



USP — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito A

Homem de 66 anos de idade chega à consulta referindo perda visual progressiva e indolor de olho há 06 meses. É hipertenso, diabético e dislipidêmico de longa data, com controle irregular das comorbidades. Realiza o seguinte exame. Selecione a alternativa com os achados deste exame:

- A. Microhemorragias e exsudatos duros. ✓**
- B. Edema de papila e descolamento de retina regmatogênico.
- C. Microcalcificações e mácula em cereja.
- D. Palidez de papila e exsudatos algodonosos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de baixa visual progressiva e indolor em um homem hipertenso, diabético e dislipidêmico de longa data com controle irregular: o cenário clássico de retinopatia diabética, e a questão pede apenas que se reconheça o que se encontra no fundo de olho dessa doença. Na retinopatia diabética não proliferativa os achados são microaneurismas e micro-hemorragias intrarretinianas, somados a exsudatos duros, que são depósitos amarelados de lipoproteína extravasada pela quebra da barreira hematorretiniana e costumam circundar a área de vazamento. É exatamente essa combinação da alternativa A, e a perda visual arrastada de seis meses se explica pelo edema macular associado.

Edema de papila traduz hipertensão intracraniana e o descolamento de retina regmatogênico cursa com perda visual súbita precedida de fotopsias e moscas volantes, e não com declínio de seis meses. Mácula em cereja é a marca da oclusão da artéria central da retina, cuja perda visual é súbita, indolor e grave, ou das doenças de depósito, e microcalcificações remetem a retinoblastoma, doença da infância. Palidez de papila indica atrofia óptica já estabelecida, que não é o esperado nesse paciente; exsudatos algodonosos até ocorrem na retinopatia diabética e na hipertensiva, mas a dupla proposta na alternativa D não descreve o quadro típico.

Resposta A

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Homem de 28 anos de idade apresenta há 2 anos cefaleia uma vez por semana de forte intensidade, unilateral, pulsátil, com foto e fonofobia e acompanhada por náuseas. Nega fenômenos visuais ou somestésicos. Há 6 meses associou outro tipo de cefaleia quase diariamente, bilateral, de fraca a moderada intensidade, em aperto, sem outros sintomas. Faz uso diário de dipirona e cetoprofeno e nos momentos de exacerbação da dor usa sumatriptano. Quais são os diagnósticos desse paciente?

- A. Cefaleia tensional e enxaqueca com aura.
- B. Enxaqueca com aura e cefaleia por abuso de medicações.
- C. Enxaqueca sem aura e cefaleia por abuso de medicações. ✓**
- D. Cefaleia tensional e enxaqueca sem aura.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas cefaleias coexistindo no mesmo paciente, uma episódica e incapacitante e outra diária e leve: a questão cobra o diagnóstico duplo pelos critérios da ICHD-3. A primeira dor é unilateral, pulsátil, de forte intensidade, com náusea, fotofobia e fonofobia, o que preenche migrânea; como ele nega expressamente fenômenos visuais e somestésicos, trata-se de enxaqueca sem aura. A segunda não é uma cefaleia tensional independente: ela surgiu depois, é quase diária, e o paciente usa dipirona e cetoprofeno todos os dias, além de sumatriptano nas exacerbações. Esse é o padrão da cefaleia por uso excessivo de medicação, definida como dor em quinze dias ou mais por mês, por mais de três meses, em quem consome analgésico simples em quinze dias ou mais por mês, ou triptano e combinações em dez dias ou mais por mês.

A alternativa A erra duas vezes: rotula a dor diária como tensional primária, ignorando o abuso medicamentoso, e atribui aura a uma enxaqueca que o próprio enunciado nega. A alternativa B acerta o abuso, mas insiste na aura inexistente. A alternativa D descreve corretamente a enxaqueca sem aura, porém chama a cefaleia diária de tensional e deixa escapar justamente o dado que muda a conduta, que é retirar o analgésico de uso diário.

Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Mulher de 25 anos de idade, diabética em uso de insulina, dá entrada no serviço de emergência com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal. Ao exame clínico de entrada estava desidratada +++/4+, PA = 100 x 60 mmHg, FC = 120 bpm, Tempo de enchimento capilar = 6s. Restante do exame sem alterações. Foi iniciada expansão volêmica. Exames iniciais mostram: Glicemia = 440 mg/dL pH = 7,21 Bic = 13 mEq/L Na⁺ = 120 mEq/L K⁺ = 2,8 mEq/L Qual é a conduta com relação à insulinização neste momento?

- A. Insulina regular 10 UI endovenosa em bomba de infusão.
- B. Insulina regular 10 UI endovenosa em bolus.
- C. Insulina regular 10 U subcutânea.

D. Não administrar insulina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cetoacidose diabética confirmada, com glicemia de 440 mg/dL, pH de 7,21 e bicarbonato de 13 mEq/L em paciente hipoperfundida, mas o eixo da questão é o potássio. Na cetoacidose o potássio corporal total está sempre depletado, e o valor sérico costuma vir normal ou alto porque a acidose e a insulinopenia deslocam o íon para o extracelular; aqui ele já se apresenta em 2,8 mEq/L, ou seja, hipocalemia franca com déficit corporal ainda maior do que o número sugere. Como a insulina empurra potássio para dentro da célula, administrá-la neste momento precipitaria hipocalemia grave, com risco de arritmia ventricular, parada cardíaca e fraqueza da musculatura respiratória. Os protocolos determinam suspender a insulina enquanto o potássio estiver abaixo de 3,3 mEq/L, expandir e repor potássio até ultrapassar esse limiar, e só então iniciar a insulinização.

