia, junto de peso, circunferência abdominal, pressão arterial e perfil lipídico, porque é o exame simples que confirma a suspeita e muda o tratamento de imediato. A alternativa A transfere para a atenção especializada uma investigação que a atenção primária resolve, atrasando o diagnóstico e fragmentando o cuidado. A alternativa B propõe internação em paciente psiquiatricamente estável, e a internação é recurso de exceção dentro da Rede de Atenção Psicossocial, jamais indicada por sintomas metabólicos. A alternativa C faz o oposto do necessário: os sintomas não são psicóticos e aumentar a dose para 800 mg agrava exatamente o efeito adverso metabólico que está em curso. Resposta D

**QUESTÃO 77 — Gabarito C**

Uma mulher com 18 anos de idade dá entrada na Unidade de Emergência com ferimento cervical por arma branca. A paciente encontra-se consciente e orientada, porém muito assustada. À admissão, os sinais vitais da paciente são: saturação de O<sub>2</sub> = 96%; pressão arterial = 110 x 75 mmHg; frequência respiratória = 22 irpm; frequência cardíaca = 112 bpm. O exame do pescoço evidencia um ferimento lacerocontuso de 1,5 cm, não sangrante, sem escape de ar ou saliva, localizado em zona II à direita. Nesse caso, a conduta adequada a ser adotada na Unidade de Emergência é

- A. realizar endoscopia digestiva alta, laringoscopia, tomografia e arteriografia cervical.
- B. realizar cervicotomia exploradora de forma mandatária devido à alta probabilidade de lesões associadas.

**C. explorar o ferimento sob anestesia local e, se a lesão ultrapassar o platisma, indicar cervicotomia exploradora. ✓**

- D. suturar a lesão, se o quadro clínico se mantiver estável, pois a extensão da lesão não demanda abordagem cirúrgica.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ferimento cervical por arma branca em zona II, que vai da cartilagem cricoide ao ângulo da mandíbula, em paciente estável e sem sinais duros de lesão vascular ou aerodigestiva: não há sangramento ativo, hematoma expansivo, enfisema subcutâneo, escape de ar ou de saliva, disфония nem déficit neurológico, e a taquicardia de 112 bpm se explica pelo susto. Nesse cenário o dado que define a conduta é saber se o platismo foi transposto, porque ferimento que não ultrapassa essa camada é lesão superficial e recebe apenas cuidado local, enquanto o que a ultrapassa é ferimento penetrante de pescoço e impõe, na conduta clássica cobrada para a zona II, a cervicotomia exploradora. Daí a exploração da ferida sob anestesia local ser o passo inicial. A alternativa A dispara a bateria completa de endoscopia, laringoscopia, tomografia e arteriografia antes mesmo de definir se houve penetração, investigação cara e desnecessária diante de lesão possivelmente superficial. A alternativa B erra pelo caráter mandatório, pois operar todo ferimento cervical, inclusive os que não passam o platismo, gera cervicotomias brancas. A alternativa D é a mais perigosa, já que suturar sem explorar pode fechar por cima de lesão de esôfago, traqueia ou vaso que se manifestará horas depois com mediastinite ou hemorragia. Cabe a ressalva de que o ponto é discutível na prática atual, em que serviços com angiotomografia adotam manejo seletivo não operatório do paciente estável com lesão penetrante em zona II. Resposta C

**QUESTÃO 78 — Gabarito B**

Uma mulher com 75 anos de idade, aposentada há 15 anos, reside em uma instituição de longa permanência de idosos conveniada à prefeitura local. Ela perdeu contato com sua família, apresenta demência grave, síndrome da imobilidade e cognitiva, vive restrita ao leito e com dependência completa de outra pessoa para realização de todas as atividades da vida diária na instituição. Tem histórico de três internações hospitalares prolongadas no último semestre devido a pneumonias por aspiração e está em uso regular de haloperidol 2 mg/dia para controle de episódios de agitação psicomotora frequentes. A referida instituição localiza-se na área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde, cujo médico de família é chamado para discutir a conduta com o novo responsável pela instituição. Nessa situação, o médico de família deve

A. construir novo plano de cuidado para os cuidadores, com ajuste medicamentoso.

**B. discutir e implementar cuidados paliativos junto aos cuidadores e responsáveis na instituição. ✓**

C. construir genograma e ecomapa para estabelecer plano terapêutico orientado aos cuidadores da paciente na instituição.

D. aplicar miniexame do estado mental para estabelecer o grau de comprometimento mental da paciente e as condutas adequadas. questão questão 27 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa de 75 anos institucionalizada, com demência grave, síndrome de imobilidade, restrição ao leito, dependência completa para todas as atividades de vida diária e três internações por pneumonia aspirativa em seis meses: esse é o retrato da demência em estágio avançado, com marcadores consagrados de terminalidade, como o estágio 7 da escala FAST, a disfagia com broncoaspiração de repetição e a dependência total. A partir desse ponto o objetivo do cuidado deixa de ser prolongar a vida a qualquer custo e passa a ser conforto: controle de sintomas, prevenção de aspiração, revisão de medicamentos, decisão antecipada sobre reinternações e sobre vias alternativas de alimentação, e suporte a quem cuida. Como a paciente perdeu contato com a família, essa pactuação precisa ser feita com os cuidadores e com o responsável pela instituição, exatamente o que a alternativa B propõe. A alternativa A é parcial, pois o ajuste medicamentoso, inclusive a revisão do haloperidol contínuo, que aumenta mortalidade em idosos com demência, é apenas um item do plano paliativo e não o plano. A alternativa C aplica instrumentos de mapeamento familiar e de rede, genograma e ecomapa, de pouca utilidade prática numa paciente sem contato familiar e sob cuidado institucional. A alternativa D é inútil, porque o miniexame do estado mental já está no piso na demência grave, é inaplicável nesse grau de comprometimento e não altera nenhuma decisão. Resposta B

**QUESTÃO 79 — Gabarito C**

Um homem com 60 anos de idade foi internado em um hospital municipal com quadro de confusão mental. O paciente reside em outro município, a 300 km do hospital. Na admissão, o paciente se disse assintomático, relatou que não costuma procurar atendimento médico e que preferia morar sozinho no sítio onde nasceu e cuida de uma pequena lavoura. Os familiares que o acompanhavam confirmaram que ele não apresenta comorbidades diagnosticadas, mas relataram que, há 5 dias, o paciente apresentou um episódio de confusão mental, tendo sido levado para internação hospitalar. Acrescentaram que, na ocasião, foi diagnosticada e tratada uma infecção do trato urinário e que, durante o exame físico, detectou-se uma arritmia cardíaca, confirmada por eletrocardiograma, cujo resultado é reproduzido a seguir. D1 D2 D3 aVR aVL aVF V1 V2 V3 V4 V5 V6 O resultado do eletrocardiograma realizado na internação atual apresenta o mesmo padrão. Agora, consciente e orientado, sem queixas, o paciente manifesta desejo de ter alta e de retornar ao seu sítio, afirmando que não pretende realizar outras consultas médicas. Nesse contexto, qual é a conduta médica indicada?

