



Unicamp — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

36 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, 47a, procurou a unidade básica de saúde por tosse que iniciou há 18 dias, associado a cefaleia, obstrução nasal e febre. Destes sintomas, apenas a tosse seca persistiu, mais frequente no início da manhã e ao deitar-se. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial. Medicamentos em uso: losartana. Exame físico: PA=128/76mmHg, FR=14irpm, FC=78bpm. Orofaringe, ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o manejo da tosse pos-infecciosa. Homem com quadro de via aérea superior há 18 dias, cujos sintomas já regrediram, mantendo apenas tosse seca de predomínio matinal e ao deitar, com exame físico e ausculta normais e sem sinais de alarme. A resposta esperada é conduta expectante com orientações ao paciente (explicar a evolução autolimitada, sinais de alerta para retorno e alta), admitindo-se medidas locais simples como lavagem nasal com soro fisiológico. O raciocínio: a tosse que persiste após uma infecção respiratória pode durar semanas por hiper-reatividade e gotejamento posterior, e não exige antibiótico, corticoide, broncodilatador ou imagem. Perola: não caia na armadilha do anti-hipertensivo, porque quem provoca tosse é o IECA, e ele usa losartana (BRA), que não justifica o sintoma.

QUESTÃO 3

Mulher, 47a, encontra-se na Unidade de Emergência por sepse de foco urinário. Após a expansão volêmica, antibioticoterapia e início de noradrenalina em veia periférica, apresentou PA=96/72mmHg, FC=98bpm, FR=22irpm, T=38°C e oximetria=96% sob cateter O2 2L/min. Foi submetida a passagem de acesso venoso central em veia jugular interna esquerda. Exame físico após o procedimento: PA=76/56mmHg, FC=124bpm, FR=28irpm, T=38,1°C, oximetria=93% sob máscara não reinalante a 15L/min. Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular reduzido à esquerda e bulhas hipofonéticas. O EXAME INDICADO PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o exame que confirma a complicação. Logo após a punção de jugular interna esquerda a paciente despencou: hipotensão, taquicardia, queda da saturação mesmo com máscara não reinalante, murmúrio reduzido à esquerda e bulhas abafadas, quadro de pneumotorax hipertensivo iatrogeno. O exame indicado é a ultrassonografia de tórax à beira do leito (ultrassom pulmonar point of care). O raciocínio é de tempo e acurácia: paciente instável não se transporta para tomografia, e o ultrassom mostra em segundos a ausência de deslizeamento pleural e do sinal da praia, com sensibilidade superior à do radiograma em decúbito. Atenção ao detalhe de prova: a banca indeferiu abreviaturas como US, POCUS e FAST, exigindo o nome do exame por extenso.

QUESTÃO 4

Homem, 60a, comparece à Unidade Básica de Saúde referindo fraqueza, indisposição, aumento do volume abdominal e edema de membros inferiores há três meses. Exame físico: afebril, acianótico, anictérico, eupneico, hidratado. PA=124/82mmHg, FC=82bpm. Ausculta pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdômen: ascite volumosa, membros inferiores com edema moderado. Presença de ginecomastia. Exames laboratoriais: sorologia para Hepatite C=não reagente; sorologia para hepatite B: HBsAg=positivo, anti-HBs=negativo, anti-HBc=positivo, anti-HBe=positivo, HBeAg=negativo, HIV=negativo. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA, QUE DETERMINA A CONDUTA, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão quer a hipótese que direciona a conduta. O perfil sorológico HBsAg positivo, anti-HBc positivo, anti-HBs negativo, HBeAg negativo e anti-HBe positivo define infecção crônica pelo vírus B na fase HBeAg-negativa, e a clínica (ascite volumosa, edema, ginecomastia, evolução de três meses) revela doença hepática avançada com hipertensão portal e sinais de hiperestrogenismo. A resposta esperada é hepatopatia crônica ou cirrose hepática secundária a hepatite B, e a banca exige a vinculação dos dois elementos. Perola: dizer apenas hepatite B crônica ou apenas hepatopatia crônica não pontua, porque é a soma etiológica mais descompensação que define a conduta (rastreamento de varizes e de hepatocarcinoma, manejo da ascite e antiviral).

QUESTÃO 5

Mulher, 72a, engenheira, apresenta queixa progressiva de desatenção há cerca de dois anos, sem sintomas motores. Apresenta dificuldade de planejamento, de tomar conta de suas finanças e de iniciativa para conversas. Há um ano, começou a se perder em locais novos e a enxergar animais e pessoas que não existem, além de ideias infundadas sobre traição de sua esposa. Esporadicamente fica excessivamente sonolenta, dormindo algumas horas durante o dia, mesmo tendo dormido bem à noite. Nega uso de medicamentos. Exame neurológico: marcha com pequenos passos, rigidez com roda dentada em membros superiores e bradicinesia. Exame cognitivo de Montreal (MoCA)=22/30. Ressonância de crânio mostra discreta atrofia cortical posterior. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve demência com corpos de Lewy. A resposta oficial é demência por corpos (ou corpúsculos) de Lewy, aceitando-se síndrome parkinson-plus. O raciocínio percorre os núcleos diagnósticos: declínio cognitivo de predomínio executivo e visuoespacial, com desorientação em locais novos e atrofia cortical posterior na ressonância; alucinações visuais bem formadas; delírio de ciúme; flutuação do nível de alerta com hipersonolência diurna; e parkinsonismo (marcha em pequenos passos, roda dentada, bradicinesia) surgindo junto do declínio cognitivo. Perola: o intervalo entre motor e cognitivo e o divisor de águas. Se a demência vem antes ou até um ano do parkinsonismo, é Lewy; se aparece depois de anos de doença motora, é demência da doença de Parkinson.

QUESTÃO 6

Mulher, 30a, previamente hígida, procurou a Unidade Básica de Saúde em junho de 2023 por apresentar lesões elevadas e acinzentadas na região perianal. A investigação mostrou anti-HIV=negativo, teste treponêmico=positivo e VDRL=1:128. Foi tratada com benzilpenicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única. Retornou em junho de 2024, referindo não ter tido atividade sexual desde o diagnóstico, e estar assintomática, com VDRL=1:8. O DIAGNÓSTICO EM JUNHO DE 2024 ERA: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a interpretação do VDRL de controle. Em junho de 2024 a paciente estava assintomática, sem reexposição, e o VDRL caiu de 1:128 para 1:8 após dose única de penicilina benzatina. A resposta esperada é sífilis tratada, isto é, cicatriz sorológica. O raciocínio: considera-se resposta adequada a queda de pelo menos duas diluições (título quatro vezes menor) em até seis a doze meses, e aqui houve queda de quatro diluições, o que caracteriza cura. O teste treponêmico permanece reagente por toda a vida e não serve para controle. Perola: títulos baixos e estáveis não significam falha nem reinfeção; só se pensa nisso quando o VDRL sobe duas diluições ou não cai como esperado. Responder apenas sífilis não pontua.

