



Unicamp — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

dissertativa

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1

Homem, 52a, procura Unidade de Emergência por mal-estar geral e dor precordial. Antecedente pessoal: doença renal crônica em diálise, faltou na última sessão. ECG: ANEXO A. A CONDUTA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a conduta IMEDIATA, e o gatilho está no antecedente: renal crônico dialítico que faltou à sessão, com mal-estar e dor precordial. O ECG anexo traduz hipercalemia (onda T apiculada e simétrica, achatamento de P, alargamento do QRS) — uma emergência elétrica. O padrão oficial aceita apenas gluconato de cálcio por via endovenosa, e não valida outras vias. O raciocínio é o de estabilizar a membrana do miócito: o cálcio antagoniza o efeito do potássio no potencial de repouso e reduz o risco imediato de fibrilação/assistolia. A pérola de prova é entender que o cálcio NÃO reduz a caliemia — ele apenas compra tempo; a redução vem em seguida com insulina + glicose, beta-2 de curta ação e bicarbonato se acidose, e a remoção definitiva é a diálise. Trocar a ordem (dialisar antes de proteger o coração) é o erro clássico.

QUESTÃO 2

Homem, 37a, queixa-se de cefaleia persistente há seis meses. Há três meses passou a apresentar episódios de crises convulsivas. Exame físico: PA= 120x82 mmHg sem alterações. Tomografia computadorizada e Ressonância magnética de crânio: ANEXO A. O HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de um homem de 37 anos com cefaleia persistente há seis meses que evoluiu com crises convulsivas, exame físico e pressão normais, e neuroimagem anexa. A resposta esperada é neurocisticercose. O raciocínio: em adulto jovem previamente hígido, epilepsia de início tardio associada a lesões encefálicas na TC/RM, tipicamente múltiplas, com aspecto cístico e escólex no interior (fase vesicular) ou calcificações puntiformes residuais, aponta para a forma parenquimatosa da infecção pelo cisticerco da *Taenia solium*. A pérola de prova é epidemiológica: no Brasil, a neurocisticercose é a principal causa infecciosa de epilepsia adquirida no adulto — diante de convulsão de início tardio, ela entra antes de neoplasia ou abscesso na lista de probabilidade.

QUESTÃO 5

Homem, 41a, previamente hígido, foi admitido na sala de emergência cerca de 36 horas após ter sentido uma picada pouco dolorosa na coxa direita após vestir o macacão de trabalho de marcenaria, que estava pendurado em um cabideiro de parede. Cerca de 8-12 horas após a picada relatou início de dor local em queimação e pontadas recorrentes, de moderada/forte intensidade (nota 6/7 na escala de notas de dor 0-10), acompanhada de vermelhidão e “inchaço duro” no local da picada. Queixou-se também de cefaleia, indisposição, dores no corpo e febre (38oC). Exame físico: lesão violácea (área de aproximadamente 5x2 cm) com vesículas de conteúdo hemorrágico no centro da lesão, edema endurecido, e uma grande placa eritematosa (14x8 cm). ANEXO A. TRATA-SE DE PROVÁVEL PICADA POR: 6. Homem, 57a, procura assistência médica, referindo dor muscular e redução do débito urinário há uma semana. Antecedente pessoal: doença coronariana crônica e hipertensão arterial há 15 anos. Há um mês teve diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, submetido a cateterismo cardíaco com colocação de stent farmacológico. Recebeu alta após uma semana de hospitalização com creatinina= 1,2 mg/dL, mantendo-se o uso de: losartana 50 mg, atenolol 50 mg, sinvastatina 40 mg, e iniciado omeprazol 20 mg/dia e ciprofibrato 100 mg. Creatinina= 6,4 mg/dL; ureia= 237mg/dL; AST= 1009 UI/L e ALT= 610UI/L; LDH= 3.090UI/L; K= 6,1mEq/L. O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DA LESÃO RENAL AGUDA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão quer o agente da picada. Todos os elementos apontam para a aranha-marrom (*Loxosceles spp.*): a picada ocorreu ao vestir um macacão pendurado na parede — comportamento típico da aranha que se abriga em roupas, entulho e atrás de móveis; a picada foi pouco dolorosa no momento, e só 8 a 12 horas depois surgiu dor em queimação. O achado que fecha o diagnóstico é a lesão dermonecrotica: placa violácea com vesículas hemorrágicas centrais, edema endurecido e halo eritematoso extenso (aspecto marmóreo), acompanhada de sintomas sistêmicos leves como febre, cefaleia e mialgia. A pérola de prova é o contraste temporal: no loxoscelismo a dor é tardia e a lesão evolui em horas/dias, enquanto no foneutrismo (armadeira) a dor é imediata e intensa e não há necrose. Deve-se vigiar a forma cutâneo-visceral com hemólise.