Por isso as alternativas A e B estão erradas independentemente da via ou do modo de administração: infusão contínua ou bolus, o problema é insulinizar com potássio de 2,8 mEq/L. A alternativa A tem ainda outro defeito, pois o esquema padrão é infusão contínua de 0,1 U/kg/h, e não dose fixa de 10 UI em bomba. A alternativa C soma o mesmo erro à via subcutânea, imprópria em paciente com enchimento capilar de 6 segundos e má perfusão tecidual, na qual a absorção é errática e imprevisível. Resposta D

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Mulher de 62 anos de idade, diabética e tabagista, apresentou há 5 horas e 30 minutos diminuição de força nos membros superior e inferior esquerdos e fala empastada. Na sua chegada ao Pronto-Socorro de um hospital terciário, sua pressão arterial era 160 x 100 mmHg. A frequência cardíaca era de 88 bpm, rítmico e a glicemia capilar 220 mg/dL. A ausculta cardíaca era normal. O exame neurológico mostrou hemiplegia esquerda completa, desvio do olhar para a direita e heminegligência. A pontuação na escala de avaliação NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) foi de 16. A tomografia de crânio não mostrou sinais de hemorragia intracraniana. A pontuação na escala ASPECTS foi de 8. Qual deve ser a conduta neste atendimento inicial?

- A. Realizar angioressonância arterial de crânio e vasos cervicais e, se oclusão de artéria carótida cervical, indicar trombectomia mecânica.
- B. Realizar angiotomografia arterial de crânio e vasos cervicais e, se oclusão de artéria cerebral média, indicar trombectomia mecânica. ✓**
- C. Realizar angiotomografia arterial de crânio e vasos cervicais e, se oclusão de artéria cerebral média, indicar trombólise intravascular.
- D. Realizar angioressonância arterial de crânio e vasos cervicais e, se oclusão de artéria carótida intracraniana, indicar trombólise intravenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com déficit focal instalado há 5 horas e 30 minutos, ou seja, um acidente vascular cerebral isquêmico de circulação anterior direita, traduzido por hemiplegia esquerda completa, desvio conjugado do olhar para a direita e heminegligência, com NIHSS de 16, tomografia sem hemorragia e ASPECTS de 8. O tempo comanda a decisão: fora da janela de 4,5 horas do início dos sintomas, a trombólise intravenosa está contraindicada, e o caminho é documentar oclusão de grande vaso para indicar trombectomia mecânica, que é formalmente indicada até 6 horas do ictus com NIHSS igual ou maior que 6 e ASPECTS igual ou maior que 6. A imagem vascular precisa ser rápida e disponível na sala de emergência, e essa é a angiotomografia de crânio e vasos cervicais; encontrando oclusão de M1 da artéria cerebral média, que é exatamente a síndrome descrita, indica-se a trombectomia.

As alternativas A e D propõem angiorressonância, exame mais demorado, menos disponível e inadequado ao AVC agudo, em que cada minuto de atraso significa neurônio perdido; a alternativa D ainda indica trombólise intravenosa em paciente já fora da janela terapêutica. A alternativa C acerta o exame de imagem, mas erra o tratamento ao propor trombólise intravascular, que não é a estratégia de escolha, tendo sido superada pela trombectomia mecânica nos ensaios de oclusão proximal. A alternativa A erra também o alvo, já que o benefício da trombectomia está documentado para oclusões de grandes vasos intracranianos, e não para oclusão isolada da carótida cervical. Resposta B

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Mulher de 34 anos de idade dá entrada no Pronto-Socorro com história de cefaleia, febre e confusão mental há 3 dias, associada a episódios em que permanecia parada, olhar fixo e movimentos oromastigatórios automáticos, com duração de 2 minutos. Ao exame clínico estava confusa, febril, com rigidez de nuca, sem outros sinais localizatórios. A tomografia de crânio mostrava hipoatenuação discreta e edema em lobo temporal à direita. O eletroencefalograma mostrava atividade periódica lateralizada. Qual é a principal hipótese diagnóstica e o exame confirmatório?

- A. Encefalite imuno mediada, solicitar anticorpos anti-NMDA no líquido.
- B. Encefalite herpética, PCR para herpes vírus no líquido. ✓**
- C. Endocardite bacteriana com embolização séptica, hemocultura e ecocardiograma.
- D. Neurotoxoplasmose, ressonância nuclear magnética de crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, cefaleia e confusão há três dias, com rigidez de nuca e crises focais disperceptivas caracterizadas por parada comportamental, olhar fixo e automatismos oromastigatórios, apontam para foco epileptogênico temporal, e a neuroimagem confirma ao mostrar hipoatenuação e edema no lobo temporal direito. Somando o eletroencefalograma com atividade periódica lateralizada, tem-se a assinatura da encefalite herpética pelo HSV-1, vírus com tropismo pelos lobos temporais e pelo sistema límbico. O exame confirmatório é a PCR para herpes vírus no líquido, com sensibilidade e especificidade acima de 95%, ressaltando-se que o aciclovir endovenoso deve ser iniciado empiricamente antes do resultado, já que a mortalidade sem tratamento ultrapassa 70%.

A encefalite anti-NMDA tem curso subagudo, com sintomas psiquiátricos proeminentes, discinesias orofaciais e disautonomia, tipicamente em mulher jovem com teratoma ovariano, e não produz febre alta com foco temporal instalado em três dias. Endocardite bacteriana com embolização séptica cursaria com sopro, fenômenos embólicos periféricos e déficits focais múltiplos de distribuição vascular, sem esse padrão de crises temporais e de eletroencefalograma. Neurotoxoplasmose acomete imunodeprimidos e se apresenta com lesões de realce anelar em núcleos da base e junção córtico-subcortical; além disso, a ressonância é exame de imagem e não confirmação etiológica. Resposta B

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Homem, 82 anos de idade, acamado há 10 anos por demência vascular após episódio de AVC isquêmico extenso. É totalmente dependente para as atividades básicas da vida diária e não contactua com as pessoas há cerca de 1 ano. É cuidado pela filha. Há 2 anos apresenta disfagia para sólidos e há 6 meses para líquidos. Comparece ao Pronto-Socorro com história de queda do estado geral e recusa da alimentação via oral há 3 dias. No atendimento inicial, apresentava-se em mau estado geral, descorado ++/4+, desidratado +++/4+, com roncocal de transmissão, FR 30 irpm, oximetria sem captura, com respiração ruidosa, extremidades frias e mal perfundidas, FC 130 bpm e PA 72 x 40 mmHg. A equipe da sala de emergência aborda a filha sobre a compreensão do quadro atual e ela entende que o pai está próximo ao final da vida e não deseja que ele sofra, mas está muito preocupada por ele não estar conseguindo comer. Qual é a conduta com relação à alimentação nesta fase?

