



Unicamp — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

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

tarde (respostas curtas)

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 51

Homem, 39a, é trazido ao Pronto Atendimento por confusão mental há um dia e rebaixamento do nível da consciência há duas horas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de losartana e transtorno depressivo sem acompanhamento. Trabalha como engenheiro químico há três anos. Exame físico: escala de coma de Glasgow=7; pupilas isocóricas e fotorreagentes; fundoscopia com borramento de papila óptica. PA=148/96mmHg, FR=34irpm, FC=112bpm, T=37,9oC, oximetria de pulso=95% (ar ambiente). Exames laboratoriais: glicemia capilar=112mg/dL; cloreto=99mEq/L, Na=137mEq/L; K=4,8mEq/L; ureia=48mg/dL; creatinina=1,1mg/dL; Osmolaridade=350mOsm/Kg. Gasometria arterial: pH=7,10; PaO2=74mmHg; PaCO2=21mmHg; HCO3=9mEq/L; oximetria=95%; lactato=1,8mmol/L. Exame de urina sem alterações. ECG: taquicardia sinusal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a etiologia do quadro. O paciente tem acidose metabólica grave com anion gap muito elevado ($137 - 99 - 9 = 29$), lactato normal, função renal preservada e osmolaridade medida de 350 contra uma calculada de cerca de 288 mOsm/kg, ou seja, gap osmolar largo. Essa combinação (anion gap alto + gap osmolar alto + lactato e cetonas não explicativos) e a assinatura da intoxicação por álcool tóxico, e o padrão aceita metanol, etilenoglicol ou a resposta genérica álcool tóxico. O contexto reforça: engenheiro químico com acesso a solventes, depressão sem acompanhamento (risco de tentativa de autoexterminio) e borramento de papila óptica, achado clássico da toxicidade retiniana do metanol. A perola de prova é que dizer apenas intoxicação não pontua: a banca quer o agente. Urina sem alterações (sem cristais de oxalato) aponta mais para metanol do que etilenoglicol.

QUESTÃO 52

Mulher, 66a, procura a Unidade Básica de Saúde com história de sete dias de dor articular em punho direito. A dor iniciou de maneira relativamente súbita, com edema e calor local, associada a dor de repouso e rigidez. Nos últimos dois anos, vem experimentando dores articulares em joelhos, tornozelos, punhos, dedos das mãos e dos pés. Por vezes as articulações incham, com melhora espontânea ou após injeções que toma no Pronto Atendimento, cujos nomes não se recorda. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e obesidade. Medicamentos em uso: hidroclorotiazida. Exame físico: bom estado geral, sem alterações no exame cardíaco, pulmonar e abdominal. Exame articular: calor e dor à palpação e mobilização do punho direito. As demais articulações não se apresentam inflamadas. Foi realizada punção articular que excluiu infecção. Pesquisa de fator reumatoide=negativo. Considerando aspectos clínicos e epidemiológicos, A MEDICAÇÃO QUE MAIS PROVAVELMENTE CONTROLARÁ A DOENÇA ARTICULAR, A LONGO PRAZO, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a droga que controla a doença a longo prazo, não a crise. O quadro é de monoartrite aguda de punho, com início súbito, calor e edema, sobre um fundo de crises articulares recorrentes autolimitadas em joelhos, tornozelos, punhos e dedos, com alívio após injeções no pronto atendimento (corticoide). Infecção foi excluída pela punção e o fator reumatoide é negativo. Somando obesidade, hipertensão e uso de hidroclorotiazida (que reduz a excreção renal de urato), o diagnóstico epidemiologicamente mais provável é gota. O tratamento que modifica a doença e o hipouricemiante oral, ou seja, alopurinol, inibidor da xantina oxidase. A perola: colchicina, AINE e corticoide tratam a crise e não controlam a doença; quem dissolve o depósito de urato e previne novos surtos é a terapia de redução do ácido úrico.

QUESTÃO 53

Homem, 27a, procura atendimento por episódios de dor em região retro orbicular e frontal à esquerda, intensa, com duração aproximada de uma hora e meia, associada a lacrimejamento ipsilateral, que ocorreram seis vezes nos últimos três dias. Refere episódios semelhantes no ano passado, quando foi investigado com neuroimagem com resultado normal. Apresenta melhora com uso de triptano, mas sem resposta à dipirona. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 2

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão quer o diagnóstico da cefaleia. Todos os elementos apontam para cefaleia em salvas: dor estritamente unilateral, retro-orbitária e frontal, de forte intensidade, com duração de cerca de uma hora e meia (dentro da faixa de 15 a 180 minutos), acompanhada de sintoma autonômico ipsilateral (lacrimejamento), repetindo-se várias vezes em poucos dias e com história de surto semelhante no ano anterior, o que caracteriza o padrão em salvas com períodos de remissão. A neuroimagem normal afasta causa secundária. A resposta ao triptano é esperada, já que sumatriptano subcutâneo, junto com oxigênio a alto fluxo, é o tratamento abortivo padrão. A perla: enxaqueca não pontua, porque ela dura de 4 a 72 horas, costuma vir com fotofobia, fonofobia e náusea, e não tem esse agrupamento temporal com disautonomia ocular.

QUESTÃO 54

Homem, 75a, é trazido ao pronto socorro por parada de eliminação das fezes há 10 dias e aumento do volume abdominal, mantendo eliminação de gases. Nega febre, náuseas, vômitos, sintomas respiratórios ou urinários. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, depressão e etilismo (ingesta diária de destilados). Medicamentos em uso: losartana, hidroclorotiazida e amitriptilina. Exame físico: regular estado geral, corado, desidratado, anictérico. Ausculta cardíaca e respiratória sem alterações. Abdome: distendido, com ruídos hidroaéreos presentes e doloroso à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Toque retal com fecaloma. Na percussão há presença de maciez nos flancos e ausência do sinal da maciez móvel quando o paciente é colocado em decúbito lateral. A CONDUTA TERAPÊUTICA INICIAL É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta terapêutica inicial. Idoso com parada de eliminação de fezes há dez dias, mas ainda eliminando gases, abdome distendido sem irritação peritoneal e toque retal com fecaloma: trata-se de impactação fecal, favorecida pelo uso de amitriptilina (efeito anticolinérgico), desidratação e etilismo. A maciez em flancos que não se desloca no decúbito lateral confirma que a maciez vem de conteúdo fecal e não de ascite, que teria maciez móvel. A conduta inicial é desimpactar: retirada manual do fecaloma somada a lavagem intestinal ou clister. A perla de prova é não pular para investigação de obstrução mecânica alta ou cirurgia quando o toque retal já entrega o diagnóstico; o exame proctológico resolve o caso à beira do leito.

