



HCPA — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

Recém-nascido com 36 semanas de idade gestacional, filho de mãe internada em CTI-COVID, submetida a cesariana devido às condições clínicas de deterioração, sem outros fatores de risco perinatais, terá alta hospitalar com o pai e a avó, ao completar 84 horas de vida. Recebeu leite humano do banco de leite e fórmula láctea de primeiro semestre devido à impossibilidade clínica da mãe. Neste período pandêmico, recomenda-se que a triagem metabólica neonatal (teste do pezinho) seja realizada

- A. no momento do nascimento, na Maternidade.
- B. no momento da alta, na Maternidade. ✓**
- C. do terceiro ao sétimo dia de vida, na UBS.
- D. até o trigésimo dia de vida, na UBS.

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste do pezinho tem janela ideal entre 48 horas e o 5o dia de vida: antes de 48h a fenilalanina ainda não subiu (falso-negativo para fenilcetonúria) e após o 5o dia atrasa o tratamento do hipotireoidismo congênito. Este RN completa 84 horas (3,5 dias) na alta, já dentro da janela válida e com aporte proteico (leite humano/fórmula). Como a família é vulnerável (mãe em CTI-COVID), coletar na própria maternidade evita a perda de seguimento — não se adia para a UBS (C/D) nem se colhe ao nascer (A), quando o resultado seria falso-negativo. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Recém-nascido com 37 semanas de idade gestacional (parto cesáreo), com escore de Apgar 9/10, foi considerado adequado para a idade gestacional. A mãe teve a bolsa rota no momento do parto, e o líquido amniótico era claro. Logo após o nascimento, a criança passou a apresentar taquipneia. Ao exame físico, com 6 horas de vida, a ausculta pulmonar não revelou alterações, mas foram constatadas retrações intercostais. O hemograma indicou hemoglobina de 15 g/dl, hematócrito de 45 g/dl, leucócitos de 24.000/mm³ (pró-mielócitos de 2%, bastonados de 10%, segmentados de 60%), e a proteína C reativa, 5 mg/l. O raio X de tórax encontra-se reproduzido abaixo. Diante do quadro, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Doença da membrana hialina
- B. Seps neonatal precoce
- C. Taquipneia transitória do recém-nascido ✓**
- D. Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquipneia que começa logo após o nascimento em RN de 37 semanas de cesárea, com ausculta limpa, apenas retrações leves, PCR normal (5 mg/l) e evolução sem toxemia: é a taquipneia transitória, por retardo na absorção do líquido pulmonar — típica de cesárea sem trabalho de parto. A membrana hialina (A) exige prematuridade com deficiência de surfactante e da vidro fosco difuso com broncogramas, não ausculta normal. Seps precoce (B) careceria de fator de risco (bolsa rota no parto, líquido claro) e teria PCR/clínica progressivas. Hipertensão pulmonar (D) cursa com cianose e labilidade da saturação. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Paciente com 38 semanas de gestação, sem acompanhamento pré-natal, foi trazida à Emergência Obstétrica por sinais de trabalho de parto em evolução. A cardiotoecografia revelou frequência cardíaca de 60 bpm, sem outras manifestações. A ultrassonografia obstétrica à beira do leito mostrou um bebê bem desenvolvido, sem sinais de alarme. Devido à bradicardia, foi indicada interrupção do parto, sendo o recém-nascido atendido na Sala de Parto. À exceção da frequência cardíaca baixa, o exame clínico foi normal, com escore de Apgar 9/9. O eletrocardiograma demonstrou bloqueio atrioventricular total. Sobre esse bloqueio de apresentação fetal e neonatal, assinale a assertiva correta.

- A. Bradicardia fetal persistente não justifica a investigação de bloqueio atrioventricular ao nascimento.
- B. É pouco frequente que a primeira manifestação de lúpus, artrite reumatoide, síndrome de Sjögren ou esclerose múltipla na gestação esteja relacionada ao diagnóstico de um bloqueio atrioventricular ainda durante a vida fetal.
- C. Hidropsia fetal é incomum nas formas graves, não sendo um marcador de mau prognóstico.

D. Pode ocorrer sem lesões cardíacas estruturais associadas, sendo usualmente secundário à presença de colagenose materna, com ou sem expressão clínica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Bradicardia fetal fixa em torno de 60 bpm, com coração estruturalmente normal e Apgar 9/9, e a assinatura do bloqueio atrioventricular total congênito: os autoanticorpos maternos anti-Ro/SSA e anti-La/SSB atravessam a placenta e lesam o nó AV, muitas vezes em mães ainda assintomáticas — o diagnóstico do bebê e que revela a colagenose. Por isso A erra (bradicardia persistente obriga investigar BAV) e B erra (justamente a estreia do lúpus/Sjögren nessa via e bem descrita). C inverte o prognóstico: hidropsia fetal é comum nas formas graves e marca mau prognóstico. Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional recebeu alta do alojamento conjunto aos 2 dias de vida (mãe O negativo e neonato O positivo, com Coombs direto negativo). Ao exame físico, constatou-se icterícia na zona 2 de Kramer. Foram realizadas mensurações transcutâneas da bilirrubina no polo cefálico (12,5 mg/dl) e no tórax (10,5 mg/dl), sendo a icterícia classificada na zona de baixo risco de Bhutani. A mãe perguntou se era adequado expor o filho a banho de sol por 10-15 minutos/dia para redução da icterícia neonatal. Que orientação antes da alta hospitalar, dentre as abaixo, deve ser fornecida a ela?

- A. Exposição ao sol pode não reduzir a icterícia e, ainda, aumentar o risco de doenças futuras se a exposição solar for desprotegida. ✓**
- B. Exposição ao sol, além de reduzir a icterícia, melhora os níveis de vitamina D.
- C. Somente exposição à luz solar filtrada está indicada para reduzir a icterícia.
- D. Banho de sol por 10-15 minutos deve ser feito todas as manhãs antes das 8 horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Banho de sol não é tratamento de icterícia. A luz solar tem espectro heterogêneo e dose incontrollável, não reproduz a fototerapia (azul, 460-490 nm), e a exposição desprotegida na infância aumenta o risco de queimadura, fotoenvelhecimento e câncer de pele — por isso a SBP recomenda evitar exposição solar direta antes dos 6 meses. B e D vendem benefício não comprovado e ainda estimulam a exposição; C inventa uma 'luz filtrada' terapêutica que não existe. O caso, aliás, é de icterícia fisiológica em zona de baixo risco de Bhutani: só exige reavaliação clínica. Resposta A.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Recém-nascido com 39 semanas de idade gestacional (parto vaginal), com escore de Apgar 9 no quinto minuto, apresentou taquipneia com 6 horas de vida. A mãe tinha diagnóstico de infecção urinária. O hemograma da criança evidenciou leucocitose, a dosagem de pro- teína C reativa foi de 1 mg/l e a hemocultura ainda se encontrava em análise. Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Aguardar o resultado da hemocultura e a evolução clínica para definir a necessidade de antibioticoterapia. ✓**
- B. Tratar com penicilina procaína intramuscular 1 vez/dia até a definição do antibiograma.
- C. Tratar com vancomicina intramuscular para cobertura de bactérias como Streptococcus do grupo B, Listeria monocytogenes e Staphylococcus aureus.
- D. Tratar com ampicilina e gentamicina intravenosas para cobertura de bactérias como Streptococcus do grupo B, Listeria monocytogenes e Escherichia coli. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A infecção urinária materna, isolada e sem corioamnionite, não é fator de risco maior para sepse neonatal precoce. O RN de termo, com Apgar 9, taquipneia isolada e PCR de 1 mg/l (normal) — perfil de 'observação clínica' nos algoritmos de risco de sepse: manter vigilância, aguardar hemocultura e só tratar se houver deterioração ou marcadores em ascensão. Iniciar antibiótico às cegas (B, C, D) expõe a resistência e a disbiose. Vale a pena: se houvesse indicação, o esquema correto seria ampicilina + gentamicina IV, nunca penicilina IM ou vancomicina. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Paciente com HIV positivo, com 39 semanas de gestação, chegou ao Centro Obstétrico em trabalho de parto. Em situações como essa, inúmeros fatores devem ser observados quanto ao risco de transmissão vertical do vírus. Qual a principal modificação proposta pelo Ministério da Saúde, através da Nota Técnica emitida em março de 2021, acerca do manejo de recém-nascidos expostos ao HIV?

- A. Clampeamento tardio do cordão umbilical para mães com carga viral recentemente indetectável.
- B. Uso do esquema triplice de antirretrovirais (zidovudina + lamivudina + raltegravir) por 28 dias para os recém-nascidos a termo com alto risco de transmissão vertical do HIV. ✓**
- C. Possibilidade de amamentação ao seio materno se a carga viral materna tiver sido indetectável no terceiro trimestre.
- D. Dispensa de administração de zidovudina injetável no periparto à gestante se tiver havido boa adesão aos antirretrovirais durante a gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Nota Técnica de março de 2021 estratificou o RN exposto pelo risco de transmissão vertical: no alto risco (mãe sem TARV, com má adesão ou carga viral detectável próxima ao parto), o esquema deixou de ser zidovudina isolada e passou a ser triplo — AZT + lamivudina + raltegravir por 28 dias. As demais alternativas contrariam pilares que não mudaram: no Brasil a amamentação segue contraindicada mesmo com carga viral indetectável (C), a AZT injetável intraparto continua indicada conforme carga viral (D), e o clampeamento não é o cerne da nota (A). Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Paciente grávida de 3 meses (gestação prévia e atual sem intercorrências) demonstrou interesse em continuar amamentando o filho de 2 anos após o nascimento do bebê, mas tinha dúvida de que seu desejo pudesse ser prejudicial para a gestação ou para alguma das crianças. Qual a recomendação mais adequada nessa situação?

- A. Desmamar o filho mais velho imediatamente.
- B. Desmamar o filho mais velho gradualmente antes do nascimento do outro filho.
- C. Desmamar o filho mais velho assim que o outro filho nascer.
- D. Manter a amamentação do filho mais velho se essa for a vontade materna. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Amamentar durante a gestação e seguro em gestação de risco habitual, sem história de prematuridade, abortamento de repetição ou sangramento. A ocitocina liberada na sucção não desencadeia trabalho de parto em útero sem receptores maduros, e o aleitamento em tandem após o nascimento é possível — a mama produz colostro para o recém-nascido, que deve ter prioridade nas mamadas. Impor desmame (A, B, C) e conduta sem respaldo e desnecessariamente iatrogena do ponto de vista do vínculo. A decisão é da mãe. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Lactente de 2 meses vinha apresentando tosse e febrícula há 7 dias. A mãe não realizou pré-natal, o parto foi vaginal, a idade gestacional por Capurro foi de 39 semanas e o peso ao nascimento de 3.400 g. Houve registro de disúria no terceiro trimestre da gestação, única intercorrência no período. A família não tinha comorbidades conhecidas. Ao exame, a criança encontrava-se taquipneica, sem retrações, com raros sibilos à ausculta pulmonar e temperatura axilar de 37,5°C. A tosse era em staccato. A saturação de oxigênio era de 95%. O hemograma indicou hemoglobina de 10,5 g/dl e leucócitos de 12.000/mm³ (10% de eosinófilos), sem outras alterações. O raio X de tórax evidenciou opacidades bilaterais, principalmente na região mais central dos pulmões, e leve aprisionamento de ar. Assinale a alternativa que contempla o diagnóstico mais provável e o tratamento adequado.

- A. Bronquiolite por vírus sincicial respiratório - palivizumabe
- B. Pneumonia por *Streptococcus pneumoniae* - cefuroxima
- C. Pneumonia por *Chlamydia trachomatis* - azitromicina - na ✓**
- D. Pneumonia por SARS-CoV-2 - dexametasona

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses, afebril ou com febrícula, tosse em staccato (acessos secos e entrecortados sem guincho), taquipneia sem toxemia, eosinofilia e infiltrado intersticial bilateral com hiperinsuflação: é a pneumonia afebril do lactente por *Chlamydia trachomatis*, adquirida no canal de parto da mãe sem pré-natal. O tratamento é macrolídeo — azitromicina. Bronquiolite (A) não se trata com palivizumabe, que é profilaxia. Pneumococo (B) daria febre alta, consolidação lobar e leucocitose neutrofílica. SARS-CoV-2 (D) não justifica eosinofilia, e dexametasona só vale para hipoxemia. Resposta C.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Dois irmãos, um de 3 e outro de 6 anos, apresentaram escore Z para IMC/Idade de 1,5. Qual a classificação antropométrica do estado nutricional de ambos os irmãos?

- A. Adequada para as duas crianças
- B. Risco de sobrepeso para as duas crianças
- C. Adequada para a criança de 3 anos e sobrepeso para a de 6 anos

D. Risco de sobrepeso para a criança de 3 anos e sobrepeso para a de 6 anos ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Os pontos de corte do escore Z de IMC/idade mudam aos 5 anos. Abaixo de 5 anos, entre +1 e +2 é 'risco de sobrepeso' (sobrepeso só acima de +2). De 5 a 19 anos, a faixa de +1 a +2 já é 'sobrepeso' (obesidade acima de +2). Logo, o mesmo escore Z de 1,5 classifica a criança de 3 anos como risco de sobrepeso e a de 6 anos como sobrepeso. Assumir classificação única para as duas (A e B) ignora a troca de curva, e C inverte a leitura da criança menor. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Lactente de 6 meses foi trazido pela mãe à UBS, tendo sido diagnosticado com bronquiolite viral aguda. Estava afebril, hidratado, mamando bem ao seio materno, sem sinais de esforço respiratório. Não apresentava comorbidades, e as vacinas estavam em dia. A mãe fora diagnosticada com covid-19 por teste PCR (polymerase chain reaction) há 5 dias. O teste PCR para SARS-CoV-2 da criança, realizado no dia seguinte à consulta, também indicou resultado positivo. O estado clínico do paciente permanecia inalterado. Que conduta, dentre as abaixo, deve ser adotada?

A. Orientar a mãe sobre a necessidade de reavaliação médica urgente caso surjam sinais clínicos de gravidade. ✓

B. Prescrever prednisolona para a criança e revisar suas condições em 24-48 horas.

C. Solicitar hemograma, dosagem de proteína C reativa e raio X de tórax para a criança e revisar suas condições em 24 horas.

D. Encaminhar a criança para internação hospitalar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bronquiolite viral aguda com covid-19 em lactente afebril, hidratado, mamando bem, sem esforço respiratório e sem comorbidade e doença leve: o manejo é domiciliar, e o que muda é o desfecho e orientar a mãe sobre os sinais de alarme (gemência, tiragem, recusa alimentar, sonolência, cianose) e retorno imediato. Corticoide (B) não tem benefício em bronquiolite e pode prejudicar. Exames (C) não alteram conduta em quadro leve e expõem a criança. Internar (D) é desproporcional e ainda aumenta risco de infecção cruzada. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Menina de 5 anos foi trazida à Emergência por quadro de febre, lesões aftosas e adenite cervical. A mãe relatou que, no último ano, a filha apresentara episódios recorrentes de amigdalite, acompanhados de dor abdominal, artralgias, adenomegalias e febre, com duração de 4 dias. Nas crises, costumava fazer uso de antibióticos por 10 dias. Ao exame físico, a paciente encontrava-se em bom estado geral, mas foram observadas adenomegalias não dolorosas bilaterais na região cervical anterior, lesões tipo aftas na cavidade oral e amígdalas hiperemiadas sem placas. O restante do exame não revelou outras particularidades. O hemograma estava normal, mas a proteína C reativa encontrava-se elevada. Que hipótese diagnóstica, dentre as abaixo, é a mais provável?