- A. Passar sonda nasointestinal para alimentação enteral.
- B. Introduzir soro de expansão e manutenção.
- C. Introduzir dieta assistida por via oral.

D. Manter o paciente de jejum e sem soro. Página 4/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com demência vascular avançada, acamado há dez anos, sem contato há um ano, com disfagia progressiva que já atinge líquidos, chega em choque, com pressão de 72x40 mmHg, frequência cardíaca de 130 bpm, extremidades frias, respiração ruidosa e oximetria sem captura. Esse é o quadro de últimos dias ou horas de vida, e a meta de cuidado, já alinhada com a filha, é o conforto. Nessa fase a anorexia e a recusa alimentar são manifestação do processo de morrer, e não a sua causa: o paciente não está morrendo por não comer, ele deixou de comer porque está morrendo. Nutrição e hidratação artificiais não prolongam a sobrevida nem melhoram a qualidade de vida na demência avançada e, no fim de vida, aumentam secreção de vias aéreas, sororoca, edema e desconforto. A conduta é não impor via artificial nem sobrecarga hídrica, mantendo cuidados de conforto, higiene oral, controle de sintomas e comunicação com a família.

A sonda nasointestinal é a intervenção com maior evidência contrária nesse cenário, pois não previne broncoaspiração, não reduz úlcera por pressão, não aumenta sobrevida e frequentemente exige contenção do paciente. A dieta assistida por via oral pressupõe deglutição segura, o que não existe em quem já tem disfagia para líquidos, não contactua e está hipoperfundido, de modo que restaria apenas o risco de aspiração. O soro de expansão trataria um choque cuja causa é a própria doença terminal, contrariando a meta acordada e agravando congestão e secreções. Vale registrar que o ponto é discutível: parte dos serviços de palição aceita hidratação subcutânea de baixo volume por hipodermóclise como medida individualizada de conforto, mas isso é decisão caso a caso e não a resposta esperada aqui. Resposta D

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Homem de 48 anos de idade, casado, comparece em retorno de consulta ambulatorial com queixa de episódios em que seu “coração passa a bater para fora da boca, com batidas fora de hora e com a sensação que pode parar a qualquer momento”. Já procurou serviços de urgência e emergência. Porém ao chegar ao Pronto-Socorro de cardiologia a crise já passou e os médicos não acham nada alterado nos exames complementares. Refere que quando faz atividade física o coração começa a bater mais rápido. Nesse processo por vezes lhe falta ar e sente medo muito grande de que possa infartar cedo como seu pai, que faleceu aos 52 anos de idade. Está dormindo mal, fica pensando no que fazer se tiver novas crises e como pode chegar rápido no hospital para poder descobrir o que é. É ex-fumante 1 maço/dia por 15 anos (parou há 12 anos). O exame clínico está normal. Os exames complementares solicitados na primeira consulta mostram glicemia de jejum e colesterol total e frações normais. O eletrocardiograma atual é apresentado abaixo. O registro de Holter durante uma das crises referidas está representado abaixo. Traçado do eletrocardiograma de hoje: Traçado do Holter: Qual é o diagnóstico provável e a conduta inicial?

- A. Depressão ansiosa; introdução de ansiolítico não benzodiazepínico.
- B. Angina estável; introdução de AAS, atorvastatina e nitrato.

C. Síndrome do pânico; antidepressivo serotoninérgico. ✓

- D. Taquicardia por reentrada nodal; ablação cardíaca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 48 anos com crises recorrentes e autolimitadas de palpitação, falta de ar e medo intenso de morrer, seguidas de ansiedade antecipatória entre os episódios, pois dorme mal e passa o dia planejando como chegar rápido ao hospital, com exame clínico normal, glicemia e lipidograma normais, eletrocardiograma atual sem alterações e registro de Holter durante a crise que não documenta arritmia capaz de explicar os sintomas. Esse conjunto define transtorno de pânico, aqui reforçado pelo temor da morte precoce do pai aos 52 anos. O tratamento de primeira linha, e a conduta inicial pedida, é o antidepressivo serotoninérgico, um inibidor seletivo de recaptação de serotonina, associado a psicoeducação e terapia cognitivo-comportamental; o benzodiazepínico entra, quando muito, como ponte de curto prazo, nunca como manutenção. Depressão ansiosa exigiria humor deprimido ou anedonia persistentes na maior parte dos dias, que o enunciado não traz, e o ansiolítico proposto não é o tratamento de manutenção do pânico. Angina estável se manifesta como desconforto torácico previsível ao esforço e aliviado pelo repouso, e não como palpitação paroxística com pavor de morte e investigação negativa; introduzir AAS, atorvastatina e nitrato seria tratar uma doença que não existe. Taquicardia por reentrada nodal precisaria estar documentada, com taquicardia regular de QRS estreito de início e término súbitos no traçado da crise, e ainda assim a ablação não seria a conduta inicial antes de caracterizar a arritmia. Resposta C

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Homem de 72 anos de idade, etilista, veio ao retorno de consulta do ambulatório de geriatria. Tinha queixa de lentidão para andar evoluindo progressivamente ao longo de vários meses com dificuldade em coordenar a marcha (inicialmente falta de jeito, às vezes esbarrando nas coisas ou pessoas). Este sintoma piorou gradativamente até não conseguir andar sem um andador ou encostado nas paredes. Começou também a apresentar urgência miccional e, após passar no urologista, não foi detectado nada de anormal em sua próstata ou bexiga. Nessa época sofreu um tombo no banheiro. Foi a partir desse incidente que ficaram mais evidentes as dificuldades para se lembrar de fatos recentes assim como de encontrar a palavra adequada para se expressar. Trouxe exames laboratoriais normais e a tomografia apresentada. Qual é a hipótese diagnóstica provável?

