



Unicamp — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

42 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 2

Mulher, 37a, é avaliada por surgimento de placas brancas nos membros superiores e inferiores, progressivamente maiores nos últimos quatro meses. Nega dor ou prurido associado e não faz uso de medicações. Exame físico: T=36,8oC; PA=116x82mmHg; FC=76bpm; FR=14irpm. Pele: presença de máculas acrómicas circulares e coalescentes em pernas, antebraços e mãos (Figura Q2, anexo). Este quadro clínico pode estar associado a outras doenças. O EXAME COMPLEMENTAR INDICADO PARA INVESTIGAR A COMORBIDADE MAIS FREQUENTE NESTE CASO É: 3. Homem, 37a, foi trazido ao Pronto Atendimento com insuficiência respiratória e evoluiu para óbito. Achados da necropsia: ápice do lobo superior pulmonar esquerdo apresentando cavidades, contendo material necrótico nas paredes e múltiplos pequenos nódulos no parênquima subjacente, denotando destruição pulmonar progressiva no sentido do ápice para base (Figura Q3, anexo). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame para rastrear a comorbidade mais frequente do vitiligo — maculas acromicas circulares e coalescentes em mãos, antebraços e pernas, sem dor ou prurido, e quadro clássico. O vitiligo é doença autoimune por destruição de melanócitos e se associa a outras autoimunidades orgão-específicas; a campea disparada e a tireoidopatia autoimune (tireoidite de Hashimoto, e menos comumente Graves). Por isso o padrão oficial aceita TSH / avaliação de função tireoidiana ou os autoanticorpos anti-TPO e anti-tireoglobulina. A perla de prova: diante de vitiligo, pense sempre em tireoide primeiro (e só depois em diabetes tipo 1, anemia perniciosa, doença de Addison e alopecia areata). Não há indicação de biópsia — o diagnóstico é clínico.

QUESTÃO 4

Homem, 62a, apresenta uma lesão pápulo nodular, perlácea, em região de asa nasal esquerda há dois anos, de crescimento lento. Foi realizada uma biópsia e o exame histopatológico está representado na figura anexa (Figura Q4- anexo). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 62 anos com lesão papulo-nodular perlácea em asa nasal, crescimento lento ao longo de dois anos, em área fotoexposta: o quadro pede o diagnóstico histopatológico. A resposta esperada é carcinoma basocelular (CBC, basalioma). A tradução clínico-patológica é direta: o aspecto perláceo/translucido com telangiectasias na superfície corresponde, na microscopia, a ninhos de células basaloideas com paliçada periférica e retração do estroma. Perla de prova: CBC é o câncer de pele mais comum, tem crescimento lento, localiza-se preferencialmente em face (terço médio, nariz, pálpebras) e quase nunca metastatiza — mas é localmente invasivo, o que justifica exérese com margens. O diferencial (CEC) costuma ser mais ceratosico, ulcerado e de evolução mais rápida.

QUESTÃO 6

Mulher, 32a, previamente hígida, internada para investigação de lesões de pele em pernas que surgiram há duas semanas, falta de ar progressiva há uma semana, com escarros hemoptóicos e piora nas últimas 48 horas. Exame físico: T=38,1oC; PA=162x96mmHg; membros inferiores: edema 1+/4+ e lesões purpúricas em pele (Figura Q6, anexo). Hb=9,2mg/dL; leucócitos=3.320/mm³ (neutrófilos=2.600/mm³, linfócitos=600/mm³ e eosinófilos=120/mm³); plaquetas=102.000/mm³; ureia=88mg/dL; creatinina=3,2mg/dL; C3=42mg/dL; C4=4mg/dL; VHS=102mm/h; proteína C reativa=6,2mg/L; fator antinuclear=1/160, padrão nuclear homogêneo. Exame de urina: hemácias=60/campo, leucócitos=40/campo, proteína=3+/4+, presença de acantócitos e codócitos; proteinúria 24h=3,2g. A história clínica e exames laboratoriais sugerem a hipótese diagnóstica de lúpus eritematoso sistêmico. O DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL A SER DESCARTADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com purpura em membros inferiores, hemoptise, insuficiência renal com sedimento nefrítico (hematuria dismórfica, proteinúria nefrótica), consumo intenso de complemento (C3 e C4 baixos), citopenias e FAN positivo — tudo compatível com lúpus e síndrome pulmão-rim. A questão cobra o que precisa ser afastado antes de cravar LES. O padrão oficial aceita endocardite infecciosa (bacteriana) e crioglobulinemia. Ambas mimetizam lúpus quase ponto a ponto: febre, purpura/vasculite cutânea, glomerulonefrite, consumo de complemento, anemia e até FAN fraco-positivo. Perola: endocardite subaguda e a grande impostora do LES — sempre hemoculturas e ecocardiograma antes de iniciar imunossupressão, sob pena de agravar uma infecção.

QUESTÃO 8

Mulher, inguinais h resolvendo de dor e Antecedent multissensí 9. Homem há 30 minu pulso=96% Após 20 m oximetria eletrocardio A CONDUT

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com lesões crônicas e recidivantes em regiões axilares e inguinais — nódulos e abscessos dolorosos que drenam secreção purulenta e evoluem para fístulas —, obesa e tabagista ativa, com cultura mostrando apenas *S. aureus* e pesquisa de fungos/micobactérias negativa. O diagnóstico esperado é hidradenite supurativa (hidrosadenite, acne inversa). O raciocínio está na topografia (áreas de dobras ricas em folículos terminais e glândulas apócrinas), na cronicidade com surtos repetidos e nos trajetos fistulosos com cicatrizes em ponte. Perola: a bactéria isolada e colonização secundária, não a causa — por isso a banca não aceita celulite, abscesso simples, erisipela nem micose. Obesidade e tabagismo são os principais fatores modificáveis.

QUESTÃO 10

Homem resultados hipertensão 40mg/dia. associado 1,2mg/dL(d HIPÓTESE ETO - PROVA 32a, procu há 10 anos espontane secreção tes: obesid ível; cultura m, 46a, adm utos. Exame % (ar ambien minutos da de pulso= ográfico: TA IMEDIA m, 60a, ret de exame o arterial e Há um m enalapril dosada há E DIAGNÓS A ESCRITA D ra a Unidad , que se in eamente ou e hoje a dade e ta as para fung mitido na Sa e físico: de nte); parótid admissão, =96% (ar ATA É: torna à Un s. Refere tabagismo mês, em c 10 mg/d 15 dias) pa STICA É: ISSERTATIVA de Básica d niciam com u com antib apresenta f abagismo a gos e micob ala de Eme snutrido; PA das aument apresento ambiente). idade Bási piora dos , em uso c onсульта de dia. Hoje, ara 2,2mg/ A - 2023■ 1ª. de Saúde p m nódulos e ióticos em fístulas dre ativo. Cultu bactérias: ne ergência ap A=126x72m tadas. Eletr u dispneia . Você ob ica de Saú níveis pres crônico e re e rotina, a PA=152x /dL. O EXA . FASE por apresen e abscesso uma a dua enantes na ura da se egativas. A pós episódio mmHg; FC= rocardiogram súbita, co bserva, no úde para co ssóricos no egular de a presentava x88mmHg. AME NECE ntar lesões os e drenam as semanas as axilas ecreção: S HIPÓTESE o de síncope =78bpm; FR ma: alargam m PA=82x o monitor, ontrele de os últimos m anlodipina 1 PA=172x9 A creat ESSÁRIO P nas região m secreção s. Já teve v (Figura Q taphylococc E DIAGNÓS pe, ocorrida R=18irpm; o mento do in x46mmHg, o sequin hipertensã meses. An 10mg/dia e 98mmHg, tinina aum PARA CON 3 s axilares e o purulenta várias crises Q8, anexo) cus aureus STICA É: em um ba oximetria de ntervalo QT FR=30irpm nte traçado o arterial e tecedentes furosemida quando fo mentou de NFIRMAR A 3 e a, s). s r e T. , o e s: a oi e A 1 ACESSO DIR 11. Home Emergência horas, com arterial e ac membro su FR=24irpm as bases. emergência A CONDUT

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 60 anos com hipertensão antes controlada que perde o controle em poucos meses e, ao receber enalapril, sobe a creatinina de 1,2 para 2,2 mg/dL em 15 dias — alta clara de estenose de artéria renal (doença aterosclerótica, coerente com tabagismo crônico). A questão pede o exame confirmatório, e o padrão oficial exige que a resposta deixe explícito que se avaliam as ARTERIAS RENAIS: ultrassonografia com Doppler de artérias renais, angiotomografia ou arteriografia renal. Ultrassom de rins ou de vias urinárias não pontua. A perola fisiopatológica: na estenose, a filtração depende da vasoconstrição da arteríola eferente mediada pela angiotensina II — bloquear o SRAA derruba a TFG, e essa piora funcional aguda e o próprio sinal diagnóstico.