A. Febre familiar do Mediterrâneo

B. Amigdalite bacteriana de repetição

C. Imunodeficiência primária

D. Síndrome de febre periódica, estomatite aftosa, faringite e adenite cervical (PFAPA) 4 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre periodica de duracao previsivel (aqui 4 dias), recorrente por meses, acompanhada da triade estomatite aftosa, faringite e adenite cervical, em crianca que fica bem entre as crises e cresce normalmente: e a síndrome PFAPA. O diagnostico e clinico e a resposta a dose unica de corticoide costuma ser dramatica. Amigdalite bacteriana de repeticao (B) nao explica aftas nem a periodicidade em relógio. Imunodeficiencia primaria (C) traria infeccoes graves e falha de crescimento. Febre familiar do Mediterraneo (A) cursa com serosite/dor abdominal intensa e ascendencia caracteristica, sem faringite-aftas. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito B

Paciente de 7 anos, com doença de Addison, foi trazido à Emergência por cansaço e fraqueza nos membros inferiores. Ao ser monitorizado eletronicamente, apresentava frequência cardíaca de 55 bpm, alargamento do complexo QRS e saturação de oxigênio de 99%. O raio X de tórax foi normal, e o eletrocardiograma confirmou o diagnóstico de arritmia. Diante desse quadro, deve-se prescrever, imediatamente, por via intravenosa,

A. hidroclorotiazida.

B. gluconato de cálcio a 10%. ✓

C. soro fisiológico a 20%, em infusão rápida.

D. amiodarona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença de Addison descompensada gera hipercalemia por déficit de aldosterona. Fraqueza de membros inferiores somada a bradicardia com alargamento do QRS e a apresentação eletrocardiográfica clássica de hipercalemia grave — situação de risco de assistolia. A primeira medida é estabilizar a membrana do miocárdio com gluconato de cálcio a 10% IV, que age em minutos, antes das medidas que deslocam ou eliminam o potássio. Amiodarona (D) não trata a causa e agrava a bradicardia; hidroclorotiazida (A) é via oral e lenta; salina a 20% (C) não existe como reposição. Resposta B.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Na Sala de Emergência Pediátrica, durante o atendimento a um paciente de 10 anos em crise de cetoacidose diabética, com diurese presente, está contraindicado o uso intravenoso de

A. soro fisiológico.

B. insulina regular.

C. bicarbonato de sódio. ✓

D. cloreto de potássio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bicarbonato de sódio em cetoacidose diabética pediátrica está contraindicado na prática: não acelera a resolução da acidose, piora a hipocalcemia, desloca a curva de dissociação da hemoglobina e, sobretudo, associa-se a edema cerebral — a principal causa de morte da CAD na criança. A acidose se corrige com volume e insulina. Soro fisiológico (A) e a expansão inicial; insulina regular (B) em infusão contínua e a base do tratamento; cloreto de potássio (D) é obrigatório assim que houver diurese, pois o potássio corporal total está depletado. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Durante consulta médica de rotina, adolescente masculino, de 13 anos, submetido a transplante de medula óssea há 1 ano, solicitou orientação sobre a vacina contra HPV (papilomavírus humano). Assinale a assertiva correta conforme recomendação do Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde.

A. Indicar esquema de 2 doses com intervalo de 6 meses, porque a idade do paciente é inferior a 14 anos.

B. Indicar esquema de 3 doses devido à condição de transplantado de medula óssea. ✓

C. Indicar a vacina apenas após os 15 anos.

D. Contraindicar a vacina até que se realize a avaliação das imunidades humoral e celular do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O PNI usa esquema de 2 doses (0 e 6 meses) para a vacina HPV em imunocompetentes de 9 a 14 anos, mas a condição de imunossuprimido muda a regra: transplantados de medula óssea, transplantados de órgão sólido, pessoas vivendo com HIV e pacientes oncológicos recebem 3 doses (0, 2 e 6 meses) independentemente da idade, pela resposta imune reduzida. A vacina é de partícula semelhante a vírus (não replicativa), portanto segura no imunossuprimido — não há por que adiar para os 15 anos (C) nem exigir estudo de imunidade prévio (D). Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Adolescente de 14 anos vinha apresentando sintomas de asma leve cerca de 3 vezes ao ano e não fazia uso de medicação preventiva. Assinale a alternativa que contém duas opções adequadas para o tratamento inicial dos sintomas, segundo recomendações da Global Initiative for Asthma.

A. Associação de b2-agonista de longa ação com corticosteroide inalatório ou associação de b2-agonista de curta ação com corticosteroide inalatório ✓

B. b2-agonista de longa ação ou b2-agonista de curta ação

C. b2-agonista de longa ação ou associação de b2-agonista de curta ação com corticosteroide inalatório

D. b2-agonista de curta ação ou corticosteroide inalatório

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde o GINA 2019 nenhum paciente com asma deve receber beta-2 de curta ação isolado: o SABA sozinho alivia o sintoma mas não trata a inflamação e associa-se a exacerbações graves e morte. No grau 1 (sintomas raros, como as 3 vezes ao ano deste adolescente), as opções são corticoide inalatório + formoterol conforme necessidade ou corticoide inalatório sempre que usar o SABA. Ou seja, toda alternativa aceitável precisa conter corticoide inalatório — o que elimina B e C, e D erra ao oferecer SABA isolado como uma das opções. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre febre em criança.

A. Um modo fidedigno para diferenciar febre causada por vírus de febre causada por bactéria é a persistência da recusa alimentar depois da administração de uma dose correta de antipirético.

B. Compressas com água fria causam mais desconforto, arrepios e tremores do que qualquer benefício; o recomendável é esponjar o corpo com água morna, procedimento que reduz a febre de modo mais duradouro.

C. Administração de dois antipiréticos diferentes em combinação ou alternadamente para reduzir a temperatura aumenta o risco de efeitos adversos e sugere o fenômeno conhecido como febrefobia. ✓

D. O risco de dano neurológico por febre aumenta significativamente com temperaturas axilares superiores a 39,0°C.

COMENTÁRIO OSCELABS

Alternar ou combinar dois antipireticos nao traz beneficio clinico relevante, multiplica o risco de erro de dose e hepatotoxicidade/nefrotoxicidade, e sobretudo revela febrefobia — o medo desproporcional da febre, que e resposta adaptativa e nao a doenca em si. A febre por si nao causa dano neurológico (D e falso; lesao ocorre em hipertermia acima de 41-42 graus, que e outro fenomeno). Nao existe padrao de resposta ao antipiretico que separe virus de bacteria (A). Banho morno tem efeito transitorio e nao 'mais duradouro' (B): o que importa e o estado geral apos a febre ceder. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre reposição de fluidos em pacientes pediátricos.

- A. Uso de Ringer-lactato, por seu alto conteúdo de potássio, está contraindicado para pacientes com sepse.
- B. Reposição volêmica com grandes volumes de solução salina (solução fisiológica) pode provocar acidose hiperclorêmica. ✓**
- C. Lactente em pausa alimentar deve receber solução fisiológica de manutenção estimada em 100 ml/kg/dia com 5 mEq/kg de sódio e 3 mEq/kg de potássio.
- D. Balanço hídrico cumulativo positivo e edema após reposição fluidica são achados com pouca relevância clínica para pacientes em choque.

COMENTÁRIO OSCELABS

Solucao fisiologica a 0,9% tem 154 mEq/l de cloro, bem acima do plasma; em grandes volumes gera acidose metabolica hiperclorêmica com anion gap normal, alem de vasoconstricao renal. Por isso as solucoes balanceadas (Ringer lactato) ganharam espaco na ressuscitacao. O Ringer lactato tem apenas 4 mEq/l de potassio e nao esta contraindicado na sepse (A). A manutencao hidrica se calcula por Holliday-Segar, com solucao isotonica, e nao pelo esquema descrito em C. E o balanço hídrico cumulativo positivo no choque associa-se a maior mortalidade — nunca e irrelevante (D). Resposta B.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Assinale a alternativa que contempla a sequência correta no atendimento de uma criança em parada cardiorrespiratória (PCR) testemunhada, de acordo com as Diretrizes para Ressuscitação Cardiopulmonar, da American Heart Association (2020).

- A. Abrir via aérea, fazer respiração artificial, iniciar compressões torácicas e chamar socorro avançado.
- B. Avaliar a segurança do local, posicionar a criança em superfície rígida, abrir via aérea, fazer respiração artificial, iniciar compressões torácicas e chamar socorro avançado.
- C. Avaliar a segurança do local, chamar socorro avançado, posicionar a criança em superfície rígida, iniciar compressões torácicas, abrir via aérea e fazer respiração artificial. ✓**
- D. Chamar socorro avançado, posicionar a criança em superfície rígida, abrir via aérea, fazer respiração artificial e iniciar compressões torácicas. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas diretrizes da AHA para PCR pediátrica testemunhada e de inicio subito com socorrista unico, a sequencia e: garantir a seguranca da cena, acionar o servico de emergencia imediatamente (o colapso subito sugere causa arritmica, que exige desfibrilador rapido), posicionar em superficie rigida e iniciar C-A-B — compressoes primeiro, depois via aerea e ventilacao. As alternativas A, B e D mantem o antigo A-B-C, invertendo a prioridade da compressao, ou atrasam o pedido de ajuda. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Nuligesta de 25 anos veio à consulta em busca de orientação para anticoncepção. Referiu ter diabetes melito tipo 1 desde os 13 anos e fazer uso de insulina lispro em bomba de insulina. Na última avaliação realizada por solicitação da endocrinologista, a hemoglobina glicada era de 6,5%, e a pesquisa de albuminúria, negativa. Exame de fundo de olho revelou retinopatia não proliferativa grave. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 120/80 mmHg, mamas simétricas, sem abaulamentos. À palpação da mama esquerda, foi constatado pequeno nódulo móvel de 2 x 2 cm na junção dos quadrantes inferiores; na mama direita, não havia alterações. O exame pélvico foi normal. Trouxe ultrassonografia mamária com imagem sugestiva de fibroadenoma na mama esquerda, BI-RADS 2. Que método contraceptivo, dentre os abaixo, apresenta risco ou está contraindicado (categoria 3 ou 4 dos critérios de elegibilidade da OMS) para anticoncepção da paciente?

A. Anticoncepcional oral combinado ✓

B. Pílula de progestágeno isolado

C. DIU de cobre

D. Implante subdérmico de etonogestrel

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos critérios médicos de elegibilidade da OMS, diabetes com lesão de órgão-alvo — retinopatia, nefropatia, neuropatia — ou com mais de 20 anos de duração e categoria 3/4 para o combinado oral, pelo efeito do estrogênio sobre risco vascular. Esta paciente tem retinopatia não proliferativa grave, logo o combinado está proscrito. Progestágeno isolado e implante de etonogestrel são categoria 2 mesmo com vasculopatia, e o DIU de cobre é categoria 1 (não tem efeito metabólico algum). O fibroadenoma BI-RADS 2 não restringe nenhum método. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Assinale a assertiva incorreta sobre o acetato de medroxiprogesterona de depósito.

A. Se a primeira dose for aplicada nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual, o efeito contraceptivo ocorre em 24 horas.

B. Após a primeira aplicação, as subsequentes devem ser realizadas a cada 90 dias, com tolerância de 14 dias para mais ou para menos, sem perda do efeito contraceptivo.

C. Seu uso prolongado por mais de 2 anos está relacionado a aumento da densidade mineral óssea, independentemente da faixa etária. ✓

D. Seu mecanismo de ação contraceptivo promove bloqueio da secreção de LH, aumento da viscosidade do muco e atrofia endometrial.

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta é a que atribui ganho de massa óssea ao acetato de medroxiprogesterona de depósito: ocorre o oposto. Ao bloquear o eixo e reduzir o estradiol, o AMPD causa perda de densidade mineral óssea, preocupante sobretudo na adolescente que ainda constroi pico de massa óssea — a perda é em geral reversível após a suspensão. As demais estão certas: aplicado até o 5º dia do ciclo protege em 24 horas, o intervalo é de 90 dias com tolerância de duas semanas, e o mecanismo é anovulação por bloqueio do pico de LH, espessamento do muco e atrofia endometrial. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

O achado visto ao exame citopatológico de colo uterino (imagem abaixo) sugere a possibilidade de contaminação por

A. *Chlamydia trachomatis*.

B. Trichomonas vaginalis.

C. Herpes simplex tipo 2.

D. papilomavírus humano. + 3 Aa + 6 Ba - 2 C 4,5 HG 1,5 CP 6 CVT - 3 Ap - 2 Bp - - D HG: hiato genital; CP: corpo pe- rineal; CVT: comprimento vagi- nal total; Aa: ponto A da parede anterior; Ba: ponto B da parede anterior; C: ponto C; Ap: ponto A da parede posterior; Bp: ponto B da parede posterior; D: ponto D 6 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado citológico que caracteriza infecção pelo papilomavírus humano e o coilocito: célula escamosa com halo perinuclear claro, bem delimitado, e núcleo aumentado, hipercromático e irregular. É o efeito citopático direto do vírus. Trichomonas vaginalis (B) aparece como protozoário piriforme com fundo inflamatório sujo e halos perinucleares pequenos e mal definidos. Herpes (C) produz células multinucleadas com cromatina em vidro fosco e inclusões intranucleares. Chlamydia (A) não tem achado citológico confiável na citologia convencional. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Analisar a imagem abaixo e o POP-Q de uma paciente de 70 anos. Com base nas informações, considere as assertivas propostas. I - A paciente realizou histerectomia. II - O sintoma provável é dificuldade para evacuar. III - Pode haver queixas relacionadas à urina residual. Quais são corretas?

A. Apenas I e II

B. Apenas I e III ✓

C. Apenas II e III

D. I, II e III

COMENTÁRIO OSCELABS

No POP-Q, a ausência do ponto D indica que o colo não existe — a paciente é histerectomizada (I correta). Os pontos anteriores muito positivos (Aa e Ba exteriorizados) definem prolapso de parede anterior avançado, que dobra a uretra e causa esvaziamento vesical incompleto, com resíduo pos-miccional, jato fraco e infecções de repetição (III correta). Já os pontos posteriores estão normais (negativos), ou seja, não há retocelo — logo, dificuldade evacuatória com necessidade de manobra digital não é o sintoma esperado (II incorreta). Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Nuligesta de 22 anos, com menarca aos 14 anos e ciclos menstruais regulares desde então, veio à consulta por dor pélvica crônica, de intensidade moderada (7/10 pela Escala Visual Analógica), obtendo melhora parcial com anti-inflamatórios não esteroidais, quadro iniciado há 1 ano. Seu IMC era de 19 kg/m². Relatou que fizera uso de contraceptivo hormonal combinado de forma cíclica, mas que, há 2 anos, após colocação de DIU de cobre, houve piora do quadro. Negou alergias, doenças prévias e sintomas gastrointestinais e urinários. O exame ginecológico estava normal. Qual a conduta mais adequada para essa paciente no momento?