A. Hidrocefalia de pressão normal. ✓

B. Pelagra.

C. Hematoma subdural crônico.

D. Síndrome de Wernicke. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 5/28

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com marcha que se deteriora ao longo de meses, começando como falta de jeito e esbarrões e evoluindo até a dependência de andador ou do apoio nas paredes, somada a urgência miccional sem causa urológica e a declínio cognitivo com esquecimento de fatos recentes e dificuldade de encontrar palavras. É a tríade de Hakim-Adams, formada por apraxia de marcha, incontinência urinária e demência, com a marcha aparecendo primeiro e dominando o quadro, exatamente como descrito. Os exames laboratoriais normais afastam causas metabólicas e carenciais, e a tomografia completa o raciocínio ao demonstrar ventriculomegalia desproporcional ao grau de atrofia cortical. O diagnóstico é hidrocefalia de pressão normal, e reconhecê-la importa porque é uma das poucas demências potencialmente tratáveis, com tap test e derivação ventriculoperitoneal. Pelagra, por deficiência de niacina, cursa com dermatite fotossensível, diarreia e demência, e aqui não há lesão cutânea nem diarreia, além de a marcha não ser o sintoma-guia. Hematoma subdural crônico é a armadilha atraente pelo etilismo e pela queda, mas os sintomas começaram vários meses antes do tombo, e não depois dele, o que inverte a relação causal exigida. Síndrome de Wernicke tem instalação aguda ou subaguda, com a tríade de confusão, ataxia e oftalmoparesia, sem urgência miccional e sem essa progressão insidiosa de meses. Resposta A

QUESTÃO 9 — Gabarito B

Homem de 28 anos de idade refere há 1 mês lesões pruriginosas nas virilhas. Ao exame clínico observa-se eritema e descamação nas regiões inguinais. O exame micológico direto foi positivo para hifas artrosporadas. Qual é o diagnóstico?

- A. Tínea negra.
- B. Tínea crural. ✓**
- C. Candidose.
- D. Piedra branca.

COMENTÁRIO OSCELABS

Placas eritematosas e descamativas pruriginosas nas regiões inguinais de um homem jovem, com exame micológico direto positivo para hifas artrosporadas. Hifa septada que se fragmenta em artrosporos é a assinatura microscópica dos dermatófitos, sendo o *Trichophyton rubrum* o agente mais comum, e a topografia crural fecha o diagnóstico de tínea crural. O quadro clássico exibe borda de progressão mais ativa e descamativa com tendência à cura central, costuma poupar o escroto e responde a antifúngico tópico, reservando-se o sistêmico para formas extensas ou recidivantes.

Candidose intertriginosa também acomete a virilha, mas o exame direto mostraria pseudo-hifas e blastoconídeos, e a clínica traz eritema vivo, maceração, fissura no fundo da prega e lesões satélites, com envolvimento escrotal frequente. Tínea negra é mácula acastanhada, assintomática e sem descamação, típica de palmas e plantas e causada pela *Hortaea werneckii*. Piedra branca não é doença da pele glabra: forma nódulos claros e pouco aderidos à haste do pelo, causados por *Trichosporon*, sem eritema ou prurido inguinal.

Resposta B

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Homem, 80 anos de idade, engenheiro aposentado, procura ambulatório de geriatria por estar cada vez mais esquecido há 2 anos, desde a morte de sua esposa. Apresenta tristeza ocasional quando se lembra da esposa. A filha refere que há 1 ano está morando junto com o paciente pois ele não estava se alimentando bem e estava com dificuldade de realizar os afazeres domésticos. Ao exame clínico, apresenta-se repetitivo, com dificuldade de terminar frases. Semiologia cardio-pulmonar e abdominal sem alterações. O Miniexame do estado mental é de 24/30 (normal ≥ 28). Assinale a alternativa que relaciona os exames complementares indicados para a investigação deste paciente:

- A. Dosagem de vitamina D sérica, TSH, T4 livre, sorologia para citomegalovírus e herpes simples e tomografia de crânio.
- B. Dosagem de vitamina B1 e B6 sérica, glicemia, colesterol total e frações e ressonância de crânio.
- C. Dosagem de vitamina B12 sérica, TSH, T4 livre, sorologia para sífilis e HIV e tomografia de crânio. ✓**
- D. Dosagem de ferro sérico, hemograma, TSH, coagulograma, ureia, creatinina, sódio, potássio, cálcio e ressonância de crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com declínio cognitivo de dois anos, perda de funcionalidade nas atividades instrumentais, já que não se alimenta bem e não dá conta dos afazeres domésticos, discurso repetitivo com dificuldade de completar frases e Miniexame do estado mental de 24 para um ponto de corte de 28 nessa escolaridade. Trata-se de síndrome demencial a esclarecer, e a pergunta é sobre a rotina de investigação, cujo objetivo é identificar causas potencialmente reversíveis. Os consensos brasileiros e as diretrizes internacionais recomendam hemograma, função renal e hepática, eletrólitos com cálcio, glicemia, TSH e T4 livre, dosagem de vitamina B12, sorologias para sífilis e HIV, e neuroimagem estrutural, tomografia ou ressonância de crânio. A alternativa C é a única que reúne esse núcleo: B12, função tireoidiana, sífilis, HIV e imagem.