QUESTÃO 12

Homem nasal, s Exame f pulmonar Mantoux ETO - PROVA em, 51a, é a Referenc m irradiação cidente vas superior dire m e oximetria Recebeu A a: TA É: , 42a, refere sem melhor físico: bom ar sem a x=0mm. O E A ESCRITA D é trazido p ciada com h o para o m scular encef eito=116x92 a de pulso= AAS e clopid e tosse seca. Nega o estado ger alterações. EXAME CO ISSERTATIVA elo Serviço história de membro su fático hemo 2mmHg e m =96% (ar am dogrel no a ca há três m outras quei al; T=36,4oC Radiogr OMPLEMEN A - 2023■ 1ª. o de Atend dispneia e superior dire orrágico há membro su mbiente); au atendimento meses. Desd xas e neg C; PA=122x rama de NTAR INDIC . FASE dimento Mó e dor toráci eito. Antece duas sema perior esqu uscultu pulm o móvel. El de o início d a tabagism x82mmHg; tórax nor CADO É: óvel de Ur ca em ape edentes: ta nas. Exame uerdo=112x monar com etrocardiog da tosse es mo. Anteced FC=84bpm rmal. Reaç rgência à U erto, iniciad abagismo, e físico: T= x84mmHg; crepitações grama na a stá usando dentes: rin m; FR=18irp ção intrad 4 Unidade de as há duas hipertensão 36,8oC; PA FC=84bpm s em ambas dmissão da budesonida ite sazonal pm; auscultu dérmica de 4 e s o A: ; s a a . a e ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023■ 1ª. FASE 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 42 anos, não tabagista, com tosse seca há três meses, exame físico e radiografia de tórax normais e PPD zero, já em uso de budesonida. A questão cobra o exame complementar indicado. A resposta esperada é a prova de função pulmonar: espirometria com prova broncodilatadora (pre e pos) ou, se ela vier normal, teste de broncoprovocação. O raciocínio: tosse crônica em não fumante com radiografia limpa tem como causas principais asma (incluindo a variante tosse), síndrome da tosse das vias aéreas superiores e DRGE — e o uso empírico de corticoide inalatório já aponta a suspeita de asma, que precisa ser documentada objetivamente. Perola: broncoprovocação normal praticamente exclui asma. A banca não aceita endoscopia digestiva, tomografia nem nasofibrosopia.

QUESTÃO 14

Criança, 4a, é trazida para avaliação de um caroço no pescoço, com aumento progressivo há uma semana, observado após infecção de vias aéreas superiores. Sem outras queixas. Exame físico: nódulo de consistência amolecida, com pouca mobilidade e indolor, localizado em linha média do pescoço, junto ao osso hioide. Restante do exame físico normal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 4 anos com nódulo cervical de crescimento recente após IVAS, amolecido, indolor, pouco móvel e — o dado que fecha o caso — em LINHA MÉDIA, junto ao osso hioide. A hipótese é cisto do ducto tireoglosso. A embriologia explica tudo: a tireoide desce da base da língua (forame cego) até a região pre-traqueal, e restos do trajeto podem formar cisto justamente na altura do hioide. Perla clássica de prova: o cisto do ducto tireoglosso se eleva com a deglutição e com a protrusão da língua, e infecta com frequência após quadros de via aérea superior. O tratamento é a cirurgia de Sistrunk, que retira o corpo do hioide para evitar recidiva. Massa lateral, por outro lado, sugere cisto branquial.

QUESTÃO 15

Mulher, 31a, sofreu queda de motocicleta em rodovia. Foi socorrida pelo atendimento pré-hospitalar e trazida ao Pronto Socorro com colar cervical, em prancha longa rígida, com cânula de Guedel e máscara de oxigênio não reinalante com 15L/min. Exame físico: PA=143x75mmHg; FC=96bpm; FR=22irpm; oximetria de pulso=97%. Neurológico: Escala de coma de Glasgow=7, pupilas anisocóricas. Após intubação orotraqueal, foi realizado protocolo de exames de imagem. Tomografia computadorizada de crânio (Figura Q15, anexo). O TIPO DE HEMATOMA INTRACRANIANO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima de acidente motociclistico com Glasgow 7 e anisocoria, submetida a TC de crânio: a questão pede o tipo de hematoma. A resposta esperada é hematoma subdural agudo (subdural crônico não pontua). O que diferencia na imagem: a coleção subdural é hiperdensa, em CRESCENTE (concava para o parênquima), acompanha a convexidade e ULTRAPASSA as linhas de sutura, porque se origina da ruptura de veias ponte no espaço entre a dura e a aracnoide. Já o extradural é biconvexo/lenticular, geralmente arterial (menígea média) e limitado pelas suturas. Perla: o subdural agudo se associa a lesão parenquimatosa subjacente e por isso costuma cursar com pior nível de consciência e pior prognóstico que o extradural, apesar do volume às vezes menor.

QUESTÃO 17

Homem, 45a, natural da Bahia, refere dificuldade em se alimentar há quatro anos, necessitando ingerir líquidos com a comida. Há seis meses, a dificuldade piorou até para alimentos líquidos e a própria saliva. Acorda à noite com episódios de tosse. Refere perda de 5Kg nos últimos três meses. Antecedentes pessoais: tabagismo=20 anos/maço; etilismo=2 doses destilado/dia há 10 anos; trabalha na lavoura com agrotóxicos. Sorologia para Chagas=1/64; endoscopia digestiva alta=normal. QUAL EXAME DEVE SER SOLICITADO PARA COMPLEMENTAR A AVALIAÇÃO DA DISFAGIA?

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 45 anos, nordestino, com disfagia progressiva de anos que evoluiu para líquidos e saliva, regurgitação com tosse noturna, emagrecimento e sorologia para Chagas positiva — endoscopia digestiva alta NORMAL. A questão pede o exame que complementa a investigação, e a resposta esperada é o estudo contrastado: esofagograma baritado / seriografia esôfago-estômago-duodeno (transito esofágico). O raciocínio: a EDA serve para excluir causa mecânica e neoplasia, mas não avalia bem o distúrbio motor; o contraste mostra o megaesôfago chagásico, com dilatação e afilamento distal em bico de passarinho, e permite classificar (Rezende) para escolher o tratamento. Perla: a manometria complementa a caracterização da acalasia, mas o exame de imagem contrastado é o passo clássico cobrado aqui.

QUESTÃO 18

Homem, 76a, foi submetido à biopsia prostática por apresentar toque retal com próstata de 50g, com área endurecida no lobo direito, e PSA total=5,6ng/dL. Anatomopatológico: adenocarcinoma de próstata Gleason 3.3, em 2/20 fragmentos. A proporção de tumor nas lâminas foi de 10% e 20%, em cada fragmento. A MELHOR CONDUTA PARA ESSE PACIENTE É: ■ ■

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 76 anos com adenocarcinoma de próstata Gleason 3+3 (ISUP 1), PSA 5,6, apenas 2 de 20 fragmentos acometidos e baixa porcentagem tumoral por fragmento — ou seja, doença de MUITO BAIXO/BAIXO risco. A conduta esperada é vigilância ativa (seguimento clínico seriado com PSA, toque e biópsias/RM programadas). O raciocínio: nesse perfil, o risco de progressão clinicamente significativa é menor que o risco de disfunção erétil e incontinência da prostatectomia ou da radioterapia, ainda mais em paciente com expectativa de vida limitada pela idade. Perola de prova: vigilância ativa não é conduta expectante paliativa (watchful waiting) — e seguimento estruturado com intenção curativa caso haja reclassificação para risco maior.