QUESTÃO 9

Mulher, 55a, procura Unidade de Emergência com quadro de fraqueza. Tem diagnóstico de hipertensão arterial há vários anos e na última consulta sua medicação foi trocada de atenolol para metildopa por bradicardia sintomática. Exame físico: PA= 130x82mmHg, FC= 88bpm. Hb= 9,2g/dL; Ht= 28%, VCM= 91,8fL, HCM= 28,2pg, leucócitos= 7.180/mm³, plaquetas= 376.000/mm³; bilirrubina total= 3,4mg/dL; reticulócitos= 12%; Coombs direto positivo. O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o diagnóstico etiológico da anemia. Os dados são característicos: anemia normocítica e normocrômica com reticulócitos de 12% (medula respondendo, portanto perda periférica), bilirrubina total elevada às custas de indireta (hemólise) e, sobretudo, Coombs direto positivo — que prova a presença de anticorpos ligados à hemácia. A resposta esperada é anemia hemolítica autoimune, aqui desencadeada pela metildopa, iniciada recentemente em substituição ao atenolol. O mecanismo é a indução de autoanticorpos quentes do tipo IgG contra antígenos do sistema Rh. A pérola de prova é a associação temporal: sempre que um Coombs direto positivo aparecer logo após a introdução de um fármaco, procure o culpado na lista de medicamentos, e a metildopa é o exemplo clássico. A conduta é suspender a droga.

QUESTÃO 11

Homem, 47a, chega ao Pronto Atendimento referindo queda do estado geral há três dias, com febre e dor abdominal há um dia, acompanhado de aumento de volume abdominal. Antecedentes pessoais: cirrose hepática alcoólica em uso de espironolactona e furosemida. Exame físico: Regular estado geral, descorado +/4, ictérico ++/4, hidratado; PA= 108x58 mmHg; FC= 88 bpm. Abdome ascítico, doloroso à palpação, descompressão brusca negativa; edema maleolar 2+/4+. Hb= 10,4 g/dL; Ht= 31%; leucócitos= 14.700/mm³ (70% neutrófilos); plaquetas= 124.000/mm³; sódio= 132 mEq/L; potássio= 4,7 mEq/L; ureia= 84 mg/dL; creatinina= 1,2 mg/dL; glicemia de jejum= 94 mg/dL; AST= 48 U/L; ALT= 44 U/L; RNI= 1,6; bilirrubina total= 4,3 mg/dL; albumina= 2,9 g/dL. Líquido ascítico: citologia= 1320 células/mm³, (74% polimorfonucleares); albumina= 0,6 g/dL; glicose= 66 mg/dL; LDH= 102 UI/L. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica no cirrótico que chega com febre, dor abdominal e ascite. A chave está na análise do líquido: 1.320 células com 74% de polimorfonucleares resulta em quase 1.000 PMN/mm³, muito acima do corte de 250 PMN/mm³ que, sozinho, já define peritonite bacteriana espontânea. O padrão oficial é explícito em não aceitar peritonite secundária — e o próprio caso justifica: os critérios de Runyon para secundária estão ausentes, pois a glicose está normal (66 mg/dL), o LDH é baixo (102) e a proteína do líquido é baixa, com gradiente albumina soro-ascite alto (2,9 - 0,6 = 2,3), confirmando hipertensão portal. A pérola de prova é que a contagem de neutrófilos basta para tratar, sem esperar cultura: cefalosporina de terceira geração associada a albumina para prevenir a síndrome hepatorenal.