QUESTÃO 56

Mulher, 63a, trazida por familiares ao Pronto Atendimento com febre, cefaleia e vômitos há dois dias. Antecedentes pessoais: diabetes melito em uso de metformina. Exame físico: regular estado geral, acianótica, anictérica, febril, descorada +/4, desidratada 2+/4, eupneica, sonolenta, PA=102/64mmHg, T=38,5°C, FC=110bpm, FR=24irpm, glicemia capilar=300mg/dL. Sinal de Kernig presente; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exames laboratoriais: hemoglobina=11g/dL, leucócitos=15.420/mm³, plaquetas=110.000/mm³, creatinina=1,5mg/dL, potássio=3,4=mEq/L, sódio=130mEq/L, hemoglobina glicada=10%. Coletadas culturas. O AGENTE ETIOLÓGICO QUE DIRECIONA O TRATAMENTO INICIAL É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre qual agente deve nortear o tratamento empírico. Febre, cefaleia, vômitos, sonolência e sinal de Kernig positivo em mulher de 63 anos configuram meningite bacteriana aguda adquirida na comunidade, e o diabetes descompensado (glicada de 10%) e fator de risco. Nessa faixa etária e nesse cenário, o agente mais frequente é o *Streptococcus pneumoniae*, que é o que direciona o esquema inicial. Na prática, isso se traduz em ceftriaxona associada a vancomicina (pela possibilidade de pneumococo com sensibilidade reduzida) e dexametasona antes ou junto da primeira dose de antibiótico, justamente porque o benefício do corticoide foi demonstrado na meningite pneumocócica. A perla: acima de 50 anos ou em imunossuprimidos, acrescenta-se ampicilina para cobrir *Listeria*, mas o agente que comanda o esquema segue sendo o pneumococo.

QUESTÃO 57

Homem, 76a, mora sozinho, trazido pela filha à emergência por desorientação em tempo e espaço e agitação psicomotora há três dias. Tem história de perda de memória há cerca de dois anos, associado à dificuldade de reconhecer objetos pessoais. Possui episódios de quedas da própria altura não presenciadas há dois meses. Antecedentes pessoais: dois episódios de acidentes vasculares cerebrais isquêmicos há 10 anos e hipertensão arterial. Medicamentos em uso: AAS 100mg/dia, enalapril 10mg 12/12h, anlodipina 5mg 12/12h e propranolol 40mg 12/12h. Exame físico: hidratado, corado, agitado e desorientado em tempo e espaço. PA=90/60mmHg; FC=68bpm; FR=19irm; Temperatura axilar=36°C. Exame neurológico: Kernig=negativo; sem rigidez de nuca; força motora grau 5 em membros superiores e inferiores. Tomografia de crânio (IMAGEM Q57) A CONDUTA TERAPÊUTICA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta imediata. Idoso com declínio cognitivo prévio que apresenta piora aguda com confusão e agitação há três dias, história de quedas não presenciadas nos últimos dois meses e uso crônico de AAS: é o roteiro clássico do hematoma subdural crônico, confirmado pela tomografia. O tratamento é a evacuação cirúrgica da coleção, aceita como drenagem do hematoma, trepanação, craniotomia ou simplesmente conduta cirúrgica. Medidas como manitol ou salina hipertônica são apenas ponte para a hipertensão intracraniana e não substituem a drenagem. A perla de prova está na pegadinha do padrão: craniectomia (retirada do retalho ósseo, reservada a hipertensão intracraniana refratária) foi considerada errada; o que se faz aqui é abrir, drenar e recolocar.

QUESTÃO 58

Homem, 53a, comparece à unidade de emergência por tosse seca, febre e dispnéia progressiva há 10 dias. Antecedente pessoal: artrite reumatóide há oito anos. Medicamentos em uso: prednisona 40mg ao dia há 60 dias. Nega tabagismo. Exame físico: regular estado geral, descorado +/-, desidratado +/-, consciente, orientado, sonolento. PA=100/70mmHg, temperatura axilar=39°C, FC=110bpm, FR=32irpm, oximetria de pulso=85% (ar ambiente). Ausculta cardíaca sem alteração. Ausculta pulmonar com estertores crepitantes em base direita, em uso de musculatura respiratória acessória. Abdome sem visceromegalias. Sem edema ou empastamento de panturrilhas. Exames laboratoriais: hemoglobina=11g/dL, leucócitos=13.000/mm³, plaquetas=200.000/mm³, ureia=60mg/dL, creatinina=1,3mg/dL, sódio=138mEq/L, potássio=4,5mEq/L, glicemia=180 mg/dL, LDH=600mg/dL. Gasometria arterial: pH=7,4, pO₂=60mmHg, pCO₂=37mmHg, HCO₃=23mmHg. Testes rápidos de Covid e influenza negativos. Tomografia computadorizada de tórax (Imagem Q58). O ANTIMICROBIANO DE ESCOLHA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o antimicrobiano de escolha. Paciente em corticoterapia alta e prolongada (prednisona 40 mg por 60 dias) por artrite reumatoide, portanto imunossuprimido, evolui em cerca de dez dias com tosse seca, febre, dispneia progressiva, hipoxemia importante e LDH elevado, com tomografia mostrando o padrão intersticial difuso em vidro fosco. Esse conjunto define pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, cujo tratamento de escolha é sulfametoxazol-trimetoprim. A perola: hipoxemia desproporcional ao exame físico, tosse seca e LDH alto em imunossuprimido não HIV são os gatilhos do diagnóstico, e com PaO_2 abaixo de 70 mmHg em ar ambiente, como aqui, associa-se corticoide ao antimicrobiano. Vale lembrar que quem usa dose alta de corticoide por tempo prolongado deveria estar em profilaxia.

QUESTÃO 59

Homem, 45a, com diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes melito e doença renal crônica. Comparece à consulta ambulatorial de rotina, assintomático. Exame físico sem alterações. Exames laboratoriais: ureia sérica=86mg/dL, creatinina sérica=2,0mg/dL, creatinina urinária=80mg/dL, volume urinário=1.440mL/24h, relação albumina/creatinina urinária=60mg/g. O ESTÁGIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o estadiamento da doença renal crônica, que exige duas coordenadas: filtração glomerular (G) e albuminúria (A). Com creatinina de 2,0 mg/dL em homem de 45 anos, a taxa de filtração glomerular estimada cai na faixa de 30 a 44 mL/min/1,73m², o que corresponde ao estágio G3b. A relação albumina/creatinina urinária de 60 mg/g está entre 30 e 300 mg/g, ou seja, categoria A2 (antiga microalbuminúria). A resposta esperada é G3bA2, sendo aceitos também 3b ou 3. A perola de prova é lembrar que ureia, creatinina urinária e volume urinário aparecem para distrair (permitiriam calcular clearance medido) e que a classificação KDIGO nunca é só pelo número da creatinina: sem a albuminúria o estadiamento fica incompleto e o risco cardiovascular é subestimado.

QUESTÃO 60

Homem, 38a, admitido em Unidade de Emergência sonolento, com extremidades frias, com teste rápido positivo para dengue. Os sintomas de febre e mialgia se iniciaram há cinco dias, com piora progressiva. PA=94/76mmHg, FC=112bpm, FR=25irpm, oximetria de pulso=95% (ar ambiente) e T=38,2°C, enchimento capilar=4 segundos. Pulsos fracos e filiformes. Iniciada infusão de solução salina, 20mL/Kg em 20 minutos. Exames laboratoriais: hemoglobina=16,4g/dL, hematócrito=51%, leucócitos=3.400/mm³ (45% segmentados, 40% linfócitos, 10% linfócitos atípicos); plaquetas=76.000/mm³. Após expansões rápidas e repetidas com solução salina, os sinais vitais se mantiveram inalterados e foram coletados novos exames após 2 horas: hematócrito=54% e coagulograma normal. DE ACORDO COM O MANUAL DENGUE - DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO ADULTO E CRIANÇA, DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023, O PRÓXIMO PASSO PARA O CONTROLE VOLÊMICO NESTE CASO É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o próximo passo volemico segundo o manual do Ministério da Saúde de 2023. O paciente está no grupo D (dengue grave com choque): extremidades frias, enchimento capilar de 4 segundos, pulsos filiformes, pressão convergente e hemoconcentração. Já recebeu expansões rápidas e repetidas com cristalóide sem resposta clínica e, duas horas depois, o hematócrito continua subindo (de 51 para 54%) com coagulograma normal, o que indica extravasamento plasmático persistente e não sangramento. Nessa situação o protocolo manda trocar o cristalóide por expansor plasmático, isto é, albumina ou colóide sintético. A perola: hematócrito que sobe após expansão adequada pede colóide; hematócrito que cai com instabilidade sugere hemorragia e pede hemocomponentes.

QUESTÃO 61

Homem, 82a, em investigação de quadro de icterícia obstrutiva e emagrecimento há três meses. Retorna com exames: endoscopia digestiva alta: papila duodenal sem alterações. Ressonância magnética de abdome: lesão expansiva de 4cm em topografia de cabeça do pâncreas. O EXAME INDICADO PARA O ESTADIAMENTO LOCORREGIONAL É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame para estadiamento locorregional de uma lesão de 4 cm em cabeça de pâncreas em paciente com icterícia obstrutiva e emagrecimento, com papila endoscopicamente normal (afastando tumor periampular vegetante). A resposta esperada é a ultrassonografia endoscópica, também chamada ecoendoscopia. Ela é o método mais sensível para avaliar a relação do tumor com os vasos mesentéricos e o eixo portal, definir invasão vascular e comprometimento linfonodal regional e, no mesmo tempo, permitir punção aspirativa por agulha fina para diagnóstico histológico. A perola: a tomografia com contraste em protocolo pancreático é aceita e continua sendo o exame que define ressecabilidade global e metástases à distância, mas para o detalhe locorregional a ecoendoscopia é superior.

QUESTÃO 62

Adolescente, 13a, vítima de acidente automobilístico, foi ejetado no momento do acidente. Apresentava trauma torácico com pneumotórax volumoso à esquerda, submetido à drenagem tubular. No terceiro dia pós drenagem, mantinha fuga aérea. Realizada revisão do sistema de drenagem fechada em aspiração, que estava adequado. Solicitado radiograma de tórax. (Imagem Q62) A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica. Adolescente ejetado em acidente automobilístico, com pneumotorax volumoso drenado, mantém fuga aérea maciça no terceiro dia mesmo com sistema de drenagem revisado e funcionando. Fuga aérea persistente e de alto débito após trauma de alta energia com desaceleração aponta para lesão da árvore traqueobronquial, ou seja, ruptura bronquial com fístula broncopleural. A radiografia costuma mostrar o pulmão que não expande apesar do dreno, com o clássico sinal do pulmão caído. A confirmação se faz por broncoscopia e o tratamento das lesões significativas é cirúrgico, com reparo do brônquio. A perola de prova: dreno bem posicionado, aspiração adequada e pulmão que teima em não expandir é igual a lesão de via aérea de grosso calibre até prova em contrário.

QUESTÃO 63

Homem, 65a, comparece ao consultório para exame de rotina anual. Nega sintomas urinários significativos e está em bom estado geral. Não tem antecedentes familiares de câncer de próstata. Exame físico: próstata de tamanho aumentado, cerca de 70cm³ e consistência normal. PSA total=4,5ng/mL. A CAUSA MAIS PROVÁVEL DO AUMENTO DO PSA TOTAL DESTES PACIENTE, VISTO QUE NÃO HOUVE TRAUMA PROSTÁTICO, EXERCÍCIOS VIGOROSOS E/OU PROSTATITE, É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a causa mais provável da elevação discreta do PSA depois de excluir trauma, exercício e prostatite. Homem de 65 anos, assintomático, sem história familiar, com próstata de cerca de 70 cm³ e consistência normal ao toque: o PSA de 4,5 ng/mL se explica pelo próprio volume glandular, ou seja, hiperplasia prostática benigna. O raciocínio quantitativo ajuda: a densidade do PSA (PSA dividido pelo volume prostático) fica em torno de 0,06 ng/mL/cm³, bem abaixo do limiar de 0,15 que levantaria suspeita de neoplasia. A perla: cada grama de tecido hiperplásico contribui para o PSA total, então próstata grande com toque liso, simétrico e sem nódulos favorece doença benigna, enquanto densidade alta ou toque suspeito e que empurram para biópsia.

QUESTÃO 65

Prematuro, 32 semanas, com peso de 1,2kg, Apgar 4 e 6, foi alimentado com leite materno a partir de 48hs de vida. Aos sete dias de vida apresentou distensão abdominal, evacuação com sangue e vômitos biliosos. Foi mantido em jejum e com sonda nasogástrica. A CONDUTA INDICADA, A SEGUIR, É: RESIDÊNCIA MÉDICA-UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 6

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta a seguir. Prematuro de 32 semanas, muito baixo peso, com asfixia perinatal, que após início da dieta apresenta no sétimo dia distensão abdominal, vômitos biliosos e sangue nas fezes: é o quadro típico de enterocolite necrosante. Jejum e sonda gástrica em drenagem já foram feitos, e o passo seguinte no tratamento clínico é iniciar antibioticoterapia sistêmica de amplo espectro, com cobertura para gram-negativos e anaeróbios, após coleta de culturas. A ampliação do padrão aceita o radiograma de abdome, que é o exame que estadia a doença ao procurar pneumatose intestinal, gás em veia porta e, sobretudo, pneumoperitônio, que é o indicador de indicação cirúrgica. A perla: a tríade suporte clínico, jejum com decompressão e antibiótico sustenta o tratamento; a cirurgia só entra com perfuração ou deterioração refratária.