QUESTÃO 7

Mulher, 27a, procurou o Pronto Atendimento por dor torácica precordial iniciada há dois dias, pior à inspiração profunda, com enzimas cardíacas normais e eletrocardiograma mostrando taquicardia sinusal associada a supradesnivelamento difuso do segmento ST. Após três dias de internação, a paciente apresentou piora da precordialgia, associada a dispneia e mal-estar. Exame físico: sonolenta e orientada, extremidades frias. PA=86/46mmHg; FC=132bpm; FR=24irpm; saturação de oxigênio=94% em ar ambiente; tempo de enchimento capilar=5s. Ausculta pulmonar normal. Ausculta cardíaca: ritmo regular em dois tempos, bulhas hipofonéticas, sem sopros. Dímero-d=400ng/mL. Ultrassonografia pulmonar (Imagem Q7-A) e de veia cava inferior (Imagem Q7-B) variação no diâmetro < 50%. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica da deterioração. A paciente abriu quadro típico de pericardite aguda (dor pleurítica, supra de ST difuso, enzimas normais) e no terceiro dia evoluiu com hipotensão, taquicardia, extremidades frias, enchimento capilar de cinco segundos, bulhas hipofonéticas e veia cava inferior pleiorica (variação menor que 50%), com ausculta pulmonar limpa e dímero-D normal. A resposta é choque obstrutivo por tamponamento cardíaco, e a banca exige a palavra tamponamento. O raciocínio: o derrame pericárdico com repercussão hemodinâmica restringe o enchimento diastólico, gerando a tríade de Beck e cava dilatada sem variação respiratória. Perola: dímero-D normal e ausculta limpa afastam o outro choque obstrutivo clássico, o tromboembolismo pulmonar.

QUESTÃO 8

Homem, 38a, procura atendimento médico na Unidade Básica de Saúde com queixa de perda de força em pé direito e mão esquerda. Refere que há cerca de uma semana tem notado dificuldade na extensão do pé, em que ele tem “arrastado a ponta no chão”, com piora progressiva. Hoje apresenta fraqueza na mão esquerda, começando a derrubar objetos. Quando questionado, refere que tem sensação de formigamento na mão e no pé, mas não soube especificar área exata de acometimento. Nega comorbidades, não está em uso de nenhum medicamento. Exame físico: hipoestesia em território de nervo ulnar em mão esquerda, associado a fraqueza de flexão de 4º e 5º dedo da mesma mão (força grau III); hipoestesia em território de nervo fibular comum à direita, associado a pé caído por fraqueza de dorsiflexão plantar (força grau III); espessamento dos nervos ulnar bilateral e fibular comum à direita e auriculotemporal esquerdo. Presença de duas máculas hipocrômicas de bordos elevados e bem definidos, com anestesia para todas as modalidades sensitivas em seu interior, uma em região de mão esquerda e outra em pé direito. O EXAME INDICADO PARA AVALIAÇÃO TOPOGRÁFICA DA LESÃO DO SISTEMA NERVOSO PERIFÉRICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que define a topografia da lesão do sistema nervoso periférico. O quadro é de hanseníase com mononeurite múltipla: acometimento assimétrico e sucessivo de ulnar esquerdo e fibular comum direito, espessamento de troncos nervosos (inclusive o auriculotemporal) e maculas hipocrômicas com anestesia para todas as modalidades. A resposta esperada é a eletroneuromiografia dos quatro membros, ou estudo de condução nervosa. O raciocínio: o exame documenta quais nervos estão lesados, o nível do acometimento e se o padrão é desmielinizante ou axonal, além de detectar comprometimento subclínico que muda o seguimento. Perola: a eletroneuromiografia mapeia, mas não fecha o diagnóstico de hanseníase, que é clínico, complementado por baciloscopia e biópsia de pele.

QUESTÃO 9

Homem, 35a, natural do Ceará e procedente de Sumaré/SP, comparece à Unidade Básica de Saúde com nódulos eritematosos e dolorosos nos membros superiores e inferiores há cinco dias, associado à febre de 38°C, artralgia em punhos e parestesia no trajeto do nervo ulnar direito, distalmente. Exame físico: além das lesões cutâneas, o paciente encontrava-se prostrado e com dor a palpação do nervo ulnar direito ao nível da fossa epitrocleana. De acordo com a hipótese diagnóstica mais provável, A MEDICAÇÃO QUE PODE PREVENIR A SEQUELA DESTES PACIENTES É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 4

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de eritema nodoso hanzenico, a reação hanzenica tipo 2: nódulos eritematosos dolorosos disseminados, febre, artralgia, prostração e, o dado que mais pesa, neurite ulnar direita com dor à palpação na fossa epitrocleana e parestesia. A medicação capaz de prevenir a sequelas e a corticoterapia sistêmica, tipicamente prednisona por via oral (aceitos corticoide, corticosteroide, dexametasona). O raciocínio: a sequelas temida e a incapacidade neural permanente por edema e compressão inflamatória do nervo, e só o corticoide em dose imunossupressora interrompe esse processo. Perola: a talidomida controla muito bem as lesões cutâneas do eritema nodoso, mas não protege o nervo; e a poliquimioterapia com rifampicina trata a infecção, não a reação.

QUESTÃO 10

Homem, 47a, durante investigação para pneumonia no Pronto Atendimento evoluiu com insuficiência respiratória aguda e necessidade de ventilação mecânica. Encontra-se em uso de noradrenalina 0,2mcg/Kg/h e antibioticoterapia. Exame físico: peso=100Kg; altura=1,80m; PA=118/64mmHg; FC=88bpm. Ultrassonografia pulmonar evidencia linhas B coalescentes em todos os campos pulmonares. Parâmetros ventilatórios: ventilação controlada a pressão, volume corrente=340mL, frequência respiratória=35irpm, fração inspirada de oxigênio=50%, PEEP titulada=12cmH₂O, pressão de platô=27cmH₂O. Gasometria arterial: pH=7,30, PaO₂=88mmHg, PaCO₂=55mmHg, Bicarbonato=15mEq/L, BE=-5mEq/L e oximetria=94%. A CONDUTA EM RELAÇÃO AOS PARÂMETROS VENTILATÓRIOS É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta quanto aos parâmetros ventilatórios. O paciente tem síndrome do desconforto respiratório agudo (linhas B coalescentes difusas, insuficiência respiratória, foco infeccioso) e já está em ventilação protetora: com 1,80 m o peso predito é cerca de 75 kg, de modo que 340 mL correspondem a aproximadamente 4,5 mL/kg de peso predito, com pressão de platô de 27 cmH₂O (abaixo do limite de 30), PEEP titulada em 12 e FiO₂ de 50% garantindo PaO₂ de 88 mmHg. A resposta é manter os parâmetros. O raciocínio: a acidose com PaCO₂ de 55 e pH de 7,30 e hipercapnia permissiva, tolerada em nome da proteção pulmonar. Perola: o peso predito se calcula pela altura, nunca pelo peso real, e usar os 100 kg levaria a um volume corrente deletéreo.

QUESTÃO 11

Mulher, 40a, apresentou febre e edema no lado esquerdo do pescoço há quatro semanas. Exame físico: linfonodos supraclaviculares esquerdos e axilares esquerdos aumentados de volume, indolores à palpação, móveis e de consistência aumentada. Fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito, baço palpável. Exames laboratoriais: LDH=628UI/dL; sorologias: mononucleose IgG+, IgM negativa; HIV negativo; Citomegalovírus IgG +, IgM negativo; hemoculturas negativas. Radiograma de tórax normal. O EXAME QUE CONFIRMA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que confirma a hipótese. Mulher com linfonodomegalia supraclavicular e axilar esquerda, indolor, endurecida, persistente há quatro semanas, com febre, hepatoesplenomegalia e LDH elevado, tendo sorologias e hemoculturas afastado as causas infecciosas clássicas: o quadro aponta para linfoma. A resposta esperada é a biópsia de linfonodo com estudo histopatológico, de preferência excisional. O raciocínio: o diagnóstico de linfoma depende da arquitetura do linfonodo (padrão nodular ou difuso, células de Reed-Sternberg, imuno-histoquímica), informação que só a peça inteira fornece. Perola: punção aspirativa por agulha fina não pontua, e exames de estadiamento como tomografia e PET vêm depois do diagnóstico, nunca no lugar dele.

QUESTÃO 12

Mulher, 79a, é acompanhada com diagnóstico de cirrose criptogênica, traz em consulta ultrassonografia de abdome mostrando nódulo hipocogênico de 2,0cm de diâmetro em segmento hepático III. Exames complementares: alfa-fetoproteína elevada. Tomografia computadorizada de abdome: nódulo com realce intenso pelo contraste na fase arterial e hipodenso na fase portal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica. Paciente cirrótica com nódulo hepático de 2,0 cm, alfa-fetoproteína elevada e tomografia mostrando realce intenso na fase arterial seguido de lavagem (hipodensidade) na fase portal. A resposta é hepatocarcinoma, ou carcinoma hepatocelular. O raciocínio está no comportamento vascular: o tumor recebe sangue predominantemente da artéria hepática, o que explica o hiper-realce arterial, e perde contraste precocemente em relação ao parênquima portal, o clássico wash-in seguido de wash-out. Perola de prova: em fígado cirrótico, nódulo maior que 1 cm com esse padrão em exame contrastado dinâmico fecha o diagnóstico sem necessidade de biópsia, situação rara em oncologia. Responder apenas carcinoma não pontua.

QUESTÃO 13

Homem, 66a, internado há 24h na Unidade de Terapia Intensiva com diagnóstico de insuficiência respiratória aguda e pneumonia viral. Na admissão hospitalar, relatava febre e dispnéia há 72h. Na última hora, foi submetido à intubação orotraqueal, iniciado sedoanalgesia contínua e ventilação mecânica invasiva. Parâmetros ventilatórios iniciais: ventilação controlada a pressão; volume corrente=6 ml/kg de peso predito; frequência respiratória=18irpm; PEEP=5cmH₂O e fração inspirada de oxigênio=0,5. Após uma hora de ventilação nestes parâmetros: gasometria arterial: PaO₂=100mmHg; radiograma do tórax (Imagem Q13). O DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico sindrômico. Trata-se de síndrome do desconforto respiratório agudo (ou síndrome da angústia respiratória aguda). O raciocínio segue os critérios: quadro instalado em menos de uma semana (febre e dispnéia há 72 horas), infiltrado bilateral no radiograma não explicado por derrame, atelectasia ou nódulo, ausência de causa cardiogênica ou de hipervolemia, e sobretudo a relação PaO₂/FiO₂ de 200 (100 dividido por 0,5), com PEEP de pelo menos 5 cmH₂O, o que classifica como forma moderada. Perola: a relação só vale se aferida sob ventilação com PEEP mínima de 5, e por isso a banca descreve a gasometria colhida uma hora após os parâmetros iniciais. Lesão pulmonar aguda isolada não é aceita como resposta.

QUESTÃO 14

Mulher, 42a, retorna para reavaliação do quadro de febre persistente, perda de peso e prurido cutâneo há três meses. Exames laboratoriais: alfa-feto proteína normal, beta hCG negativo, IGRA negativo. Tomografia computadorizada de tórax com contraste. (Imagem Q14). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de uma massa mediastinal. A resposta esperada é linfoma, aceitando-se linfoma mediastinal, de Hodgkin ou não Hodgkin. O raciocínio parte da tríade de sintomas B, febre persistente e perda de peso há três meses, somada ao prurido cutâneo, sintoma classicamente associado ao linfoma de Hodgkin, em mulher jovem com massa no mediastino anterior a tomografia. Os exames servem para excluir os principais diferenciais dessa topografia: alfafetoproteína e beta-hCG normais afastam tumor germinativo, e o IGRA negativo torna improvável a tuberculose ganglionar. Perola: mediastino anterior e o território dos quatro T (timoma, teratoma e germinativos, tireoide e o terrível linfoma), e a clínica e que desempata.

QUESTÃO 15

Mulher, 58a, tabagista e hipertensa, sem outras comorbidades, realizou exames de rotina. Ultrassonografia de abdome: presença de lesão nodular hiperecogênica, de 2cm, em rim esquerdo. Encaminhada para avaliação especializada, foi realizada tomografia computadorizada de abdômen com contraste: lesão nodular sólida, exofítica, anterior, sem componente gorduroso associado, em polo superior de rim esquerdo, medindo 2,9x2,0x2,6cm (LxAPxT), com intenso realce pelo meio de contraste na fase arterial. O TRATAMENTO INDICADO PARA ESTA PACIENTE É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o tratamento. Mulher com nódulo renal sólido, exofítico, de 2,9 cm no polo superior, sem componente gorduroso (o que afasta angiomiolipoma) e com realce intenso na fase arterial, achado típico de carcinoma de células renais em estágio T1a. A resposta esperada é a nefrectomia parcial, também chamada cirurgia poupadora de nefrons. O raciocínio: em tumores de até 4 cm a preservação de parênquima oferece controle oncológico equivalente ao da nefrectomia radical, com menor perda de função renal a longo prazo e menos eventos cardiovasculares, vantagem relevante em paciente hipertensa e tabagista. Perola: responder apenas nefrectomia não pontua, porque o cerne da questão é justamente poupar o rim, e biópsia prévia não é obrigatória em lesão com esse padrão.

QUESTÃO 16

Menino, 8a, com antecedente de constipação intestinal, é trazido ao Pronto Socorro pela mãe referindo que a criança apresentou febre de 38,2°C, tosse e dor de garganta há três dias. Há 24 horas desenvolveu quadro de dor abdominal em região de fossa ilíaca direita, associada à diminuição do apetite. Exame físico: hiperemia de orofaringe, dor à palpação e descompressão brusca dolorosa em fossa ilíaca direita. O EXAME COMPLEMENTAR MAIS INDICADO PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o exame que confirma o diagnóstico de apendicite aguda em criança. Menino de 8 anos com dor migrando para a fossa ilíaca direita, hiporexia e desconforto brusco doloroso. A resposta esperada é a ultrassonografia abdominal. O raciocínio: em crianças o ultrassom é o exame de primeira linha por não usar radiação ionizante, ser acessível e ter boa acurácia quando mostra apêndice não compressível maior que 6 mm, com líquido livre ou borramento da gordura, reservando-se a tomografia para os casos inconclusivos. Perola: o quadro respiratório prévio é a pista para o principal diferencial, a adenite mesentérica, que o próprio ultrassom ajuda a identificar ao mostrar linfonodos aumentados com apêndice normal.

QUESTÃO 17

Mulher, 25a, vítima de acidente automobilístico, com trauma cranioencefálico grave é trazida ao Pronto Socorro com colar cervical, prancha rígida, intubação endotraqueal e acesso venoso. Tomografia computadorizada realizada na admissão: presença de hematoma subdural extenso com desvio das estruturas da linha média maior que 5mm; fratura do corpo vertebral de C3 com desalinhamento; demais segmentos corpóreos sem alterações. Foi submetida ao procedimento neurocirúrgico e encaminhada para Unidade de Terapia Intensiva. No terceiro dia pós-operatório, apresenta pupilas midriáticas não fotorreagentes, mantida em ventilação mecânica (oximetria de pulso=98%); PAM=86mmHg; FC=62bpm em uso de droga vasoativa. Exames laboratoriais dentro dos parâmetros de normalidade, culturas negativas. O FATOR QUE CONTRAINDICA O INÍCIO DO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA, NESTE CASO, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o que impede abrir o protocolo de morte encefálica. A resposta é o trauma raquimedular cervical, isto é, a fratura de C3 com desalinhamento. O raciocínio: a determinação de morte encefálica exige exame neurológico interpretável e ausência de fatores confundidores, e uma lesão medular cervical alta abole reflexos e respostas motoras por interrupção de via, independentemente do encefalo, além de comprometer a validade do teste de apneia, já que o nervo frenico se origina de C3 a C5. O paciente poderia não respirar por lesão medular, e não por morte do tronco. Some-se a instabilidade hemodinâmica do choque neurogênico. Perola: a banca exige a localização cervical na resposta; falar em trauma de coluna ou trauma cranioencefálico, sem o nível, não pontua.

QUESTÃO 20

Homem, 37a, procura Unidade Básica de Saúde queixando-se de pequena lesão muito dolorosa em queimação, na ponta do hálux direito que não cicatriza, há dois meses. Refere que nas últimas semanas não está conseguindo dormir, necessitando sentar-se na cama para ter algum alívio da dor, que melhora friccionando o pé com as mãos. Antecedentes: tabagismo=21 anos/maço; episódio de tromboflebite superficial da safena do membro inferior esquerdo há sete meses. Uso de medicamentos: apenas analgésicos. Exame físico: bom estado geral, emagrecido. Membros com fâneros preservados, com exceção dos pés onde não apresenta pelos e a pele é mais adelgada e brilhante. Eritema ao nível da falange distal de hálux direito. Pulsos: femorais e poplíteos presentes bilateralmente; pedioso e tibial posterior presentes à esquerda, ausentes à direita. O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o diagnóstico etiológico da isquemia. A resposta é tromboangiite obliterante, ou doença de Buerger, e a banca exige a palavra tromboangiite. O raciocínio reúne os critérios clássicos: homem jovem de 37 anos, tabagista pesado (21 anos/maco), lesão trófica distal que não cicatriza com dor isquêmica de repouso que melhora ao pender o pé para fora da cama, perda de pelos com pele atrofica e brilhante, tromboflebite superficial migratória previa e, o dado mais eloquente, pulsos femorais e poplíteos presentes com pedioso e tibial posterior ausentes, indicando doença de artérias de pequeno e médio calibre. Perola: aterosclerose nessa idade seria excepcional e não pouparia os grandes vasos; o tratamento decisivo é a cessação absoluta do tabaco.

QUESTÃO 21

Menino, 5a, está internado há sete dias para tratamento de pneumonia complicada com derrame pleural por pneumococo sensível à penicilina, recebendo ampicilina endovenosa (200mg/kg/dia). Foi realizada drenagem de tórax há quatro dias com dreno flexível, e infusões diárias de alteplase até hoje, quando ocorreu retirada acidental do dreno de tórax. Mantém prostração, inapetência, picos febris diários e ausculta persistentemente reduzida na base pulmonar esquerda. Hoje foi realizado novo radiograma de tórax (Imagem Q21). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 22. Menina, 2a, é trazida à Unidade de Emergência por apresentar episódios de epistaxe, sangramento gengival e equimoses por todo o corpo há três dias. Mãe refere que manteve bom estado geral e nega outros sintomas. Antecedentes pessoais: quadro febril e prostração há um mês, com duração de dois dias, quando foi coletado hemograma. Nega uso de medicamentos. Exame físico: bom estado geral, corada, linfonodos não palpáveis; Abdome=indolor, fígado e baço não palpáveis, sem massas; pele=lesões purpúricas em tronco e membros. Exames laboratoriais: RNI=1,03; R=1,09; CK=59UI/L; AST=13UI/L, ALT=21UI/L. Resultado dos hemogramas (anterior e atual) na tabela abaixo. data Hemoglobina (g/dL) Hematócrito (%) Leucócitos (/mm³) Plaquetas (/mm³) 21/10/24 13,5 40,2 5.680 155.000 18/11/24 12,2 35,1 9.700 2.000 A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese para a piora do menino de 5 anos. Apesar de sete dias de ampicilina em dose adequada para pneumococo sensível, drenagem torácica e fibrinolítico intrapleural, ele mantém prostração, inapetência, picos febris diários e ausculta reduzida na base esquerda, com novo radiograma alterado. A resposta esperada é abscesso pulmonar, aceitando-se pneumonia necrosante com provável abscesso. O raciocínio: febre persistente após drenagem eficaz de empiema, com antibiótico correto, indica que a coleção não é mais pleural e sim parenquimatosa, uma cavidade com nível hidroaéreo dentro do pulmão, que o dreno não alcança. Perola: a maioria dos abscessos em criança responde a antibiótico prolongado, sem necessidade de abordagem cirúrgica imediata.

QUESTÃO 23

Menina, 8a, comparece com a mãe ao ambulatório de pediatria com queixa de dor abdominal há um ano. Relata dor difusa no abdome, com episódios mensais a quinzenais, medicada com dipirona e repouso no quarto, por uma a duas horas. Refere dor de cabeça associada à dor abdominal. Nega relação com jejum, com a ingestão de alimentos e nega também a associação com algum alimento específico. Refere ter retirado lactose e glúten da dieta, sem melhora. Refere hábito intestinal diário (Bristol 4). Nega diarreia, vômitos, emagrecimento, sintomas urinários e apresenta ganho pondero estatural adequado. Exame físico: sem alterações, com peso, estatura e desenvolvimento puberal adequados para a idade (M1P1). Ultrassonografia abdominal sem alterações. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 10 24. Menino, 10a, foi trazido à Unidade Básica de Saúde com história de lesões de pele há três meses. Refere uso tópico de neomicina e também ácido fusídico associado a valerato de betametasona por 10 dias, há um mês, sem melhora. Exame físico: bom estado geral; pele= Imagem Q24. O AGENTE ETIOLÓGICO É: 25. Criança de 38 semanas de gestação, nascida de parto vaginal, com líquido meconial espesso. Ao nascimento, apresenta-se hipotônica, com movimentos respiratórios irregulares e choro ausente. Após os passos iniciais da reanimação, ela se encontra com FC=80bpm, hipotônica e com respiração irregular. A CONDUTA É: 26. Menino, 6a, iniciou quadro gripal com febre alta, tosse, coriza e hiperemia ocular há quatro dias. Há um dia passou a apresentar manchas vermelhas em todo o corpo. Nega doenças ou uso de medicamentos, refere ter tomado algumas vacinas, mas não sabe quais. Exame físico: T=38,5°C; FC=102bpm; FR=21irpm; Oroscofia=pequenas manchas brancas sobre um fundo vermelho; olhos=hiperemia conjuntival leve bilateralmente; Pele=exantema maculopapular em rosto, tronco e membros. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 27. Menina, 2a, foi trazida à Unidade Básica de Saúde por quadro de choro repentino com dor e limitação de movimento de braço direito. A criança estava brincando no escorregador com a mãe, que a segurava pelo braço direito. Nega queda. Exame físico: bom estado geral, chorando, com o braço em uma posição semiflexionada junto ao corpo. Os movimentos ativos do cotovelo e do punho estão limitados devido à dor, sem sinais visíveis de edema, hematoma ou deformidade, havendo sensibilidade à palpação ao redor do cotovelo, especialmente na cabeça do rádio. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 11 28. Menino, 3 horas de vida, filho de mãe com diabetes, apresenta tremores leves e hipotonia. A glicemia neste momento é 35mg/dL. A PRESCRIÇÃO MÉDICA É: 29. Menino, 2a, é trazido à Unidade de Pronto Atendimento após ser encontrado junto à caixa de remédios, com várias cartelas abertas e consumidas pelo chão. Segundo a mãe, havia medicações de uso eventual, sem medicamentos de uso controlado. Exame físico: T=38,2°C; FC=154bpm; FR=31irpm; PA=142/98mmHg; agitação psicomotora, rubor facial, boca e mucosas secas, midríase bilateral. A CLASSE DO MEDICAMENTO INGERIDO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica de dor abdominal crônica na infância. A resposta esperada é dor abdominal funcional ou migraína abdominal (enxaqueca abdominal). O raciocínio se apoia na ausência total de sinais de alarme: dor difusa, episódica há um ano, sem relação com jejum ou alimentos, sem diarreia, vômitos, sangramento, febre ou despertar noturno, com hábito intestinal normal (Bristol 4), ganho pondero-estatural adequado, exame físico e ultrassonografia sem alterações, e a retirada de lactose e glúten não trouxe melhora. A cefaleia associada, com crises que cedem em uma a duas horas de repouso no quarto, sugere o fenotipo de migraína abdominal. Perla: o diagnóstico é positivo, por critérios de Roma, e não de exclusão infinita; responder apenas dor abdominal não pontua.

QUESTÃO 30

Menina, 2m, é trazida ao Pronto Socorro com história de coriza e tosse há cinco dias, com dois episódios de febre no primeiro dia. Mãe refere que há dois dias a criança apresenta dificuldade para mamar e falta de ar. Nega doenças e uso de medicamentos. Exame físico: regular estado geral, FR=71irpm; FC=165bpm; PA=82/50mmHg; oximetria de pulso=90% (cateter nasal com 2L O2/min); batimento de aletas nasais; retração de fúrcula; retração subcostal moderada; pulsos cheios; enchimento capilar=2 segundos; pulmões: murmúrio vesicular presente com sibilos expiratórios. Radiograma de tórax (imagem Q30) O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO MAIS PROVÁVEL É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 13 31. Mulher, 23a, G2P1C1A0, com idade gestacional de 35 semanas e 2 dias (amenorreia), procura Maternidade com queixa de contrações uterinas e muita cólica, refere perda de secreção mucosa pela vagina, nega perda de líquido e conta boa movimentação fetal. Antecedentes pessoais: nega comorbidades, não fez consultas ou exames pré-natais. Exame físico: bom estado geral; descorada+/4+; eupneica; fâcies de dor; PA=103/68mmHg; FC=88bpm; T=36,2oC; altura uterina=33cm; BCF=144bpm; dinâmica uterina=4contrações fortes x 45segundos x 10minutos; toque vaginal=colo medianizado, 100% esvaecido, 6cm de dilatação, cefálico, bolsa íntegra. Amnioscopia=líquido claro com grumos finos. Cardiotocografia=categoria 1. Solicitada a internação e coletados exames laboratoriais. Tipagem sanguínea O+, teste rápido de HIV positivo, demais exames normais. Solicitada sorologia de HIV para confirmar o diagnóstico, iniciado zidovudina e penicilina cristalina intravenosos. A CONDUTA OBSTÉTRICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o agente etiológico mais provável. Lactente de 2 meses com prodromo de coriza e tosse, febre baixa apenas no início, evoluindo com dificuldade para mamar, taquipneia de 71 irpm, tiragem subcostal, batimento de aletas nasais, hipoxemia e sibilos expiratórios difusos, quadro típico de bronquiolite viral aguda. A resposta esperada é o vírus sincicial respiratório. O raciocínio: o VSR responde pela maioria dos casos no primeiro ano de vida, e o radiograma costuma mostrar hiperinsuflação com infiltrado peri-hilar e atelectasias laminares, sem consolidação lobar. Perola: idade menor que três meses, prematuridade e cardiopatia são os fatores de risco para forma grave, e por isso este bebê, com esforço importante e saturação de 90% mesmo sob oxigênio, tem indicação de internação.

QUESTÃO 32

Mulher, 19a, não teve a sexarca, deseja orientação sobre método anticoncepcional hormonal. Antecedentes pessoais: em investigação com o neurologista por crises epiléticas focais, fazendo uso de carbamazepina. O MÉTODO CONTRACEPTIVO INDICADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o método contraceptivo hormonal adequado. A paciente usa carbamazepina, um potente indutor enzimático do citocromo P450, que acelera o metabolismo dos esteroides contraceptivos e reduz a eficácia de pilulas combinadas, minipilulas, adesivos e anel. A resposta oficial é o progestagênio injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito) ou o implante de etonogestrel. O raciocínio: por não dependerem de absorção oral e por trabalharem com níveis séricos altos e contínuos, esses métodos mantêm eficácia contraceptiva mesmo sob indução enzimática. Perola do enunciado: a paciente ainda não teve sexarca, e por isso a banca considerou o dispositivo intrauterino contraindicado, ainda que o DIU seja imune a interações com anticonvulsivantes.

QUESTÃO 33

Mulher, 39 a, procura Unidade Básica de Saúde com queixa de saída de secreção sanguinolenta espontânea pelo mamilo direito, há três meses. Os aspectos clínico (A) e ultrassonográfico (B) estão representados na imagem Q33. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese para descarga papilar. A resposta esperada é papiloma intraductal, aceitando-se papiloma ductal ou neoplasia papilar intraductal. O raciocínio: descarga espontânea, unilateral, uniductal e sanguinolenta e sempre suspeita, e a causa mais frequente desse padrão é o papiloma intraductal, lesão benigna papilífera que cresce dentro de um ducto terminal e sangra por friabilidade; a ultrassonografia costuma mostrar nódulo sólido vegetante no interior de ducto dilatado retroareolar. Perola: descarga leitosa, esverdeada, bilateral ou provocada e tipicamente benigna e não se investiga; a sanguinolenta espontânea exige investigação, com exérese do ducto acometido e estudo histopatológico para afastar carcinoma papilífero.

QUESTÃO 34

Mulher, 53a, apresenta urgência miccional, disúria e polaciúria há dois anos. Nega perda urinária aos esforços e enurese. Já fez mudanças comportamentais e tratamento fisioterápico, sem melhora. Antecedentes: tercigesta com dois partos vaginais e um aborto anterior; função sexual normal e sem queixas intestinais. Faz uso de terapia hormonal sistêmica e tópica. Exame ginecológico=sem alterações. Urocultura= negativa. A CONDUTA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta na síndrome da bexiga hiperativa. A paciente tem urgência miccional, disúria e polaciúria há dois anos, sem perda aos esforços, com urocultura negativa, exame ginecológico normal e já em uso de terapia hormonal tópica, tendo falhado as medidas comportamentais e a fisioterapia do assoalho pélvico. A resposta esperada é iniciar farmacoterapia de segunda linha: antimuscarínico (oxibutinina, solifenacina, darifenacina, tolterodina) ou agonista beta-3 adrenérgico (mirabegrona). O raciocínio: bloquear o receptor muscarínico do detrusor reduz as contrações involuntárias durante o enchimento, enquanto o beta-3 favorece o relaxamento na fase de armazenamento. Perola: com risco cognitivo, glaucoma de ângulo fechado ou retenção urinária, prefere-se a mirabegrona, sem efeito anticolinérgico.

QUESTÃO 35

Mulher, 35a, G1P0A0, idade gestacional=24 semanas, realizando pré-natal regularmente em Unidade Básica de Saúde. Antecedentes pessoais: nega doenças crônicas, tabagismo, etilismo ou uso de substâncias psicoativas. Em uso de ácido fólico e sulfato ferroso. Exame físico: IMC=35kg/m²; PA=120/72mmHg; FC=86bpm; altura uterina=26cm; membros inferiores=sem edema. Ultrassonografia obstétrica morfológica de rotina: feto no P97 de peso, presença de maior bolsa vertical (MBV)=10 mm. DIANTE DESTES ACHADOS, A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta diante dos achados do ultrassom morfológico. A resposta esperada é solicitar o teste oral de tolerância à glicose com 75 g, a curva glicêmica de rastreio do diabetes gestacional. O raciocínio: gestante de 35 anos com índice de massa corporal de 35 kg/m² já acumula fatores de risco importantes, e o feto no percentil 97 de peso, com altura uterina acima do esperado para a idade gestacional, levanta a suspeita de hiperglicemia materna não diagnosticada, cujo rastreio se faz entre 24 e 28 semanas, exatamente a janela em que ela se encontra. Perola: em gestante sem diagnóstico prévio, o achado de feto grande para a idade gestacional obriga a rastrear diabetes antes de rotular como constitucional, porque o controle glicêmico muda o desfecho perinatal.

QUESTÃO 36

Mulher, 28a, G3P2A0, idade gestacional=39 semanas, procura Pronto Atendimento com contrações regulares e intensas, que começaram subitamente e rapidamente aumentaram em intensidade e frequência. Apresentou evolução do trabalho de parto, com dilatação cervical passando de 4cm para 10cm em aproximadamente duas horas. Parto vaginal, sob analgesia peridural contínua, com nascimento de um recém-nascido saudável (Apgar 9 no primeiro minuto e 10 no quinto minuto) e dequitação após 32 minutos. Após o parto apresentou sangramento intenso, com tontura e mal-estar. Exame físico: PA=88/62mmHg; FC=112bpm; T=35,7°C; oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Avaliação obstétrica=imagem Q36. APÓS ALERTAR A EQUIPE, OFERECER MEDIDAS BÁSICAS DE SUPORTE À VIDA E SOLICITAR EXAMES, O TRATAMENTO DESSA CONDIÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o tratamento da hemorragia pos-parto. O quadro descreve inversão uterina aguda: parto rápido, dequitação demorada seguida de sangramento intenso com hipotensão, taquicardia e hipotermia, e a avaliação obstétrica da imagem mostra o fundo uterino exteriorizado. A resposta esperada é a redução imediata do útero pela manobra de Taxe, com as alternativas cirúrgicas de Huntington e Johnson caso a reposição manual falhe. O raciocínio: quanto mais tempo passa, mais o anel cervical se contrai e mais difícil se torna a redução, além de o choque ser desproporcional ao sangramento por componente neurogênico. Perola: não se deve remover a placenta ainda aderida antes de reposicionar o útero, sob risco de agravar a hemorragia, e o uterotônico só entra depois da redução.

QUESTÃO 37

Mulher, 37a, vítima de violência sexual há 20 horas (com penetração vaginal), em atendimento médico. EM RELAÇÃO À VACINAÇÃO PARA HPV A ORIENTAÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da profilaxia vacinal após violência sexual. A orientação esperada é vacinar contra o HPV com esquema de três doses, nos meses zero, dois e seis. O raciocínio: para a população geral o calendário usa esquema reduzido, mas vítimas de violência sexual constituem grupo de indicação especial, com faixa etária ampliada e esquema completo de três doses, justamente por se tratar de exposição única e de alto risco em pessoa possivelmente não imunizada. Vale lembrar que a vacina é profilática, não terapêutica, e integra o pacote do atendimento junto com a profilaxia das demais infecções sexualmente transmissíveis, a antirretroviral e a contracepção de emergência. Perola: a resposta só pontua se explicitar as três doses.

QUESTÃO 38

Mulher, 27a, procura Ambulatório de Ginecologia Especializado em Violência Sexual para orientações, pois está gestante e deseja interromper a gravidez. Refere ter sido vítima de estupro em 05 de outubro de 2024, porém não procurou ajuda e nem fez boletim de ocorrência, por medo. Antecedentes pessoais: nuligesta, sem doenças crônicas, sexualmente ativa, usa preservativo de forma irregular, não se lembra da data da última menstruação. Foi realizado acolhimento multidisciplinar, solicitados exames laboratoriais e ultrassonografia (14/11/2024), que evidenciou gestação tópica de 11 semanas e 2 dias, feto vivo e com morfologia normal. A ORIENTAÇÃO COM RELAÇÃO AO ABORTO LEGAL (POR ESTUPRO) É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 15

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a análise temporal do aborto legal. A resposta esperada é que a interrupção não pode ser realizada. O raciocínio está nas datas: a ultrassonografia de 14 de novembro de 2024 mostra gestação de 11 semanas e 2 dias, o que situa a concepção no final de agosto, portanto anterior ao estupro referido em 5 de outubro de 2024. Como a gestação não decorre do crime, não se enquadra na excludente de ilicitude prevista em lei, e a conduta é acolher, orientar e manter o acompanhamento pré-natal e psicossocial, além de notificar a violência. Perola: a ausência de boletim de ocorrência não seria impedimento, pois a palavra da vítima basta; o que inviabiliza aqui é a incompatibilidade entre a idade gestacional e a data do estupro.

QUESTÃO 39

Mulher, 59a, G7P4A3, comparece à Unidade Básica de Saúde para coleta de exame de colpocitologia oncológica. Antecedentes: método anticoncepcional: laqueadura, menopausa aos 50 anos, última citologia oncológica de colo uterino há 10 anos. Exame ginecológico: especular=colo aumentado de tamanho, ulcerado, friável, com vascularização aumentada e área sangrante; toque vaginal=colo de 4cm móvel, útero de tamanho normal e anexos livres. Toque retal=mucosa lisa e deslizante, paramétrios livres. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta diante de um colo macroscopicamente suspeito. A resposta esperada é realizar biópsia do colo uterino, admitindo-se colposcopia com biópsia dirigida. O raciocínio: a paciente foi à unidade para coleta de citologia, mas o exame especular revelou colo aumentado, ulcerado, friável e sangrante, achado que sugere carcinoma invasor. Diante de lesão visível, a citologia perde o papel, pois é método de rastreio para mulheres assintomáticas e pode vir falsamente negativa por necrose e inflamação, atrasando o diagnóstico. Perola clássica de prova: colo com lesão macroscópica se biópsia, não se rastreia. O toque com paramétrios livres é útil para o estadiamento clínico, mas não substitui a confirmação histológica.

QUESTÃO 40

Mulher, 35a, retorna assintomática para consulta ambulatorial de acompanhamento por diagnóstico de mola hidatiforme. Em uso de injetável trimestral como método contraceptivo desde a alta. Antecedentes: esvaziamento uterino aspirativo há 40 dias. Anatomopatológico=mola hidatiforme completa. Exame físico e ginecológico: normais. Radiograma de tórax: normal. Ultrassonografia (realizada há 5 dias): útero em antroversoflexão, medindo 84x41x56mm com volume de 100,29cm³, miométrio de textura heterogênea, apresentando área heterogênea em parede posterior, medindo 24x17x3mm, com vasos com trajeto irregular visualizados ao Doppler colorido, e linha endometrial de 3,6mm; ovários sem alterações. Exames de hCG seriado, conforme tabela abaixo:

Período de realização (relativo ao esvaziamento)	Antes	15 dias após	21 dias após	28 dias após	35 dias após	hCG (mUI/mL)
	80.000	15.000	15.700	16.300	18.200	Valor de referência hCG: < 5mUI/mL

A CONDUTA É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 17 As questões 41 e 42 devem ser respondidas com as informações do enunciado abaixo: O médico de família está consolidando os dados epidemiológicos da população adstrita à sua Unidade Básica de Saúde. A distribuição da população por faixa etária está na tabela abaixo. A partir dos dados descritos abaixo, responda: População residente na área 19.998 População residente do sexo feminino 10.296 População residente menor de 15 anos 3.950 População residente entre 15 e 65 anos 14.638 População residente maior de 65 anos 1.410 Número de óbitos no ano anterior 120 Número de nascidos vivos no ano anterior 150 Número de crianças que morreram com menos de 1 ano de idade 2 Número de óbitos por doença isquêmica do coração 12

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta no seguimento pos-molar. A resposta esperada é iniciar quimioterapia, tipicamente monoquimioterapia com metotrexato. O raciocínio: após o esvaziamento de mola completa o hCG deve cair progressivamente até negativar, e aqui ocorreu o oposto, com 15.000, depois 15.700, 16.300 e 18.200, ou seja, elevação sustentada em dosagens seriadas, o que define neoplasia trofoblástica gestacional pos-molar. A ultrassonografia reforça, ao mostrar área miometrial heterogênea com vasos de trajeto irregular ao Doppler, e o radiograma de tórax normal afasta doença metastática pulmonar. Perola: o diagnóstico de neoplasia pos-molar é feito pela curva do hCG, em platô ou em ascensão, sem necessidade de novo anatomopatológico ou de reesvaziamento uterino.

QUESTÃO 41

O ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO NESSA POPULAÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o cálculo do índice de envelhecimento. Ele é a razão entre o número de pessoas com 65 anos ou mais e o número de pessoas menores de 15 anos, na mesma população e período. Aplicando aos dados da unidade, 1.410 idosos divididos por 3.950 menores de 15 anos resultam em aproximadamente 0,356, ou seja, cerca de 36 idosos para cada 100 crianças e adolescentes (35 a 36%). O raciocínio: o indicador descreve a estrutura etária e mede o estágio da transição demográfica, orientando o planejamento local de serviços, pois quanto maior, maior a demanda por cuidado de condições crônicas. Perola: não confundir com a razão de dependência, que soma jovens e idosos e usa como denominador a população em idade produtiva, de 15 a 64 anos.

QUESTÃO 42

O COEFICIENTE DE MORTALIDADE PROPORCIONAL POR DOENÇA ISQUÊMICA DO CORAÇÃO NESSA POPULAÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a mortalidade proporcional por doença isquêmica do coração. O indicador é a razão entre os óbitos por aquela causa e o total de óbitos ocorridos na mesma população e período, multiplicada por cem. Com os dados apresentados, 12 óbitos por doença isquêmica divididos por 120 óbitos totais resultam em 0,1, ou seja, 10%. O raciocínio: a mortalidade proporcional mostra o peso relativo de uma causa dentro do perfil de mortalidade, sendo útil para descrever a transição epidemiológica de um território. Perola: ela não mede risco, porque o denominador é o total de mortes e não a população exposta. Para estimar risco seria preciso o coeficiente de mortalidade específico, que usa a população residente como denominador.

QUESTÃO 43

Homem, 30a, relata dor no ombro direito há um ano com piora há seis meses e dificuldade em elevar o braço. História ocupacional: operador industrial, destro, refere que desde 2019 seu trabalho, em turnos de 8 horas, consiste em pegar uma peça de aproximadamente 1,2Kg de uma esteira à sua frente, na altura da cintura, e colocá-la em um torno na altura dos ombros e, depois de 30 segundos, colocar a peça torneada em outra esteira atrás dele. Relata que sua produção individual é de 960 peças por turno. Exame físico: dor à flexão do ombro entre 90 e 130°, teste de Neer positivo. CONSIDERANDO AS LESÕES ASSOCIADAS AO ESFORÇO REPETITIVO, O DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- MANHÃ 18

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico síndrome associado ao esforço repetitivo. A resposta esperada é síndrome do impacto do ombro (impacto acromial). O raciocínio junta exposição e exame: o trabalhador destro eleva uma peça da altura da cintura até a altura dos ombros cerca de 960 vezes por turno, há anos, o que significa trabalho repetitivo com o braço próximo ou acima da linha dos ombros, postura que estreita o espaço subacromial. O achado de dor no arco doloroso entre 90 e 130 graus de flexão e o teste de Neer positivo confirmam o pincamento do tendão do supraespinhal e da bursa contra o acromio. Perola: é caso típico de LER/DORT, comnexo ocupacional, exigindo notificação e adequação ergonômica do posto de trabalho, e não apenas analgesia.

QUESTÃO 44

A Resolução CFM 2336/2023, que regulamenta a Publicidade Médica, passou a permitir a emissão de comentário genérico em redes sociais sobre o prazer com o trabalho, a alegria em receber os pacientes e acompanhantes, as motivações com os desafios do dia a dia da profissão, gerando uma corrente positiva para a boa imagem da medicina, desde que não haja possibilidade de identificação de pacientes ou terceiros. É CONSIDERADA INFRAÇÃO ÉTICA SE A POSTAGEM TIVER CONOTAÇÃO:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os limites da publicidade médica na Resolução CFM 2336/2023. A norma abriu espaço para que o médico compartilhe em redes sociais impressões genéricas sobre a profissão, como o prazer com o trabalho, a alegria de receber pacientes e as motivações diante dos desafios, desde que ninguém possa ser identificado. Configura infração ética quando a postagem assume conotação pejorativa, desrespeitosa ou ofensiva, sensacionalista, promocional ou de autopromoção, ou ainda quando caracteriza concorrência desleal. O raciocínio: o que se permite é a valorização da medicina como prática, não a mercantilização da imagem do profissional. Perola: preservação do sigilo e da dignidade do paciente e proibição de captação de clientela continuam sendo os eixos da norma.

QUESTÃO 48

Para investigar os mecanismos de transmissão, fontes de infecção, incidência e letalidade dos casos de Mpox, entre os sistemas de informação em saúde disponíveis no país, O MAIS ADEQUADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o sistema de informação mais adequado para investigar mecanismos de transmissão, fontes de infecção, incidência e letalidade da Mpox. A resposta é o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, o SINAN. O raciocínio: a ficha de notificação e investigação do SINAN registra dados clínicos, epidemiológicos e laboratoriais de cada caso, incluindo provável fonte e forma de exposição, evolução e desfecho, exatamente o conjunto necessário para calcular incidência e letalidade e compreender a cadeia de transmissão. Perola: não confundir com os demais sistemas, pois o SIM registra óbitos, o SINASC nascidos vivos, o SIH internações hospitalares e o SIA produção ambulatorial, e nenhum deles traz a investigação epidemiológica do caso.

QUESTÃO 49

De acordo com o Boletim do Projeto de Monitorização dos Óbitos de um município, há maior concentração de população negra nas áreas mais pobres, chegando a mais de 60% em alguns bairros. A DOENÇA NÃO TRANSMISSÍVEL, CUJA TAXA DE MORTALIDADE É CERCA DE 30% MAIS ELEVADA NA POPULAÇÃO NEGRA DESSES BAIRROS EM RELAÇÃO À POPULAÇÃO BRANCA, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão aborda iniquidades raciais em saúde. A doença crônica não transmissível cuja mortalidade é cerca de 30% mais elevada na população negra dos bairros mais pobres é o acidente vascular cerebral, ou doença cerebrovascular. O raciocínio: a hipertensão arterial é mais prevalente, mais precoce e mais grave entre pessoas negras, e soma-se a ela o acesso desigual ao diagnóstico, ao tratamento contínuo e ao cuidado especializado nas áreas de maior vulnerabilidade, combinação que se traduz sobretudo em excesso de mortes por AVC. Perola: o determinante não é biológico e sim social, o chamado racismo estrutural em saúde, e a resposta programática é a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, com uso do quesito raça/cor nos sistemas de informação.

QUESTÃO 50

Mulher, 21a, deu entrada no Pronto-Socorro com ferimentos na cabeça e nos braços. Refere que as lesões foram causadas pelo namorado, com quem se relaciona há cerca de dois anos. Pediu ao médico que tratasse apenas os ferimentos, mantendo o sigilo das informações narradas. DE ACORDO COM A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, E FRENTE AO PERFIL DO ATENDIMENTO, A CONDUTA MÉDICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA-UNICAMP- ACESSO DIRETO- CADERNO DE IMAGENS- 1ª. FASE 2025-MANHÃ 1 IMAGEM Q7 (A e B) IMAGEM Q13 IMAGEM Q14 IMAGEM Q21 pósterio-anterior perfil decúbito lateral esquerdo RESIDÊNCIA MÉDICA-UNICAMP- ACESSO DIRETO- CADERNO DE IMAGENS- 1ª. FASE 2025-MANHÃ 2 Imagem Q24 Imagem Q30 IMAGEM Q33 A- Foto B: Ultrassonografia IMAGEM Q36

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta médica frente a violência por parceiro íntimo. A resposta esperada é realizar a notificação compulsória do caso. O raciocínio: violência interpessoal e autoprovocada integra a lista nacional de agravos de notificação compulsória, e a comunicação ao serviço de vigilância epidemiológica é obrigatória, imediata nas situações de violência sexual e semanal nas demais, independentemente da vontade da paciente. Notificar não é denunciar a polícia nem quebrar indevidamente o sigilo: é obrigação legal que configura justa causa, tem finalidade epidemiológica e de proteção, e o documento circula em ambiente sigiloso. Perola: em maiores de idade capazes, a comunicação a autoridade policial depende do desejo da vítima, mas a notificação em saúde não.