- A. Dar alta hospitalar ao paciente após introdução de digoxina.
- B. Dar alta hospitalar ao paciente após a introdução e o ajuste da dose da varfarina.
- C. Dar alta hospitalar ao paciente após introdução e ajuste de dose do betabloqueador. ✓**
- D. Orientar os familiares para que busquem, por meios jurídicos, a guarda do idoso e o mantenham na sede do município para iniciar tratamento com varfarina.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 60 anos sem comorbidades conhecidas, com arritmia documentada em eletrocardiograma e episódio de confusão mental que se explicou por infecção urinária, ou seja, delirium desencadeado por infecção, já resolvido, pois ele está agora consciente, orientado e sem queixas. Estando lúcido, o paciente é plenamente capaz e sua autonomia manda: ele quer alta, mora sozinho a 300 km e avisa que não pretende fazer novas consultas. Esse dado é decisivo para a escolha terapêutica, porque a conduta precisa ser exequível sem acompanhamento próximo. O betabloqueador cumpre esse papel, controlando a resposta ventricular de forma segura, sem necessidade de monitorização laboratorial seriada. A alternativa B é o oposto disso, já que a varfarina exige controle de INR e ajuste repetido de dose, impraticável a 300 km de distância e sem retorno; além do mais, homem de 60 anos sem hipertensão, diabetes, insuficiência cardíaca, doença vascular ou evento cerebrovascular prévio tem escore CHA2DS2-VASc baixo, sem indicação formal de anticoagulação. A alternativa A escolhe a digoxina, que controla a frequência apenas em repouso, é má opção para quem trabalha na lavoura e tem janela terapêutica estreita, exigindo justamente a vigilância que o paciente não fará. A alternativa D é eticamente inadmissível, pois pleitear judicialmente a guarda de um idoso lúcido, orientado e capaz apenas por discordar de sua escolha de vida viola a autonomia e o Estatuto do Idoso. Resposta C

**QUESTÃO 80 — Gabarito D**

Uma criança com 10 meses de vida é atendida em um ambulatório de Pediatria. A mãe relata que o apetite da criança está preservado, apesar da existência de regurgitações pós-prandiais, choro persistente, principalmente à noite e após as mamadas, e acrescenta que, apesar do espessamento dos alimentos, não houve melhora da situação clínica. A criança apresenta ganho ponderal e desenvolvimento adequados para a idade e, na história pregressa, relata dois episódios de broncoespasmo e um de otite média aguda. Nesse caso, a conduta adequada é iniciar a administração de

- A. metoclopramida.
- B. domperidona.
- C. bromoprida.
- D. ranitidina. questão questão 28 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Lactente de 10 meses com regurgitações pós-prandiais, choro persistente sobretudo à noite e após as mamadas, ausência de resposta ao espessamento da dieta e, principalmente, manifestações extraesofágicas de repetição, com dois episódios de broncoespasmo e uma otite média aguda. Esse conjunto tira o caso do refluxo gastroesofágico fisiológico do lactente, que é benigno, autolimitado, cursa com bom ganho pômbero-estatural e se maneja apenas com medidas posturais e dietéticas, e o classifica como doença do refluxo gastroesofágico, com indicação de tratamento farmacológico por supressão ácida. Entre as opções oferecidas, a ranitidina é o único antissecretor, um bloqueador de receptor H<sub>2</sub> que reduz a acidez do material refluído e alivia a esofagite, o choro e a agressão às vias aéreas superiores e inferiores. Metoclopramida, domperidona e bromoprida são procinéticos, e a literatura pediátrica não sustenta seu uso rotineiro no refluxo do lactente: metoclopramida e bromoprida causam sintomas extrapiramidais e reações distônicas nessa faixa etária, e a domperidona prolonga o intervalo QT, motivo pelo qual todas tiveram o uso restringido em crianças pequenas, com benefício marginal frente ao risco. Resposta D

**QUESTÃO 81 — Gabarito C**

Uma mulher com 29 anos de idade, Gesta 4 Para 3 Aborto 1, teve seu último parto, vaginal, há 30 dias e encontra-se em regime de amamentação exclusiva sem intercorrências relacionadas. Ela procura a Unidade Básica de Saúde para consulta de puerpério trazendo resultado de exame de citologia cervicovaginal, realizado durante a gravidez, cujo laudo indica “lesão intraepitelial de alto grau”. A paciente nega hipertensão arterial, diabetes melito e tabagismo e manifesta desejo de receber orientação contraceptiva, além de demonstrar interesse pela contracepção cirúrgica. Nesse caso, a conduta indicada é

- A. inserir dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre.
- B. prescrever pílula contraceptiva hormonal oral combinada.
- C. prescrever método hormonal que contenha apenas progestagênio. ✓**
- D. encaminhar a paciente para realização imediata de laqueadura tubária.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Puérpera de 30 dias, em aleitamento materno exclusivo, com citologia cervicovaginal de lesão intraepitelial de alto grau ainda não investigada e desejo de contracepção, inclusive definitiva. A escolha passa por três filtros. O primeiro é a lactação: o estrogênio reduz a produção de leite, e antes de seis meses de amamentação exclusiva o contraceptivo oral combinado é categoria 3 ou 4 dos critérios médicos de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde, o que derruba a alternativa B. O segundo é o colo uterino: diante de lesão intraepitelial de alto grau pendente de colposcopia, biópsia e tratamento, não se manipula o canal cervical para inserir dispositivo intrauterino, o que afasta a alternativa A até o esclarecimento da lesão. O terceiro é a esterilização cirúrgica: a Lei 9.263/96 exige manifestação expressa da vontade, prazo mínimo de 60 dias entre essa manifestação e o ato e veda a laqueadura durante o parto ou até 42 dias do puerpério fora de indicações específicas, de modo que a laqueadura imediata da alternativa D é ilegal nesse momento, além de inadequada com o colo por investigar. Resta o método com progestagênio isolado, seja minipílula de desogestrel, injetável trimestral ou implante, que não interfere na lactação, pode ser iniciado já nas primeiras semanas do pós-parto e independe do colo uterino. Resposta C

**QUESTÃO 82 — Gabarito C**

Uma mulher com 40 anos de idade é atendida em uma Unidade Básica de Saúde da Família. A paciente relata constipação crônica e discreto sangramento ao defecar. Ao exame físico da região anal, identificou-se lesão não dolorosa à palpação, mostrada na imagem a seguir; o toque retal não evidenciou alterações. Nesse caso, qual é a conduta adequada?

- A. Informar à paciente que se trata de uma lesão varicosa hemorroidária e encaminhá-la para o serviço secundário.

B. Encaminhar a paciente para a retirada cirúrgica da lesão, devido ao risco de neoplasia, e marcar retorno para retirada de pontos.

**C. Informar à paciente que se trata de uma lesão varicosa hemorroidária e iniciar orientação terapêutica clínica e nutricional. ✓**

D. Encaminhar a paciente para a realização da biópsia da lesão, informando-a sobre a possibilidade de tratar-se de uma neoplasia. questão questão

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 40 anos com constipação crônica e sangramento discreto ao evacuar, com lesão anal indolor à palpação e toque retal sem alterações: o quadro corresponde à doença hemorroidária, cuja fisiopatologia é exatamente o esforço evacuatório repetido levando a ingurgitamento e prolapso dos coxins vasculares do canal anal. O tratamento inicial é clínico e cabe integralmente à atenção primária: aumento de fibras e de água na dieta, regularização do hábito intestinal, redução do tempo de permanência no vaso sanitário, banhos de assento e higiene local, medidas que atacam a causa em vez de apenas aliviar o sintoma. Informar o diagnóstico à paciente faz parte da conduta, porque reduz a ansiedade com o sangramento e melhora a adesão às orientações. A alternativa A acerta o diagnóstico, mas encaminha ao serviço secundário sem antes tentar o tratamento conservador, sobrecarregando a referência; o encaminhamento se reserva a graus avançados, trombose, sangramento volumoso ou falha do tratamento clínico. A alternativa B indica cirurgia por risco de neoplasia, conduta desproporcional diante de lesão indolor com toque retal normal e sem sinais de alarme. A alternativa D pede biópsia pela mesma suspeita não sustentada pela vinheta e, como a alternativa B, dispensa a orientação clínica e nutricional que é a base do tratamento. Resposta C

#### QUESTÃO 83 — Gabarito C

Um recém-nascido com 12 dias de vida, nascido de parto vaginal a termo, sem intercorrências, está internado desde o nascimento por apresentar dificuldade de sucção, tremores, apneia, irritabilidade e hipotonia. A mãe não realizou o pré-natal. Ao exame físico, o recém-nascido apresenta fissuras palpebrais pequenas, lábio superior vermelho e fino, filtro plano e narinas antevertidas; peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do Z escore - 3. A tomografia computadorizada e a ressonância magnética de crânio apresentam resultados normais. Nesse caso, a hipótese diagnóstica mais provável é