A alternativa A troca a B12 pela vitamina D, que não é causa reconhecida de demência reversível, e pede sorologias para citomegalovírus e herpes simples, exames de encefalite infecciosa aguda e não de demência arrastada. A alternativa B solicita vitaminas B1 e B6, fora da rotina, e um perfil lipídico que avalia risco cardiovascular, não a etiologia do declínio cognitivo. A alternativa D traz exames gerais razoáveis, mas deixa de fora exatamente os que mudam conduta, a vitamina B12 e as sorologias para sífilis e HIV, e acrescenta ferro sérico e coagulograma, sem papel nessa investigação. Resposta C

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Homem de 46 anos de idade com obesidade grau 3 é admitido no Departamento de Emergência. Tem febre há 10 dias, associada a dispneia progressiva e tosse nos últimos 3 dias. Ao exame clínico, apresenta-se taquipneico, com saturação de oxigênio de 84% em ar ambiente. Ausculta pulmonar com raros sibilos e estertores em bases, principalmente à direita. O ultrassom pulmonar, protocolo BLUE, demonstra deslizamento pleural e a seguinte imagem nos seis pontos. Qual o diagnóstico mais provável para a insuficiência respiratória deste paciente?

A. Pneumonia bacteriana.

B. Asma exacerbada.

C. Infecção aguda por COVID-19. ✓

D. Infarto pulmonar por tromboembolismo pulmonar agudo. ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 12 e 13:

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com obesidade grau 3, febre há dez dias e piora respiratória nos últimos três, taquipneico e com saturação de 84% em ar ambiente: insuficiência respiratória hipoxêmica cuja etiologia a questão pede que se defina pelo ultrassom à beira do leito. Os dados textuais são suficientes: o deslizamento pleural está preservado, o que afasta pneumotórax, e o mesmo padrão se repete nos seis pontos do protocolo BLUE, ou seja, acometimento intersticial difuso e bilateral. Padrão intersticial difuso e bilateral com pleura deslizante, em paciente com febre prolongada e deterioração respiratória tardia, corresponde à pneumonia por COVID-19, que caracteristicamente cursa com linhas B coalescentes de distribuição esparsa e predominantemente posterior, irregularidade da linha pleural e pequenas consolidações subpleurais, com hipoxemia desproporcional à ausculta relativamente pobre, como aqui.

Pneumonia bacteriana típica produziria consolidação lobar focal, com broncograma aéreo dinâmico em um ou dois pontos, e não esse acometimento homogêneo em todos os campos. Asma exacerbada cursa com padrão A preservado e ultrassom essencialmente normal, além de não explicar febre por dez dias nem hipoxemia dessa magnitude. Tromboembolismo pulmonar com infarto mostraria pulmão predominantemente com padrão A e, no máximo, consolidações subpleurais focais e periféricas, sendo a etapa seguinte do protocolo BLUE a pesquisa de trombose venosa nos membros inferiores. Resposta C

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Homem de 65 anos de idade é admitido por insuficiência respiratória aguda no Pronto-Socorro. Durante o atendimento inicial, evolui com piora do padrão respiratório e da hipoxemia, optando-se por intubação orotraqueal. Nesse momento, a frequência respiratória é de 40 irpm, saturação de oxigênio de 88% com máscara não reinalante a 15L/min, frequência cardíaca de 120bpm e pressão arterial de 60x30 mmHg. Considerando a disponibilidade das quatro drogas abaixo, qual é a medicação de escolha para realizar a sedação deste paciente?

- A. Fentanil.
- B. Midazolan.
- C. Propofol.

D. Etomidato. Página 6/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Intubação de sequência rápida em paciente chocado, com pressão arterial de 60x30 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm e saturação de 88% mesmo com máscara não reinalante a 15 L/min. A escolha do hipnótico aqui é governada pela hemodinâmica, e não pela hipoxemia: a indução e a ventilação com pressão positiva reduzem o retorno venoso e podem precipitar parada cardíaca peri-intubação, de modo que se busca o agente com menor efeito depressor cardiovascular. O etomidato é justamente o mais neutro entre os quatro, pois praticamente não reduz a resistência vascular sistêmica nem a contratilidade miocárdica, tem início de ação em menos de um minuto e dose de 0,3 mg/kg, reduzida no choque.

Propofol é o pior candidato nesse cenário, porque vasodilata e deprime o miocárdio de forma dose-dependente, com queda pressórica previsível e potencialmente fatal nessa pressão. Midazolam também causa hipotensão em paciente com volume intravascular comprometido, além de latência mais longa e titulação imprevisível para indução. Fentanil é opioide, não hipnótico, não garante inconsciência isoladamente e, em bolus, pode somar hipotensão, bradicardia e rigidez torácica. Registre-se que o ponto tem alguma controvérsia, já que o etomidato causa supressão adrenal transitória e há literatura questionando seu uso no choque séptico, com a quetamina como alternativa defensável; entre as quatro drogas oferecidas e em dose única, porém, ele segue sendo a escolha. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Após a intubação orotraqueal, a capnografia mostra a seguinte curva: Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Intubação esofágica. ✓**
- B. Pneumotórax.
- C. Intubação seletiva.
- D. Broncoespasmo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a capnografia como método de confirmação do posicionamento do tubo imediatamente após a intubação orotraqueal, hoje considerada o padrão-ouro pelas diretrizes de via aérea e de ressuscitação. Com o tubo na traqueia, cada ciclo respiratório gera a curva quadrangular clássica, com fase expiratória de subida rápida e platô alveolar bem definido, e um ETCO₂ mensurável e estável. Quando não há onda alguma, ou quando aparecem apenas uma ou duas deflexões pequenas e progressivamente decrescentes até zerar — o CO₂ residual insuflado no estômago durante a ventilação com bolsa-válvula-máscara —, o diagnóstico é intubação esofágica, e a conduta é retirar o tubo, ventilar e reintubar sob visualização direta. Pneumotórax e intubação seletiva reduzem a área pulmonar ventilada, mas o paciente continua exalando CO₂: a curva permanece presente, no máximo com queda de amplitude, e o diagnóstico se faz pela ausculta assimétrica e pela imagem, não pelo desaparecimento da onda. Broncoespasmo tem assinatura própria na capnografia, com perda da subida abrupta e platô inclinado, o clássico aspecto em barbatana de tubarão, mas também mantém onda e ETCO₂ detectável. Ausência de curva após a intubação é tubo fora da via aérea até prova em contrário. Resposta A

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Mulher de 50 anos de idade, costureira, vem para consulta ambulatorial referindo emagrecimento não intencional e dores em articulações de mãos há aproximadamente 6 meses, contínua, com piora progressiva nas últimas 4 semanas. Relata rigidez matinal de aproximadamente 20 minutos, mas conta que as dores são piores ao final do dia após realização das suas atividades diárias. Antecedentes: Hipertensão Arterial Sistêmica, em uso de hidroclorotiazida 25mg/dia; consumo de 5 garrafas de cerveja por semana; tabagismo 10 anos-maço. Ao exame clínico: dor à palpação de interfalanges proximais de todos os dedos de ambas as mãos, e de 2ª e 3ª metacarpofalanges bilateralmente, sem edema ou eritema. O restante do exame clínico está normal. Qual é a alternativa correta?