QUESTÃO 66

Homem, 32a, vítima de ferimento por arma branca em hemitórax direito, é trazido por populares à Unidade de Emergência, com queixa de falta de ar. Exame físico: ansioso; PA=73/52mmHg; FC=142bpm; FR=48irpm; oximetria de pulso=86% (máscara não reinalante 12L/min). Cervical=desvio da traqueia para esquerda e presença de turgência das veias jugulares; tórax=ferimento cortante no terceiro espaço intercostal direito, não soprante, ausência de murmúrio vesicular e hipertimpanismo. Foram realizados: acessos venosos; reanimação volêmica (sem alteração dos sinais vitais) e coleta de exames laboratoriais. A CONDUTA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta imediata em um pneumotorax hipertensivo por ferimento penetrante: hipotensão grave, taquicardia, taquipneia, hipoxemia, desvio contralateral da traqueia, turgência jugular, ausência de murmúrio vesicular e hipertimpanismo à direita, tudo sem resposta à reanimação volêmica. O tratamento é a descompressão torácica imediata por punção (toracocentese de alívio), tradicionalmente no segundo espaço intercostal na linha hemiclavicular e, pelas recomendações mais recentes, preferencialmente no quinto espaço intercostal na linha axilar anterior, seguida da drenagem definitiva. A perola cobrada pelo padrão: responder drenagem torácica não pontua, porque diante da instabilidade hemodinâmica não se pode perder tempo montando o sistema; alivia-se primeiro a pressão e só depois se drena.

QUESTÃO 67

Homem, 21a, teve um ferimento cortante na coxa direita por estilete, com aproximadamente 2cm, acometendo pele e subcutâneo. Foi indicada a sutura e escolhido um fio inabsorvível 4-0 com as seguintes descrições na figura abaixo: A CARACTERÍSTICA INFORMADA DA EXTREMIDADE DA AGULHA REPRESENTADA NA FIGURA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a característica da extremidade (ponta) da agulha mostrada, e não do fio. A ponta representada é triangular, com arestas cortantes, o que define a agulha do tipo traumática, também chamada cortante ou lanceolada. Esse desenho corta o tecido ao passar e por isso é o indicado para estruturas de maior resistência, como pele e fascia, exatamente o caso do ferimento cortante em coxa que será suturado com fio inabsorvível 4-0. A perola de prova é o contraste com a agulha atraumática, de ponta cilíndrica ou romba, que apenas afasta as fibras e é reservada a tecidos delicados como intestino, vasos e miocárdio. Repare que o corpo da agulha pode ser curvo e ainda assim a ponta ser triangular: a banca pergunta pela extremidade.

QUESTÃO 68

Mulher, 31a, vítima de acidente automobilístico, é trazida ao Pronto Socorro com queixa de dor na perna direita. Exame físico: PA=84/63mmHg; FC=125bpm; FR=24irpm; oximetria de pulso=93% (ar ambiente); Exame físico: Extremidades: deformidade na coxa direita com edema e dor local, e pulso pedioso presente. Restante do exame físico sem anormalidades. Entre as condutas iniciais, é importante o acesso venoso. Na sala de emergência estão disponíveis cateteres para acesso venoso central e periférico, de diversos calibres. DE ACORDO COM O ATLS 10ª. EDIÇÃO, O DISPOSITIVO (TIPO E CALIBRE) QUE PROPORCIONA MAIOR VELOCIDADE DE FLUXO DE ADMINISTRAÇÃO DE SOLUÇÕES INTRAVENOSAS É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre qual dispositivo oferece maior velocidade de infusão segundo o ATLS. A resposta é o cateter venoso periférico curto e calibroso, de 18G, 16G ou 14G. O fundamento é a lei de Hagen-Poiseuille: o fluxo é diretamente proporcional à quarta potência do raio e inversamente proporcional ao comprimento do cateter. Um jélico periférico é curto e largo; um cateter venoso central, ainda que pareça robusto, é longo e com lúmens estreitos, o que reduz muito a vazão. Por isso, na paciente instável com fratura de fêmur, o acesso de escolha são duas veias periféricas calibrosas. A perola: o padrão rejeita respostas vagas como grosso calibre ou acesso central, exigindo o tipo periférico com calibre nomeado.

QUESTÃO 69

Mulher, 25a, procura Pronto Socorro por apresentar febre alta (40°C), acompanhada de calafrios seguidos de sudorese profusa e dor intensa em perna direita, que está quente e avermelhada. Refere que tem recorrentemente tratado micose nos espaços interdigitais dos pés. Exame Físico: edema de todo membro inferior direito, mais proeminente em perna e pé, área circular de eritema em face ântero-medial da perna, com aumento de temperatura local. Presença de trajeto avermelhado em toda a face medial do membro, acompanhando o trajeto da veia safena e linfonodos aumentados na região inguinal. Pulsos presentes e normais, musculatura da perna flácida e indolor. O AGENTE ETIOLÓGICO MAIS FREQUENTE NESTA DOENÇA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o agente etiológico mais frequente da doença apresentada. Febre alta com calafrios, dor em perna que esta quente e avermelhada, placa eritematosa de limites bem definidos, linfangite acompanhando o trajeto da safena e linfonodomegalia inguinal configuram erisipela, infecção da derme e dos linfáticos superficiais. A porta de entrada é clássica: a micose interdigital de repetição, que fissura a pele. O agente mais frequente é o *Streptococcus pyogenes*, estreptococo beta-hemolítico do grupo A, e o tratamento se faz com penicilina ou amoxicilina. A perla: musculatura da panturrilha flácida e indolor afasta fasciite necrotizante e síndrome compartimental, e tratar a tinea dos pés e o que evita a recidiva, que é a grande causa de linfedema crônico.

QUESTÃO 70

Mulher, 57a, comparece à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor em panturrilha esquerda para deambular em torno de três quarteirões há cinco meses. A dor inicia após dois quarteirões e vai aumentando de intensidade até obrigá-la a parar de andar porque a perna trava. Antecedentes: diabetes melito controlado com hipoglicemiantes orais, cessou o tabagismo há 10 anos após episódio de isquemia miocárdica. Exame físico: pulso femoral presente, poplíteo e distais ausentes no membro inferior esquerdo, presentes à direita. PARA OBTER MAIOR GANHO DE DISTÂNCIA DE MARCHA NESTA PACIENTE, A RECOMENDAÇÃO É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a recomendação com maior ganho de distância de marcha na doença arterial obstrutiva periférica. A paciente tem claudicação intermitente típica de panturrilha, com pulsos poplíteo e distais ausentes à esquerda, diabetes e tabagismo prévio. A medida com melhor evidência para aumentar a distância percorrida é o programa regular de exercício, ou seja, realizar caminhadas diárias, idealmente supervisionadas, caminhando até o surgimento da dor, pausando e retomando, por cerca de 30 a 45 minutos várias vezes por semana. O mecanismo é o estímulo à circulação colateral, a melhora da eficiência metabólica muscular e da função endotelial. A perla: cilostazol, estatina, antiagregante e controle dos fatores de risco são essenciais, mas só somam se estiverem associados ao treinamento de marcha, que é a intervenção central.

QUESTÃO 71

Menina, 7a, com história de perfuração plantar acidental por prego enferrujado na região do calcâneo há duas semanas. Situação vacinal atualizada segundo o Calendário Nacional de Vacinação. Foi avaliada na Unidade Básica de Saúde no mesmo dia, sendo prescrito cefalexina por sete dias, durante os quais houve aumento da reação inflamatória local, com drenagem de secreção purulenta pelo óstio da lesão. Procurou Pronto Atendimento, onde foram prescritos cuidados locais e ceftriaxone intramuscular por cinco dias. Apesar do tratamento proposto, houve aumento progressivo da dor e dos sinais inflamatórios locais, impossibilitando a deambulação. Realizada bacterioscopia da secreção local, que evidenciou grande quantidade de bacilos gram-negativos. O AGENTE ETIOLÓGICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se o agente etiológico. A pista epidemiológica é a ferida perfurante plantar por prego, que atravessa o solado do calçado: esse mecanismo tem associação clássica com *Pseudomonas aeruginosa*, que habita o ambiente úmido da palmilha. Isso explica a evolução clínica — falha da cefalexina e depois da ceftriaxona, antimicrobianos que simplesmente não cobrem *Pseudomonas*, com piora progressiva da dor e dos sinais inflamatórios. A bacterioscopia com bacilos gram-negativos fecha o raciocínio. A pérola: nessa apresentação a preocupação vai além da infecção de partes moles, porque a perfuração plantar profunda pode evoluir para osteocondrite do calcâneo, exigindo imagem, avaliação cirúrgica e antimicrobiano com atividade antipseudomonas (ceftazidima ou ciprofloxacino).

QUESTÃO 72

Menino, 9a, é trazido ao ambulatório de pediatria com queixa de diarreia. Mãe refere que há um ano o paciente apresenta evacuações nas roupas íntimas, 4 a 5 vezes por dia e, por vezes, no período noturno. Evacua sempre fezes escuras na cueca, quase pretas, mucoides, não formadas, de odor fétido e que impregnam as roupas da criança de maneira indelével. Não apresenta sangue ou restos alimentares nas fezes, nega emagrecimento, febre ou relação com a ingestão de alimentos associados ao quadro. Refere bom aproveitamento escolar, porém várias vezes precisa se ausentar para higiene. Exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, eupneico; peso, estatura e desenvolvimento puberal adequados para a idade; abdome plano, indolor, fígado, baço e massas não palpáveis. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 73. Menina, 7a, previamente hígida, é trazida à Unidade Básica de Saúde com queixa de febre baixa (37,8°C), tosse seca e persistente associada à cefaleia há cerca de uma semana. Mãe refere que dois dias antes do início da febre teve dor de garganta, dor de ouvido e olho lacrimejando. Nos últimos dois dias, refere dor torácica quando respira fundo e quando tosse. Na sala de aula há duas crianças com quadro semelhante, que foram afastadas há dois dias. Exame Físico: bom estado geral, corada, hidratada; FC=110bpm; FR=24irpm; T=38°C; Pulmões=murmúrio vesicular presente com crepitações finas bilateralmente. Radiograma simples de tórax (Imagem Q73). O AGENTE ETIOLÓGICO BACTERIANO É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 10

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica de um menino de 9 anos com escape fecal há um ano. Apesar de a mãe chamar de diarreia, o quadro não é diarreico: são fezes escuras, mucoides, mal formadas, muito fétidas e que mancham a roupa de modo indelével, escapando várias vezes ao dia e até à noite, sem emagrecimento, sem sangue e com exame físico e crescimento normais. Isso é constipação intestinal funcional com incontinência fecal retentiva (soiling): o bolo fecal endurecido impacta o reto, distende a ampola, reduz a sensibilidade e as fezes líquidas de cima escorrem ao redor do fecaloma. A pérola: responder apenas incontinência fecal não pontua, porque perde a causa; o tratamento é desimpactar e manter laxante osmótico com treinamento de hábito intestinal.

QUESTÃO 74

Você presencia um afogamento de uma criança de 3 anos na piscina do clube que frequenta e vai atender à vítima. Ao avaliar a criança após ser retirada da água, identifica que está arresponsiva e sem respirar. ENQUANTO AGUARDA O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA, A CONDUTA IMEDIATA É: 75. Menino, 3a, previamente hígido, é trazido à Unidade de Emergência com história de vômitos e diarreia há dois dias. Mãe refere ter dado metoclopramida e dipirona, sem melhora. Hoje observou que a criança está estranha, inquieta, apresentando movimentos anormais e caretas. Nega febre. Exame físico: bom estado geral, orientado; FC=110bpm; FR=24ipm; PA=90/70mmHg; pulsos cheios; enchimento capilar=2segundos; sem sinais meníngeos; pele sem lesões; observados movimentos involuntários de membros e espasmos musculares, além de protusão de língua. O DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO É: 76. Menino, 1a, é trazido ao Pronto Socorro com história de irritabilidade há dois dias. Nega febre, vômitos, diarreia ou outras queixas. Refere diurese abundante e frequente. Nega uso de medicamentos. Antecedente pessoal: malformação de sistema nervoso central. Exame físico: irritado, com mucosas secas, choro sem lágrimas, turgor normal e boa perfusão periférica. Exames: sódio sérico=156mEq/L. PARA ATINGIR O EQUILÍBRIO OSMÓTICO, O COMPARTIMENTO QUE SOFRE MAIOR CONTRAÇÃO COM O DESVIO DE LÍQUIDOS É: 77. Recém-nascido termo adequado para idade gestacional, 23 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo. Diurese e evacuação normais. Ganho de peso de 45g/dia. Exame físico: bom estado geral, corado, icterícia até cicatriz umbilical. Exames laboratoriais: hemoglobina=14,3g/dL; hematócrito=40%; leucócitos=8.200/mm³; plaquetas=320.000/mm³; bilirrubina total=10,5mg/dL; bilirrubina direta=0,5mg/dL; tipagem sanguínea mãe=O+; tipagem sanguínea recém-nascido=O+; exame do pezinho normal. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 11 78. Recém-nascido, 50 horas de vida, será submetido à punção de calcâneo para coleta de sangue para triagem biológica neonatal. COMO MEDIDA NÃO FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA DOR, RECOMENDA-SE ADMINISTRAR, DOIS MINUTOS ANTES DO PROCEDIMENTO:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta imediata em uma criança resgatada de afogamento, arresponsiva e sem respirar, enquanto se aguarda o SAMU. O socorro começa por cinco ventilações de resgate, boca a boca, antes das compressões. A razão e fisiopatológica: no afogamento a parada é primariamente hipóxica, ou seja, o coração para porque faltou oxigênio, e não por arritmia súbita. Por isso o afogamento é uma das exceções ao esquema que prioriza compressões, junto com a parada pediátrica de causa respiratória em geral. Depois das ventilações iniciais, segue-se a reanimação com ciclos de compressões e ventilações. A perla cobrada pelo padrão: responder apenas reanimação cardiopulmonar não pontua, porque o que a banca quer é a inversão da sequência, começando pela ventilação. Não se perde tempo tentando drenar água dos pulmões.