QUESTÃO 21

Mulher, 58a, queixa-se de dispnéia e dor torácica à direita. Sem outras queixas. Está no nono dia de pós-operatório de ressecção de um tumor de mediastino posterior, sem intercorrências. Antecedentes: hipertensão arterial, tabagismo ativo. Exame físico: regular estado geral; corada; hidratada; PA=132x76mmHg; FC=68bpm; T=36,4°C; FR=16irpm; oximetria de pulso=96% (ar ambiente). Pulmões: murmúrio vesicular reduzido à direita, sem ruídos adventícios. Tomografia computadorizada de tórax: derrame pleural à direita, com atelectasias restritivas principalmente em lobo inferior, e leve espessamento parietal brônquico. Realizada toracocentese diagnóstica. Líquido pleural: coloração=esbranquiçada, aspecto=leitoso; hemácias=4.000/mm³; leucócitos=2.032/mm³ (90% linfomonucleares e 10% polimorfonucleares); raras células mesoteliais e regular número de macrófagos; proteínas totais=1,5g/dL; glicose=102mg/dL; colesterol=66mg/dL; triglicerídeos=2.683mg/dL; desidrogenase láctica=77U/L. A ANÁLISE DESTE LÍQUIDO CAVITÁRIO CLASSIFICA O DERRAME PLEURAL COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

Derrame pleural à direita no nono dia de pós-operatório de tumor de mediastino posterior, com líquido leitoso/esbranquiçado, predomínio linfomononuclear e — o dado decisivo — triglicerídeos de 2.683 mg/dL com colesterol baixo (66 mg/dL). A classificação pedida é quilotorax (derrame quiloso/linfático). O raciocínio: triglicerídeos acima de 110 mg/dL no líquido pleural sela o diagnóstico (abaixo de 50 praticamente exclui); a confirmação definitiva é a presença de quilomicrons. Perola: a cirurgia de mediastino posterior e território do ducto torácico, e a lesão operatória e a causa traumática clássica — a não traumática mais comum é o linfoma. O diferencial é o pseudoquilotorax, que tem colesterol alto e triglicerídeos baixos, típico de derrames crônicos.

QUESTÃO 22

Mulher, 38a, procurou Pronto Socorro com queixa de dor no lado direito do abdome, abaixo da última costela, em cólica, de forte intensidade, após churrasco. Sem comorbidades. Ultrassonografia de abdome: colecistite aguda litiasica. O LOCAL ANATÔMICO ONDE OCORRE A OBSTRUÇÃO PARA DESENVOLVER ESSA DOENÇA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 38 anos com dor em hipocondrio direito em colica apos refeicao gordurosa e ultrassom mostrando colecistite aguda litiasica. A questao e de anatomia aplicada: o local da obstrucao e o DUCTO CISTICO (ou seu ostio) — a banca nao aceita outra estrutura. O raciocinio fisiopatologico: o calculo impacta no infundibulo/ducto cistico e impede o esvaziamento vesicular; a bile retida gera distensao, inflamacao quimica da parede e depois infeccao secundaria. Perola de prova: se o calculo migra e obstrui o COLEDOCO, o quadro muda de nome e de conduta — vira coledocolitase, com ictericia e colestase, podendo evoluir para colangite (triade de Charcot) ou pancreatite biliar se a obstrucao for na papila.

QUESTÃO 23

Menino, 9a, é trazido à Unidade de Emergência após ter sofrido queda da bicicleta há duas horas. Exame físico: fâcies dolorosa; palidez cutânea; FC=104bpm; FR=22irpm; PA=109x82mmHg; pulsos cheios. Abdome: doloroso à palpação, sem irritação peritoneal. (Figura Q23, anexo). O MECANISMO DE TRAUMA E O EXAME FÍSICO ESTÃO RELACIONADOS À LESÃO DE QUAL ÓRGÃO?

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 9 anos que cai de bicicleta e chega com fascies dolorosa, palidez e abdome doloroso sem irritacao peritoneal — a figura mostra a marca do trauma direto sobre o epigastrio (guidao). A questao pede o orgao lesado, e a resposta esperada e pancreas e/ou duodeno (aceita-se intestino delgado, ja que o duodeno faz parte dele). O raciocinio anatomico: o impacto do guidao comprime as visceras RETROPERITONEAIS contra a coluna vertebral, e pancreas e duodeno sao exatamente as estruturas fixas nessa linha media. Perola: por serem retroperitoneais, a irritacao peritoneal e tardia e o FAST pode ser negativo — a amilase/lipase seriada e a tomografia com contraste sao os exames que revelam a lesao, muitas vezes horas depois do trauma.

QUESTÃO 24

Homem, 57a, vem ao Pronto Socorro com queixa de dor em membros inferiores ao deambular por cerca de 50 metros, sendo mais intensa no membro inferior esquerdo (MIE). Precisa parar a marcha por algum tempo até conseguir voltar a caminhar. Exame físico: FC=80bpm; PA=130x88mmHg; pressão em tornozelo direito=90mmHg; pressão em tornozelo esquerdo=45mmHg. QUAL O VALOR DO ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO (ITB) MEDIDO NESTE PACIENTE PARA O MIE? ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 9

COMENTÁRIO OSCELABS

A questao pede o calculo do indice tornozelo-braco do membro inferior ESQUERDO. O ITB e a razao entre a maior pressao sistolica do tornozelo daquele lado e a maior pressao sistolica braquial: $45/130 = 0,34$ (a banca aceita valores entre 0,3 e 0,4). Repare que se usa a PA sistematica sistolica de 130 mmHg como denominador, e nao a pressao do outro tornozelo. Interpretacao: normal fica entre 0,90 e 1,30; abaixo de 0,90 ha doenca arterial obstrutiva periferica, e valores menores que 0,40 indicam isquemia grave. Perola clinica: o paciente tem claudicacao intermitente a 50 metros, pior a esquerda — exatamente o lado com ITB de 0,34. Valores acima de 1,30 nao tranquilizam: sugerem calcificacao arterial incompressivel, tipica do diabetico e do renal cronico.

QUESTÃO 25

Adolescente, 15a, procura Unidade Básica de Saúde para avaliação de uma lesão que não cicatriza há dois meses. Exame físico: lesão em face anterior de região tibial esquerda (Figura Q25, anexo), sem outras alterações. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com ulcera unica na face anterior da perna que nao cicatriza ha dois meses, sem sinais sistemicos. A hipotese esperada e leishmaniose tegumentar americana (ulcera de Bauru, ferida brava). O que aponta o diagnostico: ulcera cronica indolor, de bordas elevadas, infiltradas e bem delimitadas — a classica borda em moldura —, com fundo granuloso e limpo, em area exposta a picada do flebotomo. Perola de prova: a lesao NAO doer e nao responder a antibiotico comum e o que a separa da ectima e da piodermite; a ausencia de curso agudo afasta esporotricose linfocutanea. Confirmacao por pesquisa direta do parasita, intradermoreacao de Montenegro ou PCR, com tratamento sistemico (antimonial pentavalente).

QUESTÃO 26

Menino, 5a, é trazido para consulta de puericultura sem queixas. Mãe refere bom desenvolvimento e nega doenças ou uso de medicamentos. Exame físico: bom estado geral; corado; IMC=percentil 30; FC=104bpm; FR=27irpm; PA membro superior direito=142x78mmHg; PA membro inferior direito=88x53mmHg; pulsos= radiais cheios e pediosos fracos; membros inferiores sem edema. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 5 anos assintomatico, em puericultura, com hipertensao no membro superior (142x78) e pressao nitidamente MENOR no membro inferior (88x53), pulsos radiais cheios e pediosos fracos. A hipotese e coarctacao da aorta (toracica). O raciocinio e puramente hemodinamico: a estenose istmica, tipicamente apos a subclavia esquerda, cria hipertensao a montante e hipofluxo a jusante — dai o gradiente entre membros superiores e inferiores. Perola de prova: em toda crianca hipertensa e obrigatorio palpar pulsos femorais e medir a PA nos quatro membros; a coarctacao e a causa cirurgicamente corrigivel que mais se perde por exame fisico incompleto. Sopro sistolico interescapular e erosao de arcos costais na radiografia (circulacao colateral) completam o quadro.