A. O diagnóstico inicial não inclui a realização de radiografia de mãos e punhos.

B. A investigação inicial inclui a dosagem de TSH. ✓

C. O diagnóstico de artrite psoriásica é excluído pela presença de fator reumatoide positivo.

D. A presença de rigidez matinal de 20 minutos sugere artropatia inflamatória.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de poliartralgia de mãos em mulher de 50 anos com padrão predominantemente mecânico — rigidez matinal de apenas 20 minutos, dor que piora ao final do dia com o uso das mãos e ausência de edema ou eritema —, porém acompanhada de emagrecimento não intencional, sinal de alarme que obriga a ampliar a investigação para causas sistêmicas. Nesse contexto, a dosagem de TSH faz parte da triagem inicial: tanto o hipotireoidismo (artralgias, mialgias, síndrome do túnel do carpo, rigidez) quanto o hipertireoidismo (emagrecimento, miopatia proximal, dor articular) explicariam a combinação de queixa articular com perda de peso, e o exame é barato e de alto rendimento. A radiografia de mãos e punhos, ao contrário do que afirma a alternativa A, integra sim a avaliação inicial da poliartralgia crônica de mãos, porque separa o padrão degenerativo (osteófitos, redução do espaço articular, esclerose subcondral, nós de Heberden e Bouchard) do padrão erosivo inflamatório. O fator reumatoide positivo não exclui artrite psoriásica: as espondiloartrites são habitualmente soronegativas, mas o fator reumatoide é um autoanticorpo inespecífico, presente em outras doenças e até em idosos hígidos, de modo que sua positividade não serve como critério de exclusão, o que derruba a alternativa C. E rigidez matinal só sugere artropatia inflamatória quando se prolonga por mais de 30 a 60 minutos; 20 minutos com piora vespertina ao esforço aponta exatamente para o oposto, o padrão mecânico, invalidando a alternativa D. Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito D

Mulher de 20 anos de idade chega ao serviço de emergência informando ter sido agredida por pessoa no ônibus. O contato inicial é difícil, pois a paciente está agitada, preocupada e falando rapidamente. Ela informa que o agressor a estava perseguindo desde o ponto de embarque. A paciente recebeu notícia sobre uma herança há quatro dias, e desde então não consegue dormir. Há três dias, pediu demissão do emprego de faxineira por achar que sua “patroa estava roubando seu dinheiro para pagar contas da casa”. Nos últimos dois dias, com a expectativa de receber o dinheiro, gastou cerca de 2 mil reais em vários pares de sapatos de 3 lojas diferentes. Qual é a principal hipótese diagnóstica para o caso?

- A. Transtorno de personalidade borderline.
- B. Reação aguda ao estresse.
- C. Síndrome do pânico.

D. Mania com sintomas psicóticos. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve um episódio maníaco com sintomas psicóticos: em poucos dias a paciente passou a apresentar redução da necessidade de sono sem queixa de cansaço, fala acelerada com pressão de discurso, agitação, gastos impulsivos e desproporcionais (dois mil reais em sapatos em três lojas, apostando em uma herança ainda não recebida), abandono do emprego por juízo alterado e, sobretudo, conteúdo delirante persecutório — a patroa que roubava seu dinheiro e o suposto perseguidor do ônibus. É justamente a presença de delírio congruente com o humor exaltado que qualifica o episódio como mania com sintomas psicóticos; embora o critério clássico de duração para mania seja de uma semana, ele é dispensado quando há sintomas psicóticos ou necessidade de hospitalização. O transtorno de personalidade borderline exige padrão persistente e de longa data de instabilidade afetiva, de autoimagem e das relações, com impulsividade e autolesão, e não um quadro de instalação abrupta em quatro dias com euforia e delírio. A reação aguda ao estresse pressupõe um estressor traumático como gatilho e resposta que se instala em minutos a horas, mas aqui os sintomas antecederam a agressão no ônibus, que é consequência e não causa do quadro. A síndrome do pânico cursa com ataques paroxísticos e autolimitados de ansiedade intensa com sintomas autonômicos e medo de morrer ou enlouquecer, sem delírio, sem gastos excessivos e sem redução da necessidade de sono. Resposta D

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Homem de 65 anos de idade, pedreiro aposentado, vem para consulta com clínico geral referindo quadro de dor lombar há aproximadamente 2 semanas. Refere que o quadro é caracterizado por dor de forte intensidade, com irradiação para ambos os membros inferiores abaixo dos joelhos, associada a parestesias. Relata ainda dificuldade de ereção e redução da sensibilidade em região perianal. Nega alteração da intensidade da dor ao longo do dia. Ao exame clínico: Déficit motor assimétrico distal nas pernas e pés, com redução de força à dorsiflexão e flexão plantar dos pés e dos artelhos. Reflexos aquileus e patelares abolidos. Hipoestesia “em sela” na região perineal. Desencadeamento de dor irradiada à flexão de quadril a 45° com joelhos estendidos. Apresenta incapacidade de permanecer na ponta dos pés. O exame físico mostra massa em hipogástrico. Nega febre, perda ponderal, antecedente pessoal ou familiar de neoplasia maligna.