QUESTÃO 79

Menina, 2m, é trazida ao Pronto Socorro com história de piora do padrão respiratório há um dia. Nega febre ou outras queixas. Antecedentes pessoais: Síndrome de Down e cardiopatia congênita. Exame físico: FC=130bpm; FR=61irpm; oximetria de pulso=98% (ar ambiente); Coração: ritmo regular com sopro sistólico 4+/6+, mais audível em rebordo esternal esquerdo, e segunda bulha normal; Pulmões: murmúrio vesicular simétrico e sem ruídos adventícios; Abdome: fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito; Pulsos periféricos palpáveis e simétricos. Radiograma: Imagem Q79 O ACHADO RADIOLÓGICO REFERENTE AOS CAMPOS PULMONARES É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é restrita ao achado radiológico dos campos pulmonares. Lactente com síndrome de Down e cardiopatia congênita, com sopro sistólico intenso em borda esternal esquerda, taquipneia e hepatomegalia, está em insuficiência cardíaca por shunt da esquerda para a direita, tipicamente defeito do septo atrioventricular ou comunicação interventricular. Com o passar das semanas a resistência pulmonar cai e o volume de sangue desviado para o pulmão aumenta. A tradução radiológica é o hiperfluxo pulmonar: trama vascular aumentada, vasos dilatados e ingurgitamento peri-hilar. A perola: a saturação normal em ar ambiente confirma que o shunt é esquerda-direita (acianótico); cardiopatias com obstrução ao fluxo pulmonar dariam o oposto, campos hipertransparentes por oligoemia.

QUESTÃO 80

Menina, 8a, é trazida para puericultura sem queixas. Antecedentes pessoais: anóxia neonatal grave e convulsões, paralisia cerebral grau V pelo Gross Motor Function Classification System. Alimentação diária: consome regularmente 240ml de leite de vaca integral com achocolatado em mamadeira duas vezes ao dia, além de duas papas preparadas no liquidificador, com ingredientes semelhantes aos consumidos pela sua família. Nega dificuldades para engolir ou episódios de vômito. Exame físico: IMC=10Kg/m². A CONDUTA É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 13 81. Mulher, 32a, G3P1A1, com idade gestacional de 12 semanas, é encaminhada ao pré-natal de alto risco para avaliação. Antecedentes pessoais: nega histórico de doenças crônicas, tabagismo ou uso de drogas; relata uso de bebida alcoólica ocasional. Medicamentos: ácido fólico e polivitamínico desde o início desta gravidez. Antecedentes obstétricos: G1=parto prematuro com 26 semanas, bebê com complicações respiratórias graves, mas sobrevivente; G2=aborto espontâneo com 18 semanas, associado à dilatação cervical completa. Exame físico: PA=112/70mmHg; FC=82bpm; T=36,6°C. Ultrassonografia transvaginal=saco gestacional em cavidade uterina, com embrião único, compatível com 12 semanas de gestação, com morfologia normal para a idade gestacional, BCF=162bpm. Comprimento cervical=35mm, sem sinais de afunilamento ou sludge. A CONDUTA OBSTÉTRICA É: 82. Mulher, 17a, G1P0A0, idade gestacional= 34 semanas e 5 dias, procura o Pronto Atendimento com queixa de cefaleia occipital intensa e náusea iniciadas hoje. Refere edema de membros inferiores e ganho ponderal de 3Kg há duas semanas. Iniciou pré-natal tardiamente, com consultas irregulares. Na última consulta, há quatro semanas, apresentava PA=100/62mmHg e ganho de peso adequado. Antecedentes pessoais: nega patologias anteriores, uso de medicamentos, tabagismo ou uso de substâncias psicoativas. Exame físico: PA=132/80mmHg; FC=90bpm; T=36,8°C; altura uterina=32cm, movimentos fetais presentes; BCF=140bpm; membros inferiores=edema 3+/4+; reflexos tendinosos profundos exacerbados (4+). A CONDUTA TERAPÊUTICA IMEDIATA É: 83. Mulher, 23a, nuligesta, apresenta ciclos menstruais irregulares e sua última menstruação foi há nove meses. Nega atividade sexual há três anos. Não faz uso de método contraceptivo. Nega patologias, uso de medicamentos ou de substâncias psicoativas. Exame físico: PA=102/70mmHg; IMC=19Kg/m², exame físico geral e ginecológico sem anormalidades. Exames laboratoriais: hCG negativo; FSH=0,3mUI/mL; prolactina=15ng/mL; TSH=2,5mUI/mL. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 14 84. Mulher, 49a, é trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com queixa de sangramento genital intenso. Traz resultado de biópsia coletada há 14 dias com diagnóstico de carcinoma epidermoide de colo uterino. Nega uso de medicamentos. Exame físico: descorada 2+/4+; FC=108bpm; PA=102/50mmHg. Exame ginecológico= lesão tumoral de 5cm no colo uterino, com sangramento ativo em moderada quantidade. ALÉM DA ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA, A CONDUTA IMEDIATA NA UPA DEVE SER: 85. Mulher, 19a, primigesta, idade gestacional de 30 semanas, vem para consulta pré-natal de rotina, trazendo exames laboratoriais realizados às 28 semanas. Nega queixas, refere boa movimentação fetal, em uso de sulfato ferroso 40mg/dia. Antecedentes: nega doenças crônicas, refere alergia a dipirona e penicilina, exames de rotina de pré-natal de primeiro trimestre todos normais (incluindo a sorologia de sífilis negativa). Exames laboratoriais: hemoglobina=11,6mg/dL; glicemia de jejum=88mg/dL; exame de urina=normal; urocultura=negativa. Sorologias: HIV=negativa; toxoplasmose=IgG e IgM negativas; sífilis: (CMIA)=positivo; VDRL=1:64. DE ACORDO COM O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DE HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS, 2022, O TRATAMENTO INDICADO PARA ESTA PACIENTE É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta em uma menina de 8 anos com paralisia cerebral GMFCS V, portanto sem marcha e totalmente dependente, cuja alimentação se resume a mamadeiras com achocolatado e papas liquidificadas, e que apresenta IMC de 10 kg/m², ou seja, desnutrição grave. A resposta esperada é instituir suporte nutricional, aceitando as vias enterais: gastrostomia, sonda nasogastrica ou nasoenteral, além de internação para suporte quando necessário. O raciocínio é que na paralisia cerebral grave a ingestão por via oral costuma ser insuficiente e insegura, mesmo sem engasgo relatado, e o tempo prolongado de refeição somado a dieta diluída perpetua o déficit. A perola: em necessidade prolongada, a gastrostomia é preferível a sonda, por conforto, segurança e melhor ganho ponderal.