QUESTÃO 12

Mulher, 24a, procura Unidade de Pronto Atendimento com história de febre não aferida, cefaleia retro-orbitária, mialgia, náuseas, vômitos e prostração há quatro dias. Relata vermelhidão no corpo há 12 horas. Antecedente pessoal: vacinação adequada para a idade. Exame físico: Bom estado geral, T= 37,5°C, PA= 122x74 mmHg, FC= 96bpm, FR= 16 irpm, anictérica e acianótica. Exantema em face e tronco, sem adenomegalia: ANEXO A. Exames laboratoriais: Hb= 12,0g/dL; Ht= 39%, leucócitos= 4.200/mm³, plaquetas 150.000/mm³. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de mulher jovem com quatro dias de febre, cefaleia retro-orbitária, mialgia, náuseas e prostração, que desenvolve exantema há 12 horas. A resposta esperada é dengue. O raciocínio se apoia na síndrome febril aguda com dor retro-orbitária — sintoma quase assinatura da doença — somada ao hemograma sugestivo, com leucócitos de 4.200 e plaquetas no limite inferior. A pérola de prova é o momento do exantema: ele costuma surgir por volta do quarto ao quinto dia, justamente quando a febre cede, marcando a entrada na fase crítica, quando o extravasamento plasmático pode ocorrer. Por isso a paciente afebril e em bom estado geral não é paciente liberada: exige hidratação, prova do laço, pesquisa ativa de sinais de alarme e reavaliação. A vacinação em dia ajuda a afastar sarampo e rubéola.

QUESTÃO 22

Homem, 57a, refere dificuldade em se alimentar com alimentos sólidos e depois a líquidos há três meses, associada a perda de peso de 5 Kg no período. Há uma semana apresenta tosse todas as vezes que tenta ingerir líquidos e com a própria saliva. Antecedente pessoal: alcoolista e tabagista há longo tempo. A endoscopia mostra uma lesão vegetante e estenosante de esôfago a 22 cm da arcada dentária superior. A COMPLICAÇÃO CLÍNICA DESCRITA HÁ UMA SEMANA ASSOCIADA A ESSE DIAGNÓSTICO É: 8

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão descreve um carcinoma de esôfago (disfagia progressiva de sólidos para líquidos, emagrecimento, etilismo e tabagismo, lesão vegetante e estenosante a 22 cm da arcada dentária) e pergunta qual é a complicação surgida na última semana. A resposta esperada é fístula traqueoesofágica (ou esofagotraqueal), com broncoaspiração. O raciocínio clínico: tosse desencadeada pela ingestão de líquidos e até pela própria saliva não se explica pela obstrução em si, mas por uma comunicação entre a luz esofágica e a via aérea, criada pela invasão tumoral. A localização é coerente — 22 cm da arcada corresponde ao terço proximal/médio, em íntima relação com a traqueia. A pérola de prova é prognóstica: fístula para a árvore respiratória significa invasão de estrutura adjacente, ou seja, doença irremediável, e a conduta passa a ser paliativa.

QUESTÃO 36

Menino, 5a, estava sentado nos ombros do pai quando sofreu queda com trauma na região frontal do crânio no solo. O pai mede cerca de 1,80m. Ele conta que o filho chorou muito e apresentou um episódio de vômito. Nega dor de cabeça e perda de consciência. Exame físico: acordado, movimenta os quatro membros e comunica-se normalmente; hematoma subgaleal em região frontal; otoscopia e rinoscopia normais. A CONDIÇÃO DESCRITA QUE APONTA O RISCO ALTO (PECARN), COM NECESSIDADE DE TOMOGRAFIA DE CRÂNIO OU OBSERVAÇÃO HOSPITALAR É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede qual dado do caso caracteriza alto risco pela regra PECARN em criança maior de dois anos com trauma craniano. A resposta esperada é a altura da queda: a criança estava sentada nos ombros do pai, que mede cerca de 1,80 m, ou seja, caiu de altura superior a 1,5 m, o limiar de mecanismo grave para maiores de dois anos (em menores de dois anos o corte é 0,9 m). O raciocínio é que o PECARN combina exame neurológico e mecanismo de trauma: aqui a criança está acordada, comunicando-se e movendo os quatro membros, sem perda de consciência, com apenas um vômito e hematoma frontal — nenhum desses itens isoladamente indicaria tomografia. É o mecanismo, por si só, que joga o caso para a faixa que exige TC de crânio ou observação hospitalar. A pérola de prova é decorar os dois cortes de altura por faixa etária.

QUESTÃO 41

Mulher, 37a, G4PV3A0, em puerpério imediato de parto vaginal, sem episiotomia e sem lacerações. Após uma hora de dequitação apresentou sangramento vaginal intenso. Exame físico: PA= 102x58mmHg, FC= 120bpm, FR= 22ipm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 98%; exame obstétrico: útero de consistência amolecida, palpável a 3cm acima da cicatriz umbilical. Após monitorização, suporte hemodinâmico e administração de uterotônicos e de ácido tranexâmico, mantém sangramento aumentado. A PRÓXIMA CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hemorragia pós-parto por atonia uterina (útero amolecido e acima da cicatriz umbilical, taquicardia e hipotensão) que se mantém apesar de uterotônicos e ácido tranexâmico. A questão pede o próximo passo, e o padrão oficial é claro: avaliar a presença de restos placentários, com curagem ou curetagem uterina, aceitando-se também a compressão bimanual ou a manobra de Hamilton como medida concomitante de contenção. O raciocínio segue os 4 Ts: se o T do tônus foi tratado sem resposta, é obrigatório revisar o T do tecido antes de escalar. A pérola de prova é justamente a proibição explícita: não se coloca balão intrauterino nem se faz sutura de B-Lynch com restos ovulares dentro da cavidade — o útero não contrai enquanto houver conteúdo, e o tamponamento apenas mascara o sangramento persistente.

QUESTÃO 42

Mulher, 42a, G4P3A1, comparece ao serviço de emergência com queixa de aumento do volume abdominal há dois meses com piora progressiva. Há três dias refere inapetência e dificuldade para respirar pelo aumento da barriga. Exame físico: Regular estado geral, descorada 2+/4+, emagrecida. FR= 26irpm, PA= 102x74mmHg, FC= 96bpm, oximetria de pulso (ar ambiente)= 96%; abdome: volumoso com massa palpável de 10cm em mesogastro e sinal de Piparote positivo. Ultrassonografia de abdome= ascite volumosa, omento tumoral, sinais de implantes tumorais em peritônio em região de goteiras parietocólicas, pelve e subdiafragmática. Tumoração ovariana sólida bilateral com superfície irregular e vascularização aumentada (ovário direito= 150cm³ e ovário esquerdo= 210cm³). Antígeno carcinoembrionário = 45ng/mL e CA 125= 220U/mL. A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA DA TUMORAÇÃO OVARIANA É: 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a principal hipótese diagnóstica da tumoração ovariana em mulher de 42 anos com ascite volumosa, carcinomatose peritoneal e emagrecimento. A resposta esperada é tumor metastático para os ovários, isto é, tumor de Krukenberg, com sítio primário em estômago, intestino, mama, pâncreas ou tireoide. O raciocínio se apoia em dois pilares: a bilateralidade das massas, sólidas e de superfície irregular, que é a marca do acometimento secundário, e sobretudo o perfil de marcadores — CEA francamente elevado (45 ng/mL) com CA 125 apenas moderadamente aumentado (220 U/mL). A pérola de prova é essa leitura invertida: no carcinoma epitelial primário do ovário espera-se CA 125 muito alto com CEA normal; quando o CEA domina, a origem é do trato gastrointestinal, e a investigação obrigatória inclui endoscopia e colonoscopia.

QUESTÃO 54

Homem, 50a, casado, trabalha na mesma empresa há 20 anos, sendo 15 como técnico em telecomunicações. Há cinco anos, a empresa iniciou processo de reestruturação e o promoveu para o cargo de gerente. As novas atribuições incluem a demissão de muitos funcionários antigos e contratação de novos trabalhadores terceirizados para reduzir os custos da empresa. As sucessivas mudanças de diretrizes e metas da empresa, o levaram a trabalhar até mais tarde praticamente todos os dias, incluindo muitos fins de semana, para dar conta de seu trabalho. Nos últimos meses, tem se sentido extremamente cansado, ansioso, tenso e com episódios de insônia. Além da exaustão física e mental, sente que está sendo exigido além do seu limite emocional, tornando-se irritado e impaciente, ao contrário de como se sentia antes. Percebe que passou a evitar os colegas de trabalho e, até mesmo, alguns clientes. Não sente mais prazer nas atividades de trabalho, tem dificuldade em tomar decisões, refere "brancos" de memória, desesperança e sentimento de desvalorização pessoal. Nas últimas semanas, manifestou vontade de morrer, o que o levou a buscar o serviço de saúde. TRATA-SE DE UM CASO DE: 19

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico de um trabalhador exposto a sobrecarga crônica após reestruturação da empresa. A resposta esperada é síndrome de burnout, ou esgotamento profissional. O raciocínio clínico busca a tríade clássica: exaustão física e emocional (cansaço extremo, insônia, sensação de estar além do limite), despersonalização ou distanciamento afetivo (evita colegas e clientes, tornou-se irritado e impaciente) e redução da realização profissional (perda de prazer, sentimento de desvalorização, dificuldade de decidir e falhas de memória). O nexo ocupacional é explícito, com jornadas estendidas e metas mutantes. A pérola de prova é o enquadramento: o burnout é reconhecido como fenômeno ocupacional e, no Brasil, consta da lista de doenças relacionadas ao trabalho — cabe notificação. A ideação suicida referida exige avaliação de risco imediata.