A. O quadro sugere lesão de cauda equina, devendo ser solicitada ressonância magnética de coluna lombossacra. ✓

- B. O quadro sugere lesão compressiva de medula torácica, devendo ser investigada a etiologia inflamatória ou infecciosa.
- C. O quadro é característico da síndrome de Guillain-Barré (polirradiculoneurite aguda), devendo ser solicitada eletroneuromiografia e iniciada gamaglobulina endovenosa.
- D. O quadro é sugestivo de neoplasia metastática intramedular em topografia de medula cervical, relacionado a possível neoplasia prostática.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente tem síndrome da cauda equina, e cada elemento do exame aponta para lesão de múltiplas raízes lombossacras abaixo do cone medular: dor lombar irradiada para ambos os membros inferiores abaixo dos joelhos com parestesias, déficit motor assimétrico e distal com fraqueza de dorsiflexão e flexão plantar, arreflexia aquileia e patelar, Lasègue positivo e, sobretudo, a tríade de alarme — anestesia em sela, disfunção erétil e a massa em hipogástrio, que nesse contexto é globo vesical por retenção urinária. Trata-se de emergência neurocirúrgica, e a ressonância magnética de coluna lombossacra é o exame de escolha para definir o nível e a etiologia da compressão, devendo ser solicitada de imediato. A lesão compressiva de medula torácica produziria síndrome do neurônio motor superior, com hiper-reflexia, espasticidade e sinal de Babinski, além de um nível sensitivo no tronco, jamais arreflexia com hipoestesia em sela. A síndrome de Guillain-Barré é uma polirradiculoneuropatia desmielinizante ascendente, tipicamente simétrica, com dissociação albuminocitológica no líquido e comprometimento esfinteriano e sensitivo em sela raro ou ausente, além de não justificar dor lombar de duas semanas com retenção urinária. A alternativa D erra em duas frentes: topografia cervical daria tetraparesia com acometimento de membros superiores, incompatível com o exame descrito, e o comprometimento por neoplasia prostática seria epidural ou osteoblástico, não intramedular. Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Mulher de 35 anos de idade deu entrada no Pronto-Socorro com cefaleia e febre não medida há 5 dias. Tentou utilizar vários analgésicos sem melhora. No exame clínico apresenta T 38°C, FC 100 bpm, sem outras alterações. Foi realizada a tomografia computadorizada mostrada a seguir. Qual é o diagnóstico?

A. Meningoencefalite.

B. Sinusite. ✓

C. Normal para a idade.

D. Osteomielite. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 7/28

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de cefaleia febril prolongada em paciente com exame neurológico e clínico sem alterações, situação em que a tomografia serve para procurar um foco estrutural que explique a dor e a febre. Sem rigidez de nuca, sem alteração do nível de consciência, sem déficit focal e sem crise convulsiva, o quadro não preenche o perfil de meningoencefalite, cujo diagnóstico, aliás, é líquórico e não tomográfico — a tomografia costuma ser normal e serve apenas para afastar contraindicação à punção. O achado tomográfico que fecha o caso, coerente com cefaleia refratária a analgésicos comuns, febre baixa e ausência de outros sinais, é o comprometimento de seio paranasal: a rinossinusite aguda bacteriana é causa frequente de cefaleia febril arrastada por mais de cinco dias e explica a falha dos analgésicos isolados, pois o tratamento exige antibiótico e medidas de desobstrução. A alternativa que afirma exame normal para a idade é insustentável, uma vez que há imagem alterada capaz de justificar a queixa e a febre. Osteomielite de ossos da face ou do crânio é rara, costuma ser complicação de sinusite não tratada, cursa com dor local intensa, edema e sinais flogísticos externos e mostra erosão ou sequestro ósseo, achados que não correspondem a este quadro de cinco dias em paciente sem sinais focais. Resposta B

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Mulher de 55 anos de idade, procura o Pronto-Socorro com queixa de dor torácica precordial de moderada intensidade, contínua, há 1 dia. A dor iniciou durante atividade física. Não notou irradiação, fatores de melhora ou de piora. Ao exame clínico apresenta frequência cardíaca de 115 bpm, pressão arterial 130/80 mmHg em todos os membros, com pulsos simétricos. Frequência respiratória 18 irpm. Não há alterações na semiologia cardíaca ou pulmonar. O restante do exame clínico é normal. Solicitado o eletrocardiograma a seguir. Qual é a hipótese diagnóstica?

A. Infarto agudo do miocárdio.

- B. Hipercalemia.
C. Tromboembolismo Pulmonar.
D. Pericardite. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne dor precordial contínua e prolongada, iniciada há um dia, sem irradiação e sem os fatores desencadeantes e de alívio típicos da isquemia, em paciente com exame cardiopulmonar normal exceto por taquicardia sinusal, e o eletrocardiograma é a chave. O padrão da pericardite aguda é o supradesnivelamento de ST difuso, presente em múltiplas derivações que não respeitam território coronariano, com concavidade superior e, sobretudo, com infradesnivelamento do segmento PR, o achado mais específico da inflamação pericárdica, além da ausência de imagem em espelho. O infarto agudo do miocárdio produziria supradesnivelamento localizado em um território coronariano definido, com infra recíproco na parede oposta e evolução para onda Q, e a dor seria em aperto, com irradiação e curso em crescendo, não contínua e inalterada por 24 horas. A hipercalemia se manifesta com ondas T apiculadas e simétricas, achatamento da onda P e alargamento progressivo do QRS até o padrão sinusoidal, além de exigir contexto de insuficiência renal ou de drogas retentoras de potássio, ausente aqui. O tromboembolismo pulmonar cursaria com dor pleurítica, dispneia e hipoxemia, e no eletrocardiograma com sinais de sobrecarga direita, S1Q3T3, bloqueio de ramo direito ou inversão de T de V1 a V4, mas a paciente tem frequência respiratória normal e ausculta pulmonar sem alterações. Resposta D

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Mulher de 66 anos de idade, diabética e hipertensa, em uso de enalapril e metformina, comparece a consulta ambulatorial com queixa de astenia e turvação visual há 2 dias. É encaminhada ao Departamento de Emergência após realizar o seguinte eletrocardiograma. Qual deve ser a conduta imediata?