QUESTÃO 86

Mulher, 36a, G3P3, procura a Unidade Básica de Saúde para orientação por quadro de drenagem espontânea de secreção mucopurulenta periareolar, por três vezes nos últimos dois anos. No momento está assintomática. Em dois episódios anteriores utilizou ampicilina, no último apresentou drenagem espontânea e cura. Antecedentes pessoais: tabagismo=15anos/maço, uso de anticoncepcional oral combinado. Exame físico: mama acometida (Imagem Q86) e mama contralateral sem alterações. A CONDUTA PARA EVITAR NOVAS RECIDIVAS É: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 15

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta que evita novas recidivas, e não o tratamento do episódio agudo. Mulher tabagista com drenagem de secreção mucopurulenta periareolar de repetição há dois anos, fora do ciclo gravídico-puerperal, tem mastite periductal com abscesso subareolar recidivante, também conhecida como doença de Zuska. O tabagismo é o fator causal central: as substâncias do cigarro lesam o epitélio ductal retroareolar e favorecem a metaplasia escamosa que obstrui o ducto, criando o ciclo de infecção, drenagem e recorrência. Por isso a conduta é orientar a cessação do tabagismo. A perola cobrada pelo padrão: antibiótico e drenagem tratam o surto mas não previnem a recidiva, e foram considerados errados; sem parar de fumar, o quadro volta e pode evoluir para fistula mamilar.

QUESTÃO 87

Mulher, 62a, apresentando ondas de calor e insônia, que estão comprometendo suas atividades diárias. Antecedentes pessoais: menopausa há 14 anos; primigesta com um parto vaginal; nega uso de medicações e doenças crônicas. Antecedentes familiares: nega câncer de mama na família. Exames: mamografia BIRADS 2; densitometria óssea: coluna lombar T-score=-1,0 desvio-padrão e colo de fêmur T-score=-0,5 desvio-padrão; glicemia jejum=89mg/dL; colesterol total=164mg/dL; triglicérides=158mg/dL. PARA O TRATAMENTO DOS SINTOMAS, A MEDICAÇÃO MAIS ADEQUADA É: 88. Mulher, 39a, secundigesta com dois partos vaginais anteriores, queixa-se de sangramento abundante com saída de coágulos há quatro meses, com duração de nove dias e dismenorria. Antecedentes pessoais: câncer de mama com receptor hormonal positivo, tratada com mastectomia, quimioterapia e radioterapia. Método contraceptivo: laqueadura. Ultrassonografia: útero com volume de 324,32cm³, miométrio de textura heterogênea com múltiplas imagens nodulares de localização intramural e imagem submucosa corporal posterior medindo 1,78x1,40cm. Ovários de aspecto ecográfico normal. A OPÇÃO TERAPÊUTICA MAIS ADEQUADA É: 89. Mulher, 30a, G2P1C0A0, evolui para parto vaginal às 37 semanas e 5 dias, sem intercorrências. Em alojamento conjunto, foi observado que possui tipagem sanguínea A, Rh negativo, Coombs indireto positivo (anti-D), coletado na admissão ao parto, e seu recém-nascido apresenta tipagem sanguínea A, Rh positivo. Antecedentes obstétricos: pré-natal realizado em Unidade Básica de Saúde com nove consultas, Coombs indireto no início do pré-natal e com 28 semanas=negativos; refere ter feito Imunoglobulina anti-Rh no puerpério imediato da primeira gestação e às 32 semanas dessa gestação. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a medicação mais adequada para os sintomas vasomotores. Mulher de 62 anos, com menopausa há 14 anos, está fora da chamada janela de oportunidade da terapia hormonal, que exige idade abaixo de 60 anos e menos de 10 anos de menopausa; além disso ela não tem osteoporose (T-score de -1,0 e -0,5) que justificasse outro benefício. Iniciar estrogênio nesse momento aumenta risco cardiovascular e tromboembólico sem ganho proporcional. A resposta é terapia não hormonal, sendo aceitos os inibidores seletivos da recaptação de serotonina (paroxetina, escitalopram, sertralina), os duais (venlafaxina, desvenlafaxina) ou gabapentina, esta última útil quando há insônia associada. A perola: o padrão exige nomear a classe correta, e qualquer resposta hormonal é considerada incorreta.

QUESTÃO 90

Mulher, 25a, procura Pronto Atendimento com queixa de febre e dor intensa no baixo-ventre. Exame ginecológico: refere dor à mobilização do colo uterino ao toque bimanual; palpa-se massa anexial à direita. Exames laboratoriais= leucocitose com desvio à esquerda, VHS e proteína C reativa elevados. Ultrassonografia transvaginal=imagem cística anexial à direita de conteúdo espesso, medindo 5cm de diâmetro. Indicada hospitalização e iniciada terapia antimicrobiana. O ESQUEMA ANTIMICROBIANO INDICADO É: EM BRANCO RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 17

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o esquema antimicrobiano do abscesso tubo-ovariano. Febre, dor pélvica intensa, dor a mobilização do colo, massa anexial e provas inflamatórias elevadas, com imagem cística de conteúdo espesso de 5 cm, configuram doença inflamatória pélvica complicada, critério de internação e de tratamento parenteral. A resposta esperada é a triplice: ceftriaxona, doxiciclina e metronidazol. Cada droga tem alvo definido: a cefalosporina cobre gonococo e enterobactérias, a doxiciclina cobre clamídia e a doxiciclina isolada não alcança anaeróbios, papel do metronidazol, indispensável quando há abscesso. A perola cobrada pelo padrão: esquemas incompletos ou respostas parciais são considerados errados, ou seja, faltar o anti-anaeróbio derruba a questão.