A. Solicitar dosagem de CA-125.

B. Solicitar ultrassonografia pélvica transvaginal.

C. Solicitar ressonância magnética pélvica.

D. Iniciar tratamento com progesterona. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor pélvica crônica com dismenorreia progressiva, piora após o DIU de cobre (que amplifica cólicas) e exame ginecológico normal em nuligesta magra: a hipótese principal é endometriose. O ponto da questão é que o diagnóstico presuntivo autoriza tratamento clínico empírico — progestação contínua — sem esperar confirmação por imagem ou laparoscopia. CA-125 (A) tem baixa acurácia e não serve para diagnóstico. Ultrassom (B) e ressonância (C) detectam endometrioma e doença profunda, mas exame normal não exclui doença peritoneal e o resultado não mudaria a conduta inicial. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Nuligesta de 35 anos, cuja menarca ocorreu aos 13 anos (ciclos menstruais regulares de 28 dias e sem dismenorreia), teve confirmado o diagnóstico de endometriose peritoneal. Tentava gestar há 2 anos. O espermocitograma do parceiro foi normal. Qual o método de escolha para investigação de fator tubário nessa paciente?

- A. Histerossalpingografia ✓**
- B. Dosagem de IgG para *Chlamydia trachomatis*
- C. Histeroscopia
- D. Ressonância magnética pélvica

COMENTÁRIO OSCELABS

Na abordagem de infertilidade, o fator tubário é investigado de rotina pela histerossalpingografia: avalia permeabilidade tubária pela prova de Cotte, a cavidade uterina, e ainda tem efeito terapêutico discreto sobre a fertilidade quando feita com contraste oleoso. E o exame de escolha inicial mesmo na endometriose peritoneal. A sorologia IgG para clamídia (B) apenas rastreia risco de sequelas tubárias, sem definir permeabilidade. A histeroscopia (C) avalia a cavidade, não as tubas. A ressonância (D) mapeia endometriose profunda, mas não testa permeabilidade. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Paciente de 22 anos consultou por piora importante da acne na face e no dorso nos últimos 6 meses e por amenorreia há 4 meses. Inicialmente, atribuiu o quadro à dieta inadequada. Submeteu-se a um programa de educação alimentar e perdeu 6 kg, no entanto a acne não melhorou. Negou doenças crônicas ou cirurgias prévias. O pai tem diabetes melito tipo 2, e a mãe, hipertensão e obesidade. Referiu não ser usuária de drogas ilícitas, álcool ou tabaco. A pressão arterial era de 135/75 mmHg, e o IMC, de 42 kg/m². Vinha apresentando pelos mais grossos no mento, lábio superior e queixo e acne nodular na face, nas costas e no tórax. A inspeção pélvica mostrou clitóris hipertrófico; o restante do exame não revelou alterações. O toque bimanual foi prejudicado devido à obesidade. Exames laboratoriais indicaram testosterona total de 7,13 ng/ml (valor de referência: 0,14-0,76 ng/ml) e sulfato de DHEA de 127 mg/dl (valor de referência: 35-430 mg/dl). Que diagnóstico, dentre os abaixo, é o mais provável?

- A. Síndrome dos ovários policísticos
- B. Deficiência de 21-hidroxilase
- C. Carcinoma de adrenal
- D. Tumor de células de Leydig ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Virilização franca e de instalação rápida — hirsutismo grosseiro, acne nodular, amenorreia e sobretudo clitoromegalia — com testosterona total quase dez vezes o limite superior e SDHEA rigorosamente normal: a fonte é ovariana, não adrenal. Esse perfil aponta tumor ovariano produtor de androgênios, como o de células de Leydig. A SOP (A) raramente ultrapassa 2 ng/ml e não causa clitoromegalia. Deficiência de 21-hidroxilase (B) elevaria 17-OH-progesterona e SDHEA. Carcinoma de adrenal (C) cursaria com SDHEA muito alto e frequentemente hipercortisolismo. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

São fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama

- A. idade tardia da menarca e obesidade.
- B. mutação BRCA1 e menopausa precoce (≤ 45 anos).
- C. presença de fibroadenoma na mama e multiparidade.

D. nuliparidade e consumo regular de álcool. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nuliparidade e consumo regular de álcool são fatores de risco consagrados para câncer de mama: a ausência de gestação a termo prolonga a exposição estrogênica sem a diferenciação protetora do epitélio mamário, e o álcool eleva estrogênios circulantes de forma dose-dependente. Nas outras alternativas há sempre um item protetor: menarca tardia (A) e menopausa precoce (B) reduzem os anos de exposição hormonal, e a multiparidade (C) protege. O fibroadenoma (C) e lesão benigna sem aumento de risco, ao contrário da hiperplasia atípica. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Considere as assertivas abaixo sobre câncer de ovário. I - O rastreamento é indicado a partir dos 50 anos, com ultrassonografia transvaginal e dosagem sérica de CA-125. II - O tipo histológico mais frequente é o cistoadenocarcinoma seroso. III - O uso de anticoncepcional oral combinado é fator de risco. Quais são corretas?

- A. Apenas I
- B. Apenas II ✓**
- C. Apenas I e II
- D. Apenas I e III

COMENTÁRIO OSCELABS

Somente a assertiva II procede: o carcinoma seroso de alto grau é o tipo histológico mais frequente do ovário, hoje entendido como originário em boa parte da tuba uterina. A I está errada porque não existe rastreamento populacional de câncer de ovário — nem ultrassom transvaginal nem CA-125 mostraram redução de mortalidade, e ambos geram cirurgias desnecessárias por falso-positivo. A III inverte o sentido: o anticoncepcional oral combinado é fator de proteção consistente, com queda de risco proporcional ao tempo de uso. Resposta B.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Paciente de 38 anos teve confirmado o diagnóstico de adenocarcinoma de colo de útero. Consultou com ginecologista oncológico para receber informações a respeito de seu diagnóstico e definir o tratamento. Assinale a assertiva correta sobre o câncer de colo de útero.

- A. As neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau apresentam percentual significativo de progressão para neoplasias invasoras ao longo do tempo, justificando-se, assim, o tratamento dessas lesões quando diagnosticadas. ✓**
- B. A disseminação é principalmente hematogênica.
- C. O estadiamento, segundo a FIGO, envolve principalmente a utilização de ressonância magnética com contraste para identificar o crescimento local do tumor.
- D. O diagnóstico deve estar errado, pois a paciente não se encontra na faixa etária considerada de risco para câncer de colo de útero.

COMENTÁRIO OSCELABS

As neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau (NIC 2/3) tem taxa relevante de progressão para carcinoma invasor ao longo dos anos — e exatamente isso que justifica tratar a lesão precursora e o que faz o rastreamento citológico funcionar. A disseminação do câncer de colo é predominantemente por contiguidade e via linfática, não hematogênica (B). O estadiamento FIGO permanece essencialmente clínico, com a imagem apenas incorporada para linfonodos e extensão (C). E o adenocarcinoma cervical em mulher de 38 anos é plenamente compatível: a faixa de risco começa bem antes disso (D). Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Primigesta de 28 anos, com gestação de 39 semanas de feto único (risco habitual), procurou o Centro Obstétrico por terem iniciado as contrações há 4 horas. À admissão, negou perda líquida ou sangramento e referiu boa movimentação fetal. Ao exame, foram constatados sinais vitais estáveis. O exame obstétrico revelou altura uterina de 35 cm, 2 contrações irregulares a cada 10 minutos com duração de 20 segundos, batimentos cardíofetais de 140 bpm com acelerações transitórias e colo uterino de espessura média, 80% apagado e com dilatação de 2 cm. Diante desse quadro, pode-se afirmar que a paciente

- A. encontra-se no primeiro período do parto. ✓**
- B. encontra-se na fase ativa do trabalho de parto.
- C. deve receber infusão de ocitocina em bomba para correção da dinâmica uterina.
- D. deve realizar cardiotocografia para avaliação do bem-estar fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Colo com 2 cm de dilatação e apenas duas contrações irregulares e curtas em 10 minutos caracterizam a fase latente do primeiro período do parto (período de dilatação), que se estende do início das contrações até a dilatação completa. A fase ativa (B) só é reconhecida a partir de 5-6 cm com contrações rítmicas. Ocitocina (C) nesse momento é intervenção desnecessária que aumenta cesárea e sofrimento fetal iatrogênico. Cardiotocografia (D) não está indicada em gestação de risco habitual com ausculta intermitente normal e acelerações presentes. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Assinale a alternativa que contém a sequência correta do que ocorre no segundo período do parto (mecanismo de parto).

- A. Rotação interna, extensão, flexão, desprendimento da apresentação, rotação externa
- B. Rotação interna, extensão, rotação externa, desprendimento da apresentação
- C. Flexão, rotação interna, extensão, desprendimento da apresentação, rotação externa ✓**

D. Flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, desprendimento da apresentação

COMENTÁRIO OSCELABS

O mecanismo de parto na apresentação cefálica segue tempos ordenados: insinuação com flexão da cabeça (para oferecer o menor diâmetro, o suboccipitobregmático), descida com rotação interna levando o occipito para a sínfise, desprendimento por deflexão/extensão da cabeça sobre o perineo e, por fim, rotação externa (restituição) que realinha a cabeça aos ombros para o desprendimento do biacromial. Toda alternativa que coloca a extensão antes da rotação interna (A, D) ou omite a flexão inicial (A, B) inverte a biomecânica. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre ruptura prematura de membranas (RUPREME) em gestantes atendidas em hospital terciário.

- A. Na RUPREME pré-termo com conduta conservadora, deve-se utilizar nifedipina até a 34ª semana para impedir o trabalho de parto prematuro.
- B. Para gestantes em qualquer idade gestacional, se houver diagnóstico de infecção intrauterina, estão indicadas internação e interrupção da gestação. ✓**
- C. Se a idade gestacional for > 34 semanas, deve-se utilizar sulfato de magnésio para neuroproteção por 12 horas antes de interromper a gestação.
- D. Caso a interrupção da gestação ocorra após a 34ª semana, não há necessidade de profilaxia para *Streptococcus* do grupo B se o estado da colonização for desconhecido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecção intrauterina (corioamnionite) e indicação absoluta de interrupção da gestação em qualquer idade gestacional, somada à antibioticoterapia — manter o feto no ambiente infectado aumenta sepse neonatal, lesão neurológica e sepse materna. Tocolise na RUPREME (A) está contraindicada por prolongar a exposição infecciosa sem benefício. Sulfato de magnésio para neuroproteção (C) só tem sentido abaixo de 32 semanas, não acima de 34. E status desconhecido para estreptococo do grupo B com bolsa rota exige profilaxia, e não dispensa (D). Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Em casos de sangramento por descolamento prematuro de placenta, em uma gestação com feto com viabilidade e vitalidade, o nascimento deve se dar preferencialmente

- A. pela via de parto através da qual o nascimento ocorra mais rapidamente. ✓**
- B. por parto vaginal com episiotomia.
- C. por parto vaginal com fórceps.
- D. por cesariana. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 7

COMENTÁRIO OSCELABS

No descolamento prematuro de placenta com feto vivo e viável, o tempo e o desfecho: a área descolada progride e a hipóxia fetal se instala em minutos. Por isso a regra é nascer pela via mais rápida disponível — se a paciente está em período expulsivo ou com dilatação completa, o parto vaginal (eventualmente instrumentado) é mais rápido; caso contrário, cesárea. Fixar uma única via (B, C, D) engessa a decisão e custa tempo. Amniotomia precoce e monitorização contínua completam o manejo. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a avaliação do bem-estar fetal.

- A. Paciente com 23 semanas de gestação, normotensa, com eco-Doppler de artérias uterinas alterado, deve ser internada para rastrear pré-eclâmpsia e realizar avaliação com perfil biofísico fetal.
- B. Paciente com 28 semanas de gestação, com diabetes gestacional, com peso fetal no percentil 80, deve realizar eco-Doppler das artérias umbilicais frequentemente, para prevenir acidose metabólica e óbito fetal inesperado.
- C. Paciente com 29 semanas de gestação, cujo feto apresenta restrição de crescimento e vasodilatação da artéria cerebral média ao eco-Doppler, deve ser internada para receber imediatamente corticosteróide e ter a gestação interrompida após 48 horas.
- D. Paciente com 34 semanas de gestação, em avaliação após acidente de carro, com sinais de contusão abdominal, inicialmente sem sangramento e sem contrações, com feto vivo, deve ser monitorizada por 24 horas. Instrução: Para responder às questões de números 36 e 37, considere o caso clínico abaixo. Primigesta de 16 anos foi trazida à Emergência pelo SAMU desacordada, com história de ter sido encontrada caída em casa, realizando movimentos descoordenados compatíveis com convulsões tônico-clônicas. Na carteira de pré-natal, havia registro da consulta realizada na 34ª semana de gestação e da condição de normotensa há até 2 semanas quando a pressão arterial (PA) indicou 140/90 mmHg. Durante a avaliação inicial, novamente ocorreram convulsões. Apresentava mucosas coradas, PA de 170/120 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm, frequência respiratória de 20 mpm e temperatura axilar de 36,8°C. Os batimentos cardíofetais estavam em 110 bpm (logo após a convulsão), e o tônus uterino, normal, sem atividade contrátil percebida à palpação. Ao toque vaginal, o colo uterino encontrava-se fechado, e o feto, em apresentação cefálica. Imediatamente, foi cateterizada uma veia periférica e instalado um frasco de 1.000 ml de solução fisiológica, tendo sido coletadas amostras de sangue e de urina para exames. O teste de fita em amostra urinária revelou proteinúria de 4+. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma abdominal na gestação acima de 20-24 semanas exige monitorização materno-fetal prolongada mesmo com apresentação inicial tranquila, porque o descolamento prematuro de placenta pode se manifestar horas depois — daí a observação com cardiotocografia. As outras erram: Doppler de artérias uterinas alterado com 23 semanas e marcador de risco para pré-eclâmpsia, mas não indica internação nem perfil biofísico (A); feto grande de mãe diabética não demanda Doppler umbilical seriado, que serve à restrição de crescimento (B); e vasodilatação cerebral (brain sparing) com 29 semanas não obriga interrupção em 48 horas (C). Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Epilepsia gestacional
- B. Eclâmpsia ✓**
- C. Síndrome HELLP
- D. Acidente vascular encefálico (hemorrágico ou isquêmico)

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 34 semanas, previamente normotensa, que evolui com pressão de 170/120 mmHg, proteinúria de 4+ e crises tônico-clônicas: por definição, pré-eclâmpsia com convulsão e eclâmpsia — e o diagnóstico se faz à beira do leito, sem esperar exame de imagem. Epilepsia gestacional (A) não explica a hipertensão grave nem a proteinúria maciça. Síndrome HELLP (C) é definida por hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, ainda não demonstradas. AVC (D) é diagnóstico diferencial e complicação possível, mas exigiria déficit focal e confirmação por imagem. Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Diante do quadro clínico, a conduta mais adequada é administrar

- A. diazepam (10 mg) + hidralazina (5 mg) por via intra- venosa (IV), solicitar tomografia computadorizada de cérebro e indicar cesariana.
- B. hidantal (10 mg/kg) por IV + nifedipina (5 mg) por via oral (VO), solicitar tomografia computadorizada de cérebro e indicar cesariana.
- C. midazolam (1 g) por IV + nifedipina (5 mg) por VO + betametasona (12 mg) por via intramuscular, fazer perfil biofísico fetal e, se possível, aguardar até a 36ª semana para a resolução da gestação.
- D. sulfato de magnésio (dose de ataque de 4 g) por IV, infundindo 1 g/h em bomba, + hidralazina (5 mg) por IV, aguardar a recuperação do sensório e iniciar a indução do trabalho de parto. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na eclampsia a prioridade é cessar e prevenir novas convulsões com sulfato de magnésio (ataque de 4 g IV seguido de 1 g/h em bomba) — ele é superior a diazepam e fenitoina na prevenção de recorrência e reduz mortalidade materna. Em paralelo, anti-hipertensivo para a emergência (hidralazina IV) e, após estabilizar a mãe e recuperar o sensorio, resolução da gestação: com 34 semanas, colo favorável e feto em cefálica, a indução é legítima — eclampsia não é indicação automática de cesárea (A, B). Corticoide e conduta expectante até 36 semanas (C) são inaceitáveis na eclampsia. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Paciente de 38 anos, com 11 semanas de gestação, moradora da Capital, trouxe à consulta pré-natal o resultado da glicemia de jejum de 90 mg/dl. Em seu histórico, constavam registros de IMC pré-gestacional de 42 kg/m² e de hipertensão arterial. A conduta mais adequada no momento é solicitar

- A. medida de hemoglobina glicada.
- B. teste de tolerância a glicose imediatamente.
- C. teste de tolerância a glicose entre 24-28 semanas. ✓**
- D. repetição da glicemia de jejum entre 24-28 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A glicemia de jejum de 90 mg/dl está abaixo do ponto de corte de 92 mg/dl, portanto não diagnostica diabetes gestacional no primeiro trimestre. Mesmo com obesidade grau III e hipertensão — que são fatores de risco importantes —, a conduta padronizada é prosseguir o pré-natal e rastrear com teste oral de tolerância a glicose com 75 g entre 24 e 28 semanas, janela em que a resistência insulínica placentária se expressa. HbA1c (A) não é critério de rastreio gestacional, o TOTG agora (B) é precoce, e repetir apenas a glicemia de jejum (D) tem baixa sensibilidade. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Primigesta com 10 semanas de gestação trouxe à consulta resultados de exames sorológicos para toxoplasmose realizados há 1 semana, evidenciando IgG não reagente e IgM reagente. Com base nesses resultados, assinale a alternativa que contempla a conduta correta.

