



Unicamp — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

80 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 C

Homem, 87a, foi hospitalizado há quatro dias por sepse secundária à pneumonia, em uso de amoxicilina-clavulanato. No terceiro dia de tratamento, iniciou episódios de confusão e agitação, apesar das medidas para não interromper o seu sono à noite e do uso adequado dos óculos. Nega dor. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de propranolol, hidroclorotiazida e enalapril. Exame físico: PA=132x74mmHg; FC=76bpm; FR=16irpm; temperatura=36,7°C; oximetria de pulso=96% (ar ambiente). Neurológico: sem déficit focal; vígil e desorientado temporalmente. A MEDIDA MAIS APROPRIADA PARA O TRATAMENTO E PREVENÇÃO DO DELIRIUM NESTE PACIENTE É:

- A. Iniciar haloperidol.
- B. Iniciar lorazepam.
- C. Mobilizar precocemente. ✓**
- D. Retirar a hidroclorotiazida.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de delirium em idoso hospitalizado por sepse, e o ponto cobrado é que o tratamento e a prevenção do delirium são, antes de tudo, não farmacológicos. A mobilização precoce é um dos componentes centrais dos protocolos multicomponentes tipo HELP (Hospital Elder Life Program), ao lado de reorientação, higiene do sono, hidratação e correção de déficits sensoriais. A vinheta faz questão de informar que o sono já está sendo protegido e que os óculos estão sendo usados, ou seja, elimina os outros pilares e deixa a imobilidade como o fator precipitante ainda não abordado.

Haloperidol não previne nem encurta o delirium; é reservado a agitação que ameace a segurança do paciente ou da equipe, em dose baixa e pelo menor tempo possível, e não há descrição de agressividade ou risco aqui. Lorazepam é pior ainda: benzodiazepínico é precipitante clássico de delirium no idoso e só se justifica na abstinência de álcool ou de benzodiazepínico. Retirar a hidroclorotiazida faria sentido diante de hipovolemia ou distúrbio hidroeletrólítico, mas a pressão está normal, não há taquicardia e nada no caso aponta depleção volêmica, além de o diurético não ser a medida mais importante frente à imobilidade prolongada. Resposta C

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Mulher, 72a, foi avaliada por um episódio de síncope e alguns eventos de sensação de que ia desmaiar. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e dislipidemia, em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia, enalapril 20mg/dia e atorvastatina 40mg/dia. Exame físico: PA=122x78mmHg em posição supina, FC=70bpm. Após três minutos em pé, PA=100x66mmHg, FC=92bpm. Restante do exame físico: normal. A CONDUTA É:

- A. Administrar fludrocortisona.
- B. Ajustar a dose dos anti-hipertensivos. ✓**
- C. Prescrever meia elástica compressiva.
- D. Solicitar teste de inclinação ortostática (tilt test table).

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve hipotensão ortostática iatrogênica. A medida em pé após três minutos mostra queda de 22 mmHg na sistólica e de 12 mmHg na diastólica, preenchendo o critério diagnóstico clássico de queda de pelo menos 20 mmHg na PAS ou 10 mmHg na PAD em até três minutos de ortostase. O detalhe que fecha o raciocínio é a resposta cronotrópica: a frequência sobe de 70 para 92 bpm, o que caracteriza hipotensão ortostática não neurogênica, tipicamente por depleção de volume ou por droga. A paciente usa hidroclorotiazida associada a enalapril, e a conduta inicial obrigatória é revisar e ajustar o esquema anti-hipertensivo, começando pelo diurético.

Fludrocortisona é passo farmacológico posterior, considerado apenas quando a retirada dos fármacos causadores e as medidas não farmacológicas falham, e ainda traz risco de hipertensão supina e hipocalemia. Meia elástica compressiva é medida adjuvante, de eficácia modesta, e não corrige a causa. Tilt test se destina a síncope de origem indeterminada; aqui o diagnóstico já foi feito à beira do leito com uma simples aferição ortostática, e pedir o exame só atrasaria a conduta. Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Mulher, 37a, chegou ao Pronto Atendimento com história de dor na região lombar, sem irradiação, há duas semanas. Antecedentes pessoais: uso de cocaína injetável. Exame físico: T=38,2°C; PA=118x78mmHg; FC=92bpm; FR=20irpm. Dor à palpação sobre L4 e L5, com piora à hiperextensão e flexão do tronco. Presença de marcas de injeção nos antebraços, restante do exame físico normal. Teste para HIV, hemograma, hemocultura e urocultura em andamento. A CONDUTA É:

- A. Prescrever antibioticoterapia, analgesia e liberar a paciente.
- B. Realizar punção líquórica.

C. Solicitar ressonância magnética de coluna lombar. ✓

D. Solicitar radiograma de coluna lombar. 1 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, dor lombar focal de duas semanas, com dor à palpação sobre L4 e L5 e piora à movimentação do tronco, em usuária de droga injetável, é apresentação de osteomielite vertebral e espondilodiscite hematogênica, com risco associado de abscesso epidural. Nesse cenário a ressonância magnética com contraste é o exame de escolha: detecta edema medular ósseo, discite e coleção epidural já nos primeiros dias de doença, com sensibilidade e especificidade muito superiores às demais modalidades, e é ela que define a necessidade de drenagem cirúrgica.

Prescrever antibiótico e liberar é inadequado e perigoso: a paciente precisa de internação, de hemoculturas colhidas antes do antimicrobiano e de imagem, porque um abscesso epidural não reconhecido evolui para déficit neurológico irreversível. Punção líquórica não tem indicação, pois não há sinais meníngeos, e é justamente o procedimento a evitar diante da suspeita de abscesso epidural pelo risco de disseminar infecção para o espaço subaracnóideo. Radiografia simples costuma ser normal nas primeiras duas a quatro semanas, já que exige perda óssea substancial para mostrar erosão de plataforma e redução do espaço discal, de modo que um exame normal não afasta nada. Resposta C

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Mulher, 51a, procura Unidade Básica de Saúde para avaliação de tontura. Refere que há um ano teve episódio de perda auditiva esquerda, associado a zumbido. Nos últimos três meses, vem apresentado sensação de ambiente girando, com duração de 20 minutos a 5 horas, associada a náuseas e vômitos. Nega outras doenças ou uso de medicações. Traz exame de ressonância magnética de encéfalo, realizada há dois meses, sem anormalidades. Exame físico: T=36,50C; PA=124x88mmHg; FC=82bpm; FR=16irpm. A manobra de Dix Hallpike no lado esquerdo induziu tontura, sem nistagmo. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Vertigem posicional paroxística benigna.

- B. Neurite vestibular.
- C. Acidente vascular vertebrobasilar.
- D. Doença de Menière. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de vertigem episódica recorrente com sintomas auditivos, e o padrão temporal é o que decide a questão. Crises de rotação de objetos durando de 20 minutos a 5 horas, acompanhadas de náuseas e vômitos, precedidas por hipoacusia unilateral esquerda com zumbido, preenchem os critérios de Bárány e da AAO-HNS para doença de Menière: episódios espontâneos de vertigem entre 20 minutos e 12 horas, perda auditiva neurossensorial no ouvido afetado e sintomas auditivos flutuantes do mesmo lado, sem outra causa que explique melhor.

Vertigem posicional paroxística benigna cursa com crises de segundos a poucos minutos, desencadeadas por mudança de posição da cabeça, e o Dix-Hallpike caracteristicamente provoca nistagmo torsional geotrópico com latência e fadigabilidade; aqui houve tontura sem nistagmo, o que é inespecífico e não confirma o diagnóstico. Neurite vestibular produz um episódio único e prolongado, de dias, sem comprometimento auditivo, e não recorre por meses. Acidente vascular vertebrobasilar cursaria com sinais neurológicos focais e não teria ressonância de encéfalo normal nem esse curso episódico de um ano. Resposta D

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Homem, 72a, foi avaliado em consulta de rotina por dislipidemia. Ele refere comer frutas e legumes diariamente, carne vermelha duas vezes por semana e ingerir diariamente refrigerantes e uma lata de cerveja. Nega tabagismo. Mora sozinho e não tem relações sociais, descreve-se como uma pessoa solitária. O rastreio para depressão foi negativo. PARA ESTE PACIENTE, O FATOR DE RISCO CARDIOVASCULAR MAIS IMPORTANTE É:

- A. Consumo de álcool.
- B. Consumo de refrigerante.
- C. Isolamento social. ✓**
- D. Consumo de carne vermelha.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra hierarquia de fatores de risco cardiovascular e privilegia um determinante frequentemente subestimado na consulta. O paciente tem dieta razoável e nega tabagismo, mas mora sozinho, não tem relações sociais e se descreve como solitário, com rastreio de depressão negativo, ou seja, o isolamento social é um achado isolado e não um sintoma de transtorno do humor. O posicionamento científico da American Heart Association de 2022 consolidou o isolamento social e a solidão como fatores de risco independentes, associados a aumento em torno de 30 por cento na incidência de doença arterial coronariana e de acidente vascular cerebral, magnitude comparável à de fatores clássicos e superior à dos hábitos alimentares descritos. O consumo de uma lata de cerveja por dia situa-se na faixa de baixo a moderado e não é o item de maior peso no caso. Refrigerante diário é fator de risco real, sobretudo metabólico, mas de impacto menor e ainda inserido em uma dieta com frutas e legumes diários. Carne vermelha duas vezes por semana está dentro do que a maioria das recomendações considera aceitável e não configura consumo de risco. Resposta C

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Homem, 22a, foi diagnosticado com meningite por meningococo. Mora em uma casa com mais quatro estudantes. EM RELAÇÃO À PROFILAXIA PARA MENINGITE NESTE CASO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. Todos os estudantes que moram na casa devem receber azitromicina, iniciada até 14 dias do diagnóstico do caso índice.

B. Os estudantes que dormem no mesmo quarto do paciente devem receber ceftriaxona, iniciada até 24h do diagnóstico do caso índice.

C. Todos os estudantes que moram na casa devem receber ceftriaxona, iniciada até 14 dias do diagnóstico do caso índice. ✓

D. Os estudantes que dormem no mesmo quarto do paciente devem receber rifampicina, independente do tempo de diagnóstico do caso índice. 2 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da quimioprofilaxia da doença meningocócica, definida por quem é contato e por qual janela de tempo ainda há benefício. Contato íntimo é todo morador do mesmo domicílio, independentemente de dividir ou não o quarto, além de contatos de creche e de quem teve exposição a secreções respiratórias, de modo que os quatro estudantes da casa devem ser tratados. A ceftriaxona é um dos esquemas aceitos, em dose única intramuscular, ao lado de rifampicina e ciprofloxacino, e a profilaxia deve ser feita o mais rápido possível, idealmente nas primeiras 24 a 48 horas, perdendo utilidade quando iniciada após 14 dias do início da doença do caso índice.

A alternativa que indica azitromicina para todos erra na droga, que não integra os esquemas de rotina recomendados. A que restringe a profilaxia a quem dorme no mesmo quarto erra na definição de contato e ainda invalida a medida depois de 24 horas, quando na verdade esse é apenas o prazo ideal, não o limite de eficácia. A que propõe rifampicina só para os companheiros de quarto independentemente do tempo erra duas vezes: exclui contatos domiciliares que devem ser tratados e ignora que após duas semanas a quimioprofilaxia não traz benefício. Resposta C

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Homem, 29a, é trazido por familiares para o Pronto Atendimento após ter apresentado crise tônico-clônica generalizada. Há dois dias iniciou quadro de febre, cefaleia e mudança comportamental. Previamente hígido. Exame físico: T=38,1°C; FC=98bpm; PA=128x84mmHg; Escala de coma de Glasgow=14, restante do exame físico normal. Ressonância magnética de crânio (Figura 1, anexo) e coleta de líquido. OS ACHADOS ESPERADOS PARA ESTE LÍQUOR SÃO:

A. Pleocitose com predomínio de linfócitos, aumento discreto de proteínas, glicorraquia normal (superior a dois terços da glicemia), lactato normal, culturas e pesquisa de bactérias negativas. Pesquisa positiva para HSV-1 ou HSV-2. ✓

B. Pleocitose com predomínio de linfócitos, aumento discreto de proteínas, glicorraquia reduzida (inferior a dois terços da glicemia), lactato aumentado, culturas e pesquisa de bactérias negativas. Pesquisa positiva para HSV-1 ou HSV.

C. Pleocitose com predomínio de linfócitos, aumento discreto de proteínas, glicorraquia normal (superior a dois terços da glicemia), lactato normal, culturas e pesquisa de bactérias negativas. Pesquisa positiva para Citomegalovírus.

D. Pleocitose com predomínio de linfócitos, aumento discreto de proteínas, glicorraquia reduzida (inferior a dois terços da glicemia), lactato aumentado, culturas e pesquisa de bactérias negativas. Pesquisa positiva para Citomegalovírus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem previamente hígido com febre, cefaleia, alteração comportamental em dois dias e crise tônico-clônica generalizada é a apresentação típica de encefalite herpética, causa mais comum de encefalite esporádica em adulto imunocompetente, com predileção pelos lobos temporais. O líquido esperado é o de um processo viral: pleocitose de predomínio linfocítico, hiperproteínoorraquia discreta, glicorraquia normal, isto é, acima de dois terços da glicemia, lactato normal, bacterioscopia e culturas negativas, e PCR positiva para HSV-1 ou HSV-2. Vale lembrar que a PCR pode ser falsamente negativa nas primeiras 72 horas, o que nunca justifica adiar o aciclovir endovenoso.

As alternativas que trazem glicorraquia reduzida e lactato aumentado descrevem consumo de glicose e metabolismo anaeróbio, padrão de meningite bacteriana, tuberculosa ou fúngica, incompatível com encefalite herpética. As que apontam citomegalovírus erram o agente: o CMV causa encefalite e ventriculite em imunodeprimidos, sobretudo HIV avançado e transplantados, e não em um paciente hígido de 29 anos com esse quadro agudo. Resposta A

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Mulher, 56a, previamente hígida, procura o Pronto Socorro com quadro de dormência e perda de força evoluindo há dois dias. Os sintomas se iniciaram nos pés e ascenderam até raiz de coxas. No momento, paciente deambulando apenas com apoio bilateral. Antecedentes pessoais: recebeu vacina antiviral há uma semana. Exame físico: bom estado geral; PA=138x87mmHg; FC=115bpm; FR=18irpm; oximetria de pulso=96% (ar ambiente); ausculta cardiopulmonar sem alterações. Neurológico: força muscular em membros inferiores- distal grau II e proximal grau III; e em membros superiores- distal grau III e proximal grau IV; reflexos osteotendinosos globalmente abolidos; reflexo cutâneo plantar em flexão; paralisia facial de padrão periférico à direita e à esquerda; exame de sensibilidade e função esfinteriana preservados. Exames laboratoriais: CPK=438UI/L; sódio=136mEq/L; potássio=4,2mEq/L; cálcio iônico=1,2mmol/L. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E O TRATAMENTO SÃO:

- A. Miosite pós-vacinal e pulsoterapia de corticosteroides.
- B. Mielite transversa pós-vacinal e imunoglobulina humana endovenosa.
- C. Síndrome de Guillain-Barré e pulsoterapia de corticosteroides.

D. Síndrome de Guillain-Barré e imunoglobulina humana endovenosa. 3 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza ascendente que começou nos pés e chegou à raiz das coxas em dois dias, arreflexia global, reflexo cutâneo plantar em flexão, diplegia facial e antecedente de vacinação recente configuram polirradiculoneuropatia desmielinizante inflamatória aguda, a síndrome de Guillain-Barré. Sensibilidade e função esfinteriana preservadas e CPK apenas discretamente elevado reforçam acometimento de raiz e nervo periférico, e não de músculo ou de medula. O tratamento modificador de doença é imunoglobulina humana endovenosa, 2 g/kg divididos em dois a cinco dias, ou plasmaférese, com eficácia equivalente, indicado em quem perdeu a marcha independente, como esta paciente, que só deambula com apoio bilateral. Junto disso, monitorização de capacidade vital e de disautonomia, já que a taquicardia de 115 bpm merece atenção. Miosite pós-vacinal não abole reflexos, não causa paralisia facial bilateral e cursaria com CPK muito mais elevado. Mielite transversa daria nível sensitivo, retenção urinária e sinais de liberação piramidal, exatamente o oposto do exame descrito. A opção que acerta o diagnóstico erra o tratamento: corticosteroide, isolado ou em pulso, não altera desfecho na síndrome de Guillain-Barré e não é recomendado. Resposta D

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Homem, 67a, no início da manhã apresentou fortes dores na região central do tórax, que irradiavam para o pescoço, mandíbula e braço esquerdo, e dificuldade para respirar. Foi imediatamente conduzido a uma Unidade de Emergência, chegando com sudorese acentuada e muito ansioso. Exame físico:

PA=60x35mmHg; FC=120bpm; cianose de extremidades, pulsos fracos. Eletrocardiograma: sinais de extenso infarto do miocárdio anterolateral. Foram realizadas medidas iniciais de suporte de vida e indicado cateterismo cardíaco, mas antes disto evoluiu à óbito. Submetido à necropsia. A Figura 2 (anexo) mostra uma secção do coração. SOBRE A IMAGEM, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. Há uma área de infarto do miocárdio antigo e o novo infarto é muito recente para ser identificado à histologia convencional. ✓**
- B. Há uma área de necrose coagulativa do miocárdio, compatível com o infarto recente.
- C. Existe uma hipertrofia dos cardiomiócitos decorrente de hipertensão arterial crônica.
- D. O infarto do miocárdio produziu redução súbita da pressão arterial, com trombose vascular e sinais de recanalização.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra cronologia histopatológica do infarto agudo do miocárdio. O paciente teve dor no início da manhã e morreu poucas horas depois, ainda antes do cateterismo, de modo que o infarto anterolateral eletrocardiograficamente extenso tem apenas algumas horas de evolução. Nesse intervalo, a histologia convencional com hematoxilina-eosina ainda não mostra alterações confiáveis: a necrose de coagulação com eosinofilia intensa, perda de estriações e cariólise só se torna evidente por volta de 4 a 12 horas, e o infiltrado neutrofílico entre 12 e 24 horas. Por isso, a leitura correta da peça é a de uma área de infarto antigo, já cicatrizada, com o evento novo recente demais para ser caracterizado à microscopia de rotina. Afirmar que existe necrose de coagulação compatível com infarto recente contradiz essa janela temporal. Atribuir o achado a hipertrofia de cardiomiócitos por hipertensão crônica descreve remodelamento inespecífico que não explica o desfecho nem o quadro clínico. E a opção que inverte a sequência, colocando a queda de pressão como causa da trombose com recanalização, troca causa por consequência: a oclusão trombótica coronariana precede o infarto e o choque cardiogênico, e recanalização é achado de evolução tardia, incompatível com horas. Resposta A

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Homem, 20a, procura a Unidade Básica de Saúde para orientação sobre o uso de cigarro eletrônico. Após falecimento do avô por câncer de pulmão, e sabendo dos riscos da exposição ao tabaco, ele quer saber sobre a segurança desse novo dispositivo. A ORIENTAÇÃO QUANTO AO USO DO CIGARRO ELETRÔNICO É:

- A. Pode ser usado com segurança em até 5mg de nicotina por dia.
- B. Não existe tipo ou quantidade considerada segura. ✓**
- C. Pode ser usado com segurança em até 2mg de nicotina por dia.
- D. As unidades sem nicotina são consideradas seguras. 4 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de aconselhamento em tabagismo e cobra a posição atual das autoridades sanitárias sobre dispositivos eletrônicos para fumar. Não há tipo, formulação ou quantidade de cigarro eletrônico que possa ser considerada segura. No Brasil a comercialização, importação e propaganda desses produtos seguem proibidas pela Anvisa, e a orientação ao paciente é de não iniciar o uso. Além da nicotina, que gera dependência e tem efeitos cardiovasculares, o aerossol contém formaldeído, acroleína, compostos orgânicos voláteis e metais pesados provenientes da resistência, e há ainda o risco de lesão pulmonar aguda associada ao uso desses dispositivos, descrita como EVALI e ligada ao acetato de vitamina E.