QUESTÃO 27

Menina, 5a, é internada para investigação com história de febre (1 pico diário de até 38,2oC), hipoatividade, palidez progressiva, perda de 10% do peso e surgimento de massas cervicais e pápulas cutâneas não pruriginosas há seis meses. Exame físico: regular estado geral; descorada 3+/4+; hipoativa; emagrecida; T=38,2oC; FC=100bpm; FR=23irpm; linfonodos= aumentados em todas as cadeias, com drenagem de secreção de linfonodo cervical direito (figura Q27, anexo). Hb=7,2g/dL; plaquetas=256.000/mm3; leucócitos=34.000/mm3 (segmentados=35%, linfócitos típicos=15%, eosinófilos=40%, monócitos=10%); albumina=2,8g/dL, gamaglobulina=3,78g/dL. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 5 anos com seis meses de febre, emagrecimento, palidez, linfonodomegalia generalizada com linfonodo cervical FISTULIZANDO, lesoes papulosas na pele, anemia, EOSINOFILIA de 40%, hipoalbuminemia e hipergamaglobulinemia. A hipotese etiologica esperada e paracoccidioidomicose (blastomicose sul-americana, Paracoccidioides brasiliensis) na forma aguda/subaguda — a chamada forma juvenil. O raciocinio: diferente da forma cronica do adulto (pulmonar e com lesoes de mucosa oral), a forma juvenil e um quadro linfatico-medular, com linfonodos supurativos, hepatoesplenomegalia, anemia e eosinofilia marcante. Perola: o achado micologico e a levedura multibrotante em roda de leme, obtida por aspirado/biopsia do linfonodo.

QUESTÃO 28

Menina, 4m, em aleitamento materno exclusivo e residente em área onde ocorreu a confirmação de circulação do vírus da febre amarela (epizootias, casos humanos e vetores na área). Neste caso, sua mãe tem indicação de receber a vacina da febre amarela. EM RELAÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO, A ORIENTAÇÃO É: ACESSO DIR

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 4 meses em aleitamento materno exclusivo cuja mãe precisava receber a vacina de febre amarela por circulação viral confirmada na área. A orientação esperada é SUSPENDER o aleitamento por 10 dias após a vacinação, mantendo a ordenha (para preservar a lactação) ou oferecendo fórmula nesse período — e o padrão oficial exige que o prazo de 10 dias apareça explicitamente na resposta. O motivo: a vacina é de vírus vivo atenuado e há relato de transmissão do vírus vacinal pelo leite, com risco de doença neurológica no lactente. Perla de prova: a regra vale para bebês menores de 6 meses; a partir dessa idade não se recomenda a interrupção. Idealmente a vacinação da mãe é adiada — mas em área de surto o risco da doença supera o da vacina.

QUESTÃO 29

Menino durante a a extremidade enchimento murmúrio v costal direito A CONDUT

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com taquiarritmia e sinais de baixo débito — extremidades mal perfundidas, enchimento capilar de 6 segundos, hipotermia e taquicardia extrema com bulhas taquicárdicas —, ou seja, taquicardia supraventricular com INSTABILIDADE hemodinâmica. A conduta esperada é a cardioversão elétrica sincronizada (o padrão também aceita adenosina). O raciocínio segue o algoritmo pediátrico: TSV com perfusão inadequada exige cardioversão sincronizada imediata (0,5 a 1 J/kg, subindo para 2 J/kg se necessário); manobras vagais e adenosina só entram se puderem ser feitas sem atrasar o choque ou se o acesso já estiver pronto. Perla: sincronizada, nunca desfibrilação — o choque não sincronizado em ritmo com pulso pode induzir fibrilação ventricular.

QUESTÃO 30

Menino refere que inapetência intercorrência estado ge simétrico, s do rebordo episódio de introdução (78% linfó DIAGNÓST

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 2 meses com acessos de tosse seguidos de cianose e perda de fôlego, evoluindo há cerca de oito dias, sem pré-natal e com apenas uma dose vacinal possível, exame pulmonar limpo entre as crises e leucocitose de 15.740 com LINFOCITOSE de 78%. A hipótese é coqueluche (infecção por Bordetella pertussis, tosse comprida). O raciocínio: no lactente pequeno o guincho inspiratório clássico costuma faltar — o equivalente são os paroxismos com cianose, apnéia e vômito pós-tosse; a ausculta pobre contrasta com a gravidade da crise. Perla laboratorial: leucocitose às custas de LINFOCITOS em lactente com tosse paroxística e praticamente patognomônica, e a hiperleucocitose marca gravidade. Menores de 3 meses devem ser internados e tratados com macrolídeo.

QUESTÃO 31

Menina com muco tenesmo e Apresenta o período. A ETO - PROVA o, 10m, pre amamentação des e perio o capilar=6 vesicular pr to. Eletroca TA É: o, 2m, é tra a criança a e febre. cias, peso a ral; T=36,5 sem ruídos o costal dire e tosse seg de oxigênio óbitos típico TICA É: a, 13a, é int e sangue (à lesão p perda de 24 A HIPÓTESE A ESCRITA D eviamente h ção, há um ral; T=35,8 6segundos. resente e s ardiograma zido ao Pro apresentou Antecedentes adequado e 50C; FC=1 adventícios oito, hepatim guiado de cia o em másc cos, 13% ernada par (12 a 15 ep erianal com 4% do peso SE DIAGNÓ ISSERTATIVA hírido, é tra a hora. Ex 80C; FC=21 Coração: imétrico, es : onto Atendi u três episódios ntes: mãe e recebeu a 48bpm; FR s; coração: metria=4cm anose perif cara não re neutrófilos a investigaç pisódios ao m drenagem o, amenorreia ÓSTICA É: A - 2023■ 1ª. azido à Eme xame físico: 4bpm; FR= bulhas t stertores em mento com ódios de pe não realiz alta da mate R=67irpm; bulhas rítm m; pulsos si férica, com einalante. H s, 1% eos ção de qua dia, inclusiv m intermite eia, embota . FASE urgência co : mau estad =56irpm; pu taquicárdica m bases; a m história de erda de fôle ou pré-nat ernidade com pulmões: micras normo métricos. D duração de Hb=9,7g/dL; sinófilos, 8 adro de dor ve durante nte de sec amento afeti om história do geral; p ulsos perifé as e norm bdome: fíga e tosse há ego e ciano al, parto v m 48h de v murmúrio ofonéticas; Durante o e e dois minu Ht=30%; le 8% monóc abdominal o período n creção puru ivo e aband de palidez pálido; com éricos finos mofonéticas ado a 4cm oito dias. ose após t vaginal a t vida. Exame vesicular abdome: fíg exame, apre utos, e mel eucócitos=1 citos). A e evacuaçã noturno), as ulenta, há s donou a esc 10 e sudorese cianose de s; tempo de s; pulmões do rebordo Hoje a mãe osse. Nega termo, sem e físico: bom presente e gado a 2cm esentou um hora com a 15.740/mm HIPÓTESE ões líquidas ssociadas a seis meses cola durante 0 e e e s: o e a m m e m m a 3 E s a s e ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023■ 1ª. FASE 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 13 anos com diarreia crônica com muco e sangue, tenesmo, até 15 evacuações por dia INCLUSIVE noturnas, lesão perianal com drenagem purulenta há seis meses, perda de 24% do peso, amenorreia e repercussão afetiva/escolar. A hipótese esperada e doença de Crohn (aceita-se doença inflamatória intestinal) — a banca NAO aceita retocolite ulcerativa. O que decide: a DOENÇA PERIANAL fistulizante e a marca do Crohn, além do acometimento transmural e das manifestações sistêmicas exuberantes (desnutrição, atraso puberal, amenorreia). Perla pediátrica: diarreia que acorda a criança a noite e sinal de organicidade, e parada de crescimento com amenorreia pode preceder os sintomas intestinais na doença de Crohn do adolescente.

QUESTÃO 33

Menino, 2a, é trazido à Unidade Básica de Saúde com queixa de fezes líquidas (seis vezes ao dia), vômitos há dois dias, com piora há um dia. Exame físico: Regular estado geral; T=36,40C; FC=145bpm; FR=26irpm; mucosas secas; turgor pastoso; perfusão periférica menor que 2 segundos; hipoativo e reativo. QUAL É O GRAU DE DESIDRATAÇÃO DESTA CRIANÇA?

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 2 anos com diarreia e vômitos há dois dias, apresentando regular estado geral, mucosas secas, turgor pastoso, taquicardia (145 bpm) e irritabilidade/hipoatividade, porém com perfusão periférica ainda menor que 2 segundos e sem choque. A resposta esperada e desidratação MODERADA (segundo grau / grau 2). O raciocínio segue os planos da AIDPI: leve/primeiro grau tem sinais discretos e criança alerta; moderada reúne olhos fundos, mucosas secas, sinal da prega lento, sede avida e taquicardia — perda estimada de 5 a 10% do peso; grave/terceiro grau traz letargia, pulso fino, enchimento capilar prolongado e hipotensão. Perla de conduta: moderada e Plano B — terapia de reidratação ORAL supervisionada na unidade, reservando a via venosa para o Plano C.

QUESTÃO 35

Menino, 14m, é trazido com queixa de vermelhidão pelo corpo há um dia. As lesões começaram na região do pescoço e progrediram rapidamente por todo o corpo, sem prurido, e pioram após o banho quente e com exposição ao sol. Mãe relata febre, irritabilidade e diminuição do apetite há quatro dias. Nas últimas 24h está afebril e apresenta melhora da irritabilidade e da aceitação alimentar. Exame físico: bom estado geral; T=36,5°C; oroscopia sem alterações; linfonodos não palpáveis; pele= exantema maculopapular difuso. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023■ 1ª. FASE 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 14 meses que teve quatro dias de febre alta com irritabilidade e, justamente quando ficou AFEBRIL, apresentou exantema maculopapular que começou no pescoco/tronco e se espalhou rapidamente, sem prurido, com criança em bom estado geral e oroscopia normal. A hipótese e exantema subitico (roseola, sexta doença), causado pelo herpesvirus humano tipo 6 (ou 7). O raciocínio está na cronologia: e a única exantemática clássica em que a febre CESSA e só então surge o rash — nas demais (sarampo, rubéola, escarlatina) o exantema aparece com a criança ainda febril. Perla de prova: a discrepância entre febre alta e bom estado geral é característica, e a roseola é causa frequente de crise febril nessa faixa etária. Conduta é apenas sintomática.

QUESTÃO 36

Menino, 3a, é trazido para consulta por estar mancando há um dia. Mãe acha que está com dor na perna. Nega trauma, febre ou outras queixas. Antecedentes: nega comorbidades ou uso de medicamentos, refere um resfriado comum há duas semanas. Carteira vacinal atualizada. Exame físico: bom estado geral; afebril; eupneico; hidratado; anictérico; boa perfusão periférica; IMC=+1z escore; marcha claudicante; quadris livres; articulações de membros inferiores sem edema, eritema ou bloqueio articular. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023■ 1ª. FASE 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 3 anos que começa a mancar há um dia, sem trauma e sem febre, com bom estado geral, articulações sem edema ou eritema e — dado central — infecção de vias aéreas superiores há duas semanas. A hipótese esperada é sinovite transitoria do quadril (sinovite transiente, reacional, pos-viral); a banca não pontua o termo isolado sinovite. O raciocínio: e a causa mais comum de claudicação aguda em pré-escolares, tipicamente auto-limitada, resolvendo em uma a duas semanas com repouso e anti-inflamatório. Perla de prova: o diagnóstico só se sustenta após afastar a artrite séptica, que é a emergência dessa apresentação — nela há febre, dor intensa, recusa total de apoiar o membro, provas inflamatórias altas e necessidade de punção articular. Legg-Calve-Perthes entra no diferencial da claudicação arrastada.

QUESTÃO 37

Mulher, 38a, G3P2C2A0, idade gestacional de 28 semanas e 5 dias (E8), refere sangramento vaginal vermelho vivo em pequena quantidade há dois dias. Nega contrações, relação sexual ou esforço físico. Refere boa movimentação fetal. Nega perda de líquido por via vaginal. Exame físico: altura=1,71m; peso=85,5Kg; PA=122x72mmHg; FC=88bpm; altura uterina=27cm; batimentos cardíacos fetais=148bpm; dinâmica uterina=ausente; movimentos fetais=presentes. Especular=presença de pequena quantidade de sangue coletada em fundo de saco vaginal, sem sangramento ativo, colo aparentemente ímpervio e sem lesões. Toque vaginal=não realizado. Solicitada ultrassonografia obstétrica, que apresenta a seguinte imagem (Figura Q37, anexo). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 28 semanas e 5 dias com sangramento vaginal vermelho VIVO, indolor, sem contrações e sem sofrimento fetal, com colo impervio e sem lesões ao especular — e ultrassom obstétrico anexo mostrando a placenta recobrando o orifício interno. A hipótese é placenta previa, do tipo centro-total. O raciocínio: sangramento indolor, de início insidioso, com tônus uterino normal e vitalidade fetal preservada e a assinatura da previa; já o descolamento prematuro cursa com dor, hipertonia, sangramento escuro e sofrimento fetal. Perola de prova: diante de sangramento no terceiro trimestre, o toque vaginal está PROIBIDO até excluir previa por ultrassom — foi exatamente o que a conduta descrita no caso fez. Placenta previa centro-total implica cesárea eletiva.

QUESTÃO 38

Mulher, 28a, refere dor e prurido vulvar, além de disúria. Refere que já teve três episódios semelhantes. Ao exame ginecológico, observa-se (figura Q38, anexo). A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 28 anos com dor e prurido vulvar, disúria e — o dado que define — TRES episódios semelhantes prévios, com a imagem mostrando vesículas agrupadas sobre base eritematosa evoluindo para úlceras rasas e dolorosas. A principal hipótese é herpes genital (herpes simplex, tipicamente HSV-2). O raciocínio: recorrência no mesmo sítio e marca da latência do vírus nos ganglios sacrais, com reativações desencadeadas por estresse e imunossupressão; a dor e a disúria decorrem das úlceras em mucosa. Perola de prova: úlcera genital DOLOROSA e múltipla aponta herpes (ou cancroide, que é purulento e com adenite supurativa); úlcera única, limpa e INDOLOR aponta cancro duro da sífilis. Herpes zoster e outras úlceras não pontuam.

QUESTÃO 39

Mulher, 38a, primípara, comparece à Unidade Básica de Saúde no oitavo dia de puerpério, referindo febre e dor abdominal há dois dias. Está em amamentação exclusiva, sem queixas mamárias. Refere hábito intestinal e urinário sem alterações. Antecedentes: diabetes gestacional, tratada com dieta e atividade física; o parto foi cesárea por desproporção cefalopélvica. Exame físico: bom estado geral; descorada 2+/4+; hidratada; eupneica; T=38,0°C; PA=124x82mmHg; FC=124bpm; FR=18irpm. Mamas=lactantes, sem alterações; cardiopulmonar: sem alterações; abdome: flácido, ruídos hidroaéreos presentes, descompressão brusca negativa, ausência de massas palpáveis; presença de útero amolecido, palpável 1cm abaixo da cicatriz umbilical, dolorido à palpação. Cicatriz de cesárea seca, sem sinais flogísticos. Especular: presença de lóquios rubros em moderada quantidade. Toque vaginal: colo uterino pérvio para 1 polpa digital, com dor à mobilização. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Puerpera de oitavo dia, pos-cesárea por desproporção, com febre e dor abdominal, taquicardia, útero amolecido e subinvoluído, doloroso à palpação e a mobilização do colo, com loquios rubros em moderada quantidade — e mamas, ferida operatoria e trato urinário SEM alterações. A hipótese é endometrite puerperal (infecção uterina puerperal). O raciocínio é por exclusão das outras fontes clássicas de febre no puerpério: mastite, infecção de sítio cirúrgico, ITU e trombose. A subinvolução uterina com dor à mobilização e o achado-chave. Perola: cesárea e o maior fator de risco isolado para endometrite; a infecção e polimicrobiana (aeróbios e anaeróbios da flora genital) e o tratamento clássico e clindamicina com gentamicina endovenosas.

QUESTÃO 40

Mulher, 30a, G4P3C0A0, sem comorbidades e com último parto há três anos, apresenta trabalho de parto espontâneo às 39 semanas e 4 dias de gestação, representado pelo seguinte partograma: A CONDUTA OBSTÉTRICA APÓS EXAME DAS 19:00 É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023■
1ª. FASE 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Multipara em trabalho de parto espontâneo a termo cujo partograma, no exame das 19h, mostra parada secundária da dilatação/descida com a curva já cruzando as linhas de alerta e ação. A conduta esperada é a resolução por CESAREA (cesariana, via alta) — a banca não aceita outras vias, como forcipe ou vacuo-extrator. O raciocínio: o partograma e o instrumento objetivo para separar evolução lenta de parada real; quando há parada secundária da dilatação em multipara com dinâmica adequada, o cenário mais provável é desproporção cefalopelvica, situação em que corrigir a contratilidade não resolve. Perola: instrumentação só é opção no período EXPULSIVO, com dilatação total e polo cefálico insinuado — fora disso, a via alta é a resposta.

QUESTÃO 41

Primigesta, 21a, idade gestacional de 41 semanas (E10), comparece ao Pronto Atendimento referindo perda de tampão mucoso, sem perda de líquidos, associada a endurecimento da barriga e dor moderada em baixo ventre, com piora há um dia. Antecedentes: nega comorbidades, gestação planejada e desejada. Exame físico: altura=1,67m; peso=67Kg; PA=116x75mmHg; altura uterina=37cm; feto cefálico; batimentos cardíacos fetais=137bpm; dinâmica uterina=ausente; movimentos fetais= presentes; toque vaginal= colo grosso, posterior, 1 polpa digital, feto cefálico em plano -3 de De Lee, bolsa íntegra. Amnioscopia=líquido opalescente, grumos grossos. Cardiotocografia=normal/classe I. A CONDUTA OBSTÉTRICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta com 41 semanas exatas, colo desfavorável (grosso, posterior, 1 polpa digital, De Lee -3, bolsa íntegra), sem dinâmica uterina efetiva, amnioscopia com líquido opalescente e cardiotocografia normal (classe I). A conduta esperada é a INDUÇÃO do trabalho de parto — com misoprostol, preparo do colo com balão ou ocitocina, conforme o Bishop. O raciocínio: com vitalidade preservada não há indicação de cesárea, mas a gestação chegou ao limite em que prolongar aumenta risco de insuficiência placentária, oligoâmnio, macrossomia, mecônio e óbito fetal. Perola de prova: a partir de 41 semanas a conduta ativa (indução) reduz mortalidade perinatal comparada a conduta expectante; com colo desfavorável, preparo cervical primeiro e ocitocina depois.

QUESTÃO 42

Mulher, 19a, G0P0, chega ao Pronto Atendimento com quadro de dor abdominal e febre há dois dias. Refere que faz uso de anticoncepcional oral combinado e que a última menstruação foi há sete dias. Sexualmente ativa, não apresenta comorbidades e não faz uso de outras medicações. Exame físico: bom estado geral; FC=82bpm; PA=116x74mmHg; afebril. Abdome: plano, flácido, indolor à palpação. Especular: presença de secreção mucopurulenta fétida coletada em vagina, pequeno sangramento vaginal. Toque vaginal: útero de tamanho e forma normais, sem massas palpáveis, dor à mobilização do colo. O DIAGNÓSTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem de 19 anos, sexualmente ativa, com dor abdominal e febre referida há dois dias, secreção mucopurulenta fétida na vagina, sangramento de escape e — o sinal cardinal — DOR A MOBILIZAÇÃO DO COLO uterino. O diagnóstico é doença inflamatória pélvica (DIP/DIPA; a banca também aceita cervicite/endocervicite). O raciocínio segue os critérios mínimos do CDC: dor a mobilização do colo, dor uterina ou dor anexial em mulher sexualmente ativa já bastam para tratar empiricamente, sem esperar confirmação. Perola de prova: o limiar diagnóstico é deliberadamente BAIXO porque o custo de não tratar (infertilidade tubária, gravidez ectópica, dor pélvica crônica) supera em muito o do antibiótico. Agentes clássicos: gonococo e clamídia.

QUESTÃO 44

Primigesta, 24a, idade gestacional de 28 semanas, comparece à consulta de pré-natal referindo dor em baixo ventre, associada à sensação de calafrio e mal-estar, há três dias. Refere inapetência e vômito há um dia. Nega disúria ou alteração de coloração da urina. Refere hábito urinário aumentado desde o início da gestação. Exame físico: bom estado geral; descorada +/4+; desidratada +/4+; anictérica; acianótica; T=38,3°C; PA=92x62mmHg; FC=125bpm; FR=18irpm. Cardiopulmonar: bulhas rítmicas normofonéticas; murmúrio vesicular presente e sem ruídos adventícios. Abdome: gravídico, tônus normal, batimentos cardíacos fetais=165bpm; altura uterina=28cm, dinâmica uterina= ausente, movimentos fetais=presentes. Sinal de Giordano presente à direita. QUAL A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA?

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 28 semanas com febre de 38,3°C, calafrios, mal-estar, vômitos, desidratação, taquicardia materna (125 bpm) e taquicardia fetal, com SINAL DE GIORDANO positivo à direita. A hipótese é pielonefrite aguda (à direita) — infecção urinária ALTA/complicada. O padrão oficial não aceita infecção urinária nem sepse isoladamente: a resposta precisa marcar o acometimento renal. O raciocínio: a gestação favorece a ascensão bacteriana pela dilatação ureteral progestacional e pela compressão uterina, com predomínio à direita; a ausência de disúria não exclui o diagnóstico. Perola: pielonefrite na gravidez e indicação de INTERNAÇÃO e antibiótico endovenoso, pelo risco de sepse, SDRA e trabalho de parto prematuro — não se trata ambulatorialmente.

QUESTÃO 45

Casal comparece ao ambulatório referindo que deseja gestação. Mulher tem 30 anos, é nuligesta, refere ciclos regulares com duração de quatro dias, intervalo de 30 dias e não apresenta comorbidades. FSH=6,7mUI/mL (3º dia do ciclo), TSH=2,0uUI/mL e prolactina=15ng/mL. Marido tem 33 anos, não apresenta comorbidades e não tem filhos. Espermograma: volume=4mL; concentração espermática=30milhões/mL; concentração total de espermatozoides=60milhões/mL; motilidade A+B=60%; vitalidade=70% vivos; morfologia >4% (critério estrito de Kruger); leucócitos=500/mL. O casal está sem métodos contraceptivos há dois anos. Mulher apresenta exame de imagem (figura Q45, anexo). A CAUSA DA ESTERILIDADE É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Casal com dois anos de tentativas sem contracepção. A investigação aponta ovulação preservada (ciclos regulares, FSH de 6,7 no terceiro dia), reserva e eixo normais (TSH e prolactina normais) e espermograma dentro dos parâmetros. Sobra a imagem, que mostra tubas dilatadas e cheias de líquido — hidrossalpinge. A causa esperada é o FATOR TUBÁRIO (obstrução tubária bilateral, fator tuboperitoneal). O raciocínio de prova é por eliminação ordenada dos três pilares da propedêutica de infertilidade: fator masculino, fator ovulatório e fator tuboperitoneal. Perola: a hidrossalpinge não só obstrui como reduz drasticamente as taxas de implantação na FIV pelo refluxo de líquido embriotóxico — por isso indica-se salpingectomia antes do ciclo. Endometriose e tuberculose não pontuam.

QUESTÃO 46

Mulher, 35a, procura atendimento por palpar nodulação indolor em mama esquerda há três meses. Nega outras queixas. Exame físico: mama sem abaulamentos ou retrações, ausência de descarga papilar; palpa-se área nodular de 1,5cm fibroelástica, móvel, não aderida a planos superficiais e profundos em quadrante superior lateral de mama esquerda, indolor à palpação; ausência de linfonodos axilares e em fossa supraclavicular. Ultrassonografia de mamas: imagem medindo 1,6cm em quadrante superior lateral de mama esquerda. (Figura Q46, anexo). CONSIDERANDO A IMAGEM ANEXA, A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 35 anos com nódulo mamário de 1,5 cm, fibroelástico, móvel, indolor, sem retrações, sem descarga papilar e sem linfonodos — e ultrassom mostrando imagem de aspecto tipicamente benigno (BI-RADS 2, cisto simples anecoico com reforço acústico posterior). A conduta esperada é alta ou seguimento ambulatorial de rotina: manter o acompanhamento ginecológico habitual, com orientação sobre a benignidade. A banca NÃO aceita punção do cisto, mamografia, repetição da ultrassonografia nem biópsia. O raciocínio: cisto simples e achado definitivamente benigno (risco de malignidade praticamente nulo), e intervir gera custo, ansiedade e falsos positivos. Perola: punção só se justifica em cisto SINTOMÁTICO/doloroso ou com componente sólido — o alívio, nesse caso, é terapêutico, não diagnóstico.

QUESTÃO 47

Mulher, 72a, nulípara, procura atendimento com queixa de dor em baixo ventre há duas semanas, com piora progressiva e saída de corrimento fétido por via vaginal. Há dois dias apresenta febre e queda do estado geral. Exame físico: regular estado geral; emagrecida; descorada+/4+; anictérica; FC=86bpm; PA=112x74mmHg; T=37,5°C; FR=18irpm; perfusão periférica <2 segundos. Abdome: doloroso à palpação de hipogastro. Exame ginecológico: vulva e vagina atroficas com conteúdo vaginal amarelo, espesso e de odor fétido. Colo uterino: aspecto normal com saída de secreção semelhante pelo orifício externo. Toque vaginal: útero aumentado para 10 semanas, doloroso à mobilização. Ultrassonografia pélvica: colo uterino normal, útero aumentado (volume=180cm³), com conteúdo heterogêneo, hipervascularizado, sem plano de clivagem com o miométrio, apresentando áreas hiperecogênicas e com sombras acústicas de permeio sugestivas de gás, linha endometrial de 12mm. Ovários não visibilizados. ALÉM DO TRATAMENTO PARA O QUADRO INFECCIOSO, A PRINCIPAL DOENÇA ASSOCIADA A SER INVESTIGADA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 72 anos, nulipara, com dor pélvica, corrimento fetido, febre e útero aumentado e doloroso, cujo ultrassom mostra cavidade com conteúdo heterogêneo, hipervascularizado, SEM plano de clivagem com o miométrio e com gás de permeio: o quadro infeccioso e uma piometra, mas a questão pede a doença associada a investigar. A resposta é câncer de endométrio (carcinoma/neoplasia maligna endometrial). O raciocínio: piometra em pós-menopausa e, até prova em contrário, obstrução do canal cervical por neoplasia — e a perda do plano de clivagem com o miométrio sugere invasão miometrial. Perla de prova: piometra espontânea na idosa exige investigação histológica (biópsia/curetagem após controle da infecção), pois a associação com malignidade é alta.

QUESTÃO 48

Mulher, 29a, gestante de nove semanas procura o Pronto Atendimento com dor em baixo ventre e pequeno sangramento via vaginal há um dia. Exame físico: bom estado geral; corada; PA=122x74mmHg; FC=88bpm. Abdome indolor à palpação, sem visceromegalias. Ginecológico: especular= presença de pequena quantidade de sangue escuro em saco vaginal, sem saída ativa de colo uterino; toque= útero em anteversoflexão, consistência amolecida, aumentado para oito semanas, colo impérvio, anexos palpáveis e indolores. Beta HCG=5.000UI/mL. Ultrassonografia transvaginal: útero em anteversoflexão, medindo 79x48x60mm (volume=118,31cm³); miométrio de textura homogênea; endométrio heterogêneo medindo 10mm; ovário direito medindo 23x22x11mm (volume=2,9cm³) e ovário esquerdo medindo 21x14x19mm (volume=2,9cm³). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 19 AS QUESTÕES 49 E 50 REFEREM-SE AO ENUNCIADO ABAIXO: Uma vacina foi avaliada em um estudo randomizado e apresentou o seguinte resultado:

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de nove semanas por amenorreia, com dor em baixo ventre e sangramento escuro discreto, colo IMPÉRVIO, beta-hCG de 5.000 UI/mL e ultrassonografia TRANSVAGINAL que não mostra saco gestacional intrauterino (apenas endométrio heterogêneo de 10 mm) nem massa anexial. A hipótese esperada é gestação ectópica (prenhez ectópica / gestação de localização desconhecida). O raciocínio e a regra da zona discriminatória: com beta-hCG acima de 1.500 a 2.000 UI/mL, o saco gestacional típico DEVE ser visto pela via transvaginal; não vendo, presume-se ectópica até prova em contrário. Perla: o útero aumentado com endométrio espessado e reação decidual, não gestação — e colo fechado com beta alto afasta abortamento incompleto/inevitável como primeira hipótese.

QUESTÃO 49

A EFICÁCIA DA VACINA É: 50. QUANTAS PESSOAS, APROXIMADAMENTE, PRECISARAM SER VACINADAS PARA QUE UMA DEIXASSE DE APRESENTAR A DOENÇA?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a eficácia vacinal a partir da tabela do ensaio randomizado: 50 doentes entre 5.000 vacinados (risco de 1%) contra 120 doentes entre 5.000 do placebo (risco de 2,4%). A eficácia e a redução de risco RELATIVA: 1 menos a razão entre os riscos, ou seja, $1 - (50/120)$, o que dá aproximadamente 0,58 a 0,60 (58% a 60%) — faixa aceita pelo padrão oficial. Como os denominadores dos dois braços são iguais, o cálculo pode ser feito diretamente com os numeradores. Perla de prova: não confunda eficácia (medida relativa, o quanto o risco caiu proporcionalmente) com redução ABSOLUTA de risco (2,4% menos 1% = 1,4%), que é a base para calcular o NNT — o número de pessoas a vacinar para evitar um caso.

QUESTÃO 51

Para estimar a velocidade com que a covid-19 se espalhou em Campinas durante o ano de 2020, A MEDIDA DE FREQUÊNCIA MAIS INDICADA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a medida de frequência mais adequada para estimar a VELOCIDADE com que a covid-19 se espalhou em Campinas ao longo de 2020. A resposta esperada é a incidência — taxa ou coeficiente de incidência (ou taxa de ataque). O raciocínio: incidência conta CASOS NOVOS surgidos num período definido em uma população sob risco, e por isso é a única medida que expressa dinâmica, velocidade de disseminação e risco de adoecer; é a medida natural de surtos e epidemias. Perla de prova: prevalência mistura casos novos e antigos e retrata o ACUMULO da doença num momento, servindo para planejar serviços e não para medir propagação. Mortalidade e letalidade medem gravidade e desfecho, não expansão.