A. sífilis congênita.

B. síndrome de Turner.

**C. síndrome alcoólico-fetal. ✓**

D. hipotireoidismo congênito.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro reúne dismorfismos faciais característicos, restrição de crescimento global e sinais neurológicos em um recém-nascido de mãe que não fez pré-natal, combinação que define a síndrome alcoólica fetal. O diagnóstico é clínico e se apoia em três eixos: as dismorfias faciais típicas (fissuras palpebrais curtas, filtro nasolabial plano, lábio superior fino e vermelho, narinas antevertidas), a restrição de crescimento pré e pós-natal com peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do escore Z -3, e a disfunção do sistema nervoso central, aqui expressa por tremores, irritabilidade, hipotonia, apneia e dificuldade de sucção, manifestações que também traduzem abstinência neonatal. A neuroimagem normal não afasta o diagnóstico, porque a lesão é funcional e microestrutural, não detectável em tomografia ou ressonância convencionais. A sífilis congênita cursaria com hepatoesplenomegalia, rinite sanguinolenta, exantema palmoplantar, pseudoparalisia de Parrot e alterações ósseas, jamais com esse padrão facial. A síndrome de Turner acomete meninas e se manifesta por linfedema de mãos e pés, pescoço alado e cardiopatia de câmaras esquerdas, sem alteração de filtro ou lábio. O hipotireoidismo congênito dá letargia, macroglossia, hérnia umbilical, icterícia prolongada e constipação, e não tremores, irritabilidade e a fácies descrita. Resposta C

**QUESTÃO 84 — Gabarito A**

Uma mulher com 32 anos de idade, primigesta, na 38ª semana de gestação, deu entrada na maternidade com queixa de dores em baixo ventre e perda de líquido pela vagina, em grande quantidade, há cerca de uma hora. Ao exame físico, apresentava temperatura de 36,5 °C, dinâmica uterina de uma contração de 30 segundos em 10 minutos, saída de líquido claro pelo orifício cervical externo do colo uterino, batimentos cardíacos fetais de 148 bpm, colo uterino pérvio para 3 cm e com esvaecimento de 40%. O resultado da cardiotocografia apresentou padrão tranquilizador. O exame de ultrassonografia realizado na sua admissão evidenciou feto único, com apresentação cefálica, índice de líquido amniótico = 7 cm, tônus fetal preservado, com movimentos respiratórios e corpóreos presentes. A imagem a seguir apresenta partograma com a evolução do quadro da parturiente nas primeiras 5 horas de internamento. As informações apresentadas indicam a ocorrência de

**A. fase latente do trabalho de parto. ✓**

B. parada secundária da dilatação.

C. parada secundária da descida.

D. parto taquitócico. questão questão 29 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a distinção entre fase latente e as distocias do trabalho de parto. Os dados de admissão já apontam a resposta: colo com 3 cm de dilatação, esvaecimento de apenas 40% e dinâmica uterina pobre, de uma contração de 30 segundos a cada 10 minutos. A fase ativa exige dilatação a partir de 4 a 5 cm associada a atividade uterina efetiva, com 2 a 3 contrações de 40 a 60 segundos em 10 minutos e progressão regular; nada disso está presente, de modo que as horas registradas correspondem à fase latente, período fisiologicamente prolongado e de progressão lenta, sobretudo em primigesta. Como o bem-estar fetal está preservado, com batimentos de 148 bpm, cardiotocografia tranquilizadora e líquido amniótico adequado, a conduta é expectante, não intervencionista. Parada secundária da dilatação só pode ser diagnosticada dentro da fase ativa, quando a dilatação permanece estacionária por duas horas ou mais em vigência de boa contratilidade. Parada secundária da descida pressupõe apresentação já insinuada e estacionada no mesmo plano de DeLee durante o período expulsivo, o que igualmente exige fase ativa estabelecida. Parto taquitócico é o oposto do observado: trabalho de parto hiperdinâmico, com desfecho em menos de quatro horas. Resposta A

**QUESTÃO 85 — Gabarito C**

Um homem com 50 anos de idade, ao ser atendido em um Serviço de Emergência, refere desconforto torácico descrito como sensação de aperto, com início há cerca de 90 minutos, sem fatores de alívio. Questionado a respeito da localização da dor, o paciente coloca a mão fechada sobre o lado esquerdo do peito. Informa, ainda, que o desconforto teve início após ter subido escadas, tendo evoluído também com náuseas, palidez cutâneo-mucosa e sudorese fria. O paciente é portador de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, estando em uso regular de enalapril - 20 mg/dia, de sinvastatina - 20 mg/dia e de ácido acetilsalicílico - 100 mg/dia. Durante o atendimento, foi realizado eletrocardiograma, cujo resultado está reproduzido a seguir. V1 V2 V3 V4 V5 V6 aVR aVL aVF II III II I Nessa situação, qual é o diagnóstico mais provável e o que se espera encontrar na curva enzimática do paciente no momento de sua chegada?

A. Angina variante de Prinzmetal; troponina e CPK-MB positivas.

B. Angina instável; marcadores de necrose miocárdica negativos.

**C. Infarto agudo do miocárdio inferolateral dorsal; mioglobina positiva. ✓**

D. Infarto agudo do miocárdio de parede lateral alta; elevações séricas de mioglobina e CK-MB.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dor torácica em aperto desencadeada por esforço, com sinal de Levine (o paciente poussa a mão fechada sobre o peito) e cortejo neurovegetativo de náuseas, palidez e sudorese fria, em hipertenso e dislipidêmico, configura síndrome coronariana aguda, e o traçado eletrocardiográfico apresentado na questão define a topografia inferolateral com extensão dorsal. O ponto fino está na cinética dos marcadores: com apenas 90 minutos de dor, o único marcador que já pode estar positivo é a mioglobina, que se eleva 1 a 2 horas após o início da necrose, enquanto troponina e CK-MB só sobem a partir de 3 a 6 horas. Daí a regra prática de que marcadores negativos na chegada não afastam infarto e obrigam dosagem seriada, e de que a reperfusão se decide pelo eletrocardiograma, não pela enzima. A angina de Prinzmetal ocorre tipicamente em repouso, por vasoespasmos, com supradesnívelamento transitório e sem necrose, e a alternativa ainda afirma troponina e CK-MB positivas, incompatíveis com 90 minutos de evolução. A angina instável está excluída porque o eletrocardiograma da questão caracteriza infarto, e não isquemia sem lesão miocárdica. A parede lateral alta corresponde a D1 e aVL, topografia distinta da apontada, e CK-MB elevada nesse tempo seria improvável. Resposta C

**QUESTÃO 86 — Gabarito A**

Na tabela a seguir, são apresentadas as distribuições, por regiões do Brasil, dos óbitos de crianças com até um ano de vida, segundo faixa etária, para o ano de 2013. Região Período do óbito Nascidos vivos 0 a 6 dias 7 a 27 dias 28 a 364 dias Região Norte 2 572 781 1 810 313 272 Região Nordeste 7 114 1 885 3 717 821 458 Região Sudeste 6 834 2 551 4 363 1 147 627 Região Sul 2 083 725 1 332 386 983 Região Centro-Oeste 1 648 537 1 012 234 687 Disponível em: <datasus.gov.br>. Acesso em: 17 mai. 2017. Considerando os dados apresentados nessa tabela, assinale a alternativa que apresenta a faixa etária com maior taxa de mortalidade no Brasil, em 2013, e as principais causas de óbito a ela associadas.

**A. Entre 0 e 6 dias, por anomalias congênitas e afecções perinatais. ✓**

B. Entre 7 e 27 dias, por doenças infecciosas e de origem nutricional.

C. Entre 0 e 6 dias, por doenças infecciosas e fatores socioambientais.

D. Entre 28 e 364 dias, por causas relacionadas à assistência direta ao parto. questão questão 30 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A tabela exige transformar número absoluto de óbitos em taxa, dividindo pelos nascidos vivos e somando as cinco regiões. Feito o cálculo, há cerca de 20 mil óbitos entre 0 e 6 dias para aproximadamente 2,9 milhões de nascidos vivos, algo em torno de 7 óbitos por mil nascidos vivos; entre 7 e 27 dias a taxa cai para cerca de 2 por mil e, entre 28 e 364 dias, fica próxima de 4 por mil. A maior taxa é, portanto, a do componente neonatal precoce, cujas causas predominantes são as afecções originadas no período perinatal (prematuridade, asfixia, desconforto respiratório, infecção perinatal) somadas às anomalias congênitas, perfil que reflete a qualidade da assistência pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. A opção do período de 7 a 27 dias erra a faixa e ainda atribui os óbitos a causas infecciosas e nutricionais, típicas do componente pós-neonatal. A alternativa que mantém a faixa de 0 a 6 dias mas culpa doenças infecciosas e fatores socioambientais erra a causa, pois esse é o perfil do período pós-neonatal, sensível a saneamento, nutrição e acesso a serviços. A faixa de 28 a 364 dias não tem a maior taxa e não se explica por assistência direta ao parto, fator ligado justamente ao óbito neonatal precoce. Resposta A

**QUESTÃO 87 — Gabarito B**

Um homem com 48 anos de idade procura uma Unidade Básica de Saúde queixando-se de olhos vermelhos, dor ocular à direita intensa e vômitos há 3 dias. Refere que sua acuidade visual piorou e que está enxergando “vultos”. No exame físico do paciente, verifica-se hiperemia conjuntival à direita e, no exame com luz direta, confirma-se midríase moderada não-reagente à luz. À palpação bilateral do bulbo, observa-se endurecimento à direita. A pressão arterial do paciente é de 165 x 95 mmHg. Nesse caso, qual o diagnóstico mais provável e o tipo de consulta oftalmológica mais apropriada?

- A. Glaucoma; consulta ambulatorial.
- B. Glaucoma; consulta de urgência. ✓**
- C. Uveíte anterior; consulta de urgência.
- D. Hemorragia subconjuntival; consulta ambulatorial.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Olho vermelho doloroso acompanhado de vômitos, queda da acuidade visual, midríase média não reagente à luz e globo endurecido à palpação é a apresentação clássica do glaucoma agudo por fechamento angular. O endurecimento do bulbo traduz a elevação abrupta da pressão intraocular, que explica também a dor intensa, o reflexo vagal com náuseas e vômitos, a visão de halos e vultos por edema de córnea e a pupila fixa em midríase média. A pressão arterial de 165 x 95 mmHg é reativa à dor, não a causa do quadro. O ponto decisivo é o tempo: a hipertensão ocular sustentada lesa o nervo óptico em poucas horas, com perda visual irreversível, de modo que o encaminhamento tem de ser de urgência oftalmológica, com redução imediata da pressão e iridotomia. Por isso a alternativa que acerta o diagnóstico mas propõe consulta ambulatorial eletiva está errada: o atraso custa a visão do paciente. A uveíte anterior cursa com hiperemia perilímbica, dor e fotofobia, porém com pupila em miose, sinéquias e tônus ocular normal ou reduzido. A hemorragia subconjuntival é indolor, não altera acuidade visual nem o tônus do globo e regride sozinha, o que a torna incompatível com o caso.

Resposta B

**QUESTÃO 88 — Gabarito C**

Uma mulher com 70 anos de idade, obesa e hipertensa, sofreu fratura de colo de fêmur após queda da própria altura, tendo sido submetida a fixação cirúrgica. Teve boa evolução no pós-operatório imediato e recebeu alta hospitalar 3 dias após a intervenção, em uso regular de enalapril, atorvastatina e codeína. Permaneceu acamada e dependente para cuidados pessoais. Cinco dias após a alta, apresentou dor torácica ventilatório-dependente, de início súbito, e foi levada a um hospital, onde chegou cerca de uma hora após o início da dor. Ao ser admitida no hospital, encontrava-se alerta, um pouco confusa, acianótica, com pulsos amplos e com ritmo regular. Apresentava frequência cardíaca = 130 bpm; pressão arterial = 140 x 100 mmHg; murmúrio vesicular difusamente reduzido; frequência respiratória = 34 irpm, com esforço moderado; saturação de O<sub>2</sub> em ar ambiente = 86% e com O<sub>2</sub> por cateter nasal a 3 L/min = 93%; edema em MID, com presença de cacofoia (+), do pé à raiz da coxa. O resultado do estudo radiológico simples de tórax mostrou pequeno derrame pleural à direita; seu hemograma apresentou-se normal, CPK = 207 UI/L (valor de referência: <165 UI/L), CPK-MB = 20 UI/L (valor de referência: < 25 UI/L), Dímero-D = 550 ng/mL (valor de referência: 68 a 494 ng/mL). O resultado do eletrocardiograma apontou taquicardia sinusal. Diante desse quadro, quais devem ser o medicamento para tratamento inicial e o exame complementar indicados para essa paciente?

- A. Alteplase; cintilografia pulmonar.
- B. Heparina; cineangiocoronariografia.
- C. Heparina; angiotomografia pulmonar. ✓**
- D. Alteplase; angiografia pulmonar por cateterismo. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Paciente recém-operada de fratura de colo de fêmur, acamada e dependente, que abre quadro súbito de dor torácica ventilatório-dependente com taquicardia, taquipneia, hipoxemia (saturação de 86% em ar ambiente) e edema unilateral de membro inferior tem tromboembolismo pulmonar até prova em contrário: pontuação alta no escore de Wells, com D-dímero elevado apenas reforçando a suspeita, pois nesse contexto o exame não tem poder de exclusão. A conduta é anticoagulação plena com heparina iniciada de imediato, mesmo antes da confirmação, e angiotomografia de tórax como exame confirmatório de escolha. A trombólise com alteplase se reserva ao TEP de alto risco, com instabilidade hemodinâmica ou choque, o que não ocorre aqui: a paciente está com pressão arterial de 140 x 100 mmHg, alerta e com pulsos amplos. A cineangiogramia investigaria doença coronariana, hipótese afastada pela dor pleurítica, pelo eletrocardiograma apenas com taquicardia sinusal e pela CK-MB dentro do valor de referência. A angiografia pulmonar por cateterismo, embora historicamente padrão-ouro, é invasiva e hoje reservada a casos duvidosos ou a intervenção dirigida, além de vir acompanhada, nessa alternativa, de uma trombólise sem indicação. Resposta C

**QUESTÃO 89 — Gabarito B**

Um homem com 54 anos de idade, casado, sem história familiar de câncer, solicita ao médico de família e comunidade que o atende em consulta de rotina, em uma Unidade Básica de Saúde, exame de sangue para “cheçar se tem câncer de próstata”. Tomando como referência que a sensibilidade e a especificidade da dosagem do antígeno prostático específico (PSA) pelo método do laboratório municipal, com ponto de corte em 4 ng/dL, são, respectivamente, 20% e 94%, com valor preditivo positivo de 33%, assinale a opção em que é apresentada a orientação que deve ser dada pelo médico ao paciente acerca do rastreamento de câncer de próstata.

- A. A probabilidade de o resultado da dosagem do PSA estar acima de 4 ng/dL, no caso de o paciente ter câncer de próstata, é de 80%.
- B. A probabilidade de o paciente ser submetido desnecessariamente a biópsia, caso o resultado seja positivo para câncer de próstata, é de 67%. ✓**
- C. A probabilidade de o paciente ter câncer de próstata, caso o resultado da dosagem do PSA esteja acima de 4 ng/dL, é de 94%.
- D. A probabilidade de o paciente ter câncer de próstata e este não ser diagnosticado a partir da dosagem do PSA é de 33%.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão testa a leitura clínica dos parâmetros de um teste diagnóstico, em especial o valor preditivo positivo. Um VPP de 33% significa que, entre os homens com PSA acima de 4 ng/dL, apenas um terço de fato tem câncer de próstata; logo, dois terços, ou 67%, seriam encaminhados a biópsia sem ter a doença, isto é, submetidos desnecessariamente ao procedimento e a seus riscos de sangramento, infecção e ansiedade. É exatamente esse raciocínio que sustenta a recomendação de decisão compartilhada e de não rastrear indiscriminadamente homens assintomáticos, pelo peso do sobrediagnóstico. A alternativa que fala em 80% inverte a sensibilidade: a probabilidade de o PSA estar acima do corte em quem tem a doença é a própria sensibilidade, ou seja, 20%. A que aponta 94% confunde especificidade com valor preditivo positivo, pois 94% é a proporção de resultados negativos corretos entre os homens sem câncer, e não a chance de ter câncer diante de um exame alterado. A última troca o VPP pela taxa de falso-negativo: com sensibilidade de 20%, seriam 80% dos doentes não detectados pelo teste, e não 33%. Resposta B

**QUESTÃO 90 — Gabarito D**

Um menino com 8 anos de idade foi encaminhado ao setor de emergência de um hospital pelo Corpo de Bombeiros. À admissão, a mãe do menino relata que, há 3 dias, ele começou a ter febre de 39 °C e tosse produtiva, com expectoração amarelada. Refere, ainda, que a criança apresentou piora significativa do estado geral nas últimas 24 horas, com redução do débito urinário. Ao exame físico, encontrava-se torporoso, taicárdico, taquidispneico, hipotenso, com pulsos finos, extremidades frias e cianóticas e enchimento capilar de 5 segundos. Os exames e respectivos resultados são apresentados a seguir: hemograma: leucócitos = 24.000/mm<sup>3</sup> (valor de referência: 4.000 a 10.000/mm<sup>3</sup>) bastões = 15%, segmentados = 50%. Gasometria: alcalose respiratória. Radiografia de tórax: condensação em todo pulmão direito. Nesse caso, nos primeiros 10 minutos, além de iniciar oxigenioterapia e antibioticoterapia, a conduta em relação ao acesso e à expansão volumétrica deve ser

- A. venoso central; soro glicofisiológico a 40 mL/kg.
- B. venoso central; soro fisiológico a 40 mL/kg.
- C. intraósseo; soro glicofisiológico a 20 mL/kg.

**D. intraósseo; soro fisiológico a 20 mL/kg. questão questão 31 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Criança com pneumonia extensa, febre, leucocitose com desvio à esquerda, torpor, taquicardia, hipotensão, extremidades frias e cianóticas, enchimento capilar de 5 segundos e oligúria está em choque séptico descompensado, e a questão cobra o pacote dos primeiros minutos preconizado pelo PALS. Nessa janela, o acesso vascular não pode depender de punção difícil: se o acesso venoso periférico não for obtido em uma ou duas tentativas, ou em cerca de 90 segundos, indica-se a via intraóssea, rápida, segura e com absorção equivalente à venosa. A expansão deve ser feita com cristalóide isotônico, isto é, soro fisiológico a 0,9%, em alíquotas de 20 mL/kg em bolus, repetíveis conforme a resposta clínica até 40 a 60 mL/kg, sempre com reavaliação de sinais de congestão. As alternativas que propõem acesso venoso central erram porque a punção central consome tempo, exige material e habilidade e atrasa a ressuscitação justamente nos 10 minutos iniciais, além de trazer maior risco de complicação em criança chocada. O soro glicofisiológico é inadequado como expansor: a glicose se redistribui rapidamente, não sustenta o volume intravascular e ainda agrava a hiperglicemia de estresse. Resposta D

**QUESTÃO 91 — Gabarito D**

Uma mulher com 20 anos de idade, primigesta na 19ª semana de gestação, procura o Pronto-Socorro com história de febre não medida há 24 horas e queixa de disúria, polaciúria, urgência miccional, dor lombar e náuseas. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, afebril, frequência cardíaca = 98 bpm, frequência respiratória = 25 irpm, pressão arterial = 90 x 60 mmHg, desidratada ++/4+ e com dor à punho-percussão da região lombar direita. Diante desse quadro clínico, a conduta adequada é

- A. internação hospitalar para hidratação e administração de analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos endovenosos; solicitação de urocultura e antibiograma para início de antibioticoterapia.
- B. acompanhamento na Unidade de Atenção Básica; solicitação de urocultura e antibiograma para início de antibioticoterapia por via oral.
- C. acompanhamento na Unidade de Atenção Básica; início do tratamento sintomático e antibioticoterapia por via oral.

**D. internação hospitalar para antibioticoterapia e hidratação endovenosas; administração de analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos. ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Gestante de 19 semanas com febre referida, disúria, polaciúria, urgência, náuseas, desidratação e dor à punho-percussão lombar direita tem pielonefrite aguda, e não cistite. Na gravidez, a pielonefrite é considerada infecção grave por si só, pelo risco de bacteremia, sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, trabalho de parto prematuro e perda gestacional. A conduta padrão é internação hospitalar com hidratação e antibioticoterapia endovenosa empírica, tipicamente uma cefalosporina de terceira geração, associada a analgésicos, antiespasmódicos e antieméticos, colhendo urocultura antes da primeira dose para ajuste posterior pelo antibiograma. A alternativa que interna mas condiciona o início do antibiótico ao resultado da urocultura erra gravemente, porque aguardar 48 a 72 horas expõe a paciente à progressão para sepse; o tratamento é empírico e imediato. As duas opções de acompanhamento na atenção básica com antibiótico oral são inadequadas para pielonefrite em gestante, ainda mais nesta, que já apresenta desidratação de ++/4+, taquipneia e pressão arterial de 90 x 60 mmHg, sinais de repercussão sistêmica que contraindicam manejo ambulatorial. Resposta D

**QUESTÃO 92 — Gabarito A**

Um homem com 58 anos de idade, em seguimento ambulatorial, apresenta radiografia da bacia mostrando lesões osteolíticas e um exame de antígeno prostático específico (PSA) = 35 ng/mL (valor de referência: < 4 ng/mL). Na ocasião, o médico solicitou a realização de biópsia transretal da próstata e cintilografia, cujos resultados revelaram a presença de um adenocarcinoma e de múltiplas lesões hipercaptantes em bacia e coluna vertebral. Nesse caso, qual deve ser o tratamento proposto ao paciente?

**A. Castração química ou cirúrgica. ✓**

B. Prostatectomia radical, seguida de quimioterapia adjuvante.

C. Cirurgia minimamente invasiva, com ressecção transuretral da próstata.

D. Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes, seguidas de prostatectomia radical. ÁREA LIVRE questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O conjunto formado por PSA de 35 ng/mL, biópsia transretal com adenocarcinoma de próstata e cintilografia com múltiplas lesões hipercaptantes em bacia e coluna, somado às lesões líticas na radiografia, define carcinoma de próstata metastático para o esqueleto, ou seja, doença sistêmica. Como o crescimento tumoral é androgênio-dependente, o tratamento de primeira linha é a supressão androgênica, obtida por castração química com agonista ou antagonista do LHRH, atentando para o bloqueio do flare inicial quando se usa agonista, ou por castração cirúrgica com orquiectomia bilateral, ambas com efeito equivalente sobre a testosterona sérica e com objetivo paliativo, de controle de doença e da dor óssea. A prostatectomia radical é tratamento de doença localizada ou localmente avançada, com intenção curativa, e não modifica a história natural de um paciente já com metástases ósseas difusas. A ressecção transuretral tem finalidade paliativa, para desobstrução do fluxo urinário, e não é terapia oncológica. Radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes seguidas de prostatectomia não constituem esquema estabelecido nesse cenário: a quimioterapia entra associada à hormonioterapia em doença de alto volume ou na fase resistente à castração, jamais como preparo cirúrgico. Resposta A

**QUESTÃO 93 — Gabarito A**

Um adolescente com 15 anos de idade é encaminhado à Unidade de Pronto Atendimento após ter apresentado vômitos e mal-estar em uma festa em que havia bebidas alcoólicas disponíveis. Em consulta, o paciente nega ter tomado tais bebidas. Ele é previamente hígido e também nega uso de medicamentos ou drogas ilícitas. Segundo relatos dos familiares que o acompanham, o paciente faz dieta para perder peso, sem acompanhamento médico, e fica muitas horas sem se alimentar. À admissão na unidade, ele apresenta hálito cetônico e está sonolento, orientado, desidratado, acianótico, hemodinamicamente estável, com frequência respiratória = 36 irpm, murmúrio vesicular fisiológico, abdome difusamente doloroso à palpação profunda e com os ruídos hidroaéreos diminuídos, saturação arterial de oxigênio em ar ambiente = 95%. Os exames complementares iniciais realizados na unidade revelaram: glicemia = 380 mg/dL (valor de referência: 99 mg/dL); gasometria arterial com pH = 7,24 (valor de referência: 7,35 a 7,45); PaO<sub>2</sub> = 100 mmHg (valor de referência: 83 a 108 mmHg); PaCO<sub>2</sub> = 40 mmHg (valor de referência: 35 a 45 mmHg); HCO<sub>3</sub> = 14 mmol/L (valor de referência: 22 a 29 mmol/L); BE = - 4 mmol/L (valor de referência: -2,0 a +2,0 mmol/L); SaO<sub>2</sub> = 98% (valor de referência: 95 a 99%); pesquisa de cetonemia positiva (valor de referência: negativa); Na<sup>+</sup> = 130 mEq/L (valor de referência: 135 a 145 mEq/L); K<sup>+</sup> = 2,9 mEq/L (valor de referência: 3,5 a 5,5 mEq/L); Cl<sup>-</sup> = 95 mEq/L (valor de referência: 96 a 109 mEq/L); amilase sérica = 120 U/L (valor de referência: < 90 U/L). Diante do quadro clínico descrito, quais são o diagnóstico mais provável e o tratamento inicial adequado para esse paciente?

**A. Cetoacidose diabética; hidratação com solução fisiológica e cloreto de potássio por via intravenosa.**

✓

B. Cetoacidose diabética; administração imediata de insulina por via endovenosa.

C. Cetoacidose secundária a pancreatite aguda; hidratação com solução fisiológica e antibioticoterapia por via intravenosa.

D. Cetoacidose alcoólica; hidratação com solução fisiológica e tiamina por via intravenosa. ÁREA LIVRE  
questão 32 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Adolescente com glicemia de 380 mg/dL, cetonemia positiva, hálito cetônico, acidose metabólica com bicarbonato de 14 mmol/L e pH de 7,24, além de respiração de Kussmaul traduzida pela frequência respiratória de 36 irpm, preenche os critérios de cetoacidose diabética, provavelmente como abertura de diabetes tipo 1; a dieta restritiva e o jejum prolongado são apenas o gatilho. O tratamento inicial é sempre volume, com solução fisiológica a 0,9%, que restaura a perfusão e já reduz a glicemia por diluição e por melhora da filtração renal. O detalhe que decide a questão é o potássio de 2,9 mEq/L: a insulina desloca potássio para o intracelular, e iniciá-la com caliemia abaixo de 3,3 mEq/L pode precipitar hipocalcemia grave, arritmia e parada respiratória, razão pela qual se repõe cloreto de potássio junto à hidratação e só depois se inicia a insulino-terapia. Isso invalida a alternativa que manda insulina endovenosa imediata. A hipótese de pancreatite não se sustenta, pois amilase discretamente elevada é achado frequente na própria cetoacidose, sem critérios diagnósticos de pancreatite nem indicação de antibiótico. A cetoacidose alcoólica cursa com glicemia normal ou baixa, o oposto do encontrado, e a tiamina se destina à profilaxia de Wernicke no etilista crônico. Resposta A

**QUESTÃO 94 — Gabarito C**

Um homem com 43 anos de idade, sem histórico de tabagismo, fez dosagem da sua glicemia de jejum em exame de rotina no serviço de medicina do trabalho, tendo sido encontrado como resultado o valor de 120 mg/dL (valor de referência: < 110 mg/dL). Devido ao quadro, foi encaminhado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para avaliação médica. O médico que o atendeu, não tendo detectado história familiar de diabetes melito, nem encontrado alterações em seu exame clínico, pediu novo exame para dosagem da glicemia em jejum, que apresentou o resultado de 120 mg/dL. Solicitou, então, dosagem de glicemia 2 horas pós-carga (pós-prandial) e dosagem de hemoglobina glicada, que apresentaram, respectivamente, os seguintes resultados: 160 mg/dL (valor de referência: < 140 mg/dL) e 6,1% (valor de referência: < 5,7%). O paciente foi orientado sobre alimentação saudável e mudanças de hábitos de vida. Nessa situação e de acordo com o estabelecido pelo Ministério da Saúde, quais devem ser o intervalo de tempo recomendado para reavaliação do paciente e a conduta médica adequada no retorno?

- A. A cada 3 meses; exame clínico na UBS.
- B. A cada mês; dosagem da glicemia em jejum.
- C. A cada ano; dosagem da glicemia em jejum. ✓**
- D. A cada 6 meses; dosagem da hemoglobina glicada.

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 43 anos com duas glicemias de jejum de 120 mg/dL, glicemia de 160 mg/dL duas horas após sobrecarga e hemoglobina glicada de 6,1% está na faixa do pré-diabetes: glicemia de jejum alterada, tolerância diminuída à glicose (140 a 199 mg/dL no teste de duas horas) e HbA1c entre 5,7% e 6,4%, sem alcançar nenhum dos pontos de corte de diabetes, que são 126 mg/dL em jejum, 200 mg/dL após sobrecarga ou HbA1c de 6,5%. A conduta preconizada pelo Ministério da Saúde nos Cadernos de Atenção Básica é a mudança de estilo de vida, com alimentação saudável, atividade física e perda ponderal, e reavaliação anual por nova dosagem de glicemia de jejum, exame simples, barato e disponível em toda a rede, já que a progressão para diabetes costuma ser lenta. Reavaliar a cada 3 meses com exame clínico ou mensalmente com glicemia corresponde ao seguimento de paciente diabético em ajuste terapêutico, sem benefício aqui e com custo desnecessário ao sistema. O controle semestral com hemoglobina glicada também é lógica de acompanhamento de diabético já diagnosticado, e não de quem apresenta apenas alteração glicêmica sem doença estabelecida. Resposta C

**QUESTÃO 95 — Gabarito A**

Um menino com 7 anos de idade é levado à emergência pediátrica devido a quadro de crise convulsiva generalizada. A mãe refere que a urina da criança está escura há 24 horas e nega febre. Ao exame físico, o paciente encontra-se sonolento; em período pós-ictal; corado; hidratado; com pressão arterial = 190 x 120 mmHg e frequência cardíaca = 120 bpm; RCR 2T, BNF, sem sopros. Apresenta discreto edema periorbitário bilateral; abdome sem alterações; ausculta respiratória sem alterações; pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficits focais; ausência de rigidez de nuca; pele dos membros inferiores com lesões cicatriciais de impetigo. Foi iniciado diurético de alça e mantida restrição hídrica para o paciente. Nessa situação, o exame mais importante para o seguimento, a longo prazo, da criança é

- A. dosagem de complemento sérico. ✓**
- B. ultrassonografia de vias urinárias.
- C. sedimentoscopia urinária.
- D. biópsia renal por agulha. questão questão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é uma glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica: escolar com urina escura (hematúria macroscópica), edema periorbitário, hipertensão grave (190x120 mmHg) que evoluiu para encefalopatia hipertensiva com crise convulsiva, e o elo epidemiológico clássico nas cicatrizes de impetigo dos membros inferiores (piodermite estreptocócica, com latência de 3 a 6 semanas). O marcador que orienta o seguimento a longo prazo é o complemento sérico: na forma pós-infecciosa o C3 está consumido na fase aguda e deve normalizar em até 8 semanas. Se o complemento permanecer baixo além desse prazo, o diagnóstico de glomerulonefrite pós-estreptocócica precisa ser abandonado e passa-se a investigar glomerulonefrite membranoproliferativa, nefrite lúpica ou doença por C3 — é exatamente essa decisão que a dosagem seriada permite tomar. A ultrassonografia de vias urinárias avalia anatomia e obstrução, achados que não fazem parte desta doença e que não mudam o prognóstico. A sedimentoscopia urinária é útil no diagnóstico inicial (hemácias dismórficas, cilindros hemáticos), mas a hematúria microscópica pode persistir por meses a dois anos mesmo na evolução benigna, de modo que não define conduta. A biópsia renal é reservada aos cursos atípicos — justamente aqueles em que o complemento não normaliza, a função renal se deteriora ou há síndrome nefrótica persistente —, não sendo exame de seguimento de rotina. Resposta A

**QUESTÃO 96 — Gabarito A**

Uma mulher com 52 anos de idade, Gesta 3 Para 2 Aborto 1, foi encaminhada ao ambulatório de mastologia para avaliação. A paciente não apresentava queixas mamárias e não possuía história familiar de câncer. Ao exame físico, não foram encontradas alterações na mama direita da paciente e, na mama esquerda, foi identificado espessamento sem nódulos palpáveis. O resultado da mamografia de rotina, realizada recentemente pela paciente, é de BIRADS 3. Diante desse quadro clínico, a conduta indicada é

- A. informar que o resultado do exame é provavelmente benigno e que o acompanhamento pode continuar a ser feito no serviço de atenção primária, com repetição da mamografia em 6 meses. ✓**
- B. informar que o resultado do exame é normal e que o atendimento pode continuar a ser feito no serviço de atenção primária, com avaliação clínica anual e repetição da mamografia em 2 anos.
- C. informar que o resultado do exame é inconclusivo e solicitar a realização de ultrassonografia mamária complementar, mantendo o acompanhamento no serviço de atenção secundária.
- D. informar que o resultado do exame é sugestivo de malignidade e indicar biópsia mamária imediata no serviço de atenção secundária. ÁREA LIVRE questão 33 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra a conduta correspondente a cada categoria do sistema BI-RADS na mamografia de rastreamento. BI-RADS 3 significa achado provavelmente benigno, com valor preditivo positivo para malignidade inferior a 2%, e a recomendação padronizada é o seguimento por imagem em intervalo curto — repetir a mamografia em 6 meses e manter o controle até completar dois a três anos de estabilidade. Como se trata de acompanhamento por imagem em mulher assintomática, sem nódulo palpável e sem história familiar, esse seguimento pode ser conduzido na atenção primária, sem necessidade de referenciar a paciente à atenção secundária. A alternativa que descreve resultado normal com retorno em 2 anos corresponde às categorias BI-RADS 1 (negativa) e 2 (achado benigno), que devolvem a mulher ao rastreamento habitual — não é o caso. A alternativa do exame inconclusivo com necessidade de método complementar descreve o BI-RADS 0, categoria de avaliação incompleta, situação diferente da apresentada. A alternativa que fala em achado sugestivo de malignidade com biópsia imediata corresponde ao BI-RADS 4 e 5, nos quais a probabilidade de câncer justifica estudo histopatológico. Vale registrar que o espessamento localizado na mama esquerda merece vigilância clínica, e alguns examinadores discutiriam a complementação com ultrassonografia; ainda assim, a categoria mamográfica informada define a conduta cobrada. Resposta A

**QUESTÃO 97 — Gabarito D**

Um menino com 12 anos de idade é levado ao Pronto-Socorro de um hospital de referência por uma unidade de suporte avançado, após acidente de carro com colisão frontal. O paciente recebeu 2 litros de Ringer Lactato e foi mantido sob máscara de oxigênio a 10 L/min. Queixava-se de dor abdominal difusa de forte intensidade e referia que estava usando cinto de segurança de dois pontos quando se acidentou. Ao exame físico, apresentou: pressão arterial = 80 x 60 mmHg; frequência cardíaca = 122 bpm; frequência respiratória = 26 irpm; Glasgow = 13; temperatura esofágica = 34,0 °C. Os exames laboratoriais realizados na ocasião mostraram: Hb = 9,0 g/dL (valor de referência: 12 a 14 g/dL); Ht = 27% (valor de referência: 36 a 42%); fibrinogênio = 65 mg/dL (valor de referência: 150 a 400 mg/dL); INR = 1,7 (valor de referência: < 1,3); gasometria arterial com pH = 7,26 (valor de referência: 7,35 a 7,45), pO<sub>2</sub> = 222 mmHg (valor de referência: > 80 mmHg), pCO<sub>2</sub> = 29 mmHg (valor de referência: 35 a 45 mmHg), HCO<sub>3</sub> = 18 (valor de referência: 22 a 26); BE = -6 (valor de referência: +2 a -2); saturação de O<sub>2</sub> = 100% (valor de referência: > ou igual 94%); lactato = 3,8 (valor de referência: < 2). O resultado da tomografia de abdome do paciente mostrou lacerações esplênica e hepática grau IV, e grande distensão de alças de intestino delgado. Mesmo com transfusão maciça, o paciente evoluiu com episódios frequentes de hipotensão arterial. Nesse caso, as condutas indicadas são

- A. embolização arteriográfica das lesões do baço e do fígado.
- B. tratamento conservador, não operatório, do baço e do fígado.
- C. laparotomia exploradora com esplenectomia e rafia da lesão hepática.

**D. laparotomia exploradora com esplenectomia, packing hepático e peritoniotomia. ÁREA LIVRE questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trata-se de politraumatizado pediátrico em choque hemorrágico refratário com a tríade letal instalada: hipotermia (temperatura esofágica de 34 °C), acidose metabólica (pH 7,26, HCO<sub>3</sub> 18, BE -6, lactato 3,8) e coagulopatia (INR 1,7 com fibrinogênio de 65 mg/dL). Ele já recebeu cristalóide e transfusão maciça e permanece hipotenso, com lesões de baço e fígado grau IV e distensão importante de alças — quadro que indica cirurgia para controle de danos. A conduta é a laparotomia abreviada: esplenectomia para eliminar de imediato a fonte de sangramento, packing hepático para tamponar a laceração sem tentar reconstrução, e abdome aberto (peritoniotomia), que encurta o tempo operatório, permite o reaquecimento e a correção da coagulopatia na UTI e previne a síndrome compartimental abdominal, risco concreto diante da grande distensão de alças. A embolização arteriográfica pressupõe estabilidade hemodinâmica suficiente para transporte e tempo de sala de hemodinâmica, o que este paciente não tem. O tratamento conservador do trauma de baço e fígado, ainda que preferencial na criança, exige resposta sustentada à reposição volêmica; a hipotensão recorrente apesar da transfusão maciça é exatamente o critério de falha que contraindica essa via. A laparotomia com esplenectomia e rafia hepática representa cirurgia definitiva em tempo único, prolongando o procedimento e o fechamento da parede em paciente hipotérmico, acidótico e coagulopata — a combinação que aumenta a mortalidade e que o controle de danos existe para evitar. Resposta D

**QUESTÃO 98 — Gabarito D**

Um homem com 18 anos de idade procura a Unidade Básica de Saúde com queixas de indisposição, poliúria, polidipsia e perda ponderal de 5 kg nos últimos 4 meses. Realizou teste de glicemia de jejum no dia anterior, cujo resultado foi de 382 mg/dL. O paciente relata que não há história de diabetes melito na família. Ao exame físico, constata-se índice de massa corporal = 20,9 kg/m<sup>2</sup>; circunferência abdominal = 90 cm; pressão arterial = 123 x 82 mmHg; não se observa acantose nigricans. O resultado do exame clínico dos aparelhos circulatório e respiratório do paciente é normal. Diante desse quadro, o médico introduziu insulinas NPH e regular de imediato e encaminhou o paciente ao endocrinologista para seguimento. Nessa situação, a orientação médica adequada a esse paciente e seus familiares é

- A. a introdução de dieta hipocalórica, para perda de 5 a 10% do peso e redução mais rápida da glicemia.

- B. a suspensão da dieta e da insulina em casos de síndromes febris ou diarreia, para diminuir riscos de hipoglicemia.
- C. a suspensão da insulina NPH quando a glicemia de jejum for menor que 100 mg/dL, devido ao risco de hipoglicemia.

**D. o adiamento do início de atividade física, pois existe o risco do paciente desenvolver cetoacidose glicêmica nesse momento. ÁREA LIVRE questão 34 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente magro (IMC 20,9), sem história familiar, sem acantose nigricans, com poliúria, polidipsia e perda ponderal em quatro meses e glicemia de 382 mg/dL: o quadro é de diabetes melito tipo 1 de início recente, com deficiência insulínica franca e risco iminente de cetoacidose, motivo pelo qual a insulinização imediata foi correta. A orientação cobrada segue a mesma lógica: com hiperglicemia acentuada e insulinopenia ainda não compensada, o exercício é contraindicado nesse momento, pois na vigência de insulina insuficiente o esforço aumenta os hormônios contrarreguladores, eleva a lipólise e a cetogênese e pode precipitar cetoacidose em vez de reduzir a glicemia. A atividade física entra depois, com o paciente estabilizado, esquema ajustado e monitorização de glicemia e cetonas. A dieta hipocalórica para perda de 5 a 10% do peso é orientação de diabetes tipo 2 com sobrepeso; aqui o paciente é eutrófico e já perdeu 5 kg por catabolismo, e restringir calorias agrava a situação. Suspender dieta e insulina em quadros febris ou diarreia é o erro mais grave da questão: as regras dos dias de doença determinam nunca omitir a insulina basal, porque a doença aguda aumenta a resistência insulínica e a suspensão leva justamente à cetoacidose — ajusta-se a dose e garante-se hidratação e aporte de carboidrato. Suspender a NPH quando a glicemia de jejum estiver abaixo de 100 mg/dL também é incorreto: a basal não se omite, reduz-se a dose e se investiga o padrão glicêmico, sob pena de hiperglicemia de rebote e cetose. Resposta D

#### QUESTÃO 99 — Gabarito D

Uma adolescente com 16 anos de idade é trazida à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela mãe, apresentando quadro de tristeza e amenorreia há 4 meses. A mãe relata que o comportamento da adolescente tem mudado desde que ela passou a frequentar o grupo de dança da comunidade onde mora, há um ano. Informa que, desde então, a filha vem perdendo peso e tem se alimentado apenas com frutas e verduras, recusando-se a participar dos eventos familiares e se isolando de amigos da escola, embora continue a frequentar com assiduidade o grupo de dança. Ao exame físico, a adolescente mostra-se triste e pouco interativa, está hipocorada, hidratada, eupneica. Apresenta índice de massa corporal = 15 kg/m<sup>2</sup>; pressão arterial = 90 x 50 mmHg; frequência cardíaca = 55 bpm. Observa-se discreto aumento do volume das parótidas bilateralmente. Exames laboratoriais realizados na UBS mostram anemia normocrômica/normocítica, elevação de aminotransferases, hiponatremia, normocalemia e nível de creatinina normal. Diante do quadro clínico apresentado, o diagnóstico e a conduta mais apropriada a ser tomada pelo médico de família são

- A. quadro de depressão na adolescência, de grau grave; encaminhar a paciente para internação psiquiátrica e orientar a família acerca do risco de suicídio e comprometimento do desenvolvimento psicomotor.
- B. quadro provável de depressão na adolescência, de grau leve a moderado; prescrever inibidor da recaptura da serotonina na UBS e orientar a família a respeito dos aspectos normais da adolescência.
- C. quadro provável de transtorno alimentar moderado; solicitar a realização de recordatório alimentar, com acompanhamento na UBS, e orientar a família a respeito de alimentação saudável na adolescência.

**D. quadro de transtorno alimentar grave; encaminhar para a unidade hospitalar de referência e orientar a família acerca da importância da busca de ajuda especializada e seguimento do tratamento na UBS após internação. ÁREA LIVRE questão ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O conjunto restrição alimentar seletiva, perda ponderal progressiva, prática intensa de dança, isolamento social e amenorreia há quatro meses configura transtorno alimentar, e os dados objetivos definem gravidade: IMC de 15 kg/m<sup>2</sup>, bradicardia de 55 bpm, hipotensão de 90x50 mmHg, anemia, hiponatremia e elevação de aminotransferases — hepatite da desnutrição. O aumento bilateral de parótidas é sinal clássico de comportamento purgativo associado. Cada um desses achados figura entre os critérios de internação em anorexia nervosa (IMC muito baixo ou peso abaixo de 75% do esperado, bradicardia, hipotensão, distúrbio hidroeletrólítico e disfunção orgânica), de modo que a conduta é encaminhar a unidade hospitalar de referência para estabilização clínica e renutrição vigiada, com retorno ao seguimento longitudinal na UBS depois da alta, mantendo a família engajada no tratamento especializado. Rotular o caso como depressão grave e enviar para internação psiquiátrica ignora que a instabilidade cardiovascular e metabólica é o risco de vida imediato e que o núcleo psicopatológico é a restrição alimentar com distorção da imagem corporal. Chamar de depressão leve a moderada, prescrever inibidor seletivo da recaptação de serotonina e tranquilizar a família como se fosse variação normal da adolescência é banalizar um quadro de risco. Classificar como transtorno alimentar moderado e manter recordatório alimentar ambulatorial subestima os parâmetros de gravidade já presentes e retarda a intervenção que o caso exige. Resposta D

**QUESTÃO 100 — Gabarito D**

Uma criança do sexo masculino, com 8 anos de idade, é atendida em consulta com médico de Unidade Secundária de Saúde para avaliação de transtorno de comportamento. A mãe relata que o filho perde material escolar com frequência, costuma esquecer as tarefas do dia-a-dia e demora a atender quando chamado pelo nome. Informa, ainda, que a criança é repreendida na escola por não parar no mesmo lugar, levantar-se o tempo todo da cadeira, falar demais e intrometer-se na conversa alheia, além de ter notas ruins. O exame clínico não evidencia anormalidades. O diagnóstico e a conduta adequados ao caso são

- A. desenvolvimento normal, com comportamentos comuns na infância; orientar a família.
- B. transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; iniciar tratamento com risperidona.
- C. transtorno do espectro autista; encaminhar o paciente para atendimento especializado.

**D. transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; iniciar tratamento com metilfenidato. ÁREA LIVRE questão 35 INEP1703 | 001-ProvaObjetiva-V1-Manhã REVALIDA 2017 | Qual o grau de dificuldade da prova? (A) Muito fácil. (B) Fácil. (C) Médio. (D) Difícil. ✓**

- E. Muito difícil. II Considerando a extensão da prova, em relação ao tempo total, você considera que a prova foi (A) muito longa. (B) longa. (C) adequada. (D) curta. (E) muito curta. III Os enunciados das questões da prova estavam claros? (A) Sim, todos. (B) Sim, a maioria. (C) Cerca da metade. (D) Poucos. (E) Não, nenhum. 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 pergunta pergunta pergunta V Qual a maior dificuldade encontrada ao responder a prova? (A) Desconhecimento do conteúdo. (B) Forma diferente de abordagem do conteúdo. (C) Extensão das questões. (D) Falta de motivação para fazer a prova. (E) Não tive qualquer tipo de dificuldade em responder a prova. VI Você já participou, no Brasil, de outro(s) processo(s) de revalidação de diploma de Medicina obtido no exterior? (A) Sim. (B) Não. pergunta pergunta Questionário de percepção sobre a prova As perguntas abaixo visam obter sua opinião sobre a qualidade da prova que você acabou de realizar. Para cada uma delas, assinale a opção correspondente à sua opinião, nos espaços próprios do Cartão-Resposta. Agradecemos a sua colaboração. REVALIDA2017

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O relato reúne os dois domínios sintomáticos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: desatenção (perde material escolar, esquece tarefas cotidianas, parece não escutar quando chamado) e hiperatividade/impulsividade (não permanece sentado, fala em excesso, interrompe conversas). Pelo DSM-5, o diagnóstico exige sintomas persistentes, com início antes dos 12 anos, presentes em pelo menos dois ambientes e com prejuízo funcional claro — aqui há manifestações em casa e na escola, com queda do rendimento, e o exame clínico normal afasta causa orgânica evidente. O tratamento de primeira linha em escolares é o psicoestimulante, sendo o metilfenidato a droga de escolha, associado a intervenções comportamentais e à orientação de escola e família. Considerar desenvolvimento normal é insustentável: comportamento próprio da idade não produz repercussão acadêmica e social em múltiplos contextos. A risperidona é antipsicótico atípico, reservado a agressividade grave, irritabilidade no transtorno do espectro autista e comorbidades específicas, não sendo primeira linha para TDAH e expondo a criança a ganho de peso e sintomas extrapiramidais sem necessidade. O transtorno do espectro autista exigiria déficits persistentes de comunicação e interação social recíproca somados a comportamentos restritos e repetitivos, ausentes na descrição — a dificuldade de atender ao chamado, isolada, traduz desatenção. Resposta D