- A. Atropina.
B. Marcapasso transcutâneo.

C. Gluconato de cálcio. ✓

D. Trombólise. Página 8/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o reconhecimento eletrocardiográfico da hipercalemia e sua conduta imediata. O contexto é altamente sugestivo: mulher idosa, diabética e hipertensa em uso de enalapril e metformina, ou seja, com bloqueio do sistema renina-angiotensina e provável doença renal do diabetes, apresentando astenia e turvação visual, sintomas inespecíficos que costumam mascarar o distúrbio eletrolítico. O eletrocardiograma da hipercalemia progride de ondas T apiculadas e simétricas de base estreita para achatamento e desaparecimento da onda P, prolongamento do PR, alargamento do QRS, bradiarritmia e, por fim, o padrão sinusoidal que antecede a assistolia. Diante de alterações eletrocardiográficas, a primeira medida, antes mesmo de aguardar o potássio sérico, é estabilizar a membrana do miócito com gluconato de cálcio endovenoso, que age em minutos e reduz o risco de arritmia fatal, seguido pelas medidas de deslocamento intracelular (insulina com glicose, beta-2 inalatório) e de remoção do potássio do organismo. A atropina age sobre o tônus vagal do nó sinusal e do nó atrioventricular e não corrige uma bradiarritmia de origem metabólica, além de não proteger o miocárdio. O marca-passo transcutâneo é recurso de resgate para bradicardia instável refratária e não trata a causa. A trombólise não tem qualquer indicação, pois não há quadro de infarto com supradesnivelamento nem de acidente vascular cerebral isquêmico. Resposta C

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Mulher de 22 anos de idade trabalha como auxiliar de limpeza em um grande hospital há 2 anos. Hoje procura ambulatório de clínica médica pois há 6 meses apresenta episódios de tosse e, às vezes, falta de ar durante o dia, que costumam melhorar à noite. Estes episódios estão se tornando mais frequentes. Não costuma apresentar tais sintomas aos finais de semana. Não sabe referir se teve febre. Nega antecedentes mórbidos relevantes e nunca fumou. Ao exame clínico presença de discretos sibilos expiratórios à ausculta pulmonar, sem outras alterações relevantes. A radiografia de tórax realizada há 15 dias é apresentada. Qual é a conduta, considerando a principal hipótese diagnóstica?

A. Solicitar que faça a medida de Pico de Fluxo no trabalho e em casa. ✓

B. Afastamento das atividades laborais por 1 semana e prednisona oral por 5 dias.

C. Solicitar tomografia de tórax e iniciar broncodilatador de longa duração.

D. Prescrever salbutamol para sintomas e orientar para mudança da área de atuação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta é o retrato clássico da asma ocupacional: mulher jovem, nunca fumante, sem antecedentes mórbidos relevantes, que há seis meses apresenta tosse e dispneia com sibilos expiratórios, com sintomas que aparecem durante o dia de trabalho e desaparecem nos finais de semana, ou seja, com clara relação temporal com a exposição no ambiente laboral, no caso os produtos de limpeza do hospital. A confirmação dessa relação é feita justamente pela medida seriada do pico de fluxo expiratório, registrada várias vezes ao dia durante períodos de trabalho e períodos afastados do trabalho: a queda dos valores e o aumento da variabilidade nos dias trabalhados, com recuperação nos dias de folga, documentam onexo ocupacional e sustentam tanto o diagnóstico quanto as consequências previdenciárias. A alternativa que propõe afastamento por uma semana com prednisona não se justifica, pois a paciente não está em exacerbação grave, e corticoide sistêmico não é tratamento de sintomas intermitentes nem substitui a confirmação diagnóstica. Tomografia de tórax não diagnostica asma, e broncodilatador de longa duração isolado, sem corticoide inalatório, é formalmente contraindicado pelo risco de eventos graves. Prescrever apenas salbutamol de resgate como monoterapia foi abandonado pelas diretrizes atuais, e orientar mudança de área antes de comprovar o nexo e identificar o agente é conduta precipitada, com repercussão trabalhista para a paciente. Resposta A

QUESTÃO 21 — Gabarito A

A primeira consulta de gestante de 23 anos, em situação de rua, foi realizada com 14 semanas. Nessa consulta verifica-se que ela fuma 4 cigarros por dia, o primeiro no período da tarde. A paciente afirma que até gostaria de parar de fumar, mas que não consegue, pois já tentou outras vezes e não conseguiu. Qual é a primeira abordagem recomendada pelo Ministério da Saúde para esse tipo de situação?

A. Verificar como foram as tentativas anteriores e orientar estratégias de tratamento durante a gestação. ✓

B. Orientar sobre os riscos e encaminhar para grupo de apoio da unidade básica de saúde.

C. Registrar a dificuldade da cessação do tabagismo e encaminhá-la para o pré-natal de alto risco.

D. Avaliar o nível de dependência pelo score de Fagerström e notificar a assistência social.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão aborda a cessação do tabagismo na gestação, situação em que a abordagem cognitivo-comportamental é a primeira linha, já que o tratamento farmacológico fica reservado a casos selecionados e apenas após falha da abordagem não medicamentosa. O Ministério da Saúde preconiza a abordagem estruturada do tipo perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar, e o passo seguinte para uma paciente que já manifestou desejo de parar e relatou tentativas frustradas é exatamente explorar como foram essas tentativas: o que funcionou, quais foram os gatilhos de recaída, quanto tempo se manteve abstinente, que apoio tinha. A partir dessa análise se constroem estratégias individualizadas e seguras para o período gestacional, o que caracteriza aconselhamento efetivo e não mera orientação genérica. Apenas orientar riscos e encaminhar para grupo de apoio transfere a responsabilidade sem realizar a abