



Unicamp — Residência Médica 2024 (R1)

Prova comentada

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

manhã (respostas curtas)

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1

Homem, 31a, procura o Pronto Atendimento por febre e tosse com escarro amarelado há quatro dias. Antecedentes pessoais: anemia falciforme com internações prévias por síndrome torácica aguda. Exame físico: PA=86/54mmHg; FC=118bpm; FR=28irpm; oximetria de pulso=88% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com estertores em terço médio direito. Exames laboratoriais: hemoglobina=8,3g/dL; leucócitos=14.800/mm³; plaquetas=132.000/mm³; creatinina=1,56mg/dL; ureia=112mg/dL. O PRINCIPAL AGENTE ETIOLÓGICO BACTERIANO ASSOCIADO AO QUADRO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o agente bacteriano mais provável da pneumonia em portador de anemia falciforme: o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). O raciocínio: a falcização repetida infarta o baço e leva à asplenia funcional já na infância, com perda da opsonização e da depuração de germes encapsulados, o que explica a suscetibilidade a pneumococo, *Haemophilus influenzae* e *Salmonella*. Entre eles o pneumococo é disparado o mais frequente, o de maior letalidade e o principal desencadeante de síndrome torácica aguda, complicação que o paciente já teve. Pérola de prova: falcêmico com febre e foco pulmonar é pneumococo até prova em contrário, e a cobertura empírica nunca pode deixá-lo de fora.

QUESTÃO 2

Homem, 41a, assintomático, procura a Unidade Básica de Saúde para orientação, trazendo resultado de exames coletados em exame admissional. Nega uso de medicamentos. Exame físico: IMC=35Kg/m²; PA=124/78mmHg; FC=82bpm; FR=16irpm. Exames laboratoriais: glicemia (jejum)=96mg/dL; creatinina=1,2mg/dL; colesterol total=188mg/dL; colesterol LDL=118mg/dL; triglicérides=348mg/dL. O risco cardiovascular calculado para 10 anos foi de 2,4%. A CONDUTA É: O ENUNCIADO ABAIXO REFERE-SE ÀS QUESTÕES 3 E 4:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa se o candidato individualiza a conduta pelo risco cardiovascular, e não pelo número isolado do exame. Trata-se de homem assintomático, obeso, com pressão e glicemia normais, LDL de 118 mg/dL e triglicérides de 348 mg/dL, cujo risco calculado em 10 anos é de apenas 2,4%, ou seja, risco baixo. A resposta esperada é mudança de estilo de vida: orientação alimentar, perda de peso, atividade física regular e redução de álcool, com reavaliação posterior. Qualquer referência a medicamento anula a resposta. O raciocínio é que estatina não se justifica com LDL abaixo da meta e risco baixo, e fibrato só entraria com triglicérides acima de 500 mg/dL, pelo risco de pancreatite. A pérola: hipertrigliceridemia moderada em paciente obeso responde muito bem a perda ponderal e restrição de carboidratos e álcool.

QUESTÃO 3

Mulher, 57a, procura a Unidade Básica de Saúde após ser mordida por cachorro em panturrilha direita há 30 minutos. O cachorro está com a vacinação atualizada, é observável e não houve mudança de comportamento. Antecedentes pessoais: diabetes há 15 anos, carteira vacinal atualizada. Nega alergias prévias. Medicamentos em uso: insulina NPH e insulina regular. Exame físico: PA=128/76mmHg; FC=84bpm; FR=18irpm. Ferimento puntiforme em panturrilha direita, com discreto eritema nas bordas. Realizada limpeza da lesão e prescrição de analgésicos, se necessário. Foi orientada a manter o animal em observação e a comunicar alteração do seu comportamento. O MEDICAMENTO INDISPENSÁVEL A SER PRESCRITO, NESTE CASO, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o medicamento indispensável na mordedura de cão em paciente diabética. A resposta oficial é a antibioticoprofilaxia com amoxicilina associada a inibidor de betalactamase, ou seja, clavulanato ou sulbactam; responder apenas antibiótico não pontua. O motivo é microbiológico: a flora oral canina traz *Pasteurella multocida*, estreptococos, estafilococos e anaeróbios, e a amoxicilina isolada não cobre germes produtores de betalactamase. A profilaxia não é indicada em toda mordedura, mas o caso reúne critérios claros: ferimento puntiforme, difícil de higienizar e que inocula em profundidade, em paciente diabética, portanto imunocomprometida. A pérola de prova é que amoxicilina-clavulanato é a escolha padrão em mordedura de cão, gato e humana, e o nome completo precisa constar na resposta.

QUESTÃO 4

Sete dias após a mordedura, a paciente retorna à Unidade Básica de Saúde para avaliação do ferimento. Refere que o cachorro está desaparecido há dois dias. Exame físico: PA=110/72mmHg; FC=76bpm; FR=14irpm. Ferimento em panturrilha com boa cicatrização, sem hiperemia ou calor local. DE ACORDO COM O PROTOCOLO DE CONDUTA TERAPÊUTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A CONDUTA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 2 5. Homem, 42a, procurou Unidade Básica de Saúde com queixa de dor e inchaço em articulações interfalangianas distais de ambas as mãos. Refere rigidez matinal com duração de quatro horas. Antecedentes: lesões de pele recorrentes e dores articulares há quatro anos. Exame físico: mão direita- imagem Q5. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave está na mudança de cenário: o cão desapareceu há dois dias e, portanto, deixou de ser observável, impedindo concluir os dez dias de vigilância. Pelo protocolo do Ministério da Saúde, quando o animal some ou adoece durante a observação, a profilaxia deve ser iniciada imediatamente. Como se trata de ferimento puntiforme, portanto profundo, o acidente é classificado como grave, e a resposta esperada é profilaxia com soro antirrábico (imunoglobulina, infiltrada ao redor da lesão) associado à vacina antirrábica. Não cabe continuar aguardando, porque a raiva é praticamente 100% letal depois de instalada e não há tratamento eficaz após os sintomas. A pérola: ferimento profundo ou múltiplo, lesão em cabeça, pescoço, mãos e pés, ou animal não observável empurram a conduta para soro mais vacina.

QUESTÃO 6

Mulher, 68a, procura a Unidade Básica de Saúde por tosse seca há três anos e dispneia progressiva aos esforços há nove meses. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo 35 anos-maço. Exame físico: PA=148/88mmHg; FC=76bpm; FR=23irpm; oximetria de pulso=92% em ar ambiente. Estase venosa jugular a 45°; coração: hiperfonese da segunda bulha em foco pulmonar, sem sopros; pulmões: estertores tele inspiratórios em terço inferior e médio; extremidades: edema simétrico de membros inferiores +/4+. Radiograma de tórax: imagem Q6. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica em mulher de 68 anos, tabagista pesada, com tosse seca arrastada há três anos e dispneia progressiva. O achado que decide é a ausculta: estertores tele-inspiratórios, os crepitantes em velcro, em terços médio e inferior, típicos de doença pulmonar intersticial e não de congestão aguda. Somam-se os sinais de repercussão em câmaras direitas, com estase jugular a 45 graus, hiperfonese da segunda bulha em foco pulmonar e edema simétrico de membros inferiores, traduzindo hipertensão pulmonar secundária à doença do parênquima. A resposta esperada é fibrose pulmonar ou doença intersticial pulmonar, aceitando-se também cor pulmonale. A pérola: crepitação em velcro com radiografia de padrão reticular em bases sugere intersticiopatia, e não insuficiência cardíaca esquerda.

QUESTÃO 7

Homem, 38a, procurou o Pronto Atendimento por dispneia progressiva há quatro dias, associada a tosse amarelada e febre. Exame físico: vígil e confuso. PA=138/76mmHg; FC=126bpm; FR=32irpm; T=38,2°C; oximetria de pulso=92% sob máscara não reinalante 15L/min. Ausculta pulmonar sem alterações. O abdome eleva-se durante a inspiração. A CONDUTA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta imediata, e o enunciado esconde a pista mais importante no exame físico: o abdome se eleva durante a inspiração, ou seja, respiração paradoxal por fadiga diafragmática. Somam-se rebaixamento do sensório (vígil e confuso), frequência respiratória de 32 e saturação de apenas 92% já sob máscara não reinalante a 15 L/min. Esse conjunto configura falência ventilatória iminente, e a resposta esperada é intubação orotraqueal, aceitando-se via aérea definitiva ou ventilação mecânica invasiva. Ventilação não invasiva, cateter nasal de alto fluxo ou a expressão genérica via aérea avançada não pontuam. A pérola: rebaixamento de consciência e sinais de fadiga muscular são contraindicações clássicas à VNI, porque o paciente não protege a via aérea e a tentativa tende a falhar.

QUESTÃO 8

Mulher, 58a, procura a Unidade Básica de Saúde por dificuldade para andar nos últimos seis meses. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes. Medicamentos em uso: losartana; anlodipino; metformina e gliclazida. Exame físico: PA=118/78mmHg; FC=72bpm; FR=14irpm. Exame neurológico: abolição dos reflexos patelar e aquileu bilateralmente; redução da sensibilidade vibratória no primeiro pododáctilo direito e esquerdo. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,4g/dL; VCM=110fL; CHCM=33g/dL; RDW=14%; hemoglobina glicada=7,2%; creatinina=1,1mg/dL. O EXAME INDICADO PARA A CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que confirma o diagnóstico em mulher com marcha alterada há seis meses. O exame neurológico mostra abolição dos reflexos patelar e aquileu com perda de sensibilidade vibratória distal, padrão que combina comprometimento de cordão posterior e neuropatia periférica. O laboratório fecha o raciocínio com VCM de 110 fL, isto é, macrocitose. A resposta esperada é a dosagem sérica de vitamina B12, também aceita como dosagem de cobalamina. O quadro é a degeneração combinada subaguda da medula, e o caso traz o fator de risco explícito: uso crônico de metformina, que reduz a absorção ileal de B12. A pérola: em diabético com queixa neurológica, não atribua tudo à neuropatia diabética, pois macrocitose com perda vibratória aponta para carência de B12, que é reversível quando tratada cedo.

QUESTÃO 9

Homem, 20a, procura o Pronto Atendimento após ser ferido por abelha há 10 minutos. Queixa-se de falta de ar, tontura e náuseas. Exame físico: vígil, orientado e ansioso. PA=88/42mmHg, FC=120bpm, FR=28irpm, oximetria de pulso=92% em ar ambiente. Ausculta pulmonar: sibilos expiratórios difusos. A CONDUTA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem que, dez minutos após ferida de abelha, evolui com dispneia, sibilos difusos, tontura e hipotensão (PA 88/42 mmHg) está em anafilaxia, com acometimento simultâneo respiratório e cardiovascular. A resposta esperada é adrenalina (epinefrina), obrigatoriamente com a via especificada: intramuscular ou endovenosa. Responder adrenalina subcutânea, ou omitir a via, é considerado erro. O raciocínio é farmacocinético: a aplicação intramuscular na face anterolateral da coxa atinge pico plasmático rápido e previsível, enquanto a via subcutânea tem absorção errática, ainda mais em paciente vasoconstrito e hipotenso. Anti-histamínico e corticoide são adjuvantes de ação tardia e jamais substituem a adrenalina. A pérola: em anafilaxia, adrenalina é a primeira medida, sem aguardar exames.

QUESTÃO 10

Homem, 22a, procura o Pronto Atendimento por dor precordial de forte intensidade, iniciada há quatro dias e que piora com a inspiração. Apresentou coriza, odinofagia, febre e tosse há uma semana, com melhora espontânea. Antecedentes pessoais: diabetes tipo 1 há 10 anos em tratamento com insulina NPH e regular. Exame físico: regular estado geral; ansioso; PA=122/68mmHg; FC=112bpm; FR=22irpm. Ausculta pulmonar normal. Ausculta cardíaca: ritmo regular, em dois tempos, sem sopros. Realizado ECG A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 4

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica em homem de 22 anos com dor precordial forte há quatro dias, que piora com a inspiração e foi precedida, uma semana antes, por quadro de vias aéreas superiores com coriza, odinofagia e febre. Esse pródromo viral, somado à dor pleurítica e à ausência de sopros, aponta para pericardite aguda, provavelmente pós-viral, que é a resposta esperada. O eletrocardiograma dá a confirmação clássica: supradesnivelamento de ST difuso, de concavidade superior, sem imagem em espelho, acompanhado de infradesnivelamento do segmento PR. O raciocínio de exclusão importa: infarto aos 22 anos é raro, a dor isquêmica não varia com a respiração e seu supra é regional, com espelho. A pérola: dor que piora ao inspirar e alivia ao inclinar o tronco para frente é pericárdica.

QUESTÃO 11

Mulher, 46a, procura o Pronto Atendimento por dor e fraqueza em membros superiores e inferiores há dois dias. Participou de caminhada nos últimos quatro dias para atividade religiosa. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de hidroclorotiazida. Exame físico: PA=152/98mmHg; FC=96bpm; FR=22irpm; T=37,5°C. Ausculta cardíaca e pulmonar normais, sem edemas. Exames laboratoriais: hemoglobina=12,2g/dL; leucócitos=14.000/mm³; ureia=107mg/dL; creatinina=3,6mg/dL; sódio=136mEq/L; potássio=5,4mEq/L; cálcio=8,8mg/dL; fósforo=4,4mg/dL; CPK=16.328UI/L. Exame de urina: pH=4,9; densidade=1009; nitrito=negativo; proteína=+/4+; hemoglobina=++/4+; leucócitos=3/campo; hemácias=2/campo. A CONDUTA TERAPÊUTICA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta terapêutica imediata. O caso reúne mialgia intensa após esforço físico prolongado, CPK de 16.328 UI/L e urina com hemoglobina positiva sem hemácias ao sedimento, dissociação clássica que indica mioglobinúria e não hematúria. Já há lesão renal aguda instalada, com creatinina de 3,6 mg/dL, ureia de 107 mg/dL e potássio de 5,4 mEq/L. A resposta esperada é hidratação endovenosa com cristalóide, aceitando-se soro fisiológico ou Ringer; hidratação oral, soro glicosado e colóides não pontuam. O raciocínio é que a mioglobina precipita nos túbulos e é diretamente nefrotóxica, e o único tratamento de benefício comprovado é a expansão volêmica precoce e vigorosa, mantendo alto débito urinário. A pérola: fita urinária positiva para sangue sem hemácias na microscopia é rabdomiólise até prova em contrário.