As alternativas que estabelecem um teto seguro de 5 mg ou de 2 mg de nicotina por dia inventam um limiar que não existe em nenhuma recomendação. Dizer que as unidades sem nicotina são seguras também é falso, porque a toxicidade do aerossol vem em boa parte do aquecimento do propilenoglicol e da glicerina e dos aromatizantes, independentemente da presença de nicotina. Resposta B

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Homem, 48a, retorna assintomático à Unidade Básica de Saúde. Há três meses iniciou tratamento com omeprazol, após endoscopia digestiva alta (EDA) ter evidenciado úlcera em corpo gástrico de 1cm, bordas planas e nítidas, fundo com fibrina, sem sangramento ativo. Pesquisa para *Helicobacter pylori*=negativa. Exame físico: PA=114x76mmHg; FC=68bpm; FR=14irpm; restante sem alterações. A CONDUTA É:

- A. Manter omeprazol até completar seis meses de tratamento.
- B. Repetir a EDA, independente da melhora dos sintomas. ✓**
- C. Repetir a EDA caso os sintomas persistam, após seis meses de tratamento.
- D. Suspende omeprazol e dar alta ambulatorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é seguimento de úlcera gástrica, e o ponto de prova é que úlcera de corpo gástrico exige confirmação endoscópica de cicatrização, porque câncer gástrico pode se apresentar como úlcera de aspecto benigno e também melhora sintomaticamente com inibidor de bomba de prótons. A pesquisa negativa para *Helicobacter pylori* torna a etiologia menos clara e reforça a necessidade de reavaliação, e a resposta clínica ao omeprazol não tem valor discriminatório. Por isso, após 8 a 12 semanas de tratamento a endoscopia deve ser repetida independentemente da melhora dos sintomas, com novas biópsias das bordas da lesão se ela persistir. Manter omeprazol por seis meses sem controle endoscópico apenas adia o diagnóstico de uma eventual neoplasia. Condicionar a repetição da endoscopia à persistência de sintomas é justamente o erro que a questão testa, já que o paciente está assintomático e ainda assim pode abrigar lesão maligna. Suspende a medicação e dar alta ambulatorial é a conduta mais arriscada, pois encerra o seguimento sem qualquer documentação de cicatrização. Vale registrar que diretrizes mais recentes admitem individualizar a reendoscopia quando a úlcera é pequena, com biópsias iniciais amplas e benignas e causa bem definida, mas o padrão cobrado em prova, e o correto diante de úlcera gástrica sem *H. pylori*, é reavaliar endoscopicamente. Resposta B

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Homem, 32a, internado há três dias após fratura de tíbia por acidente automobilístico, apresentou quadro de dispneia súbita. Foi feito o diagnóstico de tromboembolismo pulmonar e iniciada a anticoagulação plena com heparina não fracionada. No dia seguinte, após apresentar fraqueza em dimídio direito, foi suspensa a heparina e realizada tomografia computadorizada de crânio. Figura 3 (anexo). A CONDUTA É:

- A. Prescrever vitamina K.
- B. Retomar a heparina não fracionada.
- C. Prescrever plasma fresco congelado.
- D. Prescrever protamina. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de complicação hemorrágica de anticoagulação plena. Paciente em heparina não fracionada por tromboembolismo pulmonar que desenvolve déficit motor focal, com hemiparesia à direita, e tem tomografia de crânio solicitada, tem como hipótese principal hemorragia intracraniana. Nessa situação, além de suspender a infusão, o que já foi feito, é preciso reverter ativamente o efeito anticoagulante, e o antídoto específico da heparina não fracionada é o sulfato de protamina, que se liga à heparina formando um complexo inativo, na dose aproximada de 1 mg para cada 100 unidades de heparina infundidas nas últimas duas a três horas, respeitando a velocidade lenta de administração pelo risco de hipotensão e reação anafilactoide.

Vitamina K reverte antagonistas da vitamina K, como a varfarina, e não tem qualquer ação sobre a heparina. Retomar a heparina em vigência de sangramento intracraniano agravaria o hematoma e é formalmente contraindicado nesse momento. Plasma fresco congelado repõe fatores de coagulação, mas não neutraliza o efeito da heparina, que age potencializando a antitrombina e inibindo trombina e fator Xa, de modo que os fatores infundidos seriam igualmente inibidos. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Homem, 37a, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde com queixa de tosse seca e chiado no peito. Estes episódios ocorrem de quatro a cinco vezes por semana, nos últimos três meses, não relacionados aos exercícios. Durante as crises, tem melhora com o uso de salbutamol. Antecedentes pessoais: asma, em uso de budesonida inalatória diariamente. Exame físico: T=36,4°C; FR=16irpm; oximetria de pulso=96% (ar ambiente). Pulmões: murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos expiratórios. A CONDUTA É:

A. Associar formoterol. ✓

B. Prescrever azitromicina por 5 dias.

C. Substituir budesonida por prednisona.

D. Associar tiotrópio. 5 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o manejo escalonado da asma em paciente já em terapia de manutenção. Sintomas quatro a cinco vezes por semana durante três meses, com resgate repetido de salbutamol e sibilos expiratórios ao exame, definem asma não controlada apesar do uso diário de budesonida — e a regra do GINA é subir um degrau antes de trocar de classe, associando um beta-2 agonista de longa duração ao corticoide inalatório. O formoterol é o LABA de escolha por ter início de ação rápido, o que permite usar a combinação budesonida-formoterol tanto na manutenção quanto no alívio. Antes de escalonar, sempre checar técnica inalatória, adesão e gatilhos ambientais.

Azitromicina não tem lugar aqui: não há febre, expectoração purulenta ou infiltrado, e macrolídeo na asma é reservado à doença grave refratária, como adjuvante de especialista. Substituir budesonida por prednisona troca um anti-inflamatório tópico de baixo risco por corticoide sistêmico contínuo, com todos os efeitos adversos e sem ganho de controle. Tiotrópio é opção de degrau mais alto, considerada apenas quando o paciente permanece sintomático já em corticoide inalatório associado a LABA. Resposta A

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Homem, 73a, retorna à consulta na Unidade Básica de Saúde referindo adinamia e ganho de peso nos últimos três meses. Antecedentes pessoais: doença arterial coronariana, hipertensão arterial e dislipidemia, em uso de losartana, carvedilol, ácido acetil salicílico, clopidogrel e atorvastatina. Exame físico: T=36,2°C; PA=128x72mmHg; FC=54bpm; FR=10irpm; oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Ausculta cardíaca e pulmonar normais. Reflexos osteotendinosos diminuídos globalmente. TSH=25uUI/mL; T4 livre=0,2ng/dL. A CONDUTA É:

A. Iniciar levotiroxina 50mcg.

B. Iniciar levotiroxina 25mcg. ✓

C. Repetir o exame em 60 dias.

D. Repetir o exame em seis meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adinamia, ganho de peso, bradicardia e reflexos osteotendinosos globalmente diminuídos em idoso, com TSH de 25 uUI/mL e T4 livre francamente baixo, fecham hipotireoidismo primário manifesto — não subclínico. Há indicação formal de reposição, mas a dose inicial em paciente com mais de 70 anos e doença arterial coronariana estabelecida deve ser baixa, da ordem de 12,5 a 25 mcg/dia, com incrementos graduais a cada quatro a seis semanas guiados pelo TSH. O motivo é hemodinâmico: a levotiroxina aumenta o consumo miocárdico de oxigênio e a dose plena de partida pode precipitar angina, arritmia ou isquemia franca. Iniciar com 50 mcg seria aceitável em adulto jovem hígido, não neste coronariopata de 73 anos. Repetir o exame em 60 dias ou em seis meses é conduta de TSH alterado com T4 livre normal, isto é, de disfunção subclínica — aqui o T4 livre está baixo e o paciente sintomático, de modo que adiar apenas prolonga a morbidade e não muda a decisão terapêutica. Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Homem, 32a, assintomático, comparece à Unidade Básica de Saúde para repetir testagem de infecções sexualmente transmissíveis após oito meses do tratamento para sífilis secundária. Naquele momento, apresentou teste não treponêmico VDRL=1:32 e recebeu penicilina benzatina 2,4 milhões UI intramuscular. Exame físico: PA=122x84mmHg; FC=86bpm; FR=14irpm. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, ausência de lesões de pele, ausência de lesão genital. Exame neurológico sem alterações. Exames laboratoriais: sorologias de HIV e hepatites B e C não reagentes, VDRL=1:32. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:

A. Cicatriz sorológica; repetir VDRL e em caso de aumento de título, indicar retratamento.

B. Reinfecção por sífilis; indicar retratamento em caso de aparecimento de lesões cutâneas e/ou genitais.

C. Sífilis persistente; indicar retratamento com doxiciclina, pela suspeita de falha da penicilina benzatina.

D. Reativação de sífilis; indicar retratamento com penicilina benzatina e realizar coleta de líquido. 6**Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓****COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão trata do seguimento sorológico pós-tratamento da sífilis. Resposta adequada significa queda de pelo menos duas diluições, ou seja, quatro vezes o título do teste não treponêmico, em seis a doze meses; aqui, oito meses após a penicilina benzatina, o VDRL permanece em 1:32, exatamente o título inicial. Isso caracteriza falha terapêutica ou reativação, e a orientação do Ministério da Saúde é retratar com penicilina benzatina 2,4 milhões UI por três semanas e investigar neurosífilis com punção lombar, mesmo sem sintomas neurológicos, já que o acometimento do sistema nervoso pode ser assintomático e muda o esquema para penicilina cristalina endovenosa.

Cicatriz sorológica é a persistência de títulos baixos e estáveis, tipicamente 1:1 a 1:4, após queda documentada — não se aplica a um título alto que nunca caiu. Reinfecção exigiria elevação do título em relação ao pós-tratamento e, de todo modo, jamais se aguarda o surgimento de lesões cutâneas ou genitais para tratar, porque a maioria das reinfecções cursa assintomática. Doxiciclina não é a escolha na suspeita de falha: a penicilina segue como droga de eleição, com dessensibilização quando há alergia, e não há resistência documentada do *Treponema pallidum* a ela. Resposta D

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Mulher, 53a, internada para tratamento de pneumonia, evoluiu com necessidade de ventilação mecânica. Antecedentes pessoais: lúpus eritematoso sistêmico e diabetes melito. Medicamentos em uso: prednisona, ceftriaxona, azitromicina e insulina. Exame físico: peso atual=76Kg; peso predito=50Kg; T=36,90C; PA=132x68mmHg; FC=88bpm; oximetria de pulso=95% (FiO2=50%); ausculta pulmonar com crepitações em base esquerda; ausculta cardíaca normal. Ventilação mecânica: modo controlado a volume; fração inspirada de oxigênio (FiO2)=50%; volume corrente=300mL; FR=16irpm; pressão positiva expiratória final (PEEP)=6mmHg; relação I:E=1:3. Gasometria arterial: pH=7,29; paO2=120mmHg; paCO2=72mmHg; HCO3=27mmol/L; base excess (BE)=-1,5. A CONDUTA É AUMENTAR:

A. Frequência respiratória. ✓

B. FiO2.

C. PEEP.

D. Volume corrente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A gasometria mostra acidose respiratória aguda — pH 7,29 com paCO2 de 72 mmHg e bicarbonato praticamente normal — enquanto a oxigenação está folgada, com paO2 de 120 mmHg em FiO2 de 50%. O problema, portanto, é de ventilação e não de troca: falta volume-minuto. Com peso predito de 50 kg e volume corrente de 300 mL, a paciente já está em 6 mL/kg de peso predito, exatamente o alvo da ventilação protetora, de modo que a variável a manipular é a frequência respiratória, hoje em apenas 16 irpm. A relação I:E de 1:3 dá margem para elevá-la sem gerar aprisionamento aéreo imediato, e o efeito é aumento direto da depuração de CO2.

Aumentar a FiO2 é inútil e potencialmente tóxico, porque a paO2 já está acima do necessário e oxigênio não elimina gás carbônico. Aumentar a PEEP melhora recrutamento e oxigenação, mas pode piorar a hipercapnia por aumento do espaço morto e hiperdistensão alveolar. Aumentar o volume corrente também elevaria a ventilação-minuto, porém tirando a paciente da faixa protetora e expondo-a a lesão induzida pela ventilação — por isso, entre as duas formas de subir o volume-minuto, escolhe-se a frequência. Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito C

Homem, 21a, vítima de ferimento por projétil de arma de fogo em região toracoabdominal, é trazido ao hospital terciário por familiares. Exame físico: escala de coma de Glasgow=8; pupilas isofotorreagentes; PA=69x41mmHg; FC=142bpm; FR=24irpm; presença de orifício de entrada no 11º espaço intercostal na linha axilar anterior direita e orifício de saída no mesmo nível na região paravertebral direita. Restante sem alterações. Foram realizados: obtenção de via aérea definitiva e administração de 1.000mL de solução de Ringer com lactato aquecido. CONFORME O ATLS 10ª. EDIÇÃO A CONDUTA A SEGUIR É:

A. Toracotomia de reanimação.

B. Laparotomia exploradora.

C. Protocolo de transfusão maciça. ✓

D. Administrar droga vasoativa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por projétil em transição toracoabdominal com PA de 69x41 mmHg, FC de 142 bpm e rebaixamento do nível de consciência configura choque hemorrágico classe IV. A via aérea definitiva já foi assegurada e o paciente recebeu 1.000 mL de cristalóide aquecido sem sair do choque, e é exatamente esse ponto que o ATLS 10ª edição usa como divisor de águas: o não respondedor à carga inicial de cristalóide deve receber hemoderivados precocemente, com ativação do protocolo de transfusão maciça em proporção equilibrada de concentrado de hemácias, plasma e plaquetas, evitando a ressuscitação apenas com cristalóide e a tríade letal de hipotermia, acidose e coagulopatia.

Toracotomia de reanimação tem indicação restrita ao trauma penetrante com parada cardiorrespiratória presenciada ou sinais de vida à chegada, o que não se aplica a um paciente com pulso e pressão mensuráveis. Laparotomia exploradora está de fato indicada pelo trajeto transfixante e é o passo imediatamente seguinte, mas conduzida em paralelo à ressuscitação hemostática — ela não substitui a reposição de sangue exigida agora. Droga vasoativa em choque hemorrágico é erro clássico: vasoconstrição sem volume piora a perfusão tecidual e mascara a gravidade real. Resposta C

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Durante a laringoscopia na intubação orotraqueal é solicitado, para um integrante da equipe, realizar uma pressão no sentido posterior, superior e para a direita na laringe. A FINALIDADE PRINCIPAL DESTA MANOBRA É:

A. Comprimir o esôfago contra a coluna.

B. Auxiliar na visualização das cordas vocais. ✓

C. Determinar a classificação de Mallampati.

D. Evidenciar grau de obstrução da via aérea. 7 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A manobra descrita — pressão sobre a laringe nos sentidos posterior, superior e para a direita — é a BURP (backward, upward, rightward pressure), aplicada por um auxiliar durante a laringoscopia direta. Sua finalidade é deslocar a laringe para dentro do eixo de visão do laringoscopista, melhorando a graduação de Cormack-Lehane e, com isso, a chance de sucesso na primeira tentativa de intubação. É recurso de resgate simples diante de visualização glótica difícil, ao lado de reposicionamento da cabeça e troca de lâmina. Comprimir o esôfago contra a coluna descreve a manobra de Sellick, que é pressão sobre a cartilagem cricoide apenas em sentido posterior, com o objetivo de reduzir regurgitação — hoje desaconselhada de rotina, inclusive por poder piorar a visão da glote. A classificação de Mallampati é avaliada com o paciente acordado, sentado, boca aberta e língua protruída, na avaliação prévia da via aérea, e nada tem a ver com pressão externa durante a laringoscopia. Determinar grau de obstrução da via aérea depende de inspeção, imagem ou endoscopia, não de pressão digital sobre a laringe. Resposta B

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Homem, 19a, condutor de motocicleta, tem uma colisão frontal contra anteparo fixo. É trazido pelo atendimento pré-hospitalar para Unidade de Pronto Atendimento com colar cervical e imobilizado em prancha longa. Na admissão queixa-se de dor na região de abdome inferior. Exame físico: escala de coma de Glasgow=15; pupilas isofotorreagentes; PA=94x62mmHg; FC=122bpm; FR=18irpm; oximetria de pulso=95% (ar ambiente); pescoço/tórax sem alterações; abdome/pelve: palpação dolorosa da sínfise púbica com afastamento em torno de 3cm, dor à palpação e compressão laterais da pelve, presença de hematoma escrotal. Foram realizados: oferta de O₂=12L/min por máscara não reinalante; punção de dois acessos venosos periféricos com cateteres calibrosos; coleta de sangue e administração de 1.000mL de solução de Ringer com lactato aquecido e estabilização da pelve com lençol. O POSICIONAMENTO DESTES LENÇOL DEVE SER NA TOPOGRAFIA:

- A. das cristas ilíacas anterior superior.
- B. das regiões médias das coxas.
- C. da região mediana entre púbis e cicatriz umbilical.

D. dos trocanteres maiores dos fêmures. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diástase da sínfise púbica de cerca de 3 cm, dor à compressão lateral da pelve e hematoma escrotal em vítima de colisão frontal indicam fratura pélvica instável em livro aberto, e a taquicardia com hipotensão traduz sangramento do plexo venoso pré-sacral e das superfícies ósseas fraturadas. A cinta pélvica improvisada com lençol age por rotação interna dos membros inferiores e fechamento do anel, reduzindo o volume pélvico e favorecendo o tamponamento do hematoma — para isso, deve ser centrada na topografia dos trocanteres maiores dos fêmures, ponto em que a compressão circunferencial se transmite efetivamente ao anel. Posicionar sobre as cristas ilíacas ântero-superiores é o erro mais comum: a faixa fica acima do eixo de rotação, não fecha a sínfise e pode até acentuar a diástase. Na região média das coxas comprime apenas partes moles do fêmur, sem qualquer efeito sobre a pelve. Entre o púbis e a cicatriz umbilical o lençol comprime o abdome, sem reduzir a fratura, além de dificultar a ventilação e o exame abdominal seriado. Resposta D

QUESTÃO 20 — Gabarito B

As imagens abaixo representam um dreno radiopaco utilizado em drenagem torácica. Último orifício da extremidade B Início da extremidade B Extremidade A Extremidade B Extremidade “A” conecta-se ao sistema em frasco com selo d’água. A Extremidade “B” é inserida e fixada no paciente. NA REALIZAÇÃO DE UMA DRENAGEM TORÁCICA SOB SELO D’ÁGUA EM UM PACIENTE, O POSICIONAMENTO CORRETO DO ÚLTIMO ORIFÍCIO DA EXTREMIDADE “B” É:

- A. No espaço intercostal, distante do feixe vaso-nervoso.

B. Entre as pleuras visceral e parietal. ✓

- C. No subcutâneo, sem exteriorização para o ambiente.

D. Entre a pleura visceral e o parênquima pulmonar. 8 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra anatomia aplicada da drenagem torácica. O dreno tubular possui uma série de orifícios laterais na extremidade que vai para dentro do paciente, e o orifício mais proximal — o último da extremidade B — marca o limite a partir do qual o tubo deixa de drenar. Para que o sistema em selo d'água funcione, todos os orifícios, inclusive esse último, precisam estar dentro da cavidade pleural, isto é, no espaço entre a pleura visceral e a pleura parietal, que é justamente onde se acumulam ar e líquido. Conferir isso é obrigatório logo após a inserção, pela profundidade do tubo e pela radiografia de controle.

Deixar o último orifício no espaço intercostal é a falha técnica clássica: o ar passa a difundir pelos tecidos da parede, gerando enfisema subcutâneo, escape aéreo persistente e drenagem ineficaz, com risco de entrada de ar ambiente na cavidade — o mesmo vale, de forma ainda mais evidente, para o orifício alojado no subcutâneo. Já o espaço entre a pleura visceral e o parênquima pulmonar não existe como cavidade, pois a pleura visceral é aderida à superfície do pulmão, e posicionar o dreno ali significaria lesão direta do parênquima. Resposta B

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Homem, vítima de acidente automobilístico, é trazido ao Pronto Socorro de referência. Na admissão, apresenta insuficiência respiratória aguda súbita. Exame físico: PA=82x54mmHg; FC=133bpm; FR=34irpm; oximetria de pulso=88% (ar ambiente); presença de enfisema subcutâneo; turgência jugular; desvio de traqueia para a esquerda e ausência de murmúrio vesicular no hemitórax direito. A CONDUTA É:

- A. Solicitar radiograma de tórax.
- B. Administrar 1.000mL de Ringer com lactato aquecido.
- C. Solicitar tomografia computadorizada de tórax.

D. Realizar punção do espaço pleural. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência respiratória súbita em politraumatizado com hipotensão, taquicardia, hipoxemia, enfisema subcutâneo, turgência jugular, desvio de traqueia para a esquerda e murmúrio vesicular abolido no hemitórax direito é a descrição clássica do pneumotórax hipertensivo. O diagnóstico é clínico e a conduta é imediata: descompressão do espaço pleural por punção, seguida de drenagem torácica em selo d'água como tratamento definitivo. O ATLS 10ª edição indica o 5º espaço intercostal na linha axilar média para a punção em adultos, por ser mais confiável que o 2º espaço na linha hemiclavicular quando a parede torácica é espessa.

Solicitar radiograma de tórax atrasa o tratamento de uma emergência que mata em minutos por obstrução ao retorno venoso, e o exame não deve ser aguardado quando o quadro clínico é típico. Tomografia é pior ainda, pois implica transportar para fora da sala de emergência um paciente hemodinamicamente instável. Administrar cristalóide pode ser adjuvante, mas não trata a causa: enquanto a pressão intrapleural não for aliviada, o retorno venoso e o débito cardíaco seguem comprometidos. Resposta D

QUESTÃO 22 — Gabarito D

Homem, 58a, apresenta tosse e emagrecimento de 5Kg há dois meses. Radiograma de tórax: opacidade paracardíaca direita, com apagamento do bordo direito do coração e discreto alargamento do mediastino. Biopsia por broncoscopia: carcinoma não pequenas células. O TUMOR ESTÁ LOCALIZADO NO BRÔNQUIO:

- A. principal direito.
- B. intermediário.
- C. do lobo inferior direito.

D. do lobo médio. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne tosse e emagrecimento em homem de 58 anos com carcinoma não pequenas células confirmado por broncoscopia, e pede a topografia da lesão a partir do sinal da silhueta. Opacidade paracardíaca direita que apaga o bordo direito do coração indica processo em contato direto com o átrio direito, ou seja, anterior e no mesmo plano da borda cardíaca — território do lobo médio. Como o tumor obstrui a via aérea e gera atelectasia ou consolidação desse lobo, a localização é o brônquio do lobo médio; o discreto alargamento do mediastino corresponde a linfonodomegalia associada.

Obstrução do brônquio principal direito produziria atelectasia de todo o pulmão direito, com hemitórax opacificado e desvio do mediastino para o lado da lesão, quadro muito mais exuberante que o descrito. O brônquio intermediário compromete lobo médio e lobo inferior em conjunto, o que somaria apagamento do hemidiafragma direito ao apagamento da borda cardíaca. O brônquio do lobo inferior direito apaga a cúpula diafragmática e preserva o bordo direito do coração, porque o lobo inferior é posterior e não faz contato com essa borda. Resposta D

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Menino, 3m, é trazido para puericultura e mãe nega queixas. O exame físico foi compatível com os diagnósticos de: fimose; hidrocele à esquerda; hemiescroto direito vazio e testículo palpável no canal inguinal direito. A CONDUTA É:

- A. Expectante quanto à fimose; expectante quanto à hidrocele; realizar orquidopexia.
- B. Indicar postectomia; corrigir a hidrocele; realizar orquidopexia.
- C. Expectante quanto à fimose; expectante quanto à hidrocele; expectante quanto à orquidopexia. ✓**
- D. Indicar postectomia; corrigir a hidrocele; expectante quanto à orquidopexia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a história natural de três achados genitais comuns no lactente. A fimose aos três meses é fisiológica: as aderências balanoprepúciais se desfazem espontaneamente ao longo dos primeiros anos, e a postectomia só entra por indicação clínica — balanopostites de repetição, balanite xerótica obliterante ou obstrução miccional —, em geral após os dois a três anos. A hidrocele do lactente costuma ser não comunicante e reabsorve sozinha até os doze a vinte e quatro meses, de modo que a correção cirúrgica só se cogita depois desse prazo ou quando há hérnia inguinal associada. O testículo palpável no canal inguinal ainda pode descer espontaneamente até cerca dos seis meses, e a orquidopexia tem janela ideal entre seis e dezoito meses, preferencialmente entre seis e doze — não aos três meses.

Por isso todas as alternativas que indicam postectomia, correção da hidrocele ou orquidopexia neste momento antecipam procedimentos desnecessários, expondo um lactente a risco anestésico e cirúrgico por condições que tendem a se resolver ou cujo tempo ideal de correção ainda não chegou. A conduta correta é expectante nas três frentes, com reavaliação seriada nas consultas de puericultura. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito B

O MELD (Model for End-stage Liver Disease) é um índice baseado em alguns dados clínicos do paciente adulto e é usado para definir a inscrição do paciente na fila de transplante hepático. OS EXAMES NECESSÁRIOS PARA O CÁLCULO DO MELD SÃO:

- A. Bilirrubina indireta; transaminases; creatinina
- B. Bilirrubina total; RNI; creatinina. ✓**
- C. Bilirrubina total; albumina; clearance de creatinina.
- D. Bilirrubina indireta; RNI; clearance de creatinina. 9 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

O MELD é um escore contínuo validado para estimar mortalidade em três meses na doença hepática terminal e por isso substituiu o Child-Pugh na priorização da fila de transplante de fígado — sua vantagem está justamente em usar apenas variáveis laboratoriais objetivas, sem itens subjetivos como ascite e encefalopatia. As três variáveis da fórmula clássica são bilirrubina total, RNI (INR) e creatinina sérica; a variante MELD-Na acrescenta o sódio, e na criança usa-se o PELD, que combina albumina, bilirrubina, RNI, idade e déficit de crescimento. Transaminases não entram no cálculo porque refletem lesão hepatocelular aguda, não função de síntese nem prognóstico. Albumina compõe o Child-Pugh e o PELD, mas não o MELD do adulto. Clearance de creatinina também não é usado: o escore emprega a creatinina sérica, com teto de 4 mg/dL e valor fixo atribuído ao paciente em diálise. E a bilirrubina considerada é a total, não a fração indireta, que traduz hemólise ou distúrbio de conjugação e não a disfunção excretora hepática. Resposta B

QUESTÃO 25 — Gabarito D

NO PROCESSO DE CICATRIZAÇÃO DAS FERIDAS, AS FASES DOS EVENTOS ORGÂNICOS OCORREM NA SEGUINTE ORDEM DIDÁTICA:

- A. Proliferativa (fibroplasia); reparativa (remodelação); exudativa (inflamatória).
- B. Reparativa (remodelação); exudativa (inflamatória); proliferativa (fibroplasia).
- C. Exsudativa (inflamatória); reparativa (remodelação) e proliferativa (fibroplasia).
- D. Exudativa (inflamatória); proliferativa (fibroplasia); reparativa (remodelação). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a sequência didática das fases da cicatrização, que é cronológica e não pode ser embaralhada. Primeiro vem a fase exsudativa ou inflamatória (do dia zero até cerca do quarto dia): hemostasia com plaquetas e fibrina, vasodilatação, exsudação de plasma, chegada de neutrófilos e depois macrófagos, que desbridam e liberam os fatores de crescimento que convocam a etapa seguinte. Em seguida vem a fase proliferativa ou de fibroplasia (do terceiro/quarto dia até cerca de três semanas), em que fibroblastos depositam colágeno tipo III, ocorre angiogênese, forma-se tecido de granulação e a ferida epitelize. Por último vem a fase reparativa, de remodelação ou maturação, que dura meses a anos: o colágeno III é substituído por colágeno tipo I, as fibras se reorganizam no eixo de tensão e a cicatriz ganha resistência, chegando no máximo a cerca de 80% da força do tecido original.

A alternativa a coloca a inflamação por último, o que é impossível, porque é ela que dispara a proliferação. A alternativa b começa pela remodelação, ou seja, remodela algo que ainda não foi produzido. A alternativa c inverte as duas últimas fases, propondo remodelar antes de haver matriz depositada pela fibroplasia. Resposta D

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Homem, 32a, vítima de queda de moto em dia de chuva. Apresentou abdome agudo hemorrágico com choque refratário, sendo submetido à laparotomia exploradora com esplenectomia total. ALÉM DAS VACINAS DE ROTINA, CONTRA QUAIS AGENTES INFECCIOSOS ESTE PACIENTE DEVE SER IMUNIZADO?

- A. Pneumococo, Haemophilus influenzae tipo B, meningococo. ✓**
- B. Pneumococo, HPV e Haemophilus influenzae tipo B.
- C. Meningococo, Clostridium tetani e HPV.
- D. Meningococo, pneumococo e rotavírus.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente foi submetido a esplenectomia total por trauma e passa a viver em estado de asplenia, cuja consequência imunológica principal é a perda da depuração esplênica de bactérias encapsuladas e da produção de IgM opsonizante contra polissacarídeos capsulares. O risco maior é a sepse fulminante pós-esplenectomia (OPSI), com letalidade alta e evolução em poucas horas. Por isso a profilaxia obrigatória, além do calendário de rotina, é a vacinação contra os três germes encapsulados clássicos: *Streptococcus pneumoniae* (pneumocócica conjugada seguida da polissacarídica 23-valente), *Haemophilus influenzae* tipo b e *Neisseria meningitidis* (meningocócica conjugada ACWY e, quando disponível, meningocócica B). Idealmente aplica-se duas semanas antes de esplenectomia eletiva; na esplenectomia de urgência por trauma, como aqui, vacina-se cerca de 14 dias depois da cirurgia, quando a resposta imune é melhor.

As demais alternativas contaminam a lista com imunizantes que não têm relação com a asplenia. HPV, nas opções b e c, protege contra doença oncogênica genital e não contra bactérias encapsuladas. Toxoide tetânico, na opção c, faz parte do calendário de rotina e da profilaxia de ferimentos, não da profilaxia do esplenectomizado. Rotavírus, na opção d, é vacina oral de rotina do lactente e sequer se aplica a um adulto de 32 anos. Resposta A

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Homem, 26a, é trazido ao Pronto Socorro após queimadura na face anterior do corpo, por uso de álcool líquido em churrasqueira. Durante o atendimento inicial foi proposta reposição volêmica conforme o ATLS 10^a edição. CONSIDERANDO A REGRA DOS 9 PARA SER UTILIZADA NA FÓRMULA DE PARKLAND, A SUPERFÍCIE CORPÓREA QUEIMADA, CONFORME A ILUSTRAÇÃO ABAIXO, É: (Figura 4- anexo)

A. 22,5%.

B. 20,5%. ✓

C. 43%.

D. 45%.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a superfície corpórea queimada calculada pela regra dos nove, valor que depois entra na fórmula de Parkland. Na regra dos nove do adulto, cada segmento vale: cabeça e pescoço 9%, cada membro superior 9%, tronco anterior 18%, tronco posterior 18%, cada membro inferior 18% e períneo 1%. Como a queimadura atingiu apenas a face anterior do corpo, cada segmento entra pela metade: cabeça anterior 4,5%, cada membro superior anterior 4,5%, tronco anterior 18%, cada membro inferior anterior 9%. Somando somente os segmentos efetivamente acometidos na ilustração, o gabarito oficial chega a 20,5%. Vale lembrar que só se contabilizam queimaduras de segundo e terceiro grau, ficando de fora as áreas de primeiro grau (eritema simples), erro clássico que infla a conta.

Os distratores reproduzem justamente os erros de contagem previsíveis. A opção a acrescenta um segmento anterior a mais à soma correta. As opções c e d, com valores próximos de 43% e 45%, correspondem a contar os segmentos inteiros, somando também a face posterior de áreas que não foram queimadas, o que dobraria indevidamente a superfície e levaria a uma reposição volêmica muito acima do necessário. Feita a estimativa, a 10^a edição do ATLS orienta iniciar 2 mL de Ringer lactato por quilo e por percentual de superfície queimada nas primeiras 24 horas, metade nas primeiras 8 horas contadas do momento do trauma, ajustando pelo débito urinário. Resposta B

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Homem, 75a, assintomático, retorna para consulta médica trazendo ultrassonografia de abdome que evidenciou um cisto de 3,2x2,8cm em rim esquerdo, sem conteúdo espesso e sem septações. A CONDUTA É:

A. Repetir ultrassonografia em seis meses.

B. Repetir ultrassonografia em um ano.

C. Orientar que não há necessidade de prosseguir a investigação. ✓

D. Solicitar tomografia computadorizada de abdome com contraste. 10 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de achado incidental de cisto renal simples em um homem assintomático, situação extremamente comum a partir da sexta década. A descrição ultrassonográfica é a de um cisto anecoico, de paredes finas, sem septações, sem conteúdo espesso e sem calcificações ou componente sólido, ou seja, um cisto Bosniak I. Pela classificação de Bosniak, a categoria I tem risco praticamente nulo de malignidade e não exige seguimento por imagem nem qualquer investigação adicional, independentemente do tamanho: um cisto simples de 3,2 cm é tão benigno quanto um de 1 cm. A conduta correta é tranquilizar o paciente e encerrar a investigação.

Repetir a ultrassonografia em seis meses ou em um ano, como propõem as alternativas a e b, é vigilância indicada para lesões indeterminadas, os cistos Bosniak IIF, com septos finos múltiplos ou calcificação, e não para o cisto simples; nesse contexto só gera custo e ansiedade. A tomografia com contraste da alternativa d se justifica quando há dúvida sobre septações, espessamento parietal ou nódulo com realce, isto é, para caracterizar lesões Bosniak III e IV, que são cirúrgicas; aqui expõe desnecessariamente um idoso a radiação e a contraste iodado, com risco de nefropatia, para investigar uma lesão já definida como benigna. Resposta C

QUESTÃO 29 — Gabarito A

No exame físico o sinal semiológico, quando presente, auxilia no raciocínio da hipótese diagnóstica. OS SINAIS DE CULLEN, LENANDER E DE JOBERT, ESTÃO RELACIONADOS, RESPECTIVAMENTE, COM:

A. Pancreatite aguda, apendicite aguda e úlcera duodenal perfurada. ✓

B. Neoplasia gástrica, pancreatite aguda e diverticulose.

C. Úlcera duodenal perfurada, apendicite aguda, diverticulose.

D. Pancreatite aguda, neoplasia gástrica e apendicite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra três epônimos semiológicos do abdome agudo, e a chave é lembrar o mecanismo físico de cada um. O sinal de Cullen é a equimose periumbilical produzida pela dissecação de sangue retroperitoneal até a parede abdominal pelo ligamento falciforme, achado tardio e de mau prognóstico na pancreatite aguda necro-hemorrágica (seu par lateral, nos flancos, é o sinal de Grey Turner). O sinal de Lenander é a dissociação entre a temperatura retal e a axilar, com a retal excedendo a axilar em mais de 1 grau, indicando processo inflamatório intraperitoneal, classicamente descrito na apendicite aguda. O sinal de Jobert é o timpanismo à percussão da área de maciez hepática, causado por ar livre interposto entre o fígado e a parede, ou seja, pneumoperitônio, cuja causa clássica é a úlcera péptica perfurada, tipicamente a duodenal.

As demais combinações erram porque atribuem esses sinais a doenças que não cursam com hemorragia retroperitoneal, inflamação apendicular ou ar livre. Neoplasia gástrica, citada nas opções b e d, associa-se a outros epônimos, como o nódulo de Virchow e o de Irmã Maria José, e não a Cullen ou Lenander. Diverticulose, nas opções b e c, é achado anatômico habitualmente assintomático e não produz nenhum dos três sinais. A opção c ainda troca a ordem, colocando a úlcera perfurada no lugar da pancreatite. Resposta A

QUESTÃO 30 — Gabarito C

ASSINALE A VARIÁVEL E O VALOR QUE CARACTERIZAM A SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE:

A. Frequência respiratória > 30irpm.

B. Pressão inspiratória máxima < -25cmH2O.

C. Relação PaO2/FiO2 < 300mmHg. ✓

D. $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a variável objetiva que define a gravidade do comprometimento respiratório, e a única que entra formalmente em critério diagnóstico é a relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$. Pela definição de Berlim, a síndrome do desconforto respiratório agudo exige início em até uma semana de um insulto conhecido, opacidades bilaterais na imagem não explicadas por derrame, atelectasia ou nódulos, ausência de causa exclusivamente cardiogênica ou de hipervolemia, e hipoxemia com $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ menor ou igual a 300 mmHg sob PEEP de pelo menos 5 cmH₂O. Esse mesmo ponto de corte estratifica a gravidade em leve (entre 200 e 300), moderada (entre 100 e 200) e grave (abaixo de 100), o que orienta ventilação protetora, posição prona e estratégias de resgate.

A frequência respiratória acima de 30 irpm é marcador de gravidade em escores de pneumonia, como o CURB-65 e os critérios da ATS/IDSA, e sinal de alerta clínico, mas não define a síndrome nem quantifica a troca gasosa. A pressão inspiratória máxima mais negativa que -25 cmH₂O é parâmetro de força da musculatura inspiratória, usado para prever sucesso de desmame ventilatório, e não critério diagnóstico. A PaCO_2 acima de 60 mmHg caracteriza insuficiência respiratória hipercápnica, do tipo ventilatório, ao passo que a lesão pulmonar aguda cursa tipicamente com hipocapnia por taquipneia, e a retenção de CO_2 aparece apenas tardiamente ou como consequência da ventilação protetora. Resposta C

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Homem, 72a, procura Pronto Socorro queixando-se de dor abdominal em cólica há um mês, periumbilical, com piora há uma semana, principalmente após as refeições, sem melhora com analgésicos e necessitando permanecer em posição antálgica. Antecedente pessoal: infarto agudo do miocárdio há 12 anos, diabetes melito há 22 anos, tabagismo 40 anos/maço. Exame físico: FC=108bpm; PA=162x78mmHg; abdome: plano, normotenso, flácido, sem irritação peritoneal, sem tumor palpável; membros inferiores: pulsos pediosos ausentes, pulsos tibiais posteriores presentes. A HIPÓTESE DIAGNOSTICA É:

A. Angina mesentérica. ✓

B. Úlcera péptica.

C. Cólica biliar.

D. Aneurisma de aorta.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de isquemia mesentérica crônica, também chamada angina mesentérica ou angina abdominal. Os elementos que fecham o raciocínio são a dor em cólica periumbilical que aparece justamente após as refeições, quando a demanda esplâncnica aumenta e o fluxo estenosado não acompanha, a evolução arrastada de um mês com piora progressiva, a dor desproporcional a um exame abdominal pobre (abdome plano, flácido, sem irritação peritoneal) e, sobretudo, o terreno de aterosclerose difusa: infarto do miocárdio prévio, diabetes de 22 anos e tabagismo de 40 anos/maço, com pulsos pediosos ausentes denunciando doença arterial periférica. O território acometido é tipicamente a artéria mesentérica superior, e a confirmação se faz por angiotomografia ou angiografia; o risco maior é a progressão para isquemia mesentérica aguda por trombose.

A úlcera péptica costuma dar dor epigástrica em queimação com relação temporal diferente com a alimentação e responde a antissecretores, além de não explicar o padrão vascular do paciente. A cólica biliar dá dor em hipocôndrio direito ou epigástrio irradiada para dorso e escápula, autolimitada em poucas horas e desencadeada por refeição gordurosa, mas não um mês de dor progressiva e contínua. O aneurisma de aorta abdominal, embora plausível no mesmo perfil de risco, manifesta-se com massa pulsátil ou dor lombar quando sintomático, e aqui o exame descreve abdome sem tumor palpável. Resposta A

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Mulher, 32a, procura Pronto Socorro queixando-se de dor e inchaço em perna direita há dois dias. Ultrassonografia com Doppler: trombose venosa profunda. O TRATAMENTO INICIAL E O ALVO TERAPÊUTICO SÃO:

- A. Warfarina; R=2,5 a 3,5.
- B. Heparina não fracionada; RNI=2,0 a 3,0.
- C. Heparina de baixo peso; RNI=2,5 a 3,5.

D. Heparina de baixo peso e warfarina; RNI=2,0 a 3,0. 11 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de trombose venosa profunda de membro inferior já confirmada por ultrassonografia com Doppler, e a pergunta cobra o esquema clássico de anticoagulação com antagonista da vitamina K. O tratamento inicial exige um anticoagulante parenteral de ação imediata, a heparina de baixo peso molecular, sobreposto à varfarina desde o primeiro dia. A heparina só é suspensa após pelo menos cinco dias de uso e com RNI dentro da faixa terapêutica em duas medidas consecutivas separadas por 24 horas. O alvo de RNI na TVP é de 2,0 a 3,0, com meta de 2,5.

Iniciar apenas varfarina, como propõe a alternativa a, deixa o paciente descoberto por vários dias e ainda cria um estado transitoriamente pró-trombótico, porque a proteína C e a proteína S, de meia-vida curta, caem antes dos fatores II, IX e X, com risco de extensão do trombo e de necrose cutânea induzida por varfarina; além disso, o alvo de 2,5 a 3,5 é o de próteses valvares mecânicas em posição mitral e de algumas situações de síndrome antifosfolípide, não o da TVP. A alternativa b usa heparina não fracionada isolada, que é monitorizada por TTPa entre 1,5 e 2,5 vezes o basal e não por RNI, e sem o antagonista da vitamina K não existe alvo de RNI a atingir. A alternativa c também erra ao monitorizar heparina de baixo peso por RNI, o que não se faz (quando necessário, dosa-se anti-Xa), e repete a faixa equivocada de 2,5 a 3,5. Resposta D

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Menino, 8a, é trazido para atendimento médico por apresentar lesão pruriginosa em dorso de pé há uma semana, com aumento progressivo, conforme imagem. (Figura 5 - anexo). O AGENTE ETIOLÓGICO DESTA LESÃO É:

- A. *Necator americanus*.
- B. *Ancylostoma braziliensis*. ✓**
- C. *Leishmania donovani*.
- D. *Trypanosoma cruzi*.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o da larva migrans cutânea, também chamada bicho geográfico ou dermatite serpiginosa: criança com lesão pruriginosa em dorso do pé, área de contato com solo ou areia contaminada, e com progressão em uma semana. O agente é a larva filarioide de ancilostomídeos de cães e gatos, sendo o *Ancylostoma braziliense* o principal, seguido do *Ancylostoma caninum*. A larva penetra a pele íntegra, mas o ser humano é hospedeiro acidental: ela não consegue atravessar a membrana basal para completar o ciclo, ficando presa na epiderme e migrando alguns milímetros a centímetros por dia, o que produz o trajeto e o prurido. O tratamento é com albendazol ou ivermectina por via oral, ou tiabendazol tópico nas lesões localizadas.

O *Necator americanus* é ancilostomídeo humano: a penetração cutânea gera no máximo uma dermatite pruriginosa transitória no ponto de entrada, e o ciclo se completa com migração pulmonar e parasitismo intestinal, causando anemia ferropriva, e não lesão serpiginosa que avança. A *Leishmania donovani* causa leishmaniose visceral, o calazar, com febre prolongada, hepatoesplenomegalia e pancitopenia, transmitida por flebotomíneo. O *Trypanosoma cruzi* causa doença de Chagas, cuja porta de entrada se expressa como chagoma de inoculação ou sinal de Romaña, lesões fixas e não migratórias. Resposta B

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Adolescente, 12a, é trazido ao Pronto Socorro referindo dor em cotovelo direito após ter caído de uma árvore, há uma hora. Exame físico: corado; consciente; orientado; hidratado; fácies de dor. FC=112bpm, FR=21irpm, PA=126x82mmHg. Deformidade em cotovelo direito, doloroso à palpação, e pulsos radiais presentes. Restante sem alterações. Radiograma de cotovelo direito (Figura 6-anexo). **UMA COMPLICAÇÃO QUE PODE OCORRER NESTA SITUAÇÃO CLÍNICA É A SÍNDROME DE COMPARTIMENTO QUE, SE NÃO CONDUZIDA PRECOCEMENTE, PODE LEVAR À:**

- A. Choque neurogênico.
- B. Lesão de Baumann.
- C. Lesão dos nervos ulnar, mediano e braquial.

D. Contratura isquêmica de Volkmann. 12 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A queda com apoio da mão em criança ou adolescente, produzindo deformidade dolorosa do cotovelo, é o cenário típico da fratura supracondiliana do úmero, a fratura mais comum do cotovelo nessa faixa etária. O fragmento proximal desviado ameaça diretamente a artéria braquial e o nervo mediano, que passam na face anterior da fossa cubital. Mesmo com pulso radial presente, como aqui, pode instalar-se síndrome compartimental do antebraço por sangramento e edema dentro de um compartimento fascial inextensível: a pressão intracompartimental supera a pressão de perfusão capilar e o músculo isquemia antes que o pulso distal desapareça. A seqüela tardia da isquemia muscular não descomprimida é a necrose e a fibrose retrátil dos flexores, ou seja, a contratura isquêmica de Volkmann, com mão em garra e perda funcional definitiva. O sinal de alarme precoce é a dor desproporcional que piora com a extensão passiva dos dedos, e a conduta é redução urgente e fasciotomia quando indicada.

O choque neurogênico decorre de lesão medular alta com perda do tônus simpático, cursando com hipotensão e bradicardia, o que não tem relação com trauma isolado de cotovelo. O ângulo de Baumann é uma medida radiográfica usada para avaliar o alinhamento após a redução da fratura supracondiliana, não uma complicação nem uma lesão. A alternativa c cita um nervo braquial que não existe como tal (braquial é a artéria) e, ainda que possa haver neuropraxia do mediano ou do ulnar pelo próprio trauma, a consequência clássica da síndrome compartimental não tratada é a contratura de Volkmann. Resposta D

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Criança, 3a, em acompanhamento ambulatorial por quadro de diarreia crônica, edema e baixo ganho pondero-estatural nos últimos sete meses. Exame físico: índice de massa corporal (IMC) percentil 3; descorado; hidratado; anictérico; fígado e baço não palpáveis; edema palpebral e de membros inferiores. hemoglobina=8,0g/dL; hematócrito=25%; VCM= 63fL; HCM=26pg; leucócitos=10.250/mm³ (86% neutrófilos; 4% linfócitos; 5% monócitos e 5% eosinófilos); plaquetas=345.000/mm³; albumina=2,1g/dL; alfa1globulina=0,9g/dL; alfa2globulina=0,7g/dL; betaglobulina= 1,1g/dL; gamaglobulina=0,8g/dL; proteinúria 24 horas=0,15g. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

A. Intolerância à lactose.

B. Enteropatia perdedora de proteína. ✓

C. Infecção por *Ascaris lumbricoides*.

D. Deficiência de alfa1 antitripsina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança tem diarreia crônica, edema palpebral e de membros inferiores, déficit pondero-estatural e hipoalbuminemia importante (2,1 g/dL), e a chave da questão está em excluir as outras vias de perda ou de falta de proteína. Não é perda renal, porque a proteinúria de 24 horas é de apenas 0,15 g, ou seja, normal, o que afasta síndrome nefrótica. Não é falência de síntese hepática, porque não há hepatomegalia, esplenomegalia nem icterícia. Sobra a perda pelo tubo digestivo, e o eletroforético reforça isso: a queda atinge de forma global as frações, com gamaglobulina baixa (0,8 g/dL), porque a linfa e as imunoglobulinas escoam junto para a luz intestinal, algo que não ocorre na desnutrição pura nem na doença hepática. A anemia microcítica acompanha a má absorção associada. O diagnóstico é enteropatia perdedora de proteína, e a confirmação se faz pela dosagem de alfa-1-antitripsina fecal ou pelo clearance fecal dessa proteína, seguida da busca da causa de base (linfangiectasia intestinal, doença celíaca, alergia alimentar, doença inflamatória intestinal).

A intolerância à lactose produz diarreia osmótica, distensão e flatulência após o leite, mas não causa hipoalbuminemia nem edema. A ascariíase pode contribuir para desnutrição e dar suboclusão ou migração biliar, porém não explica a perda proteica com anasarca e habitualmente cursa com eosinofilia expressiva, ausente aqui (5%). A deficiência de alfa-1-antitripsina se manifestaria com fração alfa-1-globulina reduzida na eletroforese e com hepatopatia colestática no lactente, e neste caso a alfa-1 não está diminuída e o fígado não é palpável. Resposta B

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Menino, 15 dias de vida, é trazido para consulta de puericultura em aleitamento materno exclusivo, assintomático. Antecedente pessoal: uma dose de vacina de hepatite B. Contactante domiciliar iniciou tratamento de tuberculose pulmonar há um dia. Exame físico sem alterações, com ganho ponderal de 30g/dia em relação à alta hospitalar. A CONDUTA É:

A. Prescrever rifampicina oral por 3 meses e, após, indicar teste tuberculínico. ✓

B. Prescrever isoniazida oral por 3 meses e, após, indicar a vacina BCG.

C. Indicar a vacina BCG.

D. Indicar teste tuberculínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é o de um recém-nascido de 15 dias, assintomático, que ainda não recebeu BCG e que passou a conviver com um caso índice de tuberculose pulmonar em tratamento há apenas um dia, portanto ainda transmissor. A norma do Ministério da Saúde para o recém-nascido coabitante de caso bacilífero é clara: não vacinar com BCG de imediato e iniciar quimioprofilaxia primária, com isoniazida ou rifampicina por três meses. Ao final desse período faz-se a prova tuberculínica: se for igual ou maior que 5 mm, considera-se infecção latente e completa-se o tratamento (mantendo isoniazida até seis meses ou rifampicina até quatro meses), sem aplicar a BCG; se for menor que 5 mm, suspende-se a droga e aí sim se vacina com BCG. A rifampicina tem preferência no neonato pelo esquema mais curto e pela melhor tolerância.

A alternativa b acerta o princípio da quimioprofilaxia, mas erra a conduta seguinte, porque vacina direto com BCG sem antes fazer a prova tuberculínica, o que deixaria de identificar e tratar a criança infectada. A alternativa c indica apenas a BCG: vacinar um recém-nascido exposto a bacilífero sem quimioprofilaxia não o protege da doença ativa, que nessa idade tem alto risco de formas graves, como a miliar e a meníngea. A alternativa d propõe a prova tuberculínica agora, momento em que ela seria previsivelmente negativa por não ter decorrido o período de viragem, além de atrasar a proteção que precisa começar hoje. Resposta A

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Menina, 4m, é trazida para puericultura com história de vômitos após as mamadas desde o nascimento. Mãe refere sono agitado, irritabilidade e piora progressiva dos vômitos desde o início do quadro. Procurou serviço médico e foi orientado decúbito elevado e domperidona. Há dois meses o leite materno foi substituído por fórmula à base de aminoácidos 5 medidas fórmula em 150mL água a cada 2 horas, sem melhora.

Antecedente pessoal: recém-nascido a termo, peso nascimento=3.130g. Exame físico: bom estado geral; anictérica; corada; peso=4,380Kg; fontanela plana e normotensa; exame neurológico normal; restante sem alterações. A CONDUTA É:

- A. Substituir domperidona por omeprazol.
- B. Indicar funduplicatura total.

C. Solicitar radiograma contrastado de esôfago-estômago-duodeno. ✓

- D. Substituir a fórmula à base de aminoácidos por hidrolisado proteico. 13 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de vômitos desde o período neonatal com piora progressiva e déficit ponderal grave: um lactente que nasceu com 3.130 g e chega aos 4 meses com 4.380 g ganhou cerca de 10 g por dia, muito abaixo do esperado. Esse conjunto (vômito desde o nascimento, progressivo, com repercussão nutricional) é sinal de alarme que aponta para causa anatômica obstrutiva, e o rótulo prévio de refluxo e de alergia alimentar já custou dois meses de tratamento sem resposta. A investigação de escolha é o estudo contrastado de esôfago-estômago-duodeno, exame que identifica má rotação intestinal com ou sem volvo, membrana e estenose duodenal e obstrução ao esvaziamento gástrico, diagnósticos em que a demora é potencialmente catastrófica. Trocar domperidona por omeprazol apenas reforça o rótulo de doença do refluxo, justamente na criança em que os sinais de alarme contraindicam tratamento empírico. Indicar funduplicatura total sem diagnóstico firmado e sem falha de terapia clínica bem conduzida é conduta inaceitável. Substituir a fórmula de aminoácidos por hidrolisado proteico é retroceder para uma dieta menos restritiva: se a fórmula mais hipoalergênica disponível não trouxe nenhuma melhora em dois meses, alergia à proteína do leite de vaca está praticamente afastada. Resposta C

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Menino, 9a, previamente hígido, é trazido ao Pronto Atendimento com história de múltiplas lesões arroxeadas pelo corpo, sem prurido. Há dois dias iniciou quadro de dor abdominal intensa, difusa, com melhora parcial com uso de dipirona oral. Nega febre, vômitos, diarreia ou alterações urinárias. Exame físico: bom estado geral; corado; afebril; anictérico; hidratado; eupneico; pele: múltiplas lesões equimóticas indolores, sem hiperemia ou calor, em nádegas e membros inferiores (Figura 7, anexo); abdome indolor, sem visceromegalias ou massas; exame neurológico normal. O DIAGNÓSTICO É:

- A. Púrpura trombocitopênica idiopática.
- B. Meningococemia.
- C. Púrpura fulminans de etiologia viral.

D. Vasculite por IgA. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Púrpura palpável de distribuição gravitacional, em nádegas e membros inferiores, em escolar previamente hígido, afebril e em bom estado geral, acompanhada de dor abdominal, é o quadro clássico da vasculite por IgA, antiga púrpura de Henoch-Schönlein, a vasculite mais comum da infância. Os critérios EULAR/PRINTO/PRES exigem púrpura ou petéquias de predomínio em membros inferiores como achado obrigatório, associado a pelo menos um entre dor abdominal difusa, artrite ou artralgia, acometimento renal e biópsia com depósito de IgA; aqui a dor abdominal fecha o critério, e ela pode inclusive preceder a lesão de pele e simular abdome agudo por edema de alça ou intussuscepção. Púrpura trombocitopênica idiopática produz sangramento cutâneo-mucoso plano, não palpável, difuso, sem predileção topográfica e sem dor abdominal, em geral com epistaxe ou gengivorragia. Meningococemia cursa com febre, toxemia e deterioração hemodinâmica em horas, o oposto do bom estado geral e da afebrilidade descritos. Púrpura fulminans implica coagulação intravascular disseminada, com lesões necróticas e criança gravemente enferma. Resposta D

QUESTÃO 39 — Gabarito B

Menina, 2a, é trazida para consulta de rotina, com lesões de pele há dois meses. Situação vacinal atualizada. Exame físico: bom estado geral; corada; hidratada; afebril; anictérica; pele (Figura 8, anexo). Restante do exame sem alterações. O AGENTE ETIOLÓGICO É:

- A. Herpes simplex.
- B. Poxvírus. ✓**
- C. Papiloma vírus humano.
- D. Vírus Varicella-zoster.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão cutânea com dois meses de evolução em pré-escolar hígida, assintomática, sem prurido relevante, sem febre e sem qualquer repercussão sistêmica, com situação vacinal em dia, é a apresentação típica do molusco contagioso, dermatose viral benigna e autolimitada, muito comum nessa faixa etária e transmitida por contato direto, autoinoculação e fômites. O agente é o Molluscum contagiosum virus, membro da família Poxviridae, ou seja, um poxvírus. A cronicidade indolente e a ausência de dor ou pródromo são exatamente o que separa esse diagnóstico dos demais. Herpes simplex produz vesículas agrupadas sobre base eritematosa, dolorosas ou ardentes, com evolução em dias e tendência à recorrência no mesmo sítio, não uma lesão estável por dois meses. O papilomavírus humano causa verrugas vulgares ou planas, de superfície ceratósica e áspera, com história natural e morfologia distintas. O vírus varicela-zóster cursa com exantema vesicular polimórfico agudo acompanhado de febre, ou com erupção dolorosa em faixa dermatomérica no zóster, quadros incompatíveis com dois meses de evolução em criança vacinada e afebril. Resposta B

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Menina, 15m, é trazida para avaliação médica com história de coriza e dor no ouvido direito há oito dias. Refere febre há três dias, prostração, inapetência, dor e aumento de volume retroauricular. Exame físico: bom estado geral; T=38,2oC; FR=42irpm; FC=137bpm. Cabeça: (figura 9, anexo). O TRATAMENTO É PRESCREVER:

- A. Cefazolina e amicacina intravenosa.
- B. Ciprofloxacina tópica.
- C. Azitromicina via oral.

D. Oxacilina e ceftriaxona intravenosa. 14 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Otalgia arrastada por oito dias evoluindo com febre, prostração, inapetência e dor com aumento de volume retroauricular em lactente configura mastoidite aguda, complicação supurativa intratemporal da otite média aguda. É doença de internação obrigatória, com antibioticoterapia intravenosa empírica de amplo espectro e avaliação otorrinolaringológica para eventual miringotomia ou drenagem, porque o processo pode progredir para abscesso subperiosteal, trombose de seio lateral, paralisia facial e complicações intracranianas. O esquema precisa cobrir *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*, com boa penetração óssea e líquórica, e é isso que a associação de oxacilina com ceftriaxona oferece. Cefazolina com amicacina cobre mal o pneumococo resistente, e o aminoglicosídeo não penetra o sistema nervoso central, além de acrescentar risco de oto e nefrotoxicidade justamente em uma criança com doença do osso temporal. Ciprofloxacino tópico serve à otite externa e à otorreia por tubo de ventilação, sem qualquer alcance sobre infecção óssea. Azitromicina por via oral não trata complicação supurativa e ainda tem cobertura insuficiente para pneumococo. Resposta D

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Menina, 10m, é trazida à Emergência por ter apresentado quadro súbito de acesso de tosse e cansaço. Nega febre e coriza. Exame físico: bom estado geral; T=36,5oC; FR=62irpm; FC=110bpm; pulsos cheios; perfusão periférica=2 segundos; oximetria de pulso= 91% (ar ambiente); batimento de asa nasal; retração intercostal; pulmões: murmúrio vesicular presente, com roncospasmos disseminados bilateralmente; coração: bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

- A. Aspiração de corpo estranho. ✓**
- B. Bronquiolite viral aguda.
- C. Laringite aguda.
- D. Pneumotórax espontâneo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Instalação súbita de acesso de tosse com desconforto respiratório em lactente de 10 meses previamente bem, sem febre e sem pródromo catarral, é a síndrome de penetração da aspiração de corpo estranho, cuja faixa etária de pico vai dos 6 meses aos 3 anos, quando a criança leva tudo à boca e ainda não tem coordenação de deglutição madura. Os roncospasmos disseminados bilateralmente e a hipoxemia leve traduzem obstrução brônquica com alçapamento aéreo e secreção mobilizada; a estabilidade hemodinâmica, a temperatura normal e a ausência de coriza reforçam causa mecânica, não infecciosa. A conduta é broncoscopia rígida para diagnóstico e retirada. Bronquiolite viral aguda exige pródromo de coriza e tosse por dias, com sibilância e instalação progressiva, exatamente o que o enunciado nega. Laringite aguda produz obstrução de via aérea alta, com estridor inspiratório, tosse ladrante e rouquidão, todos ausentes. Pneumotórax espontâneo é raríssimo em lactente hígido e cursaria com assimetria de murmúrio vesicular e hipertimpanismo unilateral, não com roncospasmos difusos e simétricos. Resposta A

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Na condução da parada cardiorrespiratória em assistolia com via aérea definitiva de um lactente de três meses, A FREQUÊNCIA DE COMPRESSÕES TORÁCICAS E DE VENTILAÇÃO É, RESPECTIVAMENTE:

- A. 100-120 compressões/min assíncronas e 1 ventilação a cada 2-3 segundos. ✓**
- B. 100-110 compressões/min síncronas para cada ventilação.
- C. 110-120 compressões/min assíncronas e 1 ventilação a cada 6 segundos.
- D. 100-120 compressões/min síncronas para cada 4 ventilações.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a atualização das diretrizes de suporte avançado de vida em pediatria para a situação específica de parada com via aérea avançada já instalada. Com o tubo posicionado, compressões e ventilações deixam de ser sincronizadas: mantêm-se compressões contínuas de 100 a 120 por minuto, sem pausas para ventilar, e o socorrista ventila de forma independente. Desde a atualização de 2020 da American Heart Association, a frequência ventilatória recomendada para lactentes e crianças em parada com via aérea avançada é de 20 a 30 incursões por minuto, isto é, uma ventilação a cada 2 a 3 segundos, valor maior que o do adulto porque a criança tem maior demanda metabólica e a parada pediátrica é predominantemente de origem hipóxica. A opção de 100 a 110 compressões por minuto erra a frequência e ainda mantém a sincronia, que só se aplica antes da via aérea avançada, com relação 30:2 para um socorrista e 15:2 para dois. Uma ventilação a cada 6 segundos, ou seja, 10 por minuto, é a recomendação do adulto intubado. Compressões síncronas para cada quatro ventilações não corresponde a nenhuma relação preconizada em qualquer cenário. Resposta A

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Recém-nascido a termo, filho de mãe colonizada por *Streptococcus agalactiae*, em trabalho de parto e que recebeu duas doses de penicilina cristalina antes do parto vaginal, sendo a última há três horas. Apgar 9/10, exame físico sem alterações. A CONDUTA PARA O RECÉM-NASCIDO É:

- A. Coletar hemograma, proteína C reativa e hemocultura; iniciar antibioticoterapia.
- B. Coletar hemograma, proteína C reativa; aguardar exames para definir conduta.
- C. Realizar exame físico seriado; sem coleta de exames ou tratamento. ✓**
- D. Coletar hemocultura; iniciar antibioticoterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo, com Apgar 9/10 e exame físico normal, filho de mãe colonizada por *Streptococcus agalactiae* que recebeu penicilina cristalina intraparto: a conduta é vigilância clínica pura. As recomendações atuais da Academia Americana de Pediatria e da Sociedade Brasileira de Pediatria abandonaram a coleta rotineira de exames e o antibiótico empírico no recém-nascido a termo assintomático, mesmo quando a profilaxia intraparto não completou as 4 horas ideais, desde que não haja corioamnionite, febre materna, rotura prolongada de membranas ou prematuridade. O que se faz é observação clínica seriada por pelo menos 36 a 48 horas, com reavaliação frequente de sinais vitais e exame físico, tratando apenas quem se torna sintomático, já que a sepse precoce por GBS se manifesta majoritariamente nas primeiras 24 horas. Iniciar antibioticoterapia, com ou sem hemocultura, expõe um bebê hígido a punções, internação, separação da mãe e prejuízo à amamentação sem benefício demonstrado. Colher hemograma e proteína C reativa nas primeiras horas tem valor preditivo positivo muito baixo em recém-nascido assintomático e costuma gerar tratamento desnecessário a partir de um resultado alterado inespecífico. Resposta C

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Recém-nascido a termo com 3.450g apresenta-se hipotônico e com sucção débil com 12 horas de vida. Realizada dosagem de glicemia plasmática=22mg/dL. Antecedente gestacional: mãe com crise asmática e uso de terbutalina próximo ao parto. O MECANISMO ASSOCIADO À OCORRÊNCIA DE HIPOGLICEMIA NESTE CASO É:

A. Hiperinsulinismo. ✓

B. Nesidioblastose.

C. Inibição da glicólise.

D. Bloqueio da glicogenólise. 15 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hipoglicemia neonatal sintomática, com hipotonia e sucção débil e glicemia plasmática de 22 mg/dL, em recém-nascido a termo com peso adequado, ou seja, sem os fatores clássicos de baixa reserva de glicogênio. A chave do enunciado é o uso materno de terbutalina próximo ao parto: os beta-2 agonistas atravessam a placenta, elevam a glicemia fetal e estimulam de forma sustentada a secreção de insulina pelas células beta do feto. Ao nascimento cessa a oferta materna de glicose, mas a insulina permanece elevada, e o resultado é hiperinsulinismo transitório com hipoglicemia nas primeiras horas de vida, mecanismo idêntico ao do filho de mãe diabética. Nesidioblastose corresponde ao hiperinsulinismo congênito por alteração estrutural das células beta, quadro persistente e refratário, sem relação com droga materna. Inibição da glicólise não produziria hipoglicemia, já que essa é justamente a via que consome glicose. Bloqueio da glicogenólise é o oposto do efeito do beta-agonista, que estimula a glicogenólise, e a depleção de estoques hepáticos é mecanismo do prematuro e do recém-nascido pequeno para a idade gestacional, não deste bebê. Resposta A

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Menino, 1a, é trazido à Emergência com história de choro intenso, agitação, sudorese fria e seis episódios de vômito há cerca de uma hora. Exame físico: regular estado geral; sonolento; choroso; T=36,8°C; FC=175bpm; FR=32irpm; pulsos cheios, enchimento capilar=2seg. Levado à Sala de Urgência. Eletrocardiograma: ritmo sinusal, onda T invertida em algumas derivações e presença de onda U. Glicemia capilar=204mg/dL. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

A. Síndrome do QT longo.

B. Acidente escorpiónico. ✓

C. Sepsis criptogênica.

D. Cetoacidose diabética.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com quadro hiperagudo de choro intenso, agitação, sudorese fria e vômitos repetidos em uma hora, com taquicardia desproporcional, hiperglicemia e eletrocardiograma mostrando inversão de onda T e onda U, desenha a tempestade adrenérgica e colinérgica do escorpionismo grave, no Brasil tipicamente por *Tityus serrulatus*. O veneno mantém abertos canais de sódio das terminações nervosas e provoca liberação maciça de catecolaminas e acetilcolina, o que explica sudorese, sialorreia, vômitos, agitação, taquicardia, hiperglicemia por resposta adrenérgica e hipopotassemia, esta última responsável pela onda U. Crianças pequenas são o grupo de maior risco de miocardite e edema agudo de pulmão, e o caso exige soro antiescorpiónico e monitorização, mesmo sem picada testemunhada. Síndrome do QT longo se manifesta por síncope ou arritmia maligna e não explica vômitos, sudorese e hiperglicemia. Sepsis criptogênica cursaria com febre ou hipotermia e sinais de má perfusão, incompatíveis com pulsos cheios e enchimento capilar de 2 segundos. Cetoacidose diabética exige acidose com cetose, costuma vir precedida de dias a semanas de poliúria, polidipsia e emagrecimento, e não se instala em uma hora com glicemia de apenas 204 mg/dL. Resposta B

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Recém-nascido, 40 semanas de gestação, gravidez sem intercorrências e parto cesárea por sofrimento fetal agudo com presença de líquido amniótico meconial. Foi recebido em campos aquecidos, posicionado em decúbito dorsal sob fonte de calor radiante, trocados os campos úmidos e asseguradas as vias aéreas pérvias. Encontra-se hipotônico, com movimentos respiratórios irregulares e FC=60bpm. A CONDUTA É:

- A. Intubação traqueal, administração de oxigênio a 100%, seguida de aspiração do conteúdo traqueal.
- B. Intubação traqueal e ventilação com pressão positiva com oxigênio a 21%.
- C. Compressão torácica coordenada com a ventilação com pressão positiva.

D. Ventilação com pressão positiva por máscara com oxigênio a 21%. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido a termo, com líquido amniótico meconial e sofrimento fetal agudo, que após os passos iniciais da reanimação permanece hipotônico, com movimentos respiratórios irregulares e frequência cardíaca de 60 bpm, ou seja, respiração ineficaz e bradicardia. A conduta imediata, ainda dentro do Minuto de Ouro, é ventilação com pressão positiva por máscara facial, e em recém-nascido com 34 semanas ou mais ela é iniciada em ar ambiente, com oxigênio a 21%, titulando a oferta pela oximetria de pulso pré-ductal e pela resposta da frequência cardíaca. Desde 2015 o Programa de Reanimação Neonatal abandonou a aspiração traqueal de rotina no recém-nascido não vigoroso com mecônio, porque intubar para aspirar apenas atrasa a ventilação, que é a intervenção que de fato reverte a bradicardia de origem hipóxica; por isso a alternativa da intubação com oxigênio a 100% seguida de aspiração está errada. Intubar de saída também não se justifica: a intubação entra somente se a ventilação com máscara falhar após as correções técnicas de ajuste, posicionamento e pressão. Compressão torácica só está indicada se a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos de ventilação efetiva, etapa que ainda nem foi cumprida. Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Menino, 23 dias de vida, foi convocado para consulta por apresentar TSH=25mUI/L em teste de triagem neonatal coletado em papel-filtro no quarto dia de vida. Mãe nega queixas. Está em aleitamento materno exclusivo com ganho ponderal de 28g/dia e o exame físico é normal. Antecedentes pessoais: gravidez e parto sem intercorrências (Capurro=39 semanas; peso ao nascimento=3.125g). É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. Sugere hipotireoidismo subclínico; deve-se realizar dosagem sérica de T4L e TSH em oito semanas ou antes, se apresentar sintomas.
- B. Sugere aumento fisiológico de TSH porque a coleta foi realizada no quarto dia de vida; não é necessária investigação.

C. Sugere hipotireoidismo; deve-se realizar dosagem sérica imediata de T4L e TSH. ✓

- D. Sugere hipertireoidismo; deve-se realizar dosagem sérica imediata de T3L, T4L e TSH. 16 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH de 25 mUI/L na triagem neonatal em papel-filtro colhida no quarto dia de vida é valor muito acima do ponto de corte dos programas brasileiros, em torno de 10 mUI/L, e obriga convocação e dosagem sérica imediata de TSH e T4 livre para confirmação. O hipotireoidismo congênito é a principal causa evitável de deficiência intelectual, e a enorme maioria dos recém-nascidos afetados é assintomática ao nascer, porque a passagem transplacentária de hormônio materno mascara o quadro nas primeiras semanas: exame físico normal e ganho ponderal de 28 g por dia, como neste caso, não afastam nada. A janela terapêutica é curta, com início de levotiroxina idealmente até os 14 dias de vida, e cada semana perdida se traduz em pior desfecho neurológico. Rotular como hipotireoidismo subclínico e reavaliar em oito semanas desperdiça exatamente essa janela. Atribuir o valor ao pico fisiológico de TSH também não se sustenta, porque esse pico ocorre nas primeiras 24 a 48 horas de vida e já está normalizado no quarto dia, motivo pelo qual a coleta é recomendada entre o terceiro e o quinto dia. E hipertireoidismo cursaria com TSH suprimido, não elevado. Resposta C

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Menina, 3m, é internada em enfermaria com história de tosse seca, recusa das mamadas e cansaço há dois dias. Nega febre. Antecedentes pessoais: parto vaginal domiciliar a termo, com peso adequado; conjuntivite purulenta aos 15 dias de vida, em acompanhamento com oftalmologista. Exame físico: bom estado geral; corada; hidratada; T=36,2°C; FR=71irpm; FC=152bpm; pulsos cheios; enchimento capilar=2seg; pulmões: murmúrio vesicular presente, simétrico, com estertores subcrepitantes bilateralmente, tempo expiratório normal, com presença de retração de fúrcula, tiragem intercostal e subcostal. O AGENTE ETIOLÓGICO RESPONSÁVEL PELO QUADRO É:

- A. Streptococcus pneumoniae.
- B. Staphylococcus aureus.
- C. Chlamydia trachomatis. ✓**
- D. Streptococcus agalactiae.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de três meses com tosse seca, taquipneia importante, estertores subcrepitantes difusos e esforço respiratório, sem febre e em bom estado geral, com antecedente de conjuntivite purulenta aos 15 dias de vida e parto vaginal domiciliar, é o retrato da pneumonia afebril do lactente por Chlamydia trachomatis, adquirida por via vertical na passagem pelo canal de parto. A cronologia é característica e está toda no enunciado: conjuntivite entre o quinto e o décimo quarto dia de vida e pneumonia entre o primeiro e o terceiro mês, de curso insidioso, sem febre, com hiperinsuflação e eosinofilia no hemograma. O tratamento é macrolídeo, azitromicina ou eritromicina, com necessidade de tratar também a mãe e o parceiro. Streptococcus pneumoniae causa pneumonia aguda e febril, com consolidação e criança toxemiada. Staphylococcus aureus produz doença grave, febril e rapidamente progressiva, com derrame pleural e pneumatoceles. Streptococcus agalactiae causa sepse neonatal precoce ou tardia, com quadro séptico febril e instabilidade, e não uma pneumonia afebril arrastada precedida de conjuntivite neonatal. Resposta C

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Mulher, 41a, nuligesta, acompanhada por dismenorreia, que a incapacita de realizar atividades diárias, e dispareunia de profundidade há três anos. Tem ciclos menstruais regulares e usa condom como método contraceptivo. Antecedente pessoal: quadrantectomia por carcinoma in situ da mama; obesidade grau II. Ressonância magnética de pelve: lesão em fundo de saco posterior sugestiva de endometriose. A CONDUTA É:

- A. Prescrever acetato de medroxiprogesterona trimestral.
- B. Prescrever anticoncepcional oral combinado contínuo.

C. Indicar sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

D. Indicar tratamento cirúrgico. 17 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometriose profunda de fundo de saco posterior, com dismenorreia incapacitante e dispareunia de profundidade há três anos, numa paciente em que a via hormonal está fechada. O ponto da questão não é a endometriose isolada, é o antecedente de carcinoma in situ de mama: câncer de mama atual ou prévio é categoria 4 nos Critérios de Elegibilidade da OMS para QUALQUER método hormonal, combinado ou só de progestagênio. Somando-se a isso obesidade grau II e 41 anos, sobra o tratamento cirúrgico, que na endometriose profunda sintomática e refratária tem bom desempenho no controle da dor e ainda permite diagnóstico histológico da lesão do fundo de saco.

A prescrição de acetato de medroxiprogesterona trimestral esbarra na mesma contraindicação oncológica e ainda agrega perda de massa óssea e ganho de peso em obesa grau II. O anticoncepcional oral combinado contínuo é o pior dos mundos aqui: além da categoria 4 pelo câncer de mama, soma risco tromboembólico por idade e IMC. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, embora seja excelente para dor pélvica ligada à endometriose, também libera progestagênio e cai na mesma vedação pelo antecedente mamário. Resposta D

QUESTÃO 50 — Gabarito C

Mulher, 32a, gestante de 29 semanas, assintomática, foi encaminhada ao Pré-natal Especializado por apresentar os seguintes exames laboratoriais, coletados há sete dias: hemoglobina=12,1g/dL; hematócrito=36,4%; plaquetas=210.000/mm³; AST=15U/L; ALT=17U/L; HBsAg=positivo; anti-HBs=negativo; HBeAg=positivo; anti-HBe=negativo; anti-HBc=positivo. A CONDUTA É:

- A. Solicitar carga viral do vírus da hepatite B, para definir tratamento materno; indicar vacina e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido.
- B. Iniciar tratamento materno apenas no puerpério; indicar vacina e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido.

C. Realizar tratamento materno com tenofovir; indicar vacina e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido. ✓

- D. Realizar controle periódico de enzimas hepáticas maternas; indicar vacina contra hepatite B para o recém-nascido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 29 semanas com hepatite B crônica em fase de alta replicação: HBsAg positivo, anti-HBc positivo, anti-HBs negativo e, o dado que decide a questão, HBeAg positivo com anti-HBe negativo. HBeAg positivo é marcador de replicação viral intensa e o principal preditor clínico de transmissão vertical, que sem profilaxia chega a 70-90% nesse cenário. A conduta padrão é dupla: antiviral materno no terceiro trimestre, iniciado entre 28 e 32 semanas, sendo o tenofovir a droga de escolha por segurança na gestação e potência; e imunoprofilaxia do recém-nascido com vacina mais imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas de vida, que juntas reduzem a transmissão para menos de 5%.

Solicitar carga viral apenas para depois decidir o tratamento posterga uma janela terapêutica já apertada em 29 semanas, quando o HBeAg positivo por si só já sinaliza alta viremia. Adiar o tratamento materno para o puerpério não faz sentido: o objetivo do antiviral é reduzir a viremia ANTES do parto, momento de maior exposição do conceito. Apenas controlar enzimas hepáticas e oferecer somente a vacina ao recém-nascido é a alternativa mais perigosa, porque abandona tanto a redução da carga viral quanto a imunoglobulina, obrigatória em todo filho de mãe HBsAg positiva. Vale registrar que vários protocolos formalmente pedem HBV-DNA acima de 200.000 UI/mL para indicar o antiviral, e por isso a alternativa A tem defensores, mas com HBeAg positivo o gabarito assume alta replicação presumida. Resposta C

QUESTÃO 51 — Gabarito B

Mulher, 30a, G1P0A0, idade gestacional de 26 semanas, é encaminhada com a seguinte curva glicêmica gestacional (CGG): Jejum=89mg/dL; 1h=182mg/dL; 2h=154mg/dL. Antecedentes: obesidade grau II, pai e avô diabéticos. O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO SÃO:

- A. Euglicemia; orientar dieta, atividade física e repetir CGG com 28 semanas.
- B. Diabetes gestacional; orientar dieta, atividade física e controle glicêmico. ✓**
- C. Diabetes melito tipo 2; orientar dieta, atividade física e introduzir insulina.
- D. Intolerância à glicose; orientar dieta e atividade física, não sendo necessário repetir o exame. 18 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento de diabetes na gestação com teste oral de tolerância à glicose de 75 g realizado na janela correta, entre 24 e 28 semanas. Os pontos de corte do IADPSG, adotados pela OMS e pela SBD, são jejum maior ou igual a 92 mg/dL, 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL e 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL, e basta UM valor alterado para fechar o diagnóstico. Aqui há dois: 182 mg/dL na primeira hora e 154 mg/dL na segunda. Diagnóstico firmado de diabetes melito gestacional, reforçado pelos fatores de risco de obesidade grau II e história familiar. O tratamento inicial é sempre não farmacológico: terapia nutricional, atividade física e automonitorização glicêmica, reservando insulina para quando as metas não forem atingidas em uma a duas semanas.

Chamar de euglicemia e repetir o exame com 28 semanas ignora dois valores francamente alterados e atrasaria o controle metabólico. Diabetes melito tipo 2 diagnosticado na gestação, o chamado diabetes franco, exigiria jejum maior ou igual a 126 mg/dL, 2 horas maior ou igual a 200 mg/dL ou HbA1c maior ou igual a 6,5%, patamares não alcançados, e insulina não é o passo inicial. Intolerância à glicose não é categoria diagnóstica válida na gestação, e dispensar reavaliação deixaria a paciente sem controle glicêmico. Resposta B

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Mulher, 22a, G2P1A0, idade gestacional de 30 semanas, sem comorbidades, comparece ao Pronto Atendimento referindo dor em baixo ventre e sangramento vaginal discreto. Boa movimentação fetal. Exame físico: PA=102x62mmHg; FC=96bpm; altura uterina=28cm; BCF=152bpm; dinâmica uterina=ausente; especular=ausência de líquido ou sangue em vagina ou colo uterino; toque vaginal=colo dilatado 2cm, grosso, posterior. Após 30 minutos do exame, apresentou perda de líquido amniótico por via vaginal em grande quantidade. ALÉM DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR, AS MEDIDAS INDICADAS NESTE MOMENTO SÃO:

- A. Cardiotocografia, antibiótico de largo espectro para corioamnionite, sulfato de magnésio e indução do parto.
- B. Triagem infecciosa, ultrassonografia com Doppler, sulfato de magnésio e parto cesárea.
- C. Triagem infecciosa, corticoterapia, antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B, sulfato de magnésio e tocolítico.
- D. Cardiotocografia, triagem infecciosa, corticoterapia, antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 30 semanas que chega com dor e sangramento discreto, colo com 2 cm sem dinâmica, e evolui com perda franca de líquido: rotura prematura de membranas pré-termo. Abaixo de 34 semanas, sem sinais de infecção, sem sofrimento fetal e sem trabalho de parto estabelecido, a conduta é expectante e monitorada. Isso significa avaliar a vitalidade fetal com cardiotocografia, fazer triagem infecciosa materna para flagrar corioamnionite precocemente, aplicar corticoide para maturação pulmonar, que reduz síndrome do desconforto respiratório, hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante, e iniciar antibiótico, que na rotura pré-termo prolonga o período de latência e cobre a profilaxia para estreptococo do grupo B, cuja cultura não está disponível.

Tratar como corioamnionite e induzir o parto é precipitado: não há febre, dor uterina, taquicardia materna significativa ou taquicardia fetal que sustentem o diagnóstico, e antecipar o nascimento com 30 semanas sem indicação custa caro ao neonato. Indicar cesárea de rotina também não se justifica, pois a rotura de membranas não é, por si só, indicação de via alta, e o Doppler não muda a conduta imediata. Tocolítico está formalmente desaconselhado na rotura prematura de membranas, já que não melhora desfecho neonatal e pode mascarar infecção em curso. Resta a alternativa que reúne vitalidade fetal, triagem infecciosa, corticoide e antibiótico. Cabe a ressalva de que sulfato de magnésio para neuroproteção fetal é recomendado abaixo de 32 semanas e não aparece na opção correta, mas nas alternativas em que ele figura vem acompanhado de condutas erradas. Resposta D

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Mulher, 25a, vem para avaliação de planejamento familiar após encaminhamento pela reumatologia. Apresenta ciclos menstruais com fluxo aumentado e coágulos, com duração de 10 dias, nos últimos seis meses. Antecedentes: G0P0, menarca aos 15 anos, vida sexual ativa, parceiro único; tem diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há três anos, em uso regular de hidroxicloroquina e metotrexato. hemoglobina=9g/dL, hematócrito=30%, leucócitos=2.000/mm³, plaquetas=60.000/mm³. Pesquisa de anticorpo anticardiolipina e de anticorpo anticélula (FAN) positivos. Ultrassonografia pélvica: sem alterações em útero e ovários. O MÉTODO CONTRACEPTIVO MAIS ADEQUADO É:

A. Dispositivo intrauterino de cobre.

B. Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. ✓

C. Anticoncepcional oral combinado com 30ug de levonorgestrel.

D. Anticoncepcional oral combinado com 15ug de levonorgestrel. 19 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Planejamento familiar em lúpus eritematoso sistêmico com anticorpo anticardiolipina positivo, plaquetopenia de 60.000, anemia de 9 g/dL e sangramento uterino aumentado, em uso de metotrexato, droga francamente teratogênica que exige contracepção de alta eficácia. A presença de anticorpo antifosfolípide é o divisor de águas: nos Critérios de Elegibilidade da OMS, lúpus com anticorpos antifosfolípidos positivos torna qualquer contraceptivo hormonal combinado categoria 4, pelo risco trombótico, independentemente da dose de etinilestradiol. O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel resolve os dois problemas ao mesmo tempo: contracepção de longa duração e alta eficácia, sem componente estrogênico, e redução expressiva do fluxo menstrual, com frequente amenorreia, o que é terapêutico numa paciente anêmica e plaquetopênica. O dispositivo intrauterino de cobre seria isento de risco trombótico, mas aumenta volume e duração do fluxo, exatamente o oposto do que se precisa em quem já tem hemoglobina de 9 e plaquetas de 60.000. O combinado com 30 mcg de levonorgestrel e o combinado com 15 mcg diferem apenas na dose do componente hormonal, e essa diferença não muda a contraindicação: ambos são vedados pelo antifosfolípide positivo, com risco de trombose arterial e venosa em paciente já de alto risco. Resposta B

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Mulher, 24a, nuligesta, queixa-se de secreção leitosa por ambas as mamas, há 18 meses. Refere ciclos menstruais longos, com atrasos de até 30 dias. Exame físico: IMC=22,2Kg/m²; mamas: expressão positiva de secreção láctea bilateralmente. Restante do exame físico normal. Prolactina=91ng/mL; TSH=2,5uUI/mL. Ressonância nuclear magnética cerebral: nódulo hipofisário de 6mm. A CONDUTA É:

- A. Indicar tratamento cirúrgico, pois se trata de um tumor hipofisário e os agonistas dopaminérgicos não reduzem o volume do tumor.
- B. Não utilizar contraceptivos hormonais combinados, pois o estrogênio vai aumentar a prolactina e o tumor.
- C. Indicar tratamento com agonistas dopaminérgicos, para melhora do quadro clínico, da alteração hormonal e eventual redução do tumor. ✓**
- D. Manter estadiamento de imagem anual. Por ser tumor pequeno, não há indicação de tratamento no momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Galactorreia bilateral com ciclos longos e prolactina de 91 ng/mL numa paciente com nódulo hipofisário de 6 mm: microprolactinoma sintomático. O TSH normal afasta hipotireoidismo primário como causa de hiperprolactinemia, e a magnitude da prolactina é compatível com adenoma lactotrófico. O tratamento de primeira linha é clínico, com agonistas dopaminérgicos, cabergolina de preferência por melhor tolerância e eficácia: eles normalizam a prolactina, cessam a galactorreia, restauram a ovulação e os ciclos e, sim, reduzem o volume tumoral na maioria dos casos, inclusive em macroadenomas.

Indicar cirurgia como primeira opção inverte a hierarquia terapêutica, já que a cirurgia transesfenoidal fica reservada à resistência ou intolerância ao agonista e às síndromes compressivas, e a premissa de que agonistas não reduzem o tumor é simplesmente falsa. Proibir contraceptivo hormonal combinado também não se sustenta: em microprolactinoma o estrogênio em dose contraceptiva não demonstrou crescimento tumoral relevante, e o método pode ser usado com acompanhamento. Manter apenas seguimento de imagem anual seria aceitável em microadenoma assintomático, mas esta paciente tem galactorreia há 18 meses e disfunção menstrual com hipogonadismo, o que impõe tratamento. Resposta C

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Mulher, 18a, G2P0A1, idade gestacional de 21 semanas, sem queixas ou alterações ao exame físico. Exames laboratoriais de rotina pré-natal: hemoglobina=11,4g/dL; hematócrito=36%; glicemia de jejum=82 mg/dL; exame de urina: normal; urocultura=negativa. Sorologias: sífilis=negativa; toxoplasmose=IgG positivo e IgM negativo; HIV=negativa; hepatite C=negativa; Hepatite B=AntiHBs positivo, HBsAg e antiHBc negativos. Refere que desde a menarca apresenta fluxo menstrual intenso e com duração de sete dias. É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. Os exames sugerem anemia na gestação; investigar com eletroforese de hemoglobina.
- B. Os exames estão normais; orientar dieta e prescrever 40mg de ferro elementar ao dia, em uso contínuo. ✓**
- C. Trata-se de anemia ferropriva; prescrever 200mg de ferro elementar ao dia, por três meses.
- D. Trata-se de traço talassêmico; prescrever 40mg de ferro elementar e 5mg de ácido fólico ao dia, por três meses. 20 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotina laboratorial de pré-natal do segundo trimestre, e a armadilha está em ler a hemoglobina com a régua da mulher não gestante. Na gestação o ponto de corte para anemia é hemoglobina abaixo de 11 g/dL, e a hemodiluição fisiológica reduz o hematócrito; com 11,4 g/dL e 36% a paciente não é anêmica. As sorologias também estão tranquilas: toxoplasmose IgG positivo com IgM negativo indica infecção antiga e imunidade, e o perfil de hepatite B com anti-HBs positivo isolado, HBsAg e anti-HBc negativos, é o padrão de vacinação prévia. Sem anemia, aplica-se a profilaxia universal recomendada pelo Ministério da Saúde: 40 mg de ferro elementar ao dia mais orientação dietética, mantida durante a gestação e no pós-parto.

Investigar com eletroforese de hemoglobina pressupõe anemia que não existe, e o relato de fluxo intenso desde a menarca, isolado e sem repercussão laboratorial, não autoriza esse salto. Chamar de anemia ferropriva e prescrever 200 mg de ferro elementar aplica dose terapêutica a uma paciente com hemoglobina normal, expondo-a a intolerância digestiva sem benefício. Traço talassêmico é diagnóstico que exige microcitose e confirmação por eletroforese, nenhuma delas presente, e ácido fólico em 5 mg ao dia tem indicação periconcepcional para prevenção de defeito de fechamento do tubo neural, não com 21 semanas. Resposta B

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Mulher, 35a, G3P2A0, idade gestacional de 37 semanas, refere que há dois dias vem apresentando edema de membros inferiores, dor de estômago e alguns episódios de cefaleia, principalmente nuchal. Antecedentes: hipertensão arterial há 10 anos, em uso regular de metildopa 750mg/dia. Exame físico: PA=152x92mmHg; FC=103bpm; altura uterina=32cm; dinâmica uterina=ausente; movimentos fetais=presentes; BCF=148bpm; edema em membros inferiores= 2+/4+. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E A CONDUTA SÃO:

- A. Pré-eclâmpsia; solicitar hemograma, creatinina, proteinúria e enzimas hepáticas, realizar cardiotocografia e indicar cesárea.
- B. Hipertensão arterial crônica não controlada; ajustar anti-hipertensivo, acompanhar em ambulatório de pré-natal e indicar parto com 38 semanas.
- C. Hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia sobreposta; solicitar hemograma, creatinina, proteinúria e enzimas hepáticas, realizar cardiotocografia e avaliar indução de parto. ✓**
- D. Hipertensão arterial crônica controlada e enxaqueca; prescrever analgésico, acompanhar em ambulatório de pré-natal e indicar parto com 39 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensa crônica de longa data que, com 37 semanas, passa a apresentar epigastralgia, cefaleia occipital e piora do edema: o quadro não é mais hipertensão crônica isolada. Epigastralgia e cefaleia são sintomas premonitórios de eclâmpsia e, numa hipertensa crônica, configuram pré-eclâmpsia sobreposta, diagnóstico que pode ser feito por sinais de gravidade mesmo sem proteinúria documentada. A conduta é investigar disfunção de órgão-alvo com hemograma e plaquetas, creatinina, enzimas hepáticas e proteinúria, avaliar a vitalidade fetal com cardiotocografia e programar o parto, já que a gestação está a termo e a resolução é o único tratamento definitivo. Com feto único, cefálico e sem contraindicação obstétrica, a via preferencial é a vaginal, por indução.

Rotular como pré-eclâmpsia pura ignora dez anos de hipertensão prévia e, mais grave, indicar cesárea de rotina expõe a paciente à morbidade cirúrgica sem indicação. Tratar como hipertensão crônica apenas descompensada, ajustando a metildopa e mandando para o ambulatório com parto só na 38ª semana, deixa passar os sintomas de iminência de eclâmpsia. Atribuir a cefaleia a enxaqueca e prescrever analgésico é o erro mais perigoso da questão: cefaleia com epigastralgia em gestante hipertensa é sinal de alarme até prova em contrário. Resposta C

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Mulher, 37a, G4P3C0, sem comorbidades, com idade gestacional de 40 semanas e 4 dias, internada em Centro Obstétrico, em fase ativa de trabalho de parto (colo fino, 9cm, cefálico em plano -1 de De Lee, bolsa rota com líquido com mecônio fluido), apresenta a seguinte cardiotocografia: (Figura 10, anexo). A INTERPRETAÇÃO DA CARDIOTOCOGRAFIA E A CONDUTA OBSTÉTRICA NESTE MOMENTO SÃO:

- A. Variabilidade normal com desacelerações precoces; manter assistência ao parto e cardiotocografia contínua.
- B. Ausência de variabilidade com desacelerações tardias; indicar cesárea imediata.
- C. Variabilidade diminuída com desacelerações variáveis; colocar em posição ginecológica e reduzir o colo uterino para parto vaginal imediato.

D. Variabilidade normal com desacelerações variáveis; corrigir taquissistolia e manter cardiotocografia contínua. 21 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Múltipara em fase ativa avançada, 9 cm, bolsa rota com líquido meconial fluido, sob monitorização contínua. A leitura de cardiotocografia intraparto segue sempre a mesma hierarquia: variabilidade preservada, entre 6 e 25 bpm, é o melhor marcador isolado de ausência de acidemia fetal, e por isso um traçado com variabilidade normal, ainda que com desacelerações, não autoriza extração fetal de urgência. Desacelerações variáveis traduzem compressão funicular, achado esperado em dilatação avançada com bolsa rota, e a conduta é de reanimação intrauterina: corrigir a taquissistolia suspendendo ou reduzindo a ocitocina, mudar o decúbito, hidratar e manter vigilância contínua, permitindo o parto vaginal em curso.

Ler o traçado como ausência de variabilidade com desacelerações tardias mudaria tudo, porque esse sim é padrão de categoria III, com indicação de resolução imediata, mas não corresponde ao caso. Falar em variabilidade diminuída e propor reduzir manualmente o colo para parto vaginal imediato é inaceitável: com apresentação em plano -1 de De Lee não há condições para parto instrumentado, e essa manobra não integra a boa prática obstétrica. Desacelerações precoces são espelho da contração, decorrem de compressão cefálica, são benignas e não demandariam correção de taquissistolia, o que não se ajusta à conduta cobrada. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito C

Mulher, 52a, na menopausa há dois anos, em uso de terapia hormonal. Sem comorbidades. Antecedentes familiares negativos. OS EXAMES RECOMENDADOS PARA O ACOMPANHAMENTO DA TERAPIA HORMONAL SÃO:

- A. Dosagem de hormônios sexuais, mamografia e ultrassonografia pélvica.
- B. Dosagem de hormônios sexuais, mamografia e cintilografia óssea.

C. Dosagem de lipoproteínas e frações, glicemia e mamografia. ✓

- D. Dosagem de lipoproteínas e frações, glicemia e ultrassonografia pélvica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Acompanhamento de terapia hormonal na pós-menopausa em mulher sem comorbidades e sem história familiar relevante. O conceito central é que o seguimento da terapia hormonal é clínico: a dose é titulada pelo controle dos sintomas vasomotores e pela tolerância, não por exame laboratorial. O que se monitora são os desfechos que a terapia hormonal pode influenciar e o rastreamento que a idade já exige: perfil lipídico com lipoproteínas e frações e glicemia, para vigiar o risco cardiovascular e metabólico que ajuda a definir manutenção, dose e via de administração, e mamografia, rastreamento recomendado nessa faixa etária e ainda mais pertinente em usuária de estrogênio associado a progestagênio.

Dosar hormônios sexuais para ajustar terapia hormonal não tem respaldo, pois os níveis de estradiol e FSH não se correlacionam com alívio sintomático nem com segurança do tratamento. Ultrassonografia pélvica não é exame de rotina na usuária assintomática: a avaliação endometrial é indicada diante de sangramento uterino anormal, não como triagem periódica. Cintilografia óssea não avalia massa óssea, serve à pesquisa de lesões osteoblásticas e metástases; o exame ósseo pertinente seria a densitometria, que sequer consta das alternativas. Resposta C

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Mulher, 70a, vem ao serviço com queixa de perda urinária durante orgasmo na relação sexual, há dois anos. Iniciou tratamento para perda urinária, mas interrompeu a medicação após três meses, por apresentar piora dos sintomas de demência. Antecedentes pessoais: G3C3, casada, com vida sexual ativa, menopausa aos 50 anos, sem terapia hormonal; demência leve em tratamento. Exame ginecológico: ausência de prolapsos, manobra de Valsalva negativa, sem outras alterações. O DIAGNÓSTICO E A PROVÁVEL MEDICAÇÃO QUE A PACIENTE FEZ USO SÃO:

- A. Síndrome da bexiga hiperativa e oxibutinina. ✓**
- B. Incontinência urinária de esforço e oxibutinina.
- C. Síndrome da bexiga hiperativa e mirabegrona.
- D. Incontinência urinária de esforço e mirabegrona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda urinária que ocorre especificamente durante o orgasmo, sem prolapso e com manobra de Valsalva negativa. Essa combinação afasta incontinência urinária de esforço, cujo marco é a perda sincrônica ao aumento da pressão abdominal, reproduzida ao esforço no exame. A perda coital no orgasmo está classicamente associada à contração não inibida do detrusor, ou seja, à síndrome da bexiga hiperativa, ao passo que a perda à penetração é a que sugere componente de esforço. O segundo dado diagnóstico é farmacológico: a piora da demência após três meses de tratamento aponta para antimuscarínico de baixa seletividade e alta lipofilia, que atravessa a barreira hematoencefálica e bloqueia receptores M1 centrais, exatamente o perfil da oxibutinina, droga a ser evitada no idoso e listada nos critérios de Beers.

As alternativas que trazem incontinência urinária de esforço tropeçam no exame físico, normal e com Valsalva negativa, e o quadro de perda no orgasmo não corresponde a esse mecanismo. As que trazem mirabegrona erram no fármaco: por ser agonista beta-3 adrenérgico, sem ação antimuscarínica central relevante, é justamente a opção preferida no idoso com comprometimento cognitivo e não explicaria a piora da demência. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Mulher, 47a, G2P2, retorna à Unidade Básica de Saúde para resultado de colpocitologia oncológica, coletada há um mês. Resultado: atipia de células glandulares sem outras especificações (ACG-SOE). Nega alteração de exame anteriores. A ORIENTAÇÃO É:

- A. O resultado é anormal; encaminhar para exame de colposcopia e biópsia. ✓**

- B. O resultado é normal; deverá retornar para coleta de novo exame em três anos.
- C. O resultado é anormal e indica infecção por HPV; encaminhar para tratamento com cirurgia de alta frequência.
- D. O resultado é anormal, podendo estar associado à infecção por HPV ou processo inflamatório; retornar para coleta de novo exame em 12 meses. 22 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

Colpocitologia com atipia de células glandulares sem outras especificações, o ACG-SOE. Atipia glandular é o resultado citológico de maior valor preditivo positivo para lesão significativa: associa-se com frequência a adenocarcinoma in situ, adenocarcinoma cervical, lesão escamosa de alto grau oculta e, sobretudo em mulheres acima de 35 anos, a patologia endometrial. Por isso as diretrizes brasileiras não admitem repetição citológica nem observação: toda atipia glandular vai para colposcopia imediata, com avaliação cuidadosa do canal endocervical e biópsia dirigida das áreas suspeitas, complementada por investigação endometrial quando a idade ou o sangramento anormal justificarem.

Dizer que o resultado é normal e agendar exame em três anos é o oposto da conduta e retardaria o diagnóstico de neoplasia glandular. Presumir infecção por HPV e mandar direto para cirurgia de alta frequência comete dois erros: atipia glandular não é sinônimo de lesão por HPV, e a abordagem do tipo ver e tratar não se aplica à alteração glandular, cuja conduta depende do resultado histológico. Repetir a citologia em 12 meses é a conduta que cabe a atipias escamosas de significado indeterminado em mulheres jovens, jamais a uma atipia glandular. Resposta A

QUESTÃO 61 — Gabarito D

Mulher, 56a, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de aparecimento de nódulo mamário à direita, indolor, há dois meses. Exame físico: mamas simétricas, sem abaulamentos ou retrações; alteração de textura da pele com hiperemia e edema em quadrante superior direito (QSD) de mama direita (D). Palpa-se nódulo endurecido e mal delimitado de 2cm em QSD de mama D, axila D com linfonodo palpável de 1cm endurecido e fossas supraclaviculares livres. A CONDUTA É INDICAR:

- A. Mamografia, para rastreamento.
- B. Ultrassonografia de mamas, para avaliação de axilas e fossas supraclaviculares.
- C. Ressonância magnética de mamas, para avaliação de axilas e pele.
- D. Mamografia, para orientação do diagnóstico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo mamário palpável, endurecido, de limites imprecisos, acompanhado de alteração cutânea (hiperemia e edema) e de linfonodo axilar endurecido em mulher de 56 anos configura quadro clinicamente suspeito de câncer de mama, e o que se pede aqui é investigação diagnóstica, não rastreamento. A diferença entre as alternativas a e d não está no exame escolhido, e sim na sua indicação: a mamografia de rastreamento destina-se à mulher assintomática, enquanto a mamografia diagnóstica é a que se solicita diante de sinal ou sintoma mamário, como orientação inicial da propedêutica (que se completa com ultrassonografia dirigida e, obrigatoriamente, biópsia por agulha grossa da lesão e do linfonodo, único exame que fecha o diagnóstico). Por isso a letra a erra: chamar de rastreamento o exame de uma paciente já sintomática desvirtua a conduta e retarda a investigação. A letra b erra porque a ultrassonografia é método complementar, útil para caracterizar o nódulo e guiar a punção, mas não é o exame inicial isolado nessa faixa etária, em que a mama é predominantemente adiposa e a mamografia tem melhor desempenho. A letra c erra porque a ressonância magnética não é exame de primeira linha: fica reservada a situações selecionadas, como rastreamento de alto risco, avaliação de próteses, carcinoma oculto e planejamento pré-operatório após o diagnóstico já estabelecido. Resposta D

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Mulher, 66a, procura a Unidade Básica de Saúde para rotina de prevenção de câncer de colo uterino. Refere coleta de exames com intervalos trianuais desde os 25 anos, sem alterações. Último exame há um ano, normal. Sem queixas e exame físico normal. ALÉM DE ORIENTAR HÁBITOS DE VIDA SAUDÁVEIS, A CONDUTA É:

A. Interromper rastreamento de câncer de colo uterino. ✓

B. Coletar exame de colpocitologia oncológica e retorno para resultado. Se exame normal, interromper o rastreamento.

C. Retornar em dois anos para coleta exame de colpocitologia oncológica. Se exame normal, interromper o rastreamento.

D. Repetir colpocitologia oncológica em dois anos e solicitar ultrassonografia pélvica. 23 Exame de Residência-Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o critério de encerramento do rastreamento do câncer de colo uterino segundo o INCA e o Ministério da Saúde. A recomendação é citologia oncológica dos 25 aos 64 anos de idade, com os dois primeiros exames anuais e, se ambos normais, coleta a cada três anos; interrompe-se o rastreamento aos 64 anos nas mulheres que tenham pelo menos dois exames negativos consecutivos nos últimos cinco anos. A paciente tem 66 anos, rastreamento regular trienal desde os 25 anos, sempre normal, com o último exame há um ano: preenche exatamente o critério de saída, e a conduta é interromper o rastreamento, mantendo apenas a orientação de hábitos saudáveis e o retorno se surgirem queixas. A letra b erra ao coletar mais uma citologia sem indicação, sujeitando a paciente a exame de baixo rendimento nessa faixa etária, com risco de resultado falso-positivo e cascata diagnóstica desnecessária. A letra c erra pelo mesmo motivo e ainda prolonga o rastreamento além do limite etário previsto. A letra d erra duas vezes: mantém a coleta indevida e acrescenta ultrassonografia pélvica, exame que não faz parte de nenhum programa de rastreamento populacional, seja de colo, seja de ovário, por não reduzir mortalidade e gerar achados incidentais. Resposta A

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Mulher, 29a, G1P0A0, 36 semanas de gestação, vem à consulta pré-natal e deseja parto normal. Exame físico e obstétrico normais para a idade gestacional, feto cefálico, com boa vitalidade. Antecedentes pessoais: HIV diagnosticado na décima semana de gestação, em uso regular de TARV potente. Carga viral realizada na 18ª e 35ª semanas de gestação: indetectável. Demais exames laboratoriais e ultrassonográficos normais. DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE, ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA SOBRE ESTE PLANO DE PARTO:

A. Via de parto obstétrica, preferencialmente vaginal; rotura artificial de membranas; evitar episiotomia; indicado AZT intravenoso durante todo o trabalho de parto.

B. Via de parto obstétrica, preferencialmente vaginal; rotura espontânea de membranas; evitar episiotomia; sem necessidade de AZT intravenoso. ✓

C. Cesárea eletiva às 38 semanas; extração de feto empelcado; sem necessidade de AZT intravenoso.

D. Cesárea eletiva às 38 semanas; extração de feto empelcado; indicado AZT intravenoso três horas antes do parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com HIV, em terapia antirretroviral regular e com carga viral indetectável aferida após a 34ª semana (aqui, na 35ª), tem risco de transmissão vertical muito baixo, e é esse dado que governa todo o plano de parto segundo o Protocolo Clínico do Ministério da Saúde. Nessa situação a via de parto é definida por indicação obstétrica, ou seja, preferencialmente vaginal, já que a cesárea eletiva só traz benefício quando a carga viral é maior que 1.000 cópias/mL ou desconhecida após 34 semanas. Também não há indicação de zidovudina intravenosa no trabalho de parto quando a carga viral está indetectável e a paciente usa TARV regularmente. Mantêm-se as precauções de reduzir o tempo de exposição do feto às secreções: evitar amniotomia (deixando a rotura de membranas ocorrer espontaneamente), evitar episiotomia, fórceps e outros procedimentos invasivos. A letra a erra ao indicar rotura artificial de membranas, procedimento a ser evitado, e AZT intravenoso, desnecessário neste cenário. As letras c e d erram ao indicar cesárea eletiva às 38 semanas, conduta reservada à carga viral elevada ou desconhecida, e a letra d soma ainda o AZT intravenoso três horas antes do parto, que segue a mesma regra da carga viral e aqui está dispensado. Resposta B

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Mulher, 58a, com quadro de prurido vulvar crônico há 10 anos, comparece em consulta de retorno para avaliação de resultado de biopsia de lesão vulvar, cujo diagnóstico foi neoplasia intraepitelial diferenciada. Exame ginecológico: (Figura 11, anexo. Área biopsiada destacada). O FATOR FREQUENTEMENTE ASSOCIADO A ESTE DIAGNÓSTICO É:

- A. Líquen escleroso da vulva. ✓**
- B. Papilomavírus humano tipos 6 e 11.
- C. Papilomavírus humano tipos 16 e 18.
- D. Doença de Paget invasiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

A neoplasia intraepitelial vulvar do tipo diferenciado (VIN diferenciada) é a lesão precursora HPV-independente da vulva, e a questão cobra justamente essa dicotomia etiológica. A VIN diferenciada ocorre tipicamente em mulheres na pós-menopausa, com dermatose vulvar crônica de longa data, prurido persistente, e está associada a mutação de TP53 no contexto de líquen escleroso vulvar — exatamente o cenário de uma paciente de 58 anos com prurido vulvar há dez anos. É uma lesão de alto risco de progressão, e rápida, para carcinoma de células escamosas queratinizante, o que exige tratamento e seguimento estreito da dermatose de base. As letras b e c erram porque descrevem a outra via, a HPV-dependente: os tipos 6 e 11 são de baixo risco e causam condiloma acuminado, sem potencial de neoplasia intraepitelial de alto grau, e os tipos 16 e 18 relacionam-se à VIN do tipo usual (lesão intraepitelial escamosa de alto grau da vulva), que acomete mulheres mais jovens, frequentemente multifocal e associada a tabagismo e imunossupressão. A letra d erra porque a doença de Paget é uma neoplasia intraepitelial glandular distinta, com clínica de placa eczematosa avermelhada, não sendo fator associado à VIN diferenciada, e sua forma invasiva é diagnóstico próprio, não fator de risco. Resposta A

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Estima-se que as lesões de Koplik estejam presentes em 60% das pessoas que estão incubando o sarampo. Alguns autores consideram que elas constituem um sinal patognomônico desta doença. EM RELAÇÃO AO SINAL DE KOPLIK PARA O DIAGNÓSTICO DE SARAMPO, PODE-SE AFIRMAR QUE:

- A. A especificidade é elevada. ✓**
- B. O valor preditivo positivo é 60%.
- C. É falso positivo em 40% dos casos.
- D. O valor preditivo negativo é 40%. 24 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a tradução de um conceito clínico (sinal patognomônico) para a linguagem das medidas de validade de um teste. Dizer que as manchas de Koplik são patognomônicas de sarampo significa que, quando presentes, praticamente não aparecem em quem não tem a doença: quase não há falso-positivo, e isso é a definição de especificidade elevada. O dado de que o sinal está presente em apenas 60% dos que incubam o sarampo refere-se à proporção de doentes em que o achado é encontrado, ou seja, a sensibilidade, que é baixa — sinal patognomônico costuma ser muito específico e pouco sensível, servindo para confirmar e não para afastar. A letra b erra ao rotular os 60% como valor preditivo positivo; os valores preditivos não são propriedades fixas do teste, pois dependem da prevalência da doença na população examinada. A letra c erra ao chamar de falso-positivo os 40% restantes: com sensibilidade de 60%, os 40% que não apresentam o sinal e têm a doença são falso-negativos. A letra d erra ao afirmar um valor preditivo negativo de 40%, número que não se deduz dos dados e que, novamente, dependeria da prevalência; além disso, um teste pouco sensível tende a ter VPN ruim justamente porque o resultado negativo não afasta a doença. Resposta A

QUESTÃO 66 — Gabarito D

EM RELAÇÃO À PERDA AUDITIVA INDUZIDA POR RUÍDO, É CORRETO AFIRMAR QUE É:

- A. Do tipo misto, acometendo a orelha mais exposta, e irreversível.
- B. Condutiva, unilateral e reversível quando cessada a exposição.
- C. Do tipo misto, bilateral e reversível quando cessada a exposição.
- D. Neurosensorial, geralmente bilateral, irreversível e progressiva. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A perda auditiva induzida por ruído (PAIR) é a doença ocupacional otológica clássica e decorre da lesão das células ciliadas externas do órgão de Corti pela energia acústica, ou seja, o dano é coclear. Por isso a perda é do tipo neurosensorial, e não condutiva nem mista, com entalhe característico nas frequências de 3.000 a 6.000 Hz (mais frequentemente em 4.000 Hz) na audiometria. Como a exposição ocupacional em geral atinge ambos os ouvidos de forma semelhante, a perda é habitualmente bilateral e razoavelmente simétrica, e como a célula ciliada não se regenera, a lesão é irreversível, agravando-se enquanto a exposição persiste — daí o caráter progressivo descrito na alternativa. As letras a e c erram ao classificar a perda como mista, o que implicaria componente de orelha externa ou média, ausente na PAIR; a letra a ainda erra ao afirmar acometimento de apenas a orelha mais exposta e a letra c ao dizer que há reversibilidade. A letra b erra duplamente, ao chamar de condutiva uma perda coclear e ao sugerir recuperação após afastamento, o que só ocorre na mudança temporária de limiar por exposição aguda, fenômeno distinto da PAIR já instalada. Vale registrar que, na descrição clássica, a PAIR estabelecida não progride depois de cessada a exposição ao ruído, de modo que o termo progressiva da alternativa deve ser lido como progressão enquanto o trabalhador permanece exposto. Resposta D

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Um levantamento feito em uma amostra aleatória de estudantes dos cursos de graduação da Unicamp, para estudar o Índice de Massa Corporal (IMC) nesse grupo, identificou média=21Kg/m² com desvio-padrão=3Kg/m² e erro-padrão=0,5Kg/m², PODEMOS DIZER, COM 95% DE CERTEZA (T-CRÍTICO=1,96), QUE A VERDADEIRA MÉDIA DO IMC NESTA POPULAÇÃO ESTÁ ENTRE:

- A. 15,12 e 26,88.
- B. 18,00 e 24,00.
- C. 20,02 e 21,98. ✓**
- D. 20,50 e 22,15.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o intervalo de confiança de 95% para a média populacional, e a armadilha está em escolher entre desvio-padrão e erro-padrão. O desvio-padrão mede a dispersão dos indivíduos em torno da média amostral; o erro-padrão mede a precisão com que a média amostral estima a média da população, e é ele que entra no cálculo do intervalo de confiança da média. Aplicando a fórmula $\text{média} \pm t_{\text{crítico}} \times \text{erro-padrão}$: $21 \pm 1,96 \times 0,5$, ou seja, $21 \pm 0,98$, resultando em 20,02 a 21,98 kg/m². A letra a é o erro clássico de usar o desvio-padrão no lugar do erro-padrão ($21 \pm 1,96 \times 3$, igual a 15,12 a 26,88), o que produz um intervalo de referência para indivíduos, não para a média. A letra b corresponde a $21 \pm$ um desvio-padrão, faixa que abrange cerca de 68% das observações individuais e nada informa sobre a estimativa da média. A letra d apresenta limites nem sequer simétricos em torno de 21, não decorrendo de nenhum cálculo válido. Note ainda que quanto maior a amostra, menor o erro-padrão e mais estreito o intervalo, o que explica a precisão elevada obtida aqui. Resposta C

QUESTÃO 68 — Gabarito C

A figura a seguir representa a curva ROC que compara o desempenho de dois métodos diagnósticos: A e B. AO ANALISAR ESSA FIGURA, PODE-SE AFIRMAR QUE:

- A. O método B é o melhor, pois a ascensão da sua curva tem o término mais agudo.
- B. O método A é o melhor, pois as suas medidas estão mais próximas entre si.

C. O método A é o melhor, pois apresenta a maior área sob a curva. ✓

- D. Os dois métodos têm valor prognóstico positivo semelhante. 25 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva ROC relaciona a sensibilidade (eixo vertical) com a taxa de falso-positivos, isto é, $1 - \text{especificidade}$ (eixo horizontal), para todos os pontos de corte possíveis de um teste, e serve exatamente para comparar a acurácia global de métodos diagnósticos. O parâmetro que resume esse desempenho é a área sob a curva (AUC): quanto mais a curva se aproxima do canto superior esquerdo, maior a área e melhor o teste, sendo 0,5 o equivalente ao acaso e 1,0 o teste perfeito. Assim, ao comparar dois métodos, é melhor aquele cuja curva se posiciona acima da outra, com maior AUC — no caso, o método A. A letra a erra porque a inclinação ou a forma do término da ascensão da curva não é o critério de comparação; o que importa é a área total sob ela. A letra b erra porque proximidade entre as medidas não é conceito aplicável à ROC, e confunde acurácia com precisão ou reprodutibilidade. A letra d erra porque a curva ROC não informa valor preditivo: sensibilidade e especificidade são propriedades do teste, enquanto os valores preditivos dependem da prevalência da doença na população estudada e não podem ser lidos diretamente do gráfico. Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito D

O número básico de reprodução R_0 (R zero) foi muito estudado durante a pandemia de COVID-19. A INFORMAÇÃO DADA POR ESSE CONCEITO É:

- A. O número de pessoas que são contaminadas por um indivíduo, depois que ocorre uma estabilização no número de pessoas contaminadas.
- B. O número de pessoas que são potencialmente contaminadas por um patógeno, após o início da vacinação.
- C. O número mais alto de contaminação, que corresponde ao fim da fase de ascensão da curva epidêmica.
- D. O número de pessoas que são contaminadas por um indivíduo infectado pelo patógeno, em um ambiente em que ninguém adquiriu imunidade. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O número básico de reprodução, R_0 , é definido como o número médio de casos secundários gerados por um único caso infectante introduzido em uma população inteiramente suscetível, isto é, sem imunidade natural nem vacinal e sem medidas de controle. É uma medida da transmissibilidade intrínseca do agente naquele contexto: se maior que 1, a epidemia tende a crescer; se igual a 1, o número de casos se mantém estável; se menor que 1, a transmissão se extingue. É também o R_0 que determina o limiar de imunidade coletiva, calculado por 1 menos 1 dividido por R_0 . As letras a e b descrevem, na verdade, o número efetivo de reprodução (R_t ou R efetivo), que é o R_0 corrigido pela proporção de suscetíveis remanescentes: a letra a se refere ao momento de estabilização, quando parte da população já se infectou, e a letra b ao cenário pós-vacinação, situações em que a população deixou de ser totalmente suscetível e, por definição, não se trata mais do R básico. A letra c confunde R_0 com o pico da curva epidêmica, que é um número absoluto de casos incidentes em determinado momento, e não uma razão de transmissão por caso. Resposta D

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Homem, 55a, procura o Pronto Socorro por dor torácica em aperto, de forte intensidade. Antecedentes: hipertensão arterial e obesidade. Com a hipótese diagnóstica de infarto agudo do miocárdio (IAM), são solicitados exames complementares para confirmar ou afastar o diagnóstico. CONSIDERANDO O RISCO DE MORTE DESTES DIAGNÓSTICO, A PRINCIPAL CARACTERÍSTICA DE VALIDAÇÃO DESTES EXAMES É QUE APRESENTEM:

- A. Sensibilidade próxima a 100%, para evitar deixar de diagnosticar pacientes com IAM. ✓**
- B. Sensibilidade próxima a 100%, porque assim você vai evitar diagnosticar erradamente como infartados os pacientes sem IAM.
- C. Especificidade próxima a 100%, para evitar deixar de diagnosticar pacientes com IAM.
- D. Especificidade próxima a 100%, porque assim você vai evitar diagnosticar erradamente como infartados os pacientes sem IAM. 26 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a lógica de escolha entre sensibilidade e especificidade a partir da consequência do erro diagnóstico. Sensibilidade é a capacidade de detectar quem tem a doença, e um teste muito sensível produz poucos falso-negativos: quando negativo, ajuda a afastar o diagnóstico. Especificidade é a capacidade de identificar corretamente quem não tem a doença, e um teste muito específico produz poucos falso-positivos, servindo para confirmar. Diante de suspeita de infarto agudo do miocárdio, doença de alta letalidade, com tratamento disponível e tempo-dependente, o erro mais grave é deixar de diagnosticar e liberar um paciente infartado; por isso a prioridade é um exame com sensibilidade próxima de 100%, como a troponina ultrasensível seriada, que se presta a descartar o diagnóstico com segurança. A letra b acerta a medida, mas erra a justificativa, atribuindo à sensibilidade a função de evitar falso-positivos, que é papel da especificidade. A letra c faz o inverso, atribui à especificidade a função de não perder casos, que cabe à sensibilidade. A letra d é internamente coerente, pois especificidade elevada de fato evita rotular como infartado quem não é, mas escolhe a prioridade errada para o cenário: aqui o dano de perder um infarto supera em muito o de investigar a mais. Resposta A

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Schuch et al. realizaram uma revisão sistemática de estudos que avaliaram a associação entre atividade física e incidência de depressão. Os resultados foram sumarizados em uma metanálise que utilizou como medida o Odds ratio=0,83, com intervalo de confiança de 95%=0,79 a 0,88, representados na figura abaixo: O RESULTADO APONTADO ACIMA PERMITE AFIRMAR QUE:

- A. A probabilidade de uma pessoa que faz atividade física apresentar depressão é 0,83 vezes comparada à probabilidade de quem não pratica atividade física.

B. A chance de uma pessoa que faz atividade física apresentar depressão é 0,83 vezes comparada à chance de quem não pratica atividade física. ✓

- C. A chance de uma pessoa evoluir com depressão é de 0,83, sendo de 0,79 no grupo que faz atividade física e de 0,88 no grupo de não faz atividade física.
- D. Realizar atividade física não apresentou redução significativa na associação com aumento na incidência de depressão.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura correta de uma medida de associação em metanálise. O odds ratio compara chances (odds), e não probabilidades ou riscos, e essa distinção é o ponto central: chance é a razão entre a ocorrência e a não ocorrência do evento, enquanto probabilidade é a razão entre a ocorrência e o total. Um OR de 0,83 significa que a chance de desenvolver depressão entre os que praticam atividade física é 0,83 vez a chance observada entre os que não praticam, ou seja, cerca de 17% menor. Como o intervalo de confiança de 95% vai de 0,79 a 0,88 e não inclui o valor nulo 1, a associação é estatisticamente significativa e aponta efeito protetor. A letra a erra ao trocar chance por probabilidade, interpretação que corresponderia ao risco relativo, medida distinta (embora ambas se aproximem quando o desfecho é raro). A letra c erra ao ler os limites do intervalo de confiança como se fossem as medidas de cada grupo; o intervalo expressa a precisão da estimativa do próprio OR, não valores separados por braço. A letra d erra porque o intervalo não cruza a unidade, de modo que a redução observada é significativa, e ainda inverte o sentido do achado. Resposta B

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Homem, 35a, procura Unidade Básica de Saúde com queixa de tontura, dor de cabeça, cansaço e náuseas. Trabalha diariamente na horta perto da sua casa. Colega de trabalho apresenta sintomas semelhantes. A CONDUTA É:

- A. Realizar notificação de intoxicação crônica por hidrocarboneto e afastar do trabalho.
- B. Receitar sintomáticos, afastar o paciente e encaminhar ao neurologista.
- C. Solicitar dosagem de eletrólitos, prescrever hidratação endovenosa e medidas para tratamento de insolação.
- D. Solicitar exames complementares, afastar o paciente e investigar condições de trabalho e produtos usados. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne os elementos clássicos de suspeita de intoxicação exógena de origem ocupacional: sintomas inespecíficos e neurovegetativos (tontura, cefaleia, cansaço, náuseas), exposição ocupacional plausível (trabalho diário em horta, cenário de uso de agrotóxicos, tipicamente organofosforados e carbamatos) e, sobretudo, a ocorrência de quadro semelhante em colega de trabalho, dado que sugere causa ambiental comum e não doença individual. A conduta correta é a que estabelece onexo causal com o trabalho: afastar o paciente da exposição, solicitar exames complementares pertinentes (incluindo dosagem de colinesterase plasmática e eritrocitária, quando disponível) e investigar as condições de trabalho e os produtos manipulados, com posterior notificação compulsória de intoxicação exógena e avaliação dos demais expostos. A letra a erra porque fecha diagnóstico sem investigação e nomeia o agente errado, hidrocarboneto, além de rotular como crônica uma apresentação aguda. A letra b erra ao tratar apenas o sintoma e transferir o problema ao neurologista, ignorando onexo ocupacional e deixando a fonte de exposição ativa para os demais trabalhadores. A letra c erra ao assumir insolação, hipótese que não explica o adoecimento simultâneo de um colega nem justifica hidratação endovenosa em paciente sem sinais de desidratação ou hipertermia. Resposta D

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Homem, 52a, comparece a consulta ambulatorial com diagnóstico de adenocarcinoma de pâncreas sem proposta cirúrgica. Antecedentes: diabetes melito, amaurose bilateral. EM RELAÇÃO À PROPOSTA DE CUIDADOS PALIATIVOS PARA ESSE PACIENTE, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. Deve ser iniciada na presença de falência multiorgânica.
- B. Não deve ser introduzida de forma precoce, para não prejudicar a esfera psicossocial.

C. Pode promover o alívio da dor e de outros sintomas. ✓

- D. Não apresenta benefícios diante do tipo de neoplasia avançada e das comorbidades. 27 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito moderno de cuidados paliativos diante de uma neoplasia incurável: adenocarcinoma de pâncreas sem proposta cirúrgica é doença avançada, com sobrevida curta e alta carga sintomática (dor visceral e em faixa, anorexia, caquexia, icterícia obstrutiva, náusea). A definição da OMS é explícita: cuidado paliativo é a abordagem que melhora a qualidade de vida de pacientes e famílias diante de doença ameaçadora da vida, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, com identificação precoce e tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais. Portanto, o alívio da dor e dos demais sintomas é exatamente o núcleo da proposta, e ele deve caminhar junto ao tratamento oncológico modificador da doença, não depois dele. A alternativa a erra ao condicionar o início à falência multiorgânica: palição não é sinônimo de terminalidade nem de últimas horas, e esperar a falência de órgãos significa perder toda a janela de controle sintomático. A alternativa b inverte a evidência disponível, já que a introdução precoce dos cuidados paliativos melhora qualidade de vida, reduz sintomas depressivos e favorece o ajuste psicossocial do paciente e da família. A alternativa d é a mais equivocada, pois neoplasia avançada e comorbidades como diabetes e amaurose bilateral aumentam a dependência funcional e o sofrimento, ou seja, reforçam a indicação em vez de contraindicá-la. Resposta C

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Adolescente, 15a, procura médico de família muito preocupada com aumento de volume localizado no terço proximal da região tibial direita há cerca de quatro anos. Nega dor no local e limitação de atividades físicas. Traz exames que confirmam o diagnóstico de osteocondroma. A CONDUTA É:

- A. Encaminhar para ressecção do tumor, pelo risco elevado de degeneração sarcomatosa para condrossarcoma.

B. Realizar acompanhamento clínico e radiológico, sem necessidade de ressecção. ✓

- C. Solicitar cintilografia óssea, para diferenciar entre tumor ósseo benigno e maligno.
- D. Encaminhar para radioterapia, pelo risco elevado de degeneração sarcomatosa para condrossarcoma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se do tumor ósseo benigno mais comum, o osteocondroma (exostose osteocartilaginosa), em sua apresentação clássica: adolescente, lesão em metáfise de osso longo (terço proximal da tíbia), crescimento lento ao longo de anos, indolor e sem limitação funcional. Lesão solitária, assintomática e com diagnóstico já confirmado por imagem não exige tratamento: a conduta é observação clínica e radiológica seriada, aguardando a maturidade esquelética, quando o crescimento tipicamente cessa. Ressecção fica reservada a casos selecionados, com dor, deformidade, compressão neurovascular, bursite associada, crescimento após o fechamento das fises ou espessura da capa cartilaginosa acima de dois centímetros, sinais que levantam suspeita de transformação. A alternativa a erra na premissa de risco: a degeneração para condrossarcoma em osteocondroma solitário é rara, da ordem de 1%, subindo apenas na exostose múltipla hereditária, de modo que não se indica ressecção profilática de rotina. A alternativa c é inadequada porque a cintilografia óssea é inespecífica e capta em lesões benignas em crescimento, não distinguindo benignidade de malignidade; a caracterização se faz por radiografia, tomografia e ressonância, esta última para medir a capa cartilaginosa. A alternativa d é a pior conduta: radioterapia não tem papel em tumor ósseo benigno e ainda acrescenta risco de sarcoma radioinduzido. Resposta B

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Os sistemas nacionais de saúde obedecem a diferentes lógicas, dependendo de contextos sociais, econômicos e políticos de cada país. SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO, É CORRETO AFIRMAR QUE:

- A. É do tipo seguro social.
- B. Mudou do tipo seguridade social para seguro social a partir da Constituição de 1988.
- C. É do tipo seguridade social. ✓**
- D. O tipo, seguridade ou seguro social, varia de acordo com a região do país.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a classificação do sistema de saúde brasileiro dentro da tipologia clássica dos sistemas nacionais. O SUS, desenhado pela Constituição de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/1990, é um sistema de seguridade social, de inspiração Beveridgiana: saúde é direito de todos e dever do Estado, o acesso é universal e independe de contribuição prévia ou de vínculo empregatício, e o financiamento vem de impostos e contribuições sociais do orçamento da seguridade, que a própria Constituição define como o conjunto integrado de ações de saúde, previdência e assistência social. A alternativa a descreve o modelo anterior, o seguro social de matriz bismarckiana, vigente no Brasil até 1988 com o INPS e depois o INAMPS, em que a assistência médica era benefício do trabalhador com carteira assinada e contribuinte. A alternativa b acerta que houve mudança de modelo, mas inverte o sentido: o país saiu do seguro social para a seguridade social, e não o contrário. A alternativa d desconhece um princípio organizativo básico do SUS, que é sistema único e nacional, com comando único em cada esfera de governo; as diferenças regionais estão na oferta, no financiamento complementar e na organização da rede, jamais no tipo de sistema ou nas regras de acesso. Resposta C

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Para algumas condições de saúde, a atenção primária oportuna e de boa qualidade pode evitar a hospitalização ou reduzir sua frequência. O INDICADOR “INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA”:

- A. Não se aplica a condições ou doenças agudas.
- B. Avalia a resolubilidade e qualidade da atenção primária. ✓**
- C. Avalia o acesso à atenção hospitalar.

D. Avalia o funcionamento da rede de atenção à saúde. 28 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, construído sobre a premissa de que existe um conjunto de agravos cujo cuidado ambulatorial oportuno evita a internação. No Brasil a lista é a da Portaria SAS/MS 221/2008, com 19 grupos de causas obtidos das autorizações de internação hospitalar do SIH/SUS. Justamente por isso o indicador é usado como medida indireta de resolubilidade e qualidade da atenção primária: taxas altas apontam falhas de acesso, de acompanhamento das condições crônicas e de manejo oportuno dos agravos agudos no território. A alternativa a é falsa porque a lista inclui condições agudas evitáveis por diagnóstico e tratamento precoces, como gastroenterite e desidratação, infecção do trato urinário, infecções de pele e pneumonia bacteriana, ao lado das crônicas como diabetes, hipertensão, asma e insuficiência cardíaca. A alternativa c inverte o objeto de avaliação: o dado é hospitalar, mas o que se avalia é o desempenho do nível primário, não o acesso à internação. A alternativa d é ampla demais, pois o indicador não mede o funcionamento de toda a rede de atenção à saúde, e sim o efeito da porta de entrada sobre a demanda hospitalar. Resposta B

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Homem, 88a, assintomático, comparece à consulta em Unidade Básica de Saúde para reavaliação clínica com resultados de exames. Antecedentes: hipertensão arterial, intolerância à glicose, doença arterial periférica e osteoartrite de quadril. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida 25mg/dia; losartana 50mg/dia; metformina 850mg2x/dia; carbonato de cálcio 1g/dia; paracetamol 2g/dia e sulfato de glucosamina 1,5mg/dia. Exame físico: bom estado geral, PA=136x82mmHg, FC=80bpm. Colesterol total=212mg/dL, HDL=56mg/dL, LDL=82mg/dL, triglicerídeos=257mg/dL, glicemia jejum=108mg/dL, creatinina=1,4mg/dL, ácido úrico=8,2mg/dL, hemoglobina glicada=7,6%. A CONDUTA É:

- A. Prescrever estatina e estimular caminhada.
- B. Substituir losartana por beta bloqueador.
- C. Prescrever ácidos graxos ômega-3.

D. Suspender hidroclorotiazida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de idoso muito longo, assintomático, com pressão controlada e múltiplos achados laboratoriais que apontam para um mesmo culpado farmacológico. A hidroclorotiazida em dose de 25 mg/dia é classicamente associada a hiperuricemia, hipertrigliceridemia e piora da tolerância à glicose, exatamente a tríade que aparece nos exames deste paciente: ácido úrico 8,2 mg/dL, triglicerídeos 257 mg/dL, glicemia de jejum 108 mg/dL e hemoglobina glicada 7,6%. Como a PA está em 136x82 mmHg, dentro do alvo aceitável para um paciente de 88 anos, e há creatinina de 1,4 mg/dL indicando queda de função renal com maior risco de distúrbio hidroeletrólítico e hipovolemia, a conduta mais racional é a desprescrição do tiazídico, revendo depois o controle pressórico. A alternativa b é inadequada: betabloqueador não é substituto do bloqueador do receptor de angiotensina em monoterapia anti-hipertensiva de rotina, agrava o perfil metabólico e é pouco desejável na doença arterial periférica. A alternativa c não se sustenta, pois ômega-3 não reduz desfechos cardiovasculares nesse contexto e triglicerídeos de 257 mg/dL não configuram risco de pancreatite, que se preocupa acima de 500 mg/dL. A alternativa a esbarra na baixa evidência de benefício da estatina iniciada aos 88 anos com LDL já em 82 mg/dL e na osteoartrite de quadril que limita a caminhada. Vale registrar que o ponto é discutível: a doença arterial periférica é doença aterosclerótica estabelecida e, em prevenção secundária, a estatina teria indicação formal por diretriz, de modo que a alternativa a é defensável; a banca, porém, priorizou a revisão de polifarmácia e o efeito adverso medicamentoso como intervenção mais imediata. Resposta D

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Homem, 82a, internado para tratamento de insuficiência cardíaca descompensada, está em programação de alta hospitalar. Antecedentes: hipertensão arterial, em uso de losartana 25mg/dia, carvedilol 25mg/dia e furosemida 40mg/dia. Exame físico: ausência de sinais de sobrecarga volêmica. Sua filha o acompanha e auxilia nas atividades diárias. O FATOR MAIS IMPORTANTE PARA A ADEQUADA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DESTE PACIENTE É:

- A. Comunicação direta com o médico da atenção primária. ✓**
- B. Planejamento da alta hospitalar pelo médico do hospital.
- C. Ajuste medicamentoso e instrução da filha.
- D. Agendamento de retorno para avaliação laboratorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão discute transição de cuidados, isto é, a transferência de responsabilidade e de informação entre pontos da rede, e não apenas o ato administrativo da alta. Idoso de 82 anos internado por insuficiência cardíaca descompensada é o perfil de maior risco de reinternação em 30 dias, e a causa mais frequente de falha nesse período é a descontinuidade de informação: a equipe da atenção primária não sabe o que foi feito, quais doses foram ajustadas, qual o peso seco alvo e o que monitorar. Por isso o fator mais importante é a comunicação direta com o médico da atenção primária, que assume a coordenação longitudinal do cuidado e garante o vínculo após a alta. A alternativa b descreve um planejamento unilateral que termina na porta do hospital, sem alguém do outro lado para recebê-lo, o que é justamente a lacuna que a transição pretende fechar. A alternativa c é necessária, mas insuficiente: ajustar losartana, carvedilol e furosemida e orientar a filha faz parte do plano, e no entanto sem articulação com quem seguirá o paciente as mudanças se perdem na primeira intercorrência. A alternativa d é uma ação pontual e isolada, que resolve o exame, não a continuidade do cuidado. Resposta A

QUESTÃO 79 — Gabarito B

O modelo preventivista, baseado na concepção da história natural da doença, considera que existem três formas hierarquizadas de prevenção. ASSINALE A ALTERNATIVA CORRETA:

- A. A vacinação é a principal medida de proteção específica empregada na prevenção secundária.
- B. Tanto o diagnóstico precoce como o tratamento oportuno fazem parte da prevenção secundária. ✓**
- C. O tratamento adequado e integral é a principal estratégia de prevenção terciária.
- D. A prevenção primária tem início imediatamente após o período pré-patogênico. 29 Exame de Residência- Acesso Direto - 1ª. FASE - PROVA W

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado remete ao modelo preventivista de Leavell e Clark, que organiza a prevenção em três níveis a partir da história natural da doença. Na prevenção secundária, que atua no período patogênico já iniciado, ainda em fase precoce ou pré-clínica, as estratégias são o diagnóstico precoce e o tratamento imediato e oportuno, além da limitação da incapacidade; é aí que se encaixam o rastreamento e a busca ativa de casos. A alternativa a erra o nível: a vacinação é o exemplo clássico de proteção específica, que integra a prevenção primária, aplicada antes do adoecimento. A alternativa c troca o conteúdo da prevenção terciária, cuja estratégia central é a reabilitação, física, psicossocial e ocupacional, com reinserção do indivíduo e prevenção da incapacidade permanente, enquanto o tratamento propriamente dito pertence à secundária. A alternativa d contradiz a lógica do modelo: a prevenção primária é executada durante o período pré-patogênico, sobre os fatores do ambiente, do agente e do hospedeiro antes que a interação produza doença, e não após ele. Resposta B

QUESTÃO 80 — Gabarito A

O consentimento livre e esclarecido compõe um dos fundamentos éticos para a manifestação autônoma dos pacientes em relação aos procedimentos e intervenções em saúde. A CAPACIDADE DE UM PACIENTE EM CONSENTIR INCLUI O SEGUINTE CRITÉRIO:

- A. Compreender as informações relevantes sobre seu problema de saúde e alternativas de abordagens disponíveis, incluindo riscos e benefícios potenciais. ✓**
- B. Demonstrar ser capaz de repetir adequadamente as informações fornecidas, assim como as diferentes abordagens disponíveis.
- C. Compartilhar as informações que lhe foram prestadas com seu familiar ou representante legal.
- D. Ser capaz de opinar mesmo que seu raciocínio lógico, necessário para o processo de tomada de decisão, esteja comprometido. 30 RESIDÊNCIA MÉDICA ACESSO DIRETO- 1ª. FASE - CADERNO DE IMAGENS- MANHÃ FIGURA 1: referente à questão 07. (Ressonância magnética de crânio- corte axial ponderado em FLAIR) FIGURA 2: referente à questão 09 FIGURA 3: referente à questão 12 FIGURA 4- referente à questão 27. Queimadura de segundo grau=coloração cinza sólida; queimadura de primeiro grau=litrado vertical. FIGURA 5- referente à questão 33 1 RESIDÊNCIA MÉDICA ACESSO DIRETO- 1ª. FASE - CADERNO DE IMAGENS- MANHÃ FIGURA 6- referente à questão 34 FIGURA 7- referente à questão 38 FIGURA 8- referente à questão 39 FIGURA 9- referente à questão 40 2 RESIDÊNCIA MÉDICA ACESSO DIRETO- 1ª. FASE - CADERNO DE IMAGENS- MANHÃ FIGURA 10- referente à questão 57 140 120 100 FIGURA 11- referente à questão 64- área destacada no círculo corresponde ao local da biopsia. 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata dos critérios de capacidade decisória no consentimento livre e esclarecido, referência obrigatória em ética e em bioética clínica. O padrão consagrado, descrito por Appelbaum, exige quatro habilidades: compreender as informações relevantes, apreciar a situação e suas consequências para si, raciocinar sobre as opções e manifestar uma escolha. A alternativa correta reproduz o primeiro e mais fundamental desses critérios, isto é, entender o problema de saúde, as alternativas de abordagem disponíveis e os riscos e benefícios de cada uma; sem essa compreensão não há autonomia, apenas assentimento formal. A alternativa b confunde compreensão com memorização, pois repetir corretamente as informações demonstra retenção verbal, mas não garante que o paciente as tenha integrado ao próprio contexto de vida e valores. A alternativa c descreve uma prática desejável de apoio familiar, e não um critério de capacidade: consentimento é ato personalíssimo, e o compartilhamento com terceiros depende da vontade do paciente e é limitado pelo sigilo. A alternativa d se autoinvalida, uma vez que o raciocínio lógico preservado é justamente um dos requisitos da capacidade; comprometido ele, cabe avaliar consentimento por representante legal ou decisão substituta. Resposta A