- A. Iniciar espiramicina imediatamente, solicitar teste de avididade para IgG e repetir as dosagens de IgG e IgM em 3-4 semanas para datação da fase aguda. ✓**
- B. Iniciar sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico imediatamente e repetir as dosagens de IgG e IgM em 3-4 semanas.
- C. Solicitar coleta imediata de material para dosagens de IgG, IgM, IgA e IgE e teste de avididade para IgG e programar cordocentese em 2-3 semanas para pesquisa de IgM específica.

D. Solicitar teste de avidéz para IgG e oferecer a possibilidade de realização imediata de punção de líquido amniótico para PCR para investigação da infecção fetal.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgG não reagente com IgM reagente no primeiro trimestre levanta a hipótese de infecção aguda muito recente (janela de soroconversão) ou de IgM falso-positivo. Como o risco de transmissão fetal existe desde já, inicia-se espiramicina imediatamente — ela reduz a passagem transplacentária sem tratar o feto — e repete-se a sorologia em 3-4 semanas: se o IgG positivar, confirma infecção aguda. Sulfadiazina + pirimetamina (B) so entram com infecção fetal confirmada e após o primeiro trimestre. Amniocentese/cordocentese (C, D) são invasivas e prematuras nesse momento. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Paciente de 27 anos, G3P2 (último parto há 3 anos e todas as gestações do mesmo companheiro), com 30 semanas de gestação, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, assintomática, trouxe à consulta os resultados dos seguintes exames: VDRL 1:8 e FTA-Abs reagente. O exame físico não revelou alterações. Não tinha história de tratamento para sífilis. Qual a conduta correta?

- A. Prescrever penicilina G benzatina 2,4 milhões de unidades intramuscular para a gestante.
- B. Prescrever penicilina G benzatina 7,2 milhões de unidades intramuscular para o casal. ✓**
- C. Não é necessário tratar, pois, devido ao lúpus, os exames se mostram falsamente positivos.
- D. Não é necessário tratar, pois o título de VDRL é baixo.

COMENTÁRIO OSCELABS

VDRL 1:8 com FTA-Abs reagente em gestante sem história de tratamento define sífilis: o teste treponêmico confirma e afasta a hipótese de falso-positivo do lúpus (C), que tipicamente dá VDRL positivo com treponêmico negativo. Sem definir tempo de infecção, classifica-se como latente tardia/indeterminada, e o tratamento é penicilina benzatina 2,4 milhões UI por semana durante 3 semanas (total de 7,2 milhões UI), com tratamento simultâneo da parceria sexual para evitar reinfecção. Dose única (A) só cobriria sífilis recente, e título baixo não dispensa tratamento (D). Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Paciente de 56 anos, com neoplasia maligna do trato gastrointestinal, veio à consulta ambulatorial para programar procedimento cirúrgico e queixou-se de perda de 10% do peso corporal em 6 meses e ingestão alimentar em torno de 75% da habitual nas últimas semanas. Seu IMC era de 17 kg/m². Com base nessas informações e na tentativa de reduzir a morbidade cirúrgica em relação ao estado nutricional do paciente, qual a conduta mais adequada?

- A. Agendar o procedimento imediatamente.
 - B. Postergar a cirurgia por 5-14 dias para que o paciente realize terapia nutricional domiciliar com suplementos orais. ✓**
 - C. Internar o paciente para realizar terapia nutricional parenteral pré-operatória.
 - D. Prescrever terapia nutricional domiciliar com suplementos orais ou nutrição enteral e realizar a cirurgia após 3 dias do início da terapia.
- 8 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda de mais de 10% do peso em 6 meses, ingestão reduzida e IMC de 17 kg/m² configuram desnutrição grave — risco elevado de deiscência, infecção de sítio cirúrgico e mortalidade. As diretrizes de nutrição perioperatória recomendam adiar cirurgia eletiva por 7 a 14 dias para terapia nutricional, preferencialmente pela via oral/enteral, que preserva a barreira intestinal e tem menos complicações infecciosas que a parenteral (C). Operar de imediato (A) mantém o risco intacto, e 3 dias de suporte (D) são insuficientes para impacto clínico. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Paciente feminina, de 45 anos, em tratamento quimioterápico neoadjuvante para carcinoma ductal invasor da mama direita, sem outras comorbidades, chegou à Emergência com quadro de palpitação e mal-estar. Ao exame físico, apresentava ritmo cardíaco irregular, sudorese e portocath instalado na região infraclavicular esquerda, sem outros achados. Durante a consulta, relatou dificuldades na infusão da quimioterapia no último mês e dor na região da clavícula esquerda no último ciclo, há 3 dias. O eletrocardiograma evidenciou várias extrasístoles ventriculares. O raio X de tórax encontra-se reproduzido abaixo. Qual o diagnóstico e qual a conduta mais adequada?

- A. Arritmia devido à presença de fragmento de cateter dentro do ventrículo direito - remoção do fragmento por cateterismo, retirada cirúrgica do reservatório do portocath e programação de novo implante de cateter guiado por ultrassonografia na veia jugular esquerda ✓**
- B. Tromboembolismo pulmonar devido à síndrome de Pinch-off - anticoagulação a pleno
- C. Arritmia devido à presença de fragmento de cateter dentro do ventrículo esquerdo - solicitação de avaliação de cirurgia cardíaca para remoção do fragmento de cateter com parada circulatória
- D. Presença de fragmento de cateter dentro do ventrículo esquerdo - remoção do fragmento por cateterismo, retirada cirúrgica do reservatório do portocath e programação de novo implante de cateter guiado por ultrassonografia na veia jugular direita

COMENTÁRIO OSCELABS

Dificuldade de infusão, dor infraclavicular e depois arritmia com extrasístoles ventriculares em portador de portocath: e a síndrome do pinch-off — o cateter é comprimido entre a clavícula e a primeira costela, fratura e o fragmento emboliza para as câmaras direitas. O fluxo venoso leva o fragmento para átrio e ventrículo DIREITO (nunca esquerdo, como afirmam C e D), e a retirada é percutânea com laco, dispensando toracotomia ou circulação extracorpórea. O quadro não é tromboembolismo pulmonar (B), que não gera esse padrão de arritmia mecânica. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Paciente de 68 anos, que se encontrava hospitalizado porque será submetido a cirurgia de urgência para ressecção de tumor intracraniano, apresentou rebaixamento do sensorio e vômitos. Na avaliação pré-anestésica, foram identificadas cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca congestiva, classe III, que vinham em tratamento regular. Que fármaco, dentre os abaixo, é o de escolha como indutor para a anestesia?

- A. Propofol
- B. Fentanil
- C. Etomidato ✓**
- D. Dexmedetomidina

COMENTÁRIO OSCELABS

Em paciente com cardiopatia isquêmica e insuficiência cardíaca classe III, submetido a indução de urgência, o objetivo é manter a pressão de perfusão coronariana. O etomidato e o hipnótico com menor repercussão hemodinâmica: praticamente não deprime contratilidade nem vasodilata. O propofol (A) causa vasodilatação e depressão miocárdica dose-dependente, mal toleradas nesse perfil. Fentanil (B) e opioide analgésico, coadjuvante e não indutor isolado. Dexmedetomidina (D) é sedativo adjuvante, sem potência para indução, e provoca bradicardia e hipotensão. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Paciente de 38 anos, com IMC de 48 kg/m², será submetido a gastroplastia videolaparoscópica eletiva. Feita a indução anestésica, o anestesiológico realizou 3 tentativas de intubação sem sucesso. Após a terceira tentativa, foram identificados sangramento e edema na via aérea. A ventilação sob máscara facial era factível, e a saturação arterial de oxigênio permanecia em 94%. Assinale a alternativa que contempla a conduta mais apropriada para o caso.

- A. Chamar anestesiológico mais experiente para tentar realizar a intubação.
- B. Inserir máscara laríngea e, caso bem posicionada, seguir o planejamento cirúrgico.
- C. Realizar cricotireoidostomia.
- D. Acordar o paciente e planejar intubação por fibrobroncoscopia em outro momento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A regra de ouro da via aérea difícil é: enquanto der para ventilar, não há emergência — há tempo. Após três tentativas com sangramento e edema, cada nova laringoscopia converte 'não intubo, mas ventilo' em 'não intubo, não ventilo'. Como a cirurgia é eletiva e a ventilação sob máscara é efetiva, a conduta correta é acordar o paciente e reprogramar com intubação acordada guiada por fibroscópio. Chamar colega para tentar de novo (A) repete o trauma. Máscara laríngea (B) não protege via aérea com sangramento em obeso. Cricotireoidostomia (C) só no cenário de falha ventilatória. Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

Paciente masculino, de 60 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e tabagismo, realizou ultrassonografia abdominal de rotina que identificou aneurisma de aorta abdominal infrarrenal com trombos murais concêntricos, medindo 10 x 4 x 3,5 cm, respectivamente, nos eixos longitudinal, anteroposterior e laterolateral. Com base no caso clínico, assinale a assertiva correta.

- A. Presença de trombos murais é fator protetor para ruptura.
 - B. Anticoagulação está indicada para reduzir episódios de microembolização periférica.
 - C. Intervenção cirúrgica ou endovascular eletiva não está indicada. ✓**
 - D. Ultrassonografia abdominal é suficiente para o acompanhamento de pequenos aneurismas. (A) (B) (C) (D)
- Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Apesar dos 10 cm de extensão longitudinal, o que define conduta em aneurisma de aorta abdominal é o MAIOR DIÂMETRO transversal — aqui 4 cm. Como o limiar de correção eletiva é 5,5 cm no homem (ou crescimento acima de 0,5 cm em 6 meses, ou sintomas), a conduta é vigilância e controle de fatores de risco, sem cirurgia ou tratamento endovascular agora. Trombo mural não protege da ruptura (A), anticoagulação não previne microembolização e ainda aumenta risco hemorrágico (B). Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Paciente de 45 anos foi trazida à Emergência por vir apresentando, há 3 dias, dor e distensão abdominal progressiva e, há 4 dias, náuseas, vômitos e parada de eliminação de flatos e fezes. Negou doenças associadas e emagrecimento e referiu histerectomia há 8 anos. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, eutrófica, com abdômen distendido e doloroso à palpação, mas sem irritação peritoneal. Ao toque retal, a ampola estava vazia. O raio X de abdômen agudo realizado à admissão está reproduzido abaixo. Qual a mais provável causa desse quadro clínico?

- A. Neoplasia de sigmoide
- B. Volvo de ceco
- C. Bridas ✓**
- D. Hérnia interna

COMENTÁRIO OSCELABS

Parada de eliminação de gases e fezes, vômitos, distensão progressiva, ampola retal vazia e — sobretudo — cirurgia abdominal previa (histerectomia): a causa mais provável de obstrução intestinal e a aderência (brida), responsável pela maioria das obstruções de delgado no adulto operado. Neoplasia de sigmoide (A) tende a evoluir de forma insidiosa com alteração do hábito intestinal e emagrecimento, ambos negados. Volvo de ceco (B) é raro e dá imagem em grau de café. Hérnia interna (D) é incomum fora do contexto de bypass gástrico. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Paciente masculino, de 56 anos, consultou por lesão de pele no dorso (imagem abaixo) que já vinha sendo observada há muitos anos, mas que, nos últimos meses, apresentou crescimento e mudança de cor. Negou prurido ou sangramento. Não tinha histórico pessoal ou familiar de melanoma. O maior diâmetro da lesão é de 8 mm. Diante desse quadro clínico, qual a conduta mais adequada?

- A. Biópsia excisional da lesão com margem mínima de pele aparentemente normal (1-2 mm). ✓**
- B. Biópsia incisional com navete cirúrgica, incluindo borda aparentemente mais ativa.
- C. Biópsias incisionais com punch em pelo menos 3 áreas mais suspeitas (borda e transição de cor).
- D. Exérese da lesão com margem mínima de pele aparentemente normal (1-2 cm). 10 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão pigmentada com anos de estabilidade que passa a crescer e mudar de cor exige diagnóstico histopatológico completo, com medida da espessura de Breslow — que determina margens definitivas e indicação de linfonodo sentinela. Para isso, a biópsia de escolha é a EXCISIONAL, retirando a lesão inteira com margem estreita de 1-2 mm. Biópsias parciais (B, C) podem subestimar o Breslow ao amostrar a área errada. Já retirar de saída com 1-2 cm (D) é a margem terapêutica, decidida só depois de conhecida a espessura — antecipa-la e mutilação desnecessária. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre o tratamento cirúrgico de câncer gástrico.

- A. A laparoscopia diagnóstica está indicada nos tumores precoces.
- B. A reconstrução em Y de Roux deve ser realizada apenas na gastrectomia total.
- C. As margens cirúrgicas devem ser maiores nos tumores do tipo difuso. ✓**
- D. O benefício da gastrectomia por laparoscopia é evidente, principalmente nos tumores mais avançados.

COMENTÁRIO OSCELABS

O câncer gástrico difuso de Lauren cresce por infiltração submucosa com células em anel de sinete, e o limite macroscópico subestima a extensão real — por isso a margem proximal exigida é maior (cerca de 8 cm) do que no tipo intestinal (cerca de 5 cm). A laparoscopia diagnóstica serve ao estadiamento de tumores AVANÇADOS, para flagrar carcinomatose oculta, não aos precoces (A). A reconstrução em Y de Roux também é usada em gastrectomia subtotal (B). E o benefício da via laparoscópica está melhor demonstrado nos tumores precoces, não nos avançados (D). Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Os quatro pacientes caracterizados abaixo relatam problemas com excesso de peso, com múltiplas tentativas de perda de peso nos últimos 2 anos, sem sucesso. Qual deles não se enquadra nos critérios de indicação para cirurgia bariátrica?

- A. Paciente masculino, de 28 anos, com IMC de 42 kg/m², sem comorbidades.
- B. Paciente feminina, de 36 anos, com IMC de 37 kg/m², com hipertensão arterial sistêmica de difícil controle.
- C. Paciente feminina, de 42 anos, com IMC de 36 kg/m², com estigmatização social e depressão relacionadas à obesidade.
- D. Paciente masculino, de 51 anos, com IMC de 33 kg/m², com esteatose hepática, dislipidemia, osteoartrose dos joelhos e doença do refluxo gastroesofágico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Os critérios clássicos de cirurgia bariátrica exigem IMC de 40 kg/m² ou mais, ou de 35 a 39,9 com comorbidade associada, após falha do tratamento clínico por 2 anos. O paciente com IMC de 33 não alcança nenhum dos dois patamares — esteatose, dislipidemia, osteoartrose e refluxo não rebaixam o limiar. Já o homem de 28 anos com IMC 42 preenche por IMC isolado, e as duas mulheres com IMC 37 e 36 preenchem pela faixa de 35+ com comorbidade (hipertensão de difícil controle e transtorno psiquiátrico relacionado à obesidade). Resposta D.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Ao se avaliar um paciente com suspeita de isquemia mesentérica aguda, que exame, dentre os abaixo, é o mais indicado para estabelecer o diagnóstico?

- A. Ressonância magnética de abdômen
- B. Angiotomografia abdominal ✓**
- C. Arteriografia de vasos mesentéricos
- D. Ultrassonografia com estudo Doppler de vasos mesentéricos

COMENTÁRIO OSCELABS

Na suspeita de isquemia mesentérica aguda — dor abdominal desproporcional ao exame físico — o exame que estabelece o diagnóstico com rapidez é a angiotomografia de abdome: mostra falha de enchimento arterial ou venoso, pneumatose, gás portal e sofrimento de alça, tudo em minutos e sem invasão. A arteriografia (C) foi o padrão histórico e permanece útil quando já se planeja terapia endovascular, mas é invasiva e atrasa. A ressonância (A) é lenta demais para a urgência. O Doppler (D) tem baixa acurácia com distensão gasosa e serve mais à isquemia crônica. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Nos quadros típicos de apendicite aguda, a dor migratória, que deixa de ser periumbilical ou difusa e se torna localizada na fossa ilíaca direita, é causada por

- A. irritação de nervos parassimpáticos.

B. irritação do peritônio parietal. ✓

- C. abscesso retrocecal.
D. peritonite difusa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A migração da dor na apendicite reflete a troca de inervação. No início, a distensão do apêndice obstruído estimula fibras viscerais aferentes, que entram na medula em T10 e produzem dor mal localizada, referida na região periumbilical. Quando a inflamação transmural atinge o peritônio PARIETAL adjacente — inervado por fibras somáticas segmentares —, a dor migra e se fixa no ponto de McBurney, tornando-se intensa e precisa. Abscesso retrocecal (C) desloca a dor para o flanco, e peritonite difusa (D) e complicação tardia, com dor generalizada. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre enxertos e retalhos, técnicas fundamentais em cirurgia plástica.

- A. A transferência de tecido livre microvascular (tam- bém denominado retalho livre ou autotransplante) constitui uma técnica de complexidade menor do que a de retalhos pediculados.
B. As linhas de expressão facial de pele têm importân- cia na tensão e localizam-se paralelas ao músculo subjacente.
C. Um enxerto de pele pode ser colocado sobre o pe- riósteo íntegro. ✓
D. Não se realiza enxerto em malha sobre áreas irre- gulares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enxerto de pele não traz vascularização própria: depende da imbibição plasmática e da neovascularização do leito receptor. Periosteio íntegro, pericondríio e paratendão são leitos vascularizados e aceitam enxerto — o que impede a integração e osso exposto sem periosteio, cartilagem sem pericondríio ou tendão sem paratendão, situações que exigem retalho. O retalho livre microvascular é mais complexo, não menos, que o pediculado (A). As linhas de expressão facial correm perpendiculares às fibras do músculo subjacente (B). E o enxerto em malha adapta-se bem a superfícies irregulares (D). Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Paciente de 38 anos sofreu queda de uma escada em casa, caindo em piso duro. Levado à Emergência, apresentava 7 pontos pela Escala de Coma de Glasgow, tendo sido intubado. O exame clínico mostrou hemiplegia direita, com pupilas isocóricas e fotorreagentes. A tomografia computadorizada de crânio revelou uma fratura à esquerda e um hematoma extradural, com desvio das estruturas da linha média. Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada neste momento?

- A. Internação em Centro de Tratamento
B. Internação em CTI com avaliação neurológica a cada 2 horas.
C. Internação em CTI e repetição da tomografia com- putadorizada em 6 horas.
D. Encaminhamento ao Centro Cirúrgico para remo- ção do hematoma por craniotomia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematoma extradural com desvio de linha média, Glasgow 7 e déficit focal (hemiplegia) e emergência neurocirúrgica: o sangramento arterial da meníngea média expande rapidamente e a mortalidade despenca quando a drenagem ocorre antes da herniação. A conduta é craniotomia imediata para evacuação — a lesão é reversível se tratada a tempo, daí o clássico 'extradural operado cedo tem excelente prognóstico'. Internar em CTI para monitorizar pressão intracraniana (A), reavaliar (B) ou repetir tomografia em 6 horas (C) e apenas observar o paciente herniar. Resposta D.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Paciente de 60 anos, intubado há 7 dias por pneumonia por covid-19, apresentou piora dos parâmetros ventilatórios devido a pneumotórax à esquerda. Após passagem de dreno pleural, houve reexpansão completa do pulmão, porém com escape aéreo persistente, levando à perda de cerca de 15% do volume corrente através do dreno. Em relação ao dreno de tórax, que conduta, dentre as abaixo, deve ser adotada?

- A. Manter o dreno e observar o escape aéreo. ✓**
- B. Inserir um segundo dreno.
- C. Realizar pleurodese pelo dreno com agente esclerosante.
- D. Indicar pleuroscopia para sutura ou ressecção da fístula.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escape aéreo por fístula alveolopleural após drenagem de pneumotorax em paciente ventilado costuma fechar espontaneamente com o tempo, desde que o pulmão esteja reexpandido e o dreno funcionante — que é exatamente o caso. A conduta é manter o dreno e observar, ajustando a ventilação para reduzir pressões. Um segundo dreno (B) não acrescenta nada com pulmão já expandido. Pleurodese (C) tende a falhar enquanto há escape e pulmão sob ventilação mecânica. Abordagem cirúrgica ou pleuroscópica (D) fica reservada a fístulas persistentes por mais de 5 a 7 dias ou com repercussão ventilatória maior. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Na anamnese de um paciente com doença orifical, qual a queixa mais sugestiva do diagnóstico de fissura anal?

- A. Prurido anal intenso
- B. Dor evacuatória ✓**
- C. Sangramento anal
- D. Esforço evacuatório

COMENTÁRIO OSCELABS

A queixa que mais sugere fissura anal é a dor durante e após a evacuação — tipicamente descrita como corte ou vidro, intensa, seguida de dor em queimação que dura minutos a horas pelo espasmo do esfíncter interno. Esse ciclo dor-espasmo-isquemia é o que perpetua a lesão na comissura posterior. Sangramento (C) ocorre, mas é escasso, em raias no papel, e não distingue de hemorroida. Prurido (A) aponta mais para dermatite perianal ou hemorroidas. Esforço evacuatório (D) é o fator predisponente (constipação), não o sintoma-chave. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

A hiperplasia nodular estromal (hiperplasia prostática benigna) se desenvolve na

- A. zona anterior (área fibromuscular).
- B. zona periférica (70% do volume da próstata normal).
- C. zona central (25% do volume da próstata normal).
- D. zona de transição (5% do volume da próstata normal). Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 11 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A prostata tem zonas com doenças distintas: a hiperplasia nodular estromal (hiperplasia prostática benigna) nasce na zona de TRANSICAO, que corresponde a apenas cerca de 5% do volume glandular normal e circunda a uretra prostática — daí os sintomas obstrutivos com prostatas pequenas. O adenocarcinoma, em contraste, surge em cerca de 70% dos casos na zona periférica (B), que é a área palpável ao toque retal. A zona central (C) responde por poucos tumores, e o estroma fibromuscular anterior (A) é praticamente desprovido de glândulas. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Qual dos casos abaixo tem indicação de exames cardiológicos complementares para avaliação pré-operatória?

- A. Paciente feminina, de 25 anos, sem história de comorbidades ou de uso de medicamentos, que se encontra interna- da para colocação de prótese mamária eletiva.
- B. Paciente masculino, de 42 anos, com história de infecção pelo HIV (em uso de dolutegravir, lamivudina e tenofovir), hipertensão arterial (em uso de hidroclorotiazida) e diabetes melito (em uso de metformina), que se encontra interna- do para realização de postoplastia.
- C. Paciente feminina, de 46 anos, sem história de comorbidades, que se encontra internada para realização de duode- nopancreatectomia por neoplasia de pâncreas. ✓**
- D. Paciente feminina, de 51 anos, sem uso prévio de medicamentos, com sopro cardíaco ao exame físico e insuficiência mitral leve revelada por ecocardiograma realizado há 6 meses, assintomática do ponto de vista cardíaco e respirató- rio, que será submetida a passagem de duplo J em decorrência de cálculo urinário.

COMENTÁRIO OSCELABS

A investigação cardiológica pre-operatória depende do risco do PROCEDIMENTO combinado ao risco do paciente e a capacidade funcional. A duodenopancreatectomia é cirurgia de altíssimo risco, com grandes desvios de volume e tempo cirúrgico prolongado — por si justifica avaliação complementar. Prótese mamária (A) e postoplastia (B) são cirurgias de baixo risco, nas quais exames adicionais não alteram conduta mesmo com comorbidades controladas. E a insuficiência mitral LEVE, assintomática, antes de um duplo J (D) não demanda reavaliação — valvopatia só pesa quando grave ou sintomática. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Paciente feminina, de 69 anos, procurou a Emergência por dor precordial iniciada há 5 horas. Relatou história de diabetes melito e hipertensão arterial, ambos com controle irregular. Ao exame físico, a pressão arterial era de 166/72 mmHg, a frequência cardíaca de 108 bpm, Killip II, sem outras alterações significativas. O eletrocardiograma (ECG) realizado por ocasião da admissão está reproduzido abaixo. O hospital com plantão de hemodinâmica pode ser acessado em aproximadamente 70 minutos. A estratégia com melhor expectativa de benefício para a paciente é

- A. administrar estreptoquinase imediatamente e programar a transferência para outro hospital somente para terapia de resgate, se houver falha na reperfusão farmacológica.
- B. administrar dupla antiagregação plaquetária e nitroglicerina intravenosa e repetir o ECG em 30 minutos.
- C. administrar alteplase intravenosa associada a heparina não fracionada por 24 horas e programar a transferência para hospital com serviço de hemodinâmica em 6-24 horas.
- D. transferir a paciente para hospital com serviço de hemodinâmica para realização de angioplastia primária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de infarto com supradesnivelamento em evolucao de 5 horas, com Killip II. Quando um servico de hemodinamica pode ser alcançado em ate 120 minutos (aqui, 70), a angioplastia primaria e superior a fibrinolise em mortalidade, reinfarto e hemorragia intracraniana — logo, transferir e a estrategia de escolha.

Estreptoquinase (A) e alteplase (C) so entrariam se o tempo ate o balao ultrapassasse esse limite. E apenas antiagregar e reavaliar o ECG em 30 minutos (B) perde musculo em quadro que ja tem indicacao formal de reperfusao imediata. Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Qual dos casos abaixo tem indicação de profilaxia para endocardite, segundo as recomendações atuais?

A. Paciente com prótese valvar mitral que será submetido a colonoscopia com biópsia.

B. Paciente com cardiopatia congênita cianótica não corrigida que será submetido a procedimento dentário invasivo. ✓

C. Paciente com prolapso valvar mitral com regurgitação moderada que será submetido a procedimento dentário inva- sivo.

D. Paciente com história de endocardite que será submetido a biópsia renal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia de endocardite hoje se restringe a duas condicoes simultaneas: paciente de ALTO risco (protese valvar, endocardite previa, cardiopatia congenita cianotica nao corrigida ou corrigida com material protetico ha menos de 6 meses, e valvopatia do transplantado) E procedimento com manipulacao de gengiva/mucosa oral ou perfuracao de mucosa respiratoria. A cardiopatia cianotica nao corrigida com procedimento dentario invasivo preenche os dois. Procedimentos digestivos ou geniturinarios de rotina, como colonoscopia (A) e biopsia renal (D), sairam das recomendacoes, e prolapso mitral (C) nunca foi condicao de alto risco. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Paciente de 30 anos foi encaminhada ao Serviço de Endocrinologia por pretender submeter-se a uma cirurgia bariátrica. Informou que seu peso usual era de 65 kg e que havia ganhado 40 kg nos últimos 5 anos. Por ocasião da consulta, o peso era de 105 kg e a altura de 162 cm (IMC de 40 kg/m²). Todos os achados abaixo levam à suspeita de causa secundária de obesidade, exceto um. Assinale-o.

A. Estrias claras de 0,5 cm de largura no abdômen ✓

B. Dificuldade para levantar da cadeira por fraqueza muscular proximal

C. Glicemia de jejum de 45 mg/dl acompanhada de palpitações e sudorese

D. Fratura em cunha na coluna vertebral e densitometria mineral óssea com escores T -2,5 e Z -3,5 I aVR V1 V4 II aVL V2 V5 III aVF V3 V6 IV II 12 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Estrias finas e CLARAS, de meio centimetro, sao achado banal do ganho ponderal rapido — nao sugerem causa secundaria. O que levanta suspeita de Cushing sao estrias violaceas, largas (acima de 1 cm), acompanhadas de pletora facil e gibosidade. Ja fraqueza muscular proximal (B) traduz miopatia esteroide, e fratura vertebral em cunha com escore Z de -3,5 (D) e osteoporose desproporcional a idade — ambos apontam hipercortisolismo. Hipoglicemia de 45 mg/dl com adrenergicos (C) sugere hiperinsulinismo endogeno, outra causa secundaria de ganho de peso. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Paciente de 32 anos, previamente hígido, veio à consulta em razão do surgimento de lesão pruriginosa, eventualmente dolorosa (“ferroadas”) na perna direita há 1 semana. Referiu ter feito uma trilha próxima a uma cachoeira poucos dias antes do início dos sintomas. Ao exame dermatológico, foi observada lesão nodular (imagem abaixo), levemente eritematosa, com orifício central e eliminação de mínima secreção serosa e ausência de secreção purulenta. Com base no quadro clínico e no diagnóstico nosológico mais provável, assinale a assertiva correta.

A. A eliminação mecânica do agente causador abrevia o quadro dermatológico. ✓

B. O quadro é autolimitado na maioria dos casos, se resolvendo no máximo em 2 semanas.

C. Analgesia e antibióticos tópicos são suficientes para resolver o quadro dermatológico.

D. A reação cutânea possivelmente tenha ocorrido a partir de uma infestação por pulga.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nodulo eritematoso com ORIFÍCIO CENTRAL drenando serosidade, dor em ferroadas e contato recente com mata úmida definem miíase furunculoide (berne, por larva de *Dermatobia hominis*) — o orifício e o espiráculo por onde a larva respira. O tratamento e a retirada mecânica da larva, com oclusão do orifício para forçar sua exteriorização ou extração/pequena incisão: removido o agente, a lesão regride. Não é quadro autolimitado em 2 semanas (B), a larva permanece por semanas. Analgesia e antibiótico tópico (C) não resolvem enquanto a larva estiver dentro. E o agente é mosca, não pulga (D). Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente de 45 anos, com obesidade, foi hospitalizado por infecção por covid-19. Vinha recebendo, desde o dia da internação, dexametasona (6 mg/dia) e oxigênio por cateter nasal (5 l/min). Apresentou glicemias capilares > 200 mg/dl nos dois primeiros dias, tendo sido iniciada administração de insulina em esquema basal e em bolo. Desconhecia o diagnóstico prévio de diabetes melito (DM). Assinale a assertiva correta sobre a hiperglicemia.

A. O diagnóstico de DM já está confirmado, pois o paciente apresenta duas glicemias capilares ao acaso > 200 mg/dl.

B. Duas glicemias de jejum > 126 mg/dl durante a internação confirmam o diagnóstico de DM prévio à hospitalização.

C. Hemoglobina glicada (HbA1c) < 6,5% confirma o diagnóstico de hiperglicemia de estresse. ✓

D. Não é possível diferenciar DM prévio de hiperglicemia de estresse, tendo como base os resultados de glicemias ou HbA1c obtidos durante a internação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hemoglobina glicada reflete a glicemia média dos últimos 2 a 3 meses, portanto NÃO é afetada pelo corticoide iniciado dias antes nem pelo estresse da internação. Valor abaixo de 6,5% em paciente que hiperglicemia só após a dexametasona indica hiperglicemia de estresse/induzida por fármaco, e não diabetes previamente instalado — e essa é justamente a utilidade do exame no internado, o que derruba a alternativa D. Glicemias capilares ao acaso (A) e glicemias de jejum colhidas sob corticoide e doença aguda (B) não servem para diagnosticar diabetes. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre diarreia por clostridioide.

A. É frequentemente associada a hematoquezia e melena.

B. Idade > 65 anos e uso de inibidores da bomba de prótons são fatores de risco. ✓

C. Megacólon pode ser definido ao raio X como cólon com > 5 cm de diâmetro.

D. Transplante fecal é a primeira opção de tratamento na recorrência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idade acima de 65 anos e uso de inibidores de bomba de prótons são fatores de risco reconhecidos para infecção por *Clostridioides difficile*, ao lado da antibioticoterapia recente e da hospitalização — a supressão ácida facilita a sobrevivência dos esporos. A colite pseudomembranosa cursa com diarreia aquosa profusa, não com hematoquezia e melena (A). Megacolon tóxico é definido por diâmetro colônico acima de 6 cm (C). E na primeira recorrência o tratamento é antimicrobiano (vancomicina oral em pulso/desmame ou fidaxomicina); o transplante fecal fica para recorrências múltiplas (D). Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Paciente masculino, de 75 anos, com diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica e histórico de uso crônico e por conta própria de anti-inflamatório não esteroidal para dores articulares, procurou a Emergência por quadro de hematêmese e dor abdominal, com evolução de 12 horas. À chegada, apresentava mucosas úmidas e descoradas, fácies de dor, temperatura axilar de 36,8°C e pressão arterial de 90/60 mmHg. Que achado do exame físico, dentre os abaixo, se relaciona com a presença de úlcera gástrica ou duodenal perfurada?

A. Dor no quadrante inferior direito à palpação do quadrante inferior esquerdo

B. Dor à palpação do hipocondrio direito durante a inspiração profunda

C. Desaparecimento da macicez e aparecimento de hipertimpanismo na região hepática à percussão ✓

D. Equimose periumbilical

COMENTÁRIO OSCELABS

O desaparecimento da macicez hepática com hipertimpanismo à percussão do hipocondrio direito e o sinal de Jobert: ar livre na cavidade peritoneal se interpõe entre o fígado e a parede, denunciando pneumoperitônio por víscera perfurada — coerente com uso crônico de anti-inflamatório e úlcera péptica. Dor no quadrante inferior direito à palpação do esquerdo (A) e o sinal de Rovsing, da apendicite. Dor no hipocondrio direito na inspiração profunda (B) e o sinal de Murphy, da colecistite. Equimose periumbilical (D) e o sinal de Cullen, ligado a hemorragia retroperitoneal/pancreatite. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Paciente feminina, de 21 anos, veio à consulta queixando-se de cansaço. Os exames laboratoriais solicitados indicaram hemoglobina de 9,6 g/dl, aumento dos níveis de RDW (índice de anisocitose) e Coombs positivo de 3+/4. Qual dos achados laboratoriais abaixo é esperado nesse quadro?

A. Reticulocitose ✓

B. Leucócitos fragmentados

C. Microcitose

D. Capacidade ferropéxica aumentada

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia com Coombs direto fortemente positivo define anemia hemolítica autoimune. Como a medula está íntegra e responde à destruição periférica, o achado esperado é reticulocitose — e o aumento dos reticulócitos, células maiores, que explica o RDW elevado e frequentemente uma macrocitose discreta, nunca microcitose (C). Fragmentação aparece nas hemácias (esquizócitos) das anemias microangiopáticas, não nos leucócitos (B). E capacidade ferropéxica aumentada (D) é marca da anemia ferropriva, situação em que o Coombs seria negativo. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Paciente de 82 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (estágio GOLD D), em uso de oxigênio contínuo por cateter nasal no domicílio há 3 anos e de fármacos para controle da doença de base, foi trazido à Emergência por apresentar dispneia em repouso, com início há 7 dias, e por não conseguir mais se alimentar devido à falta de ar. Com histórico de 7 internações no último ano por quadros semelhantes, tivera alta hospitalar há 2 semanas. Referiu, com a fala entrecortada, que, há 1 ano, não conseguia colocar a própria roupa ou efetuar qualquer atividade básica de vida diária sem o auxílio de terceiros devido à dispneia e que não saía de casa há mais de 2 anos em razão dessa limitação. Negou ter secreção respiratória e febre. Ao exame, encontrava-se emagrecido, afebril, lúcido, taquidispneico e taquicárdico. Havia murmúrio vesicular diminuído, sem ruídos adventícios; a frequência respiratória era de 30 mpm, e a saturação de oxigênio, de 91% (com cateter nasal de oxigênio a 3 l/min). O restante da avaliação dos sistemas não mostrou alterações. Exames complementares não apontaram evidência de quadro agudo infeccioso ou embólico. Apresentados os objetivos terapêuticos, o paciente disse querer somente alívio para sua falta de ar, pois sabia ter pouco tempo de vida. A conduta mais adequada, neste momento, é prescrever

A. benzodiazepínico.

B. corticosteroide.

C. opioide parenteral em baixa dose. ✓

D. opioide por nebulização. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 13

COMENTÁRIO OSCELABS

DPOC terminal (GOLD D, oxigenoterapia domiciliar, sete internações no ano, dependência total há 1 ano, sem sair de casa há 2 anos), sem causa aguda reversível identificada, com objetivo de cuidado explicitamente declarado pelo próprio paciente: alívio do sintoma. O tratamento de escolha da dispneia refratária em cuidados paliativos é o opioide em baixa dose, aqui por via parenteral, já que ele não consegue mais se alimentar. Benzodiazepínico (A) só entra como adjuvante quando há ansiedade associada. Corticoide (B) não tem alvo sem exacerbação. E opioide nebulizado (D) não tem eficácia comprovada. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Paciente de 30 anos foi internada por febre, cefaleia e vômitos, quadro iniciado há 7 dias. A tomografia computadorizada de crânio estava normal. Foi realizada punção lombar com pressão de abertura de 300 mmH₂O. A análise líquórica revelou 100 leucócitos/mm³ (99% de linfócitos), proteína de 300 mg/dl, glicose de 20 mg/dl (glicose sérica de 120 mg/dl), BAAR negativo e PCR positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. O exame anti-HIV apresentou resultado positivo, com contagem de CD4 de 30 células/mm³ e carga viral de 150.000 cópias/ml. Qual a conduta mais adequada?

A. Aguardar a cultura para confirmar o diagnóstico antes de iniciar o tratamento, por ser o teste PCR para *Mycobacterium tuberculosis* pouco específico para tuberculose meníngea.

B. Iniciar imediatamente o esquema RHZE (rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol) e a terapia antirretroviral.

C. Iniciar imediatamente o esquema RHZE + prednisona e adiar por 2 semanas o início da terapia antirretroviral.

D. Iniciar imediatamente o esquema RHZE + prednisona e adiar por 8 semanas o início da terapia antirretroviral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Liquor com pleocitose linfocítica, hiperproteinorraquia, glicose muito baixa, pressão de abertura elevada e PCR positivo confirma meningite tuberculosa — o PCR molecular tem alta especificidade, então não há por que aguardar cultura (A). Duas condutas se somam: corticoide adjuvante (prednisona/dexametasona) reduz mortalidade na forma meníngea, e o início da antirretroviral deve ser ADIADO por cerca de 8 semanas, mesmo com CD4 de 30, porque a síndrome inflamatória de reconstituição imune no sistema nervoso central é catastrófica. Iniciar TARV junto (B) ou em 2 semanas (C) é o erro clássico. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Paciente masculino, de 45 anos, sem comorbidades prévias, procurou atendimento médico por cefaleia, prostração, tosse seca eventual e febre de até 38,3°C, quadro iniciado há 5 dias. Realizou um teste de antígeno para covid-19 há 2 dias cujo resultado foi negativo. Referiu contato com colega de trabalho com sintomas respiratórios. Ao exame físico, apresentava sinais vitais estáveis e saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. Em relação à investigação diagnóstica para covid-19 neste momento, assinale a assertiva correta.

- A. Seria indicado realizar um teste molecular devido à sua maior sensibilidade quando comparado ao teste de antígeno. ✓**
- B. Seria indicado repetir o teste de antígeno, pois forneceria um resultado mais rápido e, se negativo, descartaria o diagnóstico.
- C. Tanto o teste molecular como o de antígeno apresentam sensibilidade semelhante, porém o PCR é mais específico, sendo, portanto, o exame indicado.
- D. Tanto o teste de PCR como o de antígeno apresentam baixa sensibilidade neste momento da infecção, razão pela qual deveria ser realizada uma tomografia computadorizada de tórax para avaliar a gravidade e confirmar o diagnóstico com sorologia após 14 dias do início dos sintomas. 14 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste rápido de antígeno tem boa especificidade, porém sensibilidade nitidamente inferior à do teste molecular — um resultado negativo NAO exclui covid-19, sobretudo com quadro clínico compatível e contato epidemiológico. Diante de probabilidade pré-teste alta, o passo correto é confirmar com RT-PCR. Repetir o antígeno (B) mantém a mesma limitação e um novo negativo continuaria sem descartar. C erra ao igualar as sensibilidades. E tomografia de tórax (D) não é exame diagnóstico de covid-19 em paciente sem hipoxemia, nem se aguarda sorologia tardia para conduzir o caso agora. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Paciente de 55 anos foi hospitalizada por insuficiência cardíaca, tendo evoluído para parada cardíaca. Exames laboratoriais iniciais indicaram potássio de 3 mEq/l (valor de referência: 3,6-5,2 mEq/l), magnésio de 1,2 mg/dl (valor de referência: 1,7-2,1 mg/dl) e creatinina de 0,8 mg/dl (valor de referência: 0,6-1,3 mg/dl). O eletrocardiograma reproduzido abaixo mostra o ritmo inicial. Com base nas informações, assinale a alternativa que contempla o tratamento apropriado para a paciente.

- A. Choque sincronizado e reposição de potássio e magnésio
- B. Choque sincronizado e reposição de potássio e bicarbonato
- C. Choque não sincronizado, reposição de magnésio e administração de furosemida
- D. Choque não sincronizado e reposição de magnésio apenas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipopotassemia de 3 mEq/l somada a hipomagnesemia de 1,2 mg/dl e o substrato clássico do prolongamento do QT com taquicardia ventricular polimórfica (torsades de pointes) que degenera em parada. Em ritmo de parada não há o que sincronizar: o choque é NÃO sincronizado (desfibrilação), o que já elimina A e B. E o antiarrítmico específico do torsades e o sulfato de magnésio intravenoso, mesmo com magnésio apenas limitrofe. Furosemida (C) agravaria as perdas de potássio e magnésio, e bicarbonato não tem papel aqui. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Paciente de 56 anos, com hipertensão arterial desde os 50 e obesidade (IMC de 31 kg/m²), foi diagnosticado com diabetes melito tipo 2 há 1 ano. Vinha em uso de enalapril (20 mg, 2 vezes/dia), hidroclorotiazida (25 mg/dia), metformina (2.000 mg/dia) e glimepirida (4 mg, 2 vezes/dia). Foi encaminhado ao nefrologista para avaliação da função renal. Exames laboratoriais revelaram creatinina de 1,7 mg/dl (CKD-EPI de 46 ml/min), potássio de 4,9 mg/dl, HbA1c de 8,9%, albuminúria em amostra de 256 mg/l e EQU sem achados patológicos. Visto que apresenta doença renal do diabetes, recebeu, para esse diagnóstico, a prescrição de

A. redução de 50% na dose de metformina.

B. inibidor do SGLT-2 (cotransportador sódio-glicose 2). ✓

C. análogo do GLP-1 (peptídeo glucagon-like-1).

D. espironolactona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes tipo 2 com taxa de filtração de 46 ml/min e albuminúria estabelece doença renal do diabetes, e a classe que muda desfecho renal e cardiovascular nesse cenário é a dos inibidores do SGLT-2: reduzem a hiperfiltração pelo feedback tubuloglomerular, retardam a progressão da doença renal e diminuem internação por insuficiência cardíaca. Metformina não precisa de redução até 45 ml/min e não trata o rim (A). Análogos de GLP-1 (C) tem benefício cardiovascular e albuminúrico, mas não são a prescrição dirigida a nefropatia neste enunciado. Espironolactona (D) traz risco de hipercalemia sem essa indicação. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a indicação de exames de imagem no atendimento emergencial de pacientes com acidente vascular cerebral (AVC).

A. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste tem baixa sensibilidade para detecção de AVC hemorrágico (hemorragia intraparenquimatosa).

B. A imagem ponderada em T2 de ressonância magnética de crânio é mais sensível do que a de tomografia computadorizada de crânio sem contraste para o diagnóstico de AVC isquêmico nas 2 horas subsequentes ao início dos sintomas.

C. A adição de contraste na tomografia computadorizada de crânio aumenta a chance de detecção de AVC agudo.

D. Tomografia computadorizada de crânio é o exame de escolha para o atendimento de AVC agudo na maioria dos casos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A tomografia de crânio sem contraste segue sendo o exame inicial no AVC agudo pela disponibilidade, rapidez e, sobretudo, porque responde a pergunta que muda a conduta imediata: há sangue? Ela é altamente sensível para hemorragia intraparenquimatosa aguda — o que derruba A. A ressonância com difusão (e não a ponderação em T2) e que supera a tomografia nas primeiras horas do AVC isquêmico (B), mas não está disponível na maioria dos serviços. E adicionar contraste (C) não aumenta a detecção do evento agudo; a angiotomografia serve para mapear oclusão de grande vaso, outra finalidade. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Paciente de 39 anos foi internada para tratamento de complicações relacionadas a um linfoma. No prontuário, havia registro do peso da paciente (60 kg), da prescrição de soro fisiológico intravenoso a 0,9% (30 ml/hora) e fluconazol para tratamento de candidíase sistêmica, além de um episódio de vômitos e câimbras no dia de hoje. Fez uso de filgrastima recentemente após o nadir da quimioterapia. Considerando o caso e os resultados dos exames abaixo, qual a principal causa para a hipopotassemia? Data 03/06/08 Hoje Hemoglobina (g/dl) 9,1 6,4 7,6 8,8 Leucócitos (X10³/ml) 1,8 0,81 3,1 6,26 Creatinina (mg/dl) 0,55 0,52 0,6 0,57 Potássio (mEq/l) 4,3 3,4 2,9 2,3

A. Hiper-hidratação e diurese excessiva

B. Recuperação medular ✓

C. Uso de fluconazol

D. Perda de secreções pelo trato gastrointestinal

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência do hemograma conta a história: após o nadir quimioterápico e o uso de filgrastim, os leucócitos saltam de 0,81 para 6,26 e a hemoglobina sobe — e a recuperação medular. A proliferação celular intensa consome potássio para dentro das células novas, gerando hipopotassemia por redistribuição, exatamente enquanto o potássio despenca de 4,3 para 2,3. Hiper-hidratação (A) é insustentável com apenas 30 ml/hora de soro e creatinina estável. Fluconazol (C) não causa hipopotassemia relevante (a anfotericina causa). E um único episódio de vômitos (D) não explica queda dessa magnitude. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Paciente com doença pulmonar obstrutiva crônica moderada (GOLD 2), que vinha recebendo tratamento contínuo com formoterol inalatório, permanecia com dispneia aos pequenos esforços, mas sem exacerbações da doença nos últimos 12 meses. Nesse contexto, qual o escalonamento de tratamento mais adequado?

A. Manter formoterol de uso contínuo por mais 3 meses e reavaliar.

B. Adicionar um anticolinérgico de longa ação de uso contínuo. ✓

C. Adicionar um β₂-agonista de curta ação se houver dispneia.

D. Adicionar um corticosteroide inalatório de uso contínuo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente sintomático (dispneia persistente) sob monoterapia broncodilatadora e SEM exacerbações no último ano: o escalonamento indicado pelo GOLD e a dupla broncodilatação, associando um antimuscarínico de longa ação ao β₂-de longa ação já em uso. Manter o mesmo esquema e reavaliar (A) só prolonga o sintoma. SABA de resgate (C) já é assumido e não constitui escalonamento. E corticoide inalatório (D) tem seu lugar no fenotipo exacerbador ou com eosinofilia, não no paciente que há 12 meses não exacerba — nele, o CI apenas acrescenta risco de pneumonia. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Paciente masculino, de 38 anos, procurou atendimento na UBS referindo tosse produtiva, alguns episódios de hemoptise, febre ocasional e perda de peso de 7 kg, quadro iniciado há 3 meses. Foi solicitado um raio X de tórax (imagem abaixo). Que hipótese diagnóstica, dentre as propostas, é a mais provável?

- A. Carcinoma epidermoide
- B. Metástases pulmonares
- C. Tuberculose ✓**
- D. Fibrose cística

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse produtiva com hemoptise, febre e perda de 7 kg em 3 meses — sintomas arrastados por mais de 3 semanas — em adulto jovem previamente hígido e o quadro clássico de tuberculose pulmonar, ainda mais com radiografia mostrando acometimento de ápices e escavação. A investigação segue com baciloscopia ou teste rápido molecular no escarro. Carcinoma epidermoide (A) é improvável aos 38 anos sem tabagismo e costuma dar massa central. Metastases (B) apareceriam como nódulos múltiplos em 'solta de balão', sem febre. Fibrose cística (D) se manifestaria na infância, com bronquiectasias e infecções de repetição. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Paciente de 25 anos buscou atendimento em razão de ataques súbitos de palpitação, sudorese, tremor, sensação de falta de ar, dor torácica, tonturas e medo de morrer. Procurara a Emergência algumas vezes, mas, ao ser avaliada, informavam-lhe não haver qualquer alteração nos exames realizados. Negou uso de substâncias aditivas. Referiu que, desde que passou a apresentar os ataques, tinha receio de sair de casa e ficava constantemente preocupada com a possibilidade de eles tornarem a ocorrer. Acerca desse transtorno, assinale a assertiva correta.

- A. Os tratamentos de primeira linha são os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, venlafaxina e terapia cognitivo-comportamental. ✓**
- B. Benzodiazepínico de uso contínuo por longo prazo está indicado.
- C. Indivíduos do sexo masculino são mais frequentemente afetados por esse transtorno do que os do feminino, em uma razão em torno de 2:1.
- D. Cerca de 70% dos pacientes com esse transtorno não respondem à intervenção de primeira linha.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ataques súbitos e recorrentes de palpitação, sudorese, dispneia, dor torácica e medo de morrer, com investigação normal, seguidos de preocupação persistente com novas crises e esquiva de sair de casa: transtorno de pânico com agorafobia. O tratamento de primeira linha combina inibidores seletivos da recaptação de serotonina ou venlafaxina com terapia cognitivo-comportamental. Benzodiazepínico (B) serve no máximo como ponte curta, pelo risco de tolerância e dependência. O transtorno é cerca de 2 vezes mais frequente em mulheres, não em homens (C). E a maioria dos pacientes RESPONDE ao tratamento de primeira linha (D). Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Paciente feminina, de 67 anos, com obesidade e hipertensão arterial sistêmica, consultou por dor no quadril direito e no joelho esquerdo, quadro iniciado há cerca de 1 ano. Referiu rigidez matinal de cerca de 30 minutos e agravamento da dor ao subir e descer escadas. Ao exame, havia dor à mobilização passiva extrema do quadril direito e do joelho esquerdo, com discreto aumento de temperatura e de volume não depressível. Foram também observadas nodulações em algumas articulações interfalangianas distais de ambas as mãos. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual a conduta terapêutica mais adequada?

- A. Uso de hidroxiquina
- B. Uso de metotrexato

C. Prática de exercícios aeróbicos e de resistência ✓

- D. Artroplastia
- Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor mecânica que piora ao subir e descer escadas, rigidez matinal breve (30 minutos ou menos) e nódulos em interfalangianas DISTAIS (nódulos de Heberden) em mulher de 67 anos com obesidade: é osteoartrite, não doença inflamatória — a artrite reumatoide poupa as interfalangianas distais e cursa com rigidez prolongada. Por isso hidroxiquina (A) e metotrexato (B), drogas modificadoras de doença reumática, não tem lugar. O pilar terapêutico com melhor evidência é o exercício aeróbico e de fortalecimento, associado à perda de peso. Artroplastia (D) só após falha do tratamento conservador. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre medicina baseada em evidências.

A. A razão de verossimilhança positiva indica quantas vezes é maior a possibilidade de a pessoa ter a doença quando um teste é positivo. ✓

- B. A utilidade de um teste diagnóstico é maior se a probabilidade pré-teste da doença for < 25%.
- C. Especificidade de um teste é a capacidade de identificar os indivíduos doentes entre as pessoas testadas na população.
- D. Redução absoluta de risco é a taxa de eventos no experimento subtraída da taxa de eventos nos controles.

COMENTÁRIO OSCELABS

A razão de verossimilhança positiva expressa quantas vezes um resultado positivo é mais provável em quem tem a doença do que em quem não tem — ou seja, o quanto o teste positivo multiplica a chance de doença. Quanto maior, mais o teste desloca a probabilidade pós-teste. Um teste rende mais quando a probabilidade pré-teste é INTERMEDIÁRIA; com probabilidade muito baixa ou muito alta ele pouco acrescenta (B). Identificar os doentes entre os testados é sensibilidade, não especificidade (C). E a redução absoluta de risco é a taxa nos controles menos a taxa no grupo experimental — D inverte os termos. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Em 2020, foram registradas no Brasil 194.976 mortes causadas por covid-19. A população estimada para o cálculo dos indicadores era de 213.320.748 habitantes. A que medida, dentre as abaixo, corresponde o índice calculado de 914 óbitos por covid-19 por milhão de habitantes em 2020?

- A. À taxa de letalidade
- B. À taxa de mortalidade ✓**
- C. À letalidade proporcional
- D. À mortalidade proporcional

COMENTÁRIO OSCELABS

O indicador tem no numerador os óbitos por uma causa e no denominador a POPULACAO exposta (213 milhões de habitantes): isso é taxa de mortalidade — no caso, mortalidade específica por covid-19, expressa por milhão de habitantes. A letalidade (A) usaria no denominador apenas os DOENTES, isto é, os casos confirmados de covid-19, medindo a gravidade da doença. E as medidas proporcionais (C, D) tem como denominador o total de óbitos, mostrando que fatia do total de mortes coube aquela causa — não envolvem população. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Qual o numerador usado para o cálculo da taxa de incidência de uma doença referente a uma determinada população estudada?

- A. Todos os casos diagnosticados durante um estudo transversal.
- B. Todos os casos novos diagnosticados durante o período de seguimento. ✓**
- C. Todos os indivíduos doentes presentes no início do período de seguimento.
- D. Todos os indivíduos doentes presentes no final do período de seguimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Incidência mede casos NOVOS, ou seja, o risco de adoecer: o numerador é formado exclusivamente pelos casos que surgiram durante o período de seguimento, entre pessoas que estavam sob risco no início. Casos diagnosticados em estudo transversal (A) e doentes existentes no começo (C) ou no fim (D) do seguimento compõem a PREVALENCIA, que mede a carga da doença em um momento, e não o risco de adoecer. Vale a relação clássica: prevalência depende da incidência multiplicada pela duração média da doença. Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Em um centro médico acadêmico de atendimento terciário, foi realizado um estudo envolvendo 48 parturientes com feto único, cefálico e a termo. O objetivo era determinar os desfechos materno e neonatal de acordo com a aplicação ou não de estimulação elétrica nervosa transcutânea, de forma aleatória, para alívio da dor do parto antes da instalação da analgesia condutiva. A análise do resultado incluiu a intensidade da dor (medida pela Escala Visual Analógica), o intervalo entre a avaliação inicial e a instalação da analgesia condutiva, a duração do trabalho de parto, a via de parto e os escores de Apgar. Qual o delineamento desse estudo?

- A. Estudo transversal
- B. Estudo de coorte
- C. Ensaio clínico randomizado ✓**
- D. Estudo de caso-controle

COMENTÁRIO OSCELABS

O elemento que define o desenho é a alocação ALEATORIA da intervenção (estimulação elétrica nervosa transcutânea) pelo pesquisador, com seguimento prospectivo e comparação de desfechos entre os grupos: é um ensaio clínico randomizado. Estudo de coorte (B) também acompanha no tempo, porém a exposição ocorre naturalmente, sem sorteio. O transversal (A) mediria exposição e desfecho no mesmo instante, sem seguimento. E o caso-controle (D) partiria do desfecho para trás, o que aqui não acontece. Resposta C.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Como medida de contenção à pandemia de covid-19, um município brasileiro, localizado na fronteira do Brasil com a Argentina, decidiu estabelecer e executar novas normas de vigilância sanitária, impedindo o trânsito de cargas e pessoas entre os 2 países. Essa conduta está de acordo com a legislação?

- A. Sim. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/1990), é atribuição da gestão municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e União.
- B. Sim. De acordo com o Decreto no 7.508/2011, do Ministério da Saúde, as Regiões de Saúde situadas em áreas de fronteira com outros países poderão criar as normas que regem as relações internacionais em casos de emergência sanitária.
- C. Não. De acordo com a Lei Orgânica da Saúde (Lei no 8.080/1990), é atribuição da gestão municipal do SUS colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras. ✓**
- D. Não. De acordo com o Decreto no 7.508/2011, do Ministério da Saúde, é atribuição das Comissões Intergestoras pactuar as ações emergenciais em casos de emergência sanitária.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras é competência da UNIAO, executada pela Anvisa, podendo ser complementada por Estados e Municípios. A Lei 8.080/1990 atribui a gestão municipal o papel de COLABORAR com União e Estados nessa execução — nunca o de estabelecer normas próprias nem fechar fronteira internacional por ato local, matéria que envolve relações internacionais e competência federal. Logo, a conduta do município não encontra amparo legal, e as alternativas que a validam (A, B) invertem a titularidade. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Segundo o art. 196 da Constituição Federal, a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Como muitos dos artigos da Constituição que diziam respeito ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) foram vetados quando de sua promulgação, o SUS passou a ser financiado por legislações infraconstitucionais. Assinale a alternativa que contempla a legislação que representou o maior impacto para o subfinanciamento da Atenção Básica no SUS.

- A. Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) na Norma Operacional Básica de 1996 com transferência de recursos aos municípios em 1998.
- B. Redução, em 2004, do percentual da COFINS (contribuição para o financiamento da seguridade social) incidente na receita de empregadores e empresas.
- C. Emenda Constitucional no 51/2006, que obriga a contratação direta pelos Estados, Distrito Federal e Municípios dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias, onerando os gestores municipais sem contrapartida federal.
- D. Emenda Constitucional no 95/2016, que cria um teto de gastos públicos cujas metas poderão ser revisadas em 10 anos. 16 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A Emenda Constitucional 95/2016 congelou o teto de gastos primários da União por 20 anos, corrigindo-o apenas pela inflação e desvinculando o piso da saúde do crescimento da receita corrente líquida. O efeito é estrutural e cumulativo: com população crescendo, envelhecendo e com custos assistenciais em alta, o gasto federal per capita em saúde cai ano após ano — e o maior impacto sobre o subfinanciamento do SUS e da Atenção Básica. A criação do PAB (A) ampliou repasses, e as demais medidas (B, C) têm alcance muito menor. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP).

- A. Incluem-se, entre as condições sensíveis, as internações por diabetes, hipertensão, pneumonia e partos e constituem indicadores de baixo acesso aos serviços de saúde.
- B. Incluem-se, entre as condições sensíveis, as que poderiam ser tratadas com internações curtas em hospitais de baixa complexidade e assistidas por médicos de família.
- C. Taxas elevadas de internações hospitalares por condições sensíveis podem indicar baixo acesso aos serviços de Atenção Primária por parte da população ou oferta de uma Atenção Primária de baixa qualidade. ✓**
- D. Dependendo da condição, o paciente é encaminhado para internação após consulta na Atenção Primária, indicando eficiência do sistema de referência e contrarreferência.

COMENTÁRIO OSCELABS

As internações por condições sensíveis à Atenção Primária são aquelas que uma APS oportuna e resolutiva evitaria — asma, diabetes descompensado, insuficiência cardíaca, pneumonia, infecção urinária. Taxas elevadas funcionam como indicador indireto de baixo acesso ou baixa qualidade da APS. Parto NÃO entra na lista (A), pois não é evento evitável. A lista não se define por 'internação curta em hospital de baixa complexidade' (B), e sim pela evitabilidade. E encaminhar para internação essas condições não demonstra eficiência do sistema (D) — demonstra falha de manejo ambulatorial prévio. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Assinale a assertiva incorreta sobre o planejamento da saúde no Sistema Único de Saúde (SUS).

- A. O planejamento é obrigatório para a iniciativa privada que oferece serviços complementares ao SUS. ✓**
- B. O planejamento é obrigatório para os entes públicos e compatibiliza os instrumentos de planejamento da saúde, como o Plano de Saúde, com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, como o Plano Plurianual.
- C. É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações na área da saúde não previstas nos Planos de Saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública.
- D. O relatório de gestão, que apresenta os resultados do Plano de Saúde, deve ser submetido ao Conselho de Saúde do respectivo gestor do SUS.

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta é a que torna o planejamento OBRIGATORIO para a iniciativa privada: a Lei 8.080 e o Decreto 7.508/2011 estabelecem que o planejamento é obrigatório para os entes públicos e apenas INDUTIVO/indicativo para o setor privado, inclusive para os serviços complementares contratados. As demais estão corretas: o Plano de Saúde deve dialogar com Plano Plurianual, LDO e LOA; é vedada a transferência de recursos para ações não previstas no Plano de Saúde, salvo emergência ou calamidade; e o relatório de gestão vai ao Conselho de Saúde correspondente. Resposta A.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Assinale a assertiva incorreta sobre o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na rede de serviços.

- A. Países com maior pontuação na avaliação da APS apresentam efeitos positivos na efetividade, na eficiência e na equidade do sistema de saúde.
- B. Países de alta renda, em que a APS desempenha forte papel na organização do sistema de saúde, apresentam melhores resultados na saúde da população, menores taxas de hospitalização desnecessárias e menor desigualdade socioeconômica.
- C. Há evidências de que a APS, quando desempenha forte papel na organização do sistema de saúde, promove redução de custos nos sistemas sanitários; em países que investem mais na APS, os gastos se associam a melhores resultados em saúde e a menores desigualdades entre grupos populacionais.
- D. Não há impacto da APS com forte papel na organização do sistema de saúde em países de baixa e média rendas devido às desigualdades na distribuição dos determinantes sociais da saúde. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta é a que nega impacto da Atenção Primária em países de baixa e média renda. A evidência acumulada — inclusive brasileira, com a Estratégia Saúde da Família — mostra o oposto: e justamente nesses contextos, marcados por desigualdade nos determinantes sociais, que uma APS forte produz os maiores ganhos, reduzindo mortalidade infantil, internações evitáveis e iniquidades. As demais reproduzem achados consolidados de Starfield e sucessores sobre efetividade, eficiência, equidade e redução de custos. Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Os efeitos da expansão da Estratégia Saúde da Família têm sido avaliados, sistematizados e divulgados de forma crescente em publicações científicas brasileiras e internacionais. Sobre o aumento da cobertura do Programa Saúde da Família e os indicadores mortalidade infantil e mortalidade na infância, assinale a assertiva incorreta.

- A. Houve redução de 4,6% na mortalidade infantil para cada 10% de aumento na cobertura populacional do Programa Saúde da Família.
- B. A cobertura do Programa Saúde da Família não teve impacto na mortalidade na infância (crianças com menos de 5 anos). ✓**
- C. Houve redução na mortalidade infantil pós-neonatal com o efeito combinado de aumento das coberturas dos Programas Saúde da Família e Bolsa Família.
- D. Nas populações de menor quintil de renda, a expansão do Programa Saúde da Família teve maior impacto em promover equidade do que o Programa Nacional de Vacinação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A afirmação falsa é a de que a Estratégia Saúde da Família não teria afetado a mortalidade na infância. Os estudos de avaliação da expansão brasileira mostram redução consistente tanto da mortalidade infantil (menores de 1 ano) quanto da mortalidade na infância (menores de 5 anos), com efeito dose-resposta conforme a cobertura populacional aumenta. O impacto se concentra no componente pos-neonatal — diarreia, infecção respiratória, desnutrição —, e potencializa-se quando somado a transferência de renda, sendo maior nos quintis mais pobres, o que traduz ganho de equidade. Resposta B.

QUESTÃO 92 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre o ambiente de atendimento médico por meio de uma ligação telefônica.

- A. A identificação de ruídos ambientais, alheios à consulta, não pode suscitar a interrupção do atendimento por razões éticas.
- B. No decorrer do atendimento telefônico, é possível detectar a necessidade de atendimento presencial urgente, mesmo que a pessoa em avaliação não mencione nenhuma queixa ou sintoma de alerta. ✓**
- C. Um resultado de exame positivo para doença sexualmente transmissível não pode, em hipótese alguma, ser informado pelo profissional para um terceiro durante um atendimento telefônico.
- D. A criptografia de ponta-a-ponta utilizada por aplicativos de mensagem, como o

COMENTÁRIO OSCELABS

O atendimento por telefone permite sim identificar necessidade de avaliação presencial urgente mesmo sem queixa de alerta verbalizada: fala entrecortada, taquipneia audível, confusão, sonolência ou o próprio silêncio informam gravidade. As demais erram. Ruído ambiental que comprometa a privacidade ou a qualidade da escuta e motivo legítimo — e eticamente exigido — para interromper ou reagendar (A). Resultado de infecção sexualmente transmissível pode ser comunicado a terceiro em situações previstas, como autorização do paciente ou justa causa (C). E aplicativo de mensagens não é meio seguro de ARMAZENAMENTO de dados de saúde (D). Resposta B.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Paciente de 55 anos retornou à UBS com os resultados dos exames solicitados na consulta anterior. O teste para HIV foi positivo. Encontrava-se assintomática, apresentava contagem de leucócitos normal, não havia perdido peso e não se sentia doente. Acerca das orientações iniciais fornecidas na UBS sobre a terapia antirretroviral (TARV) e sobre a disponibilidade de cuidado integral às pessoas que vivem com HIV, considere as assertivas abaixo. I - Instituição precoce da TARV reduz o risco de tuberculose, a principal causa de mortalidade por HIV. II - A vacinação contra pneumococo (vacina 23-valente) está indicada em esquema de 2 doses com intervalo de 5 anos, independentemente da idade. III - Mesmo em situações de alto risco, tais como coinfeção por HCV e HBV, e em pacientes com sintomas de AIDS, a TARV não deve ser iniciada sem a contagem de CD4. Quais são corretas?

- A. Apenas I
 - B. Apenas II
 - C. Apenas I e II ✓**
 - D. Apenas II e III
- Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 17

COMENTÁRIO OSCELABS

As assertivas I e II procedem. O início precoce da terapia antirretroviral reduz a incidência de tuberculose, que segue como principal causa de morte entre pessoas vivendo com HIV no mundo. E a vacina pneumocócica 23-valente é indicada em duas doses com intervalo de 5 anos para essa população, independentemente da idade. A III está errada e inverte o paradigma atual: desde 2013 o Brasil recomenda TARV para TODAS as pessoas com HIV, e a contagem de CD4 jamais deve atrasar o início — muito menos nas situações de maior risco descritas. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Paciente masculino, de 34 anos, com história de asma, consultou na Atenção Primária por quadro de tosse iniciada há 3 dias. Vinha em uso de salbutamol spray oral (2 jatos a cada 4 horas), com discreta melhora. Conseguiu manter um diálogo sem interrupção. Ao exame físico, apresentava sibilos difusos, frequência respiratória de 24 rpm, frequência cardíaca de 110 bpm e saturação de oxigênio de 96%. Assinale a alternativa que contenha a(s) conduta(s) mais adequadas para o caso.

- A. Encaminhar o paciente imediatamente ao Serviço de Urgência por apresentar possível infecção por covid-19, sintomas graves e fator de mau prognóstico (asma).
- B. Instituir tratamento de resgate com b2-agonista (salbutamol) spray oral por 1 hora; revisar a técnica inalatória; iniciar o uso de corticosteroide e antibiótico por via oral; notificar e solicitar teste RT-PCR para covid-19.
- C. Instituir tratamento de resgate com b2-agonista (salbutamol) spray oral por 1 hora; iniciar o uso de corticosteroide por via oral; encaminhar o paciente ao Serviço de Urgência por apresentar possível infecção por covid-19, sintomas graves e fator de mau prognóstico (asma).
- D. Instituir tratamento de resgate com b2-agonista (salbutamol) spray oral por 1 hora; revisar a técnica inalatória; notificar e solicitar teste de RT-PCR para covid-19. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente mantém diálogo sem interrupção, saturação de 96% e frequência respiratória de 24: exacerbação leve de asma, sem critério de gravidade nem de encaminhamento (o que derruba A e C). A conduta na Atenção Primária e resgate com beta-2 de curta ação por 1 hora, revisar a técnica inalatória — falha frequente e subestimada, sobretudo com spray sem espaçador — e, diante de sintomas respiratórios agudos, notificar e solicitar RT-PCR para covid-19. Antibiótico (B) não tem indicação em quadro viral com sibilância. Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

A primeira consulta de um recém-nascido na UBS deve ser realizada na primeira semana de vida, momento em que

- A. a amamentação poderá ser supervisionada, e o peso, aferido. ✓**
- B. a segunda dose da vacina contra hepatite B poderá ser realizada.
- C. o resultado do teste do pezinho, realizado nas primeiras 24 horas de vida, poderá ser visualizado.
- D. os testes do olhinho e da orelhinha terão indicação de realização em serviços de referência.

COMENTÁRIO OSCELABS

A primeira consulta na primeira semana de vida é a mais estratégica do calendário: é a janela para observar uma mamada completa e corrigir pega, avaliar a perda ponderal fisiológica e a recuperação do peso, além de rastrear icterícia e sinais de risco. A segunda dose de hepatite B só ocorre aos 2 meses, na pentavalente (B). O teste do pezinho deve ser colhido entre 48 horas e o 5º dia, não nas primeiras 24 horas, e o resultado ainda não está disponível (C). E os testes do olhinho e da orelhinha são feitos na própria maternidade, indo a referência só quando alterados (D). Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Paciente de 28 anos consultou na Atenção Primária por descobrir-se grávida e não desejar levar adiante a gestação. Referiu ser muito difícil aceitar a situação por ter ela resultado de uma relação sexual não consentida com seu parceiro, com quem mantém um relacionamento conflituoso, inclusive envolvendo episódios de agressão física. A última menstruação havia ocorrido há 7 semanas. Com base no quadro, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Antes de encaminhar a paciente a um serviço de referência em atendimento de violência sexual e aborto legal, orientá-la para que procure uma delegacia para fazer um boletim de ocorrência, pois tal documento é imprescindível para o atendimento.
- B. Informar à paciente que o caso se enquadra nas situações previstas em lei para realização de aborto; se ela desejar, pode-se realizar o encaminhamento a um serviço de referência, pois se trata de gestação resultante de violência sexual. ✓**
- C. Encaminhar a paciente a um serviço de referência para realização de um aborto legal após a comprovação do estupro.
- D. Não encaminhar a paciente para a realização de um aborto legal, pois, em todas as situações, o aborto é ilegal no Brasil.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestação resultante de violência sexual é uma das hipóteses de aborto legal no Brasil, ao lado do risco de vida materno e da anencefalia. A conduta é informar a paciente e, se essa for a vontade dela, encaminhar ao serviço de referência. O ponto crítico é que NÃO se exige boletim de ocorrência, exame de corpo de delito, autorização judicial ou 'comprovação' do estupro — basta o relato da mulher, e condicionar o atendimento a esses documentos (A, C) é barreira ilegal. Violência sexual conjugal e violência sexual. E a alternativa D é simplesmente falsa. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a comunicação de acidente do trabalho (CAT) e o afastamento do trabalho.

- A. Qualquer trabalhador (incluindo o titular/sócio de empresa, o trabalhador autônomo e o empregado doméstico) tem direito de comunicar ao INSS um acidente de trabalho emitindo uma CAT, visando receber auxílio econômico.
- B. A CAT somente deverá ser emitida quando o empregado for efetivamente afastado do trabalho.
- C. Não é permitido que o acidentado ou um familiar emitam a CAT, apenas a empresa tem esse poder.
- D. Caso seja necessário afastamento por período superior a 15 dias, o trabalhador deve procurar o Posto de Benefícios do INSS e se submeter à perícia médica, pois cabe ao perito decidir se o trabalhador é capaz de retornar às suas atividades laborais. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O afastamento por acidente de trabalho por mais de 15 dias transfere o pagamento do benefício a Previdência, e o reconhecimento da incapacidade passa a depender de perícia médica do INSS — cabe ao perito, e não ao assistente, decidir sobre o retorno às atividades. As outras erram: a CAT também deve ser emitida sem afastamento, inclusive para registrar acidente sem lesão ou doença ocupacional, pois seu papel primeiro é epidemiológico e de garantia de direitos (B). Na omissão da empresa, o próprio acidentado, familiar, sindicato, médico ou autoridade pública pode emitir (C). E nem toda categoria tem cobertura idêntica (A). Resposta D.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre perda auditiva induzida por ruído (PAIR).

- A. Pode ser neurosensorial ou de condução.
- B. É uma perda auditiva irreversível e, geralmente, unilateral.
- C. Há progressão constante da perda auditiva, mesmo cessando a exposição ao ruído.

D. O portador de PAIR pode queixar-se de zumbidos e desenvolver intolerância a sons intensos. 18
Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2022 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A perda auditiva induzida por ruído cursa com queixas características de lesão coclear: zumbido e recrutamento — a intolerância a sons intensos, em que pequenos aumentos de volume geram desconforto desproporcional —, além de dificuldade de discriminar a fala em ambiente ruidoso. É sempre NEUROSENSORIAL, jamais condutiva (A), pois a lesão está nas células ciliadas externas. É tipicamente BILATERAL e simétrica (B), com entalhe em 3-6 kHz. E, cessada a exposição, a perda não progride, embora seja irreversível (C). Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

Assinale a assertiva incorreta relativa a condutas médicas segundo o Código de Ética Médica.

- A. A decisão compartilhada com a família de que não serão mais adotadas medidas de suporte vital ao paciente que esteja em estado terminal de doença incurável, para o qual se tenham esgotado os recursos de tratamento curativo, é eticamente aceitável, mesmo que isso possa apressar a morte.
- B. O não fornecimento de atestado de óbito a idoso que tenha falecido no Centro de Tratamento Intensivo (CTI) por complicações infecciosas após vários dias de internação em decorrência de fraturas múltiplas não esclarecidas tem amparo no Código de Ética Médica.
- C. A não abertura de protocolo de morte encefálica em paciente admitido no CTI com quadro clínico sugestivo e compatível com morte encefálica está justificada se o paciente for sabidamente portador de covid-19, não podendo, portanto, ser potencial doador de órgãos para transplante. ✓**
- D. A revelação de gravidez aos pais de adolescente incapaz não fere o sigilo médico e o direito à privacidade da mesma, pelo risco de envolver potencial dano ao feto.

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta é a que dispensa a abertura do protocolo de morte encefálica por o paciente ter covid-19. O diagnóstico de morte encefálica é obrigação legal e ética diante de quadro clínico compatível, independentemente da possibilidade de doação: é ele que define o momento da morte e autoriza suspender o suporte. A doação é etapa posterior e separada, com contraindicações avaliadas caso a caso. As demais procedem: ortotanásia com decisão compartilhada e eticamente amparada (A); morte com causa externa não esclarecida vai ao Instituto Médico Legal, e não ao atestado do assistente (B); e há justa causa para comunicar gravidez aos responsáveis de adolescente incapaz (D). Resposta C.