QUESTÃO 12

Homem, 70a, há 45 dias foi atendido no Pronto Atendimento com quadro de tosse, expectoração amarelada e dispneia há 10 dias, além de febre não mensurada. Solicitados exames e prescrito levofloxacino 750 mg/dia por 10 dias para uso domiciliar. Antecedente pessoal: pedreiro por 40 anos, aposentado há seis meses; tabagismo ativo (90 anos-maço), tosse matutina há dois meses. Hoje, o paciente foi convocado para consulta na Unidade Básica de Saúde devido ao resultado do escarro. Refere melhora da expectoração, mas mantém dispneia. Resultado de exames: tomografia computadorizada de tórax de alta resolução: presença de enfisema centro lobular e para-septal predominando em lobos superiores; lesões em “árvore em brotamento” no segmento lateral do lobo médio. Escarro: baciloscopia=negativa; teste rápido molecular para *Mycobacterium tuberculosis*=negativo; cultura para *Mycobacterium*: positivo para *Mycobacterium avium*. O EXAME NECESSÁRIO PARA CONFIRMAR A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 5 O ENUNCIADO ABAIXO REFERE-SE ÀS QUESTÕES 13 E 14 Homem, 26a, condutor de motocicleta, teve colisão contra anteparo fixo. É trazido à Unidade de Emergência devido a perda de consciência momentânea. Exame físico: escala de coma de Glasgow=15; pupilas isocóricas e fotorreagentes; PA=132/81mmHg; FC=76bpm; FR=14irpm; oximetria de pulso=100% em ar ambiente; hematoma e escoriação na região temporoparietal direita. Foi mantido em observação. Após 70min evoluiu com rebaixamento súbito do nível de consciência e anisocoria. Foi indicado uma via aérea definitiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão explora os critérios diagnósticos da micobacteriose não tuberculosa. O paciente tem terreno predisponente, com tabagismo pesado, enfisema e exposição ocupacional, e tomografia com lesões em árvore em brotamento no lobo médio, achado sugestivo de doença por *Mycobacterium avium*; a baciloscopia e o teste molecular para tuberculose foram negativos e a cultura isolou *M. avium*. Ainda assim, uma única cultura positiva não fecha o diagnóstico, porque essas micobactérias são ambientais e podem apenas colonizar a via aérea. A resposta esperada é colher nova amostra de escarro para cultura de micobactéria. O critério microbiológico exige duas culturas de escarro positivas em amostras distintas, ou uma amostra positiva de lavado broncoalveolar ou de biópsia. A pérola: colonização e contaminação se afastam repetindo a cultura.

QUESTÃO 14

NESTE TIPO DE LESÃO INTRACRANIANA, A ESTRUTURA VASCULAR MAIS FREQUENTEMENTE ACOMETIDA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se qual vaso é o mais acometido na lesão descrita: a artéria meníngea média. O raciocínio: perda momentânea da consciência, intervalo lúcido com Glasgow 15, e cerca de 70 minutos depois rebaixamento súbito com anisocoria compõem a apresentação clássica do hematoma extradural (epidural) agudo. O trauma foi temporoparietal direito, região em que a calota é fina e a fratura rompe justamente a meníngea média, ramo da maxilar interna que corre sulcada na tábua interna do osso temporal. Por ser sangramento arterial, a coleção se expande rapidamente e hernia o unco do temporal, comprimindo o III nervo craniano, o que explica a midríase ipsilateral. Pérola: sangue arterial justifica o intervalo lúcido curto e a urgência da drenagem cirúrgica.

QUESTÃO 15

Mulher, 25a, procurou Unidade Básica de Saúde devido à presença de nódulo indolor em pescoço, que se mantém inalterado há mais de dois anos. Exame físico: nódulo de 20mm, endurecido e indolor à palpação na região inferior ao ângulo da mandíbula e ao lóbulo da orelha esquerda. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica para nódulo cervical de 20 mm, indolor, endurecido, estável há mais de dois anos, situado abaixo do ângulo da mandíbula e do lóbulo da orelha esquerda. Essa localização corresponde à topografia da glândula parótida, e não a uma cadeia linfonodal. A resposta esperada é tumor de parótida, aceitando-se adenoma pleomórfico ou tumor misto de parótida. O raciocínio se apoia na história natural: crescimento lento ou ausente por anos, consistência firme, ausência de dor e, sobretudo, ausência de paralisia facial falam a favor de lesão benigna, e o adenoma pleomórfico é o tumor mais comum da glândula. A pérola: dor local e comprometimento do nervo facial são os sinais de alarme que levantam a suspeita de malignidade e mudam completamente a abordagem.

QUESTÃO 16

Recém-nascido a termo, sete dias de vida, é trazido ao Pronto-Socorro com história de vômitos e distensão abdominal há dois dias. Nega febre ou outras queixas. Em aleitamento materno exclusivo. Antecedentes: primeira evacuação no terceiro dia de vida e alguns episódios de evacuação após estímulo. Exame físico: abdome distendido, sem abaulamentos, ânus tópico e pérvio. Exames laboratoriais: eletrólitos, ureia, creatinina e gasometria normais. Radiograma simples de abdome: (imagem Q16). O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DO ABDOME AGUDO É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 6

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico etiológico do abdome agudo obstrutivo em recém-nascido a termo com sete dias de vida, vômitos e distensão abdominal. O detalhe decisivo está nos antecedentes: a primeira evacuação só ocorreu no terceiro dia de vida e as demais dependem de estímulo retal, com ânus tópico e pérvio ao exame. A resposta esperada é megacólon congênito, também aceito como doença de Hirschsprung ou aganglionose. O raciocínio é embriológico: a falha de migração craniocaudal das células da crista neural deixa um segmento distal sem plexos mioentéricos, que permanece contraído e funciona como obstáculo funcional, com dilatação a montante, o que explica a radiografia com alças distendidas. A pérola: eliminação de mecônio após 48 horas de vida obriga a pensar em Hirschsprung.

QUESTÃO 17

Mulher, 20a, terceiro dia de pós-operatório de craniectomia descompressiva por hematoma subdural, encontra-se na Unidade de Terapia Intensiva, sedada, PA=124/78mmHg, FC=88bpm, T=36,2°C. Diurese 24h=6.200mL, urina clara, creatinina=0,7mg/dL, ureia=32mg/dL, sódio=167mEq/L, potássio=4,1mEq/L. A ETIOLOGIA DO DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a etiologia do distúrbio hidroeletrólítico: diabetes insipidus, de origem central. O raciocínio: no terceiro dia de pós-operatório de craniectomia descompressiva a paciente apresenta poliúria maciça, 6.200 mL em 24 horas, com urina clara, portanto diluída, e hipernatremia de 167 mEq/L, com ureia e creatinina normais. Perder água livre nesse volume e ao mesmo tempo concentrar sódio no plasma só é possível se o rim não estiver respondendo ao ADH, e o edema hipotálamo-hipofisário decorrente do trauma e da cirurgia interrompe a secreção do hormônio. O tratamento é reposição de água livre associada à desmopressina. Pérola: poliúria com urina clara e sódio alto no pós-neurocirúrgico é diabetes insipidus; se o sódio estivesse baixo, o raciocínio viraria SIADH ou síndrome cerebral perdedora de sal.

QUESTÃO 18

Mulher, 32a, é encaminhada ao ambulatório especializado com o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico avançado, histologicamente do tipo difuso de Laurén. Exame físico: abdome: plano, sem visceromegalias, sem sinais de ascite, presença de nodulação endurecida e dolorosa em cicatriz umbilical. ESTE EXAME FÍSICO INDICA A PRESENÇA DE:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o significado do achado de exame físico em mulher com adenocarcinoma gástrico avançado do tipo difuso de Laurén: nodulação endurecida e dolorosa na cicatriz umbilical. Esse é o nódulo da irmã Maria José, e a resposta esperada é carcinomatose peritoneal, metástase peritoneal ou o próprio epônimo. O raciocínio é anatômico: a disseminação transcelômica de células neoplásicas alcança o umbigo pelo ligamento falciforme e pelos remanescentes do útero e dos vasos umbilicais, região de escassa barreira entre peritônio e pele. O tipo difuso, com células em anel de sinete, é justamente o que mais dissemina por essa via. A pérola: o achado caracteriza doença metastática, ou seja, M1 e estágio IV, o que afasta o tratamento com intenção curativa e reorienta a conduta para terapia sistêmica e palição.

QUESTÃO 19

Homem, 44a, deu entrada no Pronto-Socorro com queixa de dor torácica em região precordial de forte intensidade com irradiação para o dorso há oito horas, acompanhada de sudorese fria. Antecedente pessoal: hipertensão arterial em uso de nifedipina 40mg/dia. Exame físico: PA=212/142mmHg; FC=111bpm; estase jugular; pulsos arteriais periféricos com amplitude diminuída no membro superior esquerdo; coração: bulhas hipofonéticas e sopro diastólico suave em foco aórtico acessório; pulmões: estertores crepitantes em bases; abdome: exame normal. As dosagens de CK-mb e troponina estavam normais. Eletrocardiograma: sobrecarga de câmaras esquerdas. Radiograma de tórax: imagem Q19. O EXAME COMPLEMENTAR QUE CONFIRMA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 20. Mulher, 18a, vítima de atropelamento, é trazida ao Centro de Trauma pelo Corpo de Bombeiros, consciente, orientada, com dor torácica, dispneia e presença de fratura exposta de fêmur à direita. Exame físico: Escala de coma de Glasgow=15; FC=118bpm; PA=80/42mmHg; FR=32irpm; oximetria de pulso=92% em ar ambiente; pulmões: murmúrio vesicular diminuído à direita com submacicez à percussão. DE ACORDO COM O ATLS, A CLASSIFICAÇÃO DE HEMORRAGIA DESTA PACIENTE É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que confirma a hipótese. O quadro é de dor torácica intensa com irradiação para o dorso, hipertensão grave (212/142 mmHg), assimetria de pulsos com amplitude reduzida no membro superior esquerdo, sopro diastólico aórtico e alargamento de mediastino na radiografia, tudo apontando para dissecação aguda de aorta, hipótese reforçada pelos marcadores de necrose miocárdica normais. A resposta esperada é ecocardiograma transesofágico, angiotomografia de tórax, angiorressonância ou tomografia de tórax com contraste. Ecocardiograma sem a qualificação de transesofágico, ou tomografia e ressonância sem contraste, são consideradas erradas, porque não demonstram o flap intimal nem as duas luzes. A pérola: dor migratória para o dorso com diferença de pulsos e sopro de insuficiência aórtica não é infarto.

QUESTÃO 22

Mulher, 56a, procura Pronto-Socorro com queixa de dispneia progressiva há um mês. Refere atendimentos médicos, pelo mesmo motivo, com melhora parcial após uso de inalações. Antecedente pessoal: infecção por covid, com internação em Unidade de Terapia Intensiva e ventilação mecânica por 14 dias. Exame físico: FR=26irpm, sinais de cornagem. Realizada inalação com simpatomimético, sem melhora efetiva do desconforto. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de mulher com dispneia progressiva há um mês, refratária a inalações repetidas, com cornagem ao exame e antecedente de intubação e ventilação mecânica por catorze dias durante internação por covid. A resposta esperada é estenose laringotraqueal, aceitando-se estenose laríngea ou traqueal. O raciocínio parte do tipo de ruído: cornagem, ou estridor, é ruído inspiratório de via aérea alta e extratorácica, ao contrário do sibilos, que é expiratório e de via aérea baixa. A ausência de resposta ao broncodilatador confirma que a obstrução é fixa e mecânica, resultado da lesão isquêmica da mucosa pelo balonete e do tecido de granulação e da fibrose cicatricial subsequentes. A pérola: dispneia após intubação prolongada rotulada como asma é estenose de via aérea até prova em contrário.

QUESTÃO 23

Homem, 48a, procura Pronto-Socorro com queixa de febre há 24 horas. Refere estar em investigação ambulatorial por quadro de dor abdominal em cólica, após alimentação há três meses. Exame físico: ictérico++/4; T=38,2°C; FC=98bpm; PA=124/72mmHg. hemoglobina=11,4g/dL, leucócitos=11.480/mm³; plaquetas=192.000/mm³; AST=124UI/L; ALT=98UI/L; fosfatase alcalina=489UI/L; gama GT=820UI/L; bilirrubina total=8mg/dL; bilirrubina direta=6,2mg/dL. Exame de urina: hemácias=6/campo, leucócitos=8/campo, proteína ausente. O EXAME QUE MELHOR AVALIA A CAUSA PROVÁVEL DESTES QUADROS É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 8 24. Homem, 56a, procura Unidade Básica de Saúde com queixa de dificuldade para iniciar micção há oito meses, com piora no último mês. Refere que o jato urinário está mais fraco, mesmo com esforço, e que apresenta gotejamento ao final da micção, além de aumento do número de micções noturnas. Toque retal: próstata fibroelástica, cerca de 45g. PSA total=4ng/mL, PSA livre=0,88ng/mL. CONSIDERANDO A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, A CONDUTA INICIAL É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 9

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que melhor avalia a causa provável do quadro. O paciente reúne a tríade de Charcot, com febre, icterícia e dor abdominal, em vigência de investigação por cólica pós-alimentar há três meses. O laboratório mostra padrão nitidamente colestático, com fosfatase alcalina e gama-GT muito elevadas e bilirrubina total de 8 mg/dL à custa da fração direta, enquanto as transaminases estão apenas discretamente alteradas. Isso caracteriza colangite aguda por obstrução biliar, quase certamente por coledocolitíase. A resposta esperada é ultrassonografia de abdome; responder apenas ultrassom não é aceito. O raciocínio é de custo-efetividade: a ultrassonografia é o primeiro exame porque identifica cálculos e dilatação de vias biliares, é rápida, barata, sem radiação e disponível no pronto-socorro.

QUESTÃO 28

Você está auxiliando na reanimação de bebê de 9 meses em parada cardiorrespiratória por hipóxia. Está cuidando da via aérea, logo após o paciente ter sido intubado com sucesso. QUAL A FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA QUE VOCÊ DEVE APLICAR NESTA CONDIÇÃO?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra um parâmetro de reanimação pediátrica após a via aérea avançada estar instalada. Em lactente de nove meses em parada por hipóxia, já intubado, a resposta esperada é ventilar de 20 a 30 incursões por minuto, ou seja, uma ventilação a cada 2 a 3 segundos. O ponto conceitual é que, com o tubo posicionado, cessa a sincronia entre compressões e ventilações: as compressões passam a ser contínuas, de 100 a 120 por minuto, enquanto as ventilações seguem ritmo próprio. Essa frequência mais alta em lactentes e crianças reflete a diretriz atualizada e a fisiologia do grupo, cuja parada é tipicamente de origem respiratória. A pérola de prova: hiperventilar é deletério, pois eleva a pressão intratorácica, reduz o retorno venoso e piora a perfusão coronariana durante a reanimação.

QUESTÃO 30

Menino, 7m, foi trazido ao Pronto-Socorro por choro inconsolável intercalado com períodos de melhora há 18 horas. Pais referem piora progressiva do quadro, com aumento dos episódios e evacuações com muco e laivos de sangue. Negam febre ou outros sintomas. Antecedentes pessoais: negam doenças e uso de medicamentos. Durante o exame mostra-se irritado, flexionando as pernas contra o abdome. Exame físico: regular estado geral; palidez cutânea; mucosas secas; abdome doloroso à palpação difusa, distendido, ruído hidroaéreo ausente com massa cilíndrica palpável no quadrante superior direito. Restante do exame sem alterações. Ultrassonografia de abdome (imagem Q30). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica em lactente de sete meses com choro inconsolável em crises, intercalado por períodos de acalmia, sendo esse padrão intermitente a marca da doença. Somam-se evacuações com muco e sangue, as fezes em geleia de framboesa, flexão das pernas sobre o abdome durante a dor e massa cilíndrica palpável no quadrante superior direito, com ultrassonografia mostrando o sinal do alvo ou pseudo-rim. A resposta esperada é intussuscepção ou invaginação intestinal. O raciocínio é mecânico: um segmento proximal telescopa para dentro do distal, comprime o mesentério, gera congestão venosa e sangramento da mucosa e pode evoluir para isquemia. A pérola: é a causa mais comum de obstrução intestinal entre 3 meses e 3 anos, e o tratamento inicial é a redução por enema, não a cirurgia de imediato.

QUESTÃO 33

Menino, 10a, é trazido à Unidade Básica de Saúde com história de dificuldade para evacuar há seis anos. Há dois anos passou a apresentar perdas fecais em roupas íntimas, de odor fétido, cinco vezes ao dia. Está em uso de lactulose 20mL/dia há dois meses, sem melhora. Hábito intestinal: uma vez por semana, fezes endurecidas em quantidade moderada. Nega vômitos ou sangue nas fezes. Exame físico: percentil 25 de peso e 50 de estatura; abdome: distensão abdominal e palpação de fezes de consistência endurecida em fossa ilíaca esquerda. A CONDUTA INICIAL É: 34. Recém-nascido (RN), 1 dia de vida, assintomático, em aleitamento materno. Mãe apresenta VDRL=1:8 no momento do parto, com tratamento adequado durante a gestação. RN com exame físico sem alterações e VDRL=1:1. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta inicial em menino de 10 anos com constipação crônica funcional que evoluiu com escape fecal, com perdas em roupas íntimas cinco vezes ao dia e odor fétido, além de fezes endurecidas palpáveis em fossa ilíaca esquerda. Esse escape é incontinência por transbordamento em torno de um fecaloma, e não diarreia. A resposta esperada é a desimpactação: remoção do fecaloma, clister glicerinado ou polietilenoglicol em dose de desimpactação, cerca de 1,5 g/kg; responder apenas PEG, sem indicar a desimpactação, não pontua. O raciocínio explica a falha terapêutica do caso, pois lactulose em dose de manutenção sobre um reto impactado apenas amolece as fezes que escapam ao redor da massa. A pérola: primeiro desimpacta, e só depois entra a manutenção com laxativo e treino de hábito intestinal.

QUESTÃO 35

Menino, 9a, é trazido à Unidade Básica de Saúde com história de sonolência e apatia há um mês. Segundo a professora, há uma semana está mais desinteressado das atividades escolares, com piora de seu rendimento em sala e nas provas. Exame físico: FC=64bpm; FR=20irpm; PA=percentil 50 para idade e estatura; corado; pele fria e seca; leve edema em mãos e pés. Restante do exame normal, estatura mantida desde a última consulta, há seis meses. A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a principal hipótese diagnóstica em menino de 9 anos com sonolência, apatia e queda do rendimento escolar há um mês. O exame reúne bradicardia relativa para a idade, pele fria e seca, leve edema de mãos e pés, sugestivo de mixedema, e, sobretudo, estatura parada desde a consulta de seis meses atrás. A resposta esperada é hipotireoidismo adquirido; responder hipotireoidismo congênito é considerado incorreto. O raciocínio cronológico separa as duas entidades: um quadro congênito já teria se manifestado com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor nos primeiros meses de vida e teria sido captado pela triagem neonatal. Aqui a criança era normal e regrediu, o que aponta para tireoidite de Hashimoto, causa mais comum na faixa escolar. A pérola: desaceleração do crescimento com ganho de peso é bandeira de hipotireoidismo.

QUESTÃO 36

Menino, 8a, é trazido para avaliação na Unidade Básica de Saúde com história de manchas vermelhas pelo corpo há três semanas. Mãe refere aparecimento de lesão eritematosa de formato ovalado com 3cm de diâmetro em transição tóraco-abdominal no início do quadro. Há duas semanas, refere aparecimento de erupção generalizada e simétrica em tronco e membros com lesões róseas ligeiramente elevadas, ovaladas, menores de 1cm, recobertas por uma fina escama. Algumas apresentam uma área central mais clara. Nega prurido ou outras queixas. Refere uso de loratadina por 10 dias, sem melhora. (imagem Q36). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO■ PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS■ MANHÃ 13

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica de exantema com evolução muito característica: primeiro uma placa eritematosa ovalada de cerca de 3 cm na transição tóraco-abdominal, a placa mãe ou medalhão arauto, e, cerca de uma semana depois, erupção generalizada e simétrica em tronco e membros, com lesões ovaladas menores que 1 cm, róseas, discretamente elevadas e recobertas por fina escama, algumas com clareamento central. A resposta esperada é pitíriase rósea. O raciocínio está em reconhecer o padrão temporal em duas fases e a disposição das lesões seguindo as linhas de clivagem da pele, o que desenha o clássico aspecto em árvore de Natal no dorso. A pérola: é autolimitada, resolve em seis a oito semanas sem tratamento, e por isso não responde a anti-histamínico, como ocorreu no caso.

QUESTÃO 37

Mulher, 51a, teve sua última menstruação há cerca de 13 meses. Refere fogachos intensos, especialmente durante a noite, que interferem na qualidade do sono. Queixa-se de diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia e redução do desejo sexual. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial controlada com medicação; histerectomia e retossigmoidectomia por endometriose. Faz atividade física cinco vezes por semana e considera sua alimentação bastante saudável. Exame físico: PA=122/80mmHg; IMC=21Kg/m²; exame de mamas sem anormalidades e exame ginecológico com mucosa vaginal hipotrófica. O MELHOR TRATAMENTO PARA ALÍVIO DA SINTOMATOLOGIA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o melhor tratamento para mulher de 51 anos na pós-menopausa, com fogachos noturnos intensos que prejudicam o sono e síndrome geniturinária, com ressecamento, dispareunia e mucosa hipotrófica. Sem contraindicações e dentro da janela de oportunidade, a indicação é terapia hormonal sistêmica. A resposta esperada é terapia hormonal combinada, também aceita como estroprogestativa ou tibolona; estrogênio ou progestagênio isolados não pontuam. O detalhe cobrado é o antecedente de histerectomia e retossigmoidectomia por endometriose: embora a ausência de útero normalmente dispense o progestagênio, focos endometrióticos residuais podem ser reativados pelo estrogênio isolado, com risco inclusive de transformação maligna. A pérola: histerectomia por endometriose é a exceção que mantém a oposição progestacional.

QUESTÃO 39

Mulher, 23a, G2P0A1, idade gestacional de 10 semanas, que apresentou teste rápido de sífilis positivo na primeira consulta de pré-natal, retorna para avaliação de resultado de exames complementares. Nega qualquer sintoma ou tratamento prévio da doença. VDRL=negativo e CMIA=positivo. DE ACORDO COM O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS (PCDT) DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, A PRESCRIÇÃO INDICADA PARA A GESTANTE É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 14

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão exige o esquema completo pelo protocolo do Ministério da Saúde. A gestante tem teste treponêmico positivo, tanto o teste rápido quanto o CMIA, com VDRL não reagente, nunca tratada e assintomática: trata-se de sífilis e, como não há como datar a infecção, classifica-se como latente tardia ou de duração ignorada. A resposta esperada é penicilina benzatina 2.400.000 UI por via intramuscular, uma vez por semana, durante três semanas, totalizando 7.200.000 UI. A banca exige droga, via e tempo, e resposta parcial não é aceita. O raciocínio é que o treponema tem replicação lenta nessa fase, exigindo níveis treponemicidas prolongados. A pérola: só a penicilina benzatina trata adequadamente o feto, e intervalo maior que catorze dias entre as doses obriga a reiniciar todo o esquema.

QUESTÃO 40

Mulher, 31a, nuligesta, está tentando engravidar há dois anos. Refere sangramento menstrual regular com volume aumentado. Traz exames de dosagens hormonais normais; espermograma sem alterações. Ultrassonografia transvaginal=útero com volume de 125cm³ com mioma de 1cm (FIGO 0) e ovários sem anormalidades. Realizada histerossalpingografia: (imagem Q40) A CONDUTA TERAPÊUTICA É: 41. Mulher, 35a, G2P1A0, IG=35 semanas e 6 dias, procura Maternidade em trabalho de parto espontâneo. Ao exame: dinâmica uterina=3x35seg em 10min, altura uterina=35cm; BCF=148bpm; toque=colo dilatado 4,0cm, 70% esvaecido, medianizado, amolecido, bolsa íntegra. Antecedentes: sem comorbidades, pré-natal na Unidade Básica de Saúde. Evoluiu para parto vaginal após 5 horas. Após 65 minutos do nascimento sem dequitação placentária, iniciou com sangramento intenso. No exame físico, foi constatado ausência de área de clivagem placentária. Além do suporte básico de vida, A CONDUTA TERAPÊUTICA ESPECÍFICA NESTE MOMENTO É: 42. Mulher, 38a, primigesta, IG= 28 semanas, procura Pronto Atendimento com queixa de inchaço nas mãos e pés há uma semana. Há dois dias vem apresentando dor abdominal, principalmente no flanco direito, redução de volume urinário, com coloração escura. Antecedentes: acompanhamento de pré-natal regular em Unidade Básica de Saúde, sem comorbidades. Exame físico: PA=130/92mmHg; FC=100bpm; FR=18irpm; abdome=útero normotônico, uma contração de 35seg em 10min, altura uterina=23cm, BCF=152bpm, pouco doloroso difusamente à palpação, descompressão brusca negativa. Toque vaginal=colo uterino grosso, posterior, impérvio. Membros inferiores= edema de 2+/4+ bilateralmente, pulsos simétricos. Exames laboratoriais: hemoglobina=13,7g/dL; hematócrito=39,5%; leucócitos=11.990/mm³; plaquetas=98.000/mm³; LDH=3.803UI/L; ALT=533UI/L; bilirrubina total=3,22mg/dL; CK=193UI/L; creatinina=1,62mg/dL; relação proteína/creatinina urinária=0,32. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta terapêutica em mulher de 31 anos com infertilidade de dois anos e sangramento menstrual de volume aumentado. As dosagens hormonais e o espermograma são normais, e a ultrassonografia mostra mioma de 1 cm classificado como FIGO 0, isto é, submucoso totalmente intracavitário. A resposta esperada é miomectomia histeroscópica; responder apenas miomectomia, ou miomectomia por laparotomia, é considerado incorreto. O raciocínio é topográfico: o mioma que ocupa a cavidade distorce o endométrio, prejudica a implantação e explica tanto a hipermenorreia quanto a infertilidade, e por ser intracavitário é integralmente ressecável por via histeroscópica, sem incisão uterina nem cicatriz miometrial. A pérola: miomas FIGO 0 e 1 são de abordagem histeroscópica, e a via faz parte da resposta.

QUESTÃO 44

Mulher, 35a, G3P2A0, IG=37 semanas e 1 dia (A=E), retorna à consulta de pré-natal em hospital terciário, sem queixas, com boa movimentação fetal, trazendo resultado de exames, realizados ontem. É hipertensa crônica, em uso de metildopa 750mg/dia. Exame físico: PA=134/82mmHg, AU=33cm; BCF=148 bpm. Toque vaginal=colo 50% esvaecido, 2cm de dilatação, polpa, cefálico, bolsa íntegra. Ultrassonografia obstétrica com Doppler=gestação de 37 semanas, cefálico, peso fetal estimado < percentil 8, com aumento da resistência na artéria umbilical (índice de pulsatilidade>percentil 95); Doppler em artéria cerebral média e líquido amniótico normais. Cardiotocografia: boa vitalidade (Categoria 1). Exames laboratoriais: hemoglobina=13,4g/dL; hematócrito=38,6%; plaquetas=307.000/mm³; AST=10UI/L; creatinina=0,71mg/dL; bilirrubina total=0,17mg/dL; LDH=112UI/L; relação proteína/creatinina urinária=0,42. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta em gestante de 37 semanas, hipertensa crônica, cujo feto tem peso estimado abaixo do percentil 8 com índice de pulsatilidade da artéria umbilical acima do percentil 95, mas com Doppler de cerebral média e líquido amniótico normais e cardiotocografia categoria 1. A resposta esperada é resolução da gestação por indução do parto; responder cesárea não é aceito. O raciocínio combina dois eixos: já existe restrição de crescimento com insuficiência placentária inicial, e a idade gestacional a termo torna o risco de manter a gravidez maior que o da resolução. Como a vitalidade está preservada e o colo é favorável, com 2 cm de dilatação, 50% esvaecido e apresentação cefálica, a via vaginal é segura. A pérola: alteração de Doppler não é, por si, indicação de cesárea, pois quem define a via é a vitalidade fetal.

QUESTÃO 45

Mulher, 19a, nuligesta, sem problemas de saúde, iniciou anticoncepcional oral combinado com cartela de 24 dias e pausa de 4 dias, associado a preservativo. Após seis meses de uso regular, não está mais apresentando sangramento de privação na pausa da cartela. QUAL A ORIENTAÇÃO QUE DEVE SER FORNECIDA PARA ESTA MULHER?

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a orientação a ser dada à jovem de 19 anos que, após seis meses de uso regular e correto de anticoncepcional oral combinado em regime de 24 dias com pausa de 4, deixou de apresentar sangramento na pausa. A resposta esperada é simplesmente orientar que isso é normal; qualquer conduta diferente de tranquilizar não pontua. O raciocínio é fisiológico: o sangramento da pausa não é menstruação verdadeira, e sim privação hormonal sobre um endométrio que o progestagênio mantém progressivamente atrófico. Com o tempo, esse endométrio fica tão fino que não há tecido suficiente para descamar, gerando amenorreia de privação, que não indica falha do método nem prejuízo à fertilidade futura. A pérola: uso regular e correto afasta gestação, e regimes de pausa curta favorecem justamente esse achado.

QUESTÃO 46

Mulher, 50a, G2P1C1A0, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de perda de urina aos esforços, sem urgência miccional. Refere uso de estradiol (creme vaginal) duas vezes por semana. Antecedentes: diabetes tipo 2, controlado com dieta e metformina. Exame ginecológico: hipotrofia vulvar, ausência de lesões genitais e manobra de Valsalva negativa. A CONDUTA INICIAL É:] PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 16

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta inicial em mulher de 50 anos com perda urinária aos esforços, sem urgência miccional, quadro de incontinência urinária de esforço pura. A resposta esperada é fisioterapia com exercícios de fortalecimento do assoalho pélvico; qualquer outra medida terapêutica ou solicitação de exame adicional não pontua. O raciocínio é que o tratamento conservador é a primeira linha universal nesse tipo de incontinência, com boas taxas de melhora, sem risco cirúrgico e sem custo relevante. Estudo urodinâmico e cirurgia de sling ficam reservados para falha do tratamento conservador, dúvida diagnóstica ou quadros mistos. A pérola: a manobra de Valsalva negativa no consultório não exclui o diagnóstico, que é clínico e se baseia na história de perda sincrônica ao aumento da pressão abdominal.

QUESTÃO 47

Mulher, 68a, procura o Pronto-Socorro com quadro de dispneia aos esforços há 20 dias, com piora há dois dias. Nega febre e tosse. Tem antecedente de câncer de mama: carcinoma ductal invasivo, estadió clínico IIa, tratado com quadrantectomia e biópsia de linfonodo sentinela, quimioterapia e radioterapia há seis anos. Atualmente sem uso de medicação. Radiograma de tórax (imagem Q47) ESTE ACHADO RADIOLÓGICO OCORRE COMO CONSEQUÊNCIA DE:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a causa do achado radiológico, um derrame pleural, em mulher de 68 anos com dispneia progressiva há vinte dias, sem febre nem tosse, e antecedente de carcinoma ductal invasivo tratado há seis anos. A resposta esperada precisa citar metástase, sendo aceitas metástase pleural de câncer de mama, metástase pleural ou pulmonar, ou câncer de mama metastático. O raciocínio é epidemiológico e clínico: a mama é a principal origem de derrame pleural maligno na mulher, recidivas tardias após anos de intervalo livre são típicas desse tumor, e a evolução subaguda sem sinais infecciosos afasta pneumonia e empiema. A pérola: derrame volumoso, unilateral e insidioso em paciente com neoplasia prévia é maligno até prova em contrário, e a toracocentese com citologia oncológica é o passo seguinte.

QUESTÃO 48

Mulher, 28a, procurou o Pronto Atendimento com queixa de dor pélvica de moderada intensidade há dois dias. Nega leucorreia, febre ou disúria. Refere ciclos menstruais regulares, com última menstruação há 14 dias. Método contraceptivo=condom. Exame físico: dor à palpação profunda de hipogastro, sem outras alterações. Beta-HCG=negativo. Ultrassonografia pélvica: cisto ovariano à esquerda medindo 6cm, multiloculado, com paredes lisas, sem projeções ou fluxo ao doppler (IC=1) IOTA-B. Paciente apresentou melhora do quadro após analgesia. A CONDUTA EM RELAÇÃO AO CISTO OVARIANO É: PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 17 O ENUNCIADO ABAIXO REFERE-SE AS QUESTÕES 49 A 52: O Departamento de Vigilância em Saúde (DVS) de um município constatou que, entre os anos de 2010 e 2019, houve um aumento significativo na incidência de internações por doenças respiratórias entre os moradores adscritos às quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região sul da cidade. Dentre essas está a UBS do Jardim Alvim que em 2019 tinha uma população de 20.000 pessoas. A equipe de vigilância epidemiológica desta UBS constatou que nesse ano foram registrados 200 óbitos e que, na declaração de óbito estava registrado, em 40 deles, que a causa de morte foi insuficiência respiratória. Várias foram as hipóteses para explicar esse problema de saúde, tais como: o crescimento e o adensamento populacional desordenado; a ampliação e o aumento das operações de transporte de passageiros e de cargas no aeroporto internacional que fica nessa região. Existem três grandes rodovias estaduais que cortam o território dessa UBS e nelas ocorreu um aumento constante no tráfego diário de veículos. A equipe de vigilância também cogitou a possibilidade de alguma falha no atendimento prestado pelas equipes de saúde da família. Diante disto, o DVS e a UBS planejaram e executaram um inquérito populacional cujo objetivo era descrever a frequência de pessoas que apresentavam sintomas respiratórios nos últimos 15 dias e se havia associação entre morar próximo ao aeroporto e apresentar sintomas respiratórios. A coleta de dados foi realizada pelos agentes comunitários de saúde em uma data específica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta diante de cisto ovariano de 6 cm em mulher de 28 anos que ficou assintomática após analgesia. A ultrassonografia descreve lesão multiloculada, de paredes lisas, sem projeções papilíferas e sem fluxo ao Doppler, classificada como IOTA-B, ou seja, com características ecográficas de benignidade. A resposta esperada é conduta expectante com seguimento e repetição da ultrassonografia; dar alta não é aceito. O raciocínio parte da história natural: cistos funcionais são comuns na menacme e a grande maioria regride espontaneamente em dois ou três ciclos, de modo que operar exporia a paciente a risco cirúrgico e perda de reserva ovariana sem benefício. A pérola: são as regras IOTA e os sinais de malignidade, como projeções, septos espessos, vascularização central e ascite, que indicam investigação e cirurgia.

QUESTÃO 58

Homem, 51a, permaneceu internado em Unidade de Terapia Intensiva durante mais de dois meses após acidente vascular encefálico hemorrágico. Recebeu alta com hemiplegia esquerda e dependência de terceiros para atividades da vida diária. Foi transferido temporariamente para casa de repouso, pois a companheira não conseguia cuidar dele em casa. Tem quatro filhos adultos, com os quais mantinha pouco contato nos últimos anos. A equipe de Saúde da Família se reuniu para elaborar Projeto Terapêutico Singular: elencaram os diagnósticos e problemas e definiram as ações e metas. O caso foi rediscutido apenas após três meses e nenhum membro da equipe realizou qualquer ação programada, pois considerava ser atribuição de outro. QUAL FASE DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NÃO FOI CUMPRIDA? PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO- PROVA OBJETIVA RESPOSTAS CURTAS- MANHÃ 20 O ENUNCIADO ABAIXO REFERE-SE ÀS QUESTÕES 59 E 60: Para descrever e analisar a mortalidade por covid em Manaus em 2021, Silva e colaboradores (2021) padronizaram o coeficiente de mortalidade geral dessa capital, utilizando a estrutura etária da população brasileira estimada em 2020. Os dados estão na tabela a seguir: Cidade/Idade (anos) Óbitos observados População Taxa específica Óbitos esperados n % Manaus 0-9 25 355.277 16,01 7,04 21,67 10-19 19 395.462 17,82 4,81 15,41 20-29 74 405.722 18,28 18,24 65,42 30-39 245 377.118 16,99 64,97 233,11 40-49 546 303.661 13,68 179,81 551,37 50-59 889 197.099 8,88 451,04 1.128,75 60-69 1.457 115.258 5,19 1.264,12 2.217,16 70-79 1.342 49.724 2,24 2.698,90 2.552,55 80+ 1.032 20.259 0,91 5.094,03 2.371,28 Total 5.629 2.219.580 100 9.156,73 Em relação às questões abaixo, basta montar a fórmula com os valores adequados, não sendo necessário o cálculo final.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede qual etapa do Projeto Terapêutico Singular não foi cumprida: a terceira fase, a da divisão de responsabilidades, em que se define quem faz o quê, em que prazo, e se nomeia o profissional de referência do caso. O raciocínio: a equipe percorreu as fases anteriores, porque fez o diagnóstico situacional, elencou problemas e chegou a definir ações e metas. O que faltou foi a pactuação nominal das tarefas, e o resultado foi exatamente o descrito no enunciado: cada membro presumiu que a ação era atribuição de outro e nada aconteceu. O caso também escancara a fragilidade da fase de reavaliação, adiada por três meses. Pérola: no PTS, meta sem responsável nomeado e sem data de reavaliação é meta que não se cumpre.

QUESTÃO 59

QUAL É A TAXA DE MORTALIDADE BRUTA POR COVID EM MANAUS EM 2021?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede apenas a montagem da fórmula da taxa de mortalidade bruta, também chamada de coeficiente geral de mortalidade. A resposta esperada é o total de óbitos observados dividido pela população, multiplicado por 100.000, ou seja, 5.629 divididos por 2.219.580, vezes 100.000. A banca aceita a resposta mesmo sem a multiplicação pela base populacional. O conceito por trás é que a taxa bruta usa os eventos realmente ocorridos e a população real da localidade, sem qualquer ajuste, o que a torna simples de calcular, porém fortemente influenciada pela estrutura etária local. A pérola: por isso ela não serve para comparar diretamente cidades ou períodos com perfis demográficos distintos, já que uma população mais envelhecida terá mortalidade bruta maior mesmo com condições de saúde equivalentes.

QUESTÃO 60

QUAL É A TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR COVID EM MANAUS EM 2021? PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO PROVA OBJETIVA-MANHÃ CADERNO DE IMAGENS 1 IMAGEM Q5 (referente à questão 5) IMAGEM Q6 (referente à questão 6) IMAGEM Q16 (referente à questão 16) PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO PROVA OBJETIVA-MANHÃ CADERNO DE IMAGENS 2 Imagem Q19 (referente à questão 19) Imagem Q30 (referente à questão 30) PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO PROVA OBJETIVA-MANHÃ CADERNO DE IMAGENS 3 Imagem Q36 (referente à questão 36) Imagem Q40 (referente à questão 40) PROCESSO SELETIVO 2024 ACESSO DIRETO PROVA OBJETIVA-MANHÃ CADERNO DE IMAGENS 4 Imagem Q43 (referente à questão 43) Imagem Q47 (referente à questão 47)

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a fórmula da taxa de mortalidade padronizada, e a diferença em relação à bruta está no numerador. A resposta esperada é o total de óbitos esperados dividido pela população, isto é, 9.156,73 divididos por 2.219.580, multiplicado por 100.000, sendo aceita mesmo sem a multiplicação pela base. O conceito é o da padronização direta: aplicam-se as taxas específicas por faixa etária de Manaus a uma população-padrão, aqui a estrutura etária brasileira estimada em 2020, gerando o número de óbitos que ocorreria se a cidade tivesse aquela composição. Isso remove o efeito de confusão da idade. A pérola de prova: sempre que o enunciado trazer a coluna de óbitos esperados, ela é o numerador da taxa padronizada, enquanto os óbitos observados alimentam a taxa bruta.