QUESTÃO 52

Em um hospital foram registrados, na 32ª semana epidemiológica, dez casos de pacientes com síndrome serotoninérgica. Todos sobreviveram. O serviço de vigilância epidemiológica buscou identificar se algum fármaco poderia estar associado com essas manifestações. Os dez pacientes foram entrevistados e seus prontuários, avaliados. Os mesmos procedimentos foram feitos em um grupo de 40 pacientes internados, com características semelhantes, mas que não apresentaram a síndrome. O objetivo era comparar a proporção de indivíduos expostos àqueles fármacos nos dois grupos. O TIPO DE ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO UTILIZADO FOI: Doentes Não doentes Total Vacina 50 4.950 5.000 Placebo 120 4.880 5.000 Total 170 9.830 10.000 ACESSO DIRETO - PROVA ESCRITA DISSERTATIVA - 2023 ■ 1ª. FASE 20

COMENTÁRIO OSCELABS

O serviço de vigilância partiu de dez pacientes que JÁ tinham a síndrome serotoninérgica (os casos), selecionou 40 internados semelhantes sem a síndrome (os controles) e foi para trás no tempo comparar a proporção de EXPOSTOS aos fármacos nos dois grupos. Isso define um estudo caso-controle (observacional, retrospectivo) — o padrão oficial e taxativo: se a resposta não trouxer o termo caso-controle, não pontua. O raciocínio-chave é a direção da investigação: parte-se do DESFECHO para a exposição, o inverso da coorte. Perla de prova: é o desenho de escolha para eventos raros e de curto prazo, permite avaliar várias exposições de uma vez, mas não calcula incidência nem risco relativo — a medida de associação possível é a razão de chances (odds ratio).

QUESTÃO 53

A população de uma cidade é de 100.000 habitantes. No início de 2019, havia nessa cidade 100 pessoas em tratamento para tuberculose. Durante esse mesmo ano, 60 desses pacientes receberam alta do tratamento e outras 50 pessoas foram diagnosticadas com tuberculose. A PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE AO FINAL DE 2019 FOI DE:

COMENTÁRIO OSCELABS

Cálculo direto de prevalência pontual ao final de 2019. Começa-se com 100 pessoas em tratamento; 60 receberam alta (saem do conjunto de casos) e 50 foram diagnosticadas ao longo do ano (entram). Logo, $100 - 60 + 50 = 90$ casos existentes ao final do período, numa população de 100.000 habitantes — ou seja, 90 por 100.000 habitantes (equivalente a 9 por 10.000 ou 0,9 por 1.000). O raciocínio de prova: prevalência é um estoque, alimentado pela incidência e drenado pelas curas e óbitos; incidência é um fluxo (aqui, os 50 casos novos). Perla: doenças de longa duração acumulam prevalência alta mesmo com incidência baixa — e por isso melhora de tratamento (mais altas) derruba a prevalência sem que a transmissão tenha mudado.

QUESTÃO 55

Homem, 46a, procura Unidade Básica de Saúde queixando-se de surgimento de pontos pretos pruriginosos nos membros superiores, há cerca de quatro meses. Nega quadro semelhante anterior. É mecânico há 12 anos e nunca usou equipamento de proteção individual. Exame físico: pele=presença de pápulas foliculares com pontos centrais enegrecidos localizados no dorso das mãos e na face extensora das falanges, antebraços e braços, poupando a região palmar (figura Q55, anexo) A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Mecânico há 12 anos sem uso de EPI, com pápulas foliculares de ponto central enegrecido no dorso das mãos e na face extensora de dedos, antebraços e braços, poupando a região palmar. A hipótese é elaioconiose (dermatite folicular por óleos e graxas); aceita-se descrever como dermatose associada a manipulação de graxas e/ou óleos, mas não o termo genérico dermatose. O raciocínio: o contato repetido com óleo mineral e graxas obstrui o infundíbulo folicular, e o ponto preto e o comedo impregnado de sujidade — não é comedo acneico nem miiase. A distribuição explica tudo: acomete exatamente as áreas de contato e poupa a palma, que não tem folículos pilosos. Perola: é doença OCUPACIONAL — cabe notificação, CAT e afastamento da exposição com uso de EPI.

QUESTÃO 58

No estudo de Framingham, iniciado na década de 1940 na cidade dos Estados Unidos que leva esse nome, mais de 5.000 pessoas foram acompanhadas durante vários anos para identificar a incidência de doenças cardiovasculares e os fatores associados. ESSE ESTUDO É CLASSIFICADO COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo de Framingham acompanhou mais de 5.000 pessoas ao longo de anos para medir a INCIDÊNCIA de doença cardiovascular e identificar fatores associados. Trata-se de um estudo de coorte — observacional, longitudinal, prospectivo. O raciocínio: partiu-se de indivíduos SEM o desfecho, classificados pela exposição, seguidos no tempo até o aparecimento da doença; a direção e da exposição para o desfecho, o oposto do caso-controle. É observacional porque o pesquisador não alocou nem interveio, apenas observou. Perola de prova: a coorte é o único desenho observacional que mede incidência e, portanto, risco relativo, e estabelece com clareza a temporalidade — foi dela que nasceu o próprio conceito de fator de risco cardiovascular.

QUESTÃO 60

Homem, 54a, é encaminhado ao ambulatório de Saúde do Trabalhador com hipótese de parkinsonismo secundário e queixas de perda de memória, em uso de levodopa. Previamente hígido, trabalha como vigilante em um condomínio. Há dois anos, durante aplicação de herbicida no jardim do seu local de trabalho, derramou o produto sobre o corpo acidentalmente. Refere que o produto permaneceu em contato com a pele por cerca de uma hora. No mesmo dia, ao final da jornada de trabalho apresentou indisposição geral, ardência e vermelhidão nos olhos. Uma semana depois, notou aparecimento de vesículas nas áreas cutâneas expostas ao contato com o produto, que duraram quinze dias. Após um mês, apresentou parestesias de predomínio distal nos quatro membros com resolução espontânea em 45 dias, mantendo rigidez e lentificação motora. Exame neurológico atual: síndrome acinético-rígida, Mini Exame do Estado Mental=23/30 pontos. Eletroencefalografia dos quatro membros=normal. Ressonância magnética cerebral: hipersinal em T2 no globo pálido, na substância negra, na via nigro-estriatal e na substância cinzenta periaquedutal, bilateral e simétrica. O DIAGNÓSTICO PROVÁVEL É DE PARKINSONISMO SECUNDÁRIO POR EXPOSIÇÃO A QUAL AGROTÓXICO HERBICIDA? RESIDÊNCIA MÉDICA- PROVA DISSERTATIVA 1ª FASE 2023- ACESSO DIRETO- ANEXO 1 FIGURA Q2. Referente à questão 02 FIGURA Q3- Referente à questão 03 FIGURA Q4- Referente à questão 4 (A-macroscopia, asa nasal; B-microscopia) RESIDÊNCIA MÉDICA- PROVA DISSERTATIVA 1ª FASE 2023- ACESSO DIRETO- ANEXO 2 FIGURA Q6 - Referente à questão 06 FIGURA Q8- referente à questão 8 FIGURA Q15- Referente à questão 15 FIGURA Q23- referente à questão 23 FIGURA 7. Referente à questão 23 FIGURA Q25- referente à questão 25 FIGURA Q27- referente à questão 27 RESIDÊNCIA MÉDICA- PROVA DISSERTATIVA 1ª FASE 2023- ACESSO DIRETO- ANEXO 3 FIGURA Q37- Referente à questão 37 FIGURA Q38- referente à questão 38 FIGURA Q45- Referente à questão 45 FIGURA Q46- referente à questão 46 FIGURA Q55- referente à questão 55.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vigilante que sofreu derramamento acidental de HERBICIDA sobre a pele, com irritação ocular e vesículas nas áreas expostas, depois parestesias distais transitórias e, por fim, síndrome acinético-rígida com comprometimento cognitivo (MEEM 23/30), eletroencefalografia normal e ressonância com hipersinal em T2 no globo pálido, substância negra e via nigroestriatal. O agente esperado é o GLIFOSATO (N-fosfonometilglicina, o popular mata-mato). O raciocínio: a lesão é central e simétrica nos núcleos da base — padrão tóxico —, e a eletroencefalografia normal exclui neuropatia periférica persistente. Perla de prova: parkinsonismo secundário a agrotóxico costuma ser simétrico, de início precoce e com resposta pobre a levodopa, diferindo da doença de Parkinson idiopática.