QUESTÃO 55

Homem, 28a, bancário, procurou serviço médico com queixas de desânimo, ideação suicida e insônia há três meses. Conta que há um ano o novo gerente da agência passou a divulgar um ranking dos melhores e piores vendedores de seguros, ameaçando de demissão aqueles que permanecerem na parte de baixo da lista. Relata que, desde então, seu nome é citado como um mau exemplo nas reuniões mensais da equipe. Sente-se humilhado e percebe distanciamento dos colegas de trabalho. AS ATITUDES DO GERENTE E DOS COLEGAS DE TRABALHO SÃO CARACTERIZADAS COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a caracterização das atitudes do gerente e dos colegas diante de um bancário com desânimo, insônia e ideação suicida. A resposta esperada é assédio moral, aceitando-se também violência psicológica ou agressão moral no trabalho. O raciocínio clínico-ocupacional busca os elementos que definem o conceito: condutas abusivas repetidas e prolongadas no tempo (um ano de ranking público e citações mensais do nome como mau exemplo), com exposição vexatória e ameaça de demissão, que degradam o ambiente e humilham o trabalhador, somadas ao isolamento promovido pelos pares. A pérola de prova é diferenciar assédio moral de uma cobrança pontual de desempenho: o que caracteriza é a repetição sistemática e a humilhação, não a exigência em si. O adoecimento psíquico daí decorrente é agravo relacionado ao trabalho e deve ser notificado.

QUESTÃO 58

A PRÁTICA DE INTERVENÇÕES QUE FALHAM EM RESTAURAR, CURAR OU QUE SÃO INCAPAZES DE PRODUZIR ALGUM BENEFÍCIO SIGNIFICATIVO PARA O PACIENTE, NÃO CONSIDERANDO A QUALIDADE DE VIDA PRESUMIVELMENTE ALCANÇÁVEL, E QUE DESRESPEITAM A DECISÃO COMPARTILHADA ENTRE PACIENTES E FAMILIARES, É CONHECIDA COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão define, sem caso clínico, uma prática médica e pede o nome. A resposta esperada é distanásia, aceitando-se também futilidade terapêutica ou obstinação terapêutica. O raciocínio é conceitual: trata-se do prolongamento artificial do processo de morrer por meio de intervenções que não restauram, não curam e não trazem benefício significativo, ignorando a qualidade de vida alcançável e atropelando a decisão compartilhada com paciente e família. A pérola de prova é o contraste com os termos vizinhos, cobrados quase sempre em conjunto: eutanásia é abreviar deliberadamente a vida; mistanásia é a morte precoce e evitável por falta de acesso; e ortotanásia é permitir a morte no tempo certo, com cuidados paliativos e sem obstinação — esta última é a conduta eticamente respaldada no Brasil.

QUESTÃO 59

Homem, 42a, procura atendimento médico com dores abdominais em cólica há dois dias sem melhora com antiespasmódico. Antecedente profissional: trabalhador de uma cerâmica, com exposição a algumas substâncias químicas, há dois anos. Exame físico: palidez cutânea 2+/4; abdome: dores à palpação abdominal, sem sinais de abdome agudo. Ultrassonografia abdominal sem alterações. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de homem com dor abdominal em cólica refratária a antiespasmódico, palidez cutânea e exposição ocupacional em cerâmica há dois anos, com ultrassonografia normal. A resposta esperada é intoxicação por chumbo, também chamada saturnismo ou plumbismo. O raciocínio parte de um dado que a maioria ignora: a anamnese ocupacional. Esmaltes, pigmentos e vidrados usados na indústria cerâmica são fonte clássica de chumbo. O quadro combina a cólica saturnina — dor abdominal intensa, difusa, sem irritação peritoneal e com exame de imagem normal — com anemia por inibição da síntese do heme. A pérola de prova é o conjunto de sinais que confirmam a suspeita: pontilhado basofílico nas hemácias e linha gengival de Burton. Confirma-se com dosagem de plumbemia; a conduta é afastar da exposição e considerar quelação.