QUESTÃO 91

Adamson et al. (2022) estudaram a associação de um novo teste para o diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) em mulheres. Utilizando outro método tradicional como padrão ouro para o diagnóstico de TEA, esse novo teste obteve sensibilidade de 76% em 48 mulheres que já tinham aquele diagnóstico, e especificidade de 92% em 118 mulheres que não tinham esse diagnóstico. A ACURÁCIA DO TESTE É: 92. Homem, 48a, relata falta de ar aos grandes esforços há dois anos e chiado no peito há seis meses. Nega quadros respiratórios semelhantes, anteriormente. História ocupacional: carpinteiro há 12 anos em empresa de móveis, foi demitido há três anos durante a pandemia de Covid-19, quando começou a fazer móveis por encomenda na garagem de sua residência, em local pouco ventilado. Teste de peak flow: na primeira semana de trabalho 21% inferior à semana de repouso. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 93. Durante as atividades realizadas em uma ocupação urbana, caracterizada por barracos de madeira, fornecimento precário de água e eletricidade, ausência de esgotamento sanitário e presença de grande quantidade de cães e gatos, os alunos de um projeto de extensão universitária constataram a presença de várias crianças, entre 4 e 6 anos de idade, apresentando lesões no couro cabeludo com placa de alopecia sem prurido. Essas lesões provavelmente estavam associadas às condições ambientais, notadamente nos domicílios escuros e úmidos, com pouca ventilação. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 94. Equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) realiza busca ativa de pessoas com hipertensão arterial nos bairros sob sua responsabilidade e faz diagnóstico de 20 pacientes com essa doença, assintomáticos, ainda sem tratamento. Iniciam precocemente o tratamento com orientação de dieta com pouco sal, atividade física durante 30 minutos, pelo menos cinco vezes por semana, e participação no grupo de hipertensos da UBS. DE ACORDO COM O MODELO DA HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, PROPOSTO POR LEAVELL E CLARK, AS AÇÕES TOMADAS PELA EQUIPE DE SAÚDE CORRESPONDEM AO NÍVEL DE PREVENÇÃO: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 18

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a acurácia do novo teste, que é a proporção de acertos globais: verdadeiros positivos somados aos verdadeiros negativos, divididos pelo total examinado. Entre as 48 mulheres com diagnóstico pelo padrão ouro, a sensibilidade de 76% gera cerca de 36 verdadeiros positivos. Entre as 118 sem o diagnóstico, a especificidade de 92% gera cerca de 109 verdadeiros negativos. Somando, tem-se aproximadamente 145 acertos em 166 examinadas, o que resulta em cerca de 87%. A perola de prova é lembrar que a acurácia depende da prevalência da doença na amostra estudada, ao contrário de sensibilidade e especificidade, que são propriedades do teste: como aqui a maioria das mulheres não tinha o diagnóstico, o valor global foi puxado para perto da especificidade.

QUESTÃO 96

Homem, 43a, vítima de afogamento em lagoa foi resgatado em parada cardiorrespiratória, recebeu reanimação cardiopulmonar e cerebral pela equipe de atendimento pré-hospitalar, com retorno da circulação espontânea. Encaminhado para internação em Unidade de Terapia Intensiva, onde permaneceu sob ventilação mecânica, uso de drogas vasoativas e antibiótico, evoluindo para óbito no oitavo dia de internação. QUEM DEVERÁ ASSINAR A DECLARAÇÃO DE ÓBITO? 97. Durante uma consulta de rotina de puericultura, uma criança de 4 anos é submetida à triagem de acuidade visual. O exame detecta acuidade visual reduzida em um dos olhos. A anamnese e o exame físico sugerem a presença de um possível erro refratométrico e desvio ocular. Estrabismo, erros refratométricos (como hipermetropia, miopia e astigmatismo) e opacidades de meios (como catarata) são causas comuns de ambliopia em crianças. A IDADE IDEAL PARA TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE AMBLIOPIA É ATÉ: 98. A pandemia de Covid-19 revelou para grande parcela da população brasileira a importância do Sistema Único de Saúde (SUS) para a prevenção e tratamento de epidemias, quando não bastam as ações individuais, sendo indispensáveis as ações coletivas. Tendo como base os dados epidemiológicos, uma das ações tomadas foi o redirecionamento das Unidades Básicas de Saúde para atendimento inicial de casos suspeitos de Covid-19, com redução ou interrupção do atendimento regular das doenças crônicas. DENTRE AS ÁREAS DA SAÚDE COLETIVA, ESTA READEQUAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE SE ENQUADRA EM: RESIDÊNCIA MÉDICA- UNICAMP- ACESSO DIRETO 1ª. FASE- 2025- TARDE 19

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a regra de quem emite a declaração de óbito. Trata-se de morte por causa externa — afogamento — e, nesse caso, a DO deve ser emitida pelo Instituto Médico Legal, ou seja, pelo médico legista, e não pela equipe assistente. O detalhe que a banca explora é o intervalo: o paciente foi reanimado, internou em UTI e morreu apenas no oitavo dia, o que cria a tentação de considerar a morte hospitalar e de causa natural. Não é. A pérola: quando a cadeia causal começa em causa externa (trauma, afogamento, intoxicação, queimadura), a morte permanece por causa externa independentemente do tempo de internação ou das complicações intermediárias, e o caso segue obrigatoriamente para o serviço médico-legal.

QUESTÃO 99

Médico, enfermeiro e agente comunitário da equipe de um centro de saúde planejam ações de promoção de saúde, visando prevenir casos de acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio na população adscrita a essa equipe, caracterizada por 20% de idosos. Para isso, esperam contar com a colaboração de educador físico e nutricionista. O DISPOSITIVO INSTITUCIONAL, PREVISTO PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, QUE CONTA COM TAIS PROFISSIONAIS É: 100. Homem, 30a, vítima de acidente de motocicleta contra anteparo fixo, é trazido para Unidade de Pronto Atendimento. Exame inicial: escala de coma de Glasgow=7; PA=128/82mmHg. Transferido para hospital de referência em trauma, com hidratação por veia periférica, respiração espontânea em máscara não inalante e cânula de Guedel. Durante o transporte, apresentou vômitos com broncoaspiração, evoluindo com parada cardiorrespiratória e óbito. DE ACORDO COM O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, A INFRAÇÃO ÉTICA COMETIDA FOI: RESIDÊNCIA MÉDICA-UNICAMP- ACESSO DIRETO- CADERNO DE IMAGENS- 1ª. FASE 2025-TARDE 1 IMAGEM Q57 IMAGEM Q58 IMAGEM Q62 RESIDÊNCIA MÉDICA-UNICAMP- ACESSO DIRETO- CADERNO DE IMAGENS- 1ª. FASE 2025-TARDE 2 IMAGEM Q73 IMAGEM Q79 IMAGEM Q86

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o dispositivo institucional do Ministério da Saúde que agrega profissionais de outras categorias, como educador físico e nutricionista, para apoiar as equipes de atenção primária em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças cardiovasculares. A resposta esperada é a equipe multiprofissional na atenção primária, a e-Multi, sendo também aceitas as denominações anteriores, Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. O raciocínio é que esses arranjos não criam um serviço paralelo de referência: eles operam por apoio matricial, ou seja, compartilham o cuidado com a equipe de referência, discutem casos e conduzem atividades coletivas no território. A perola: e-Multi é o nome atual do dispositivo, que substituiu o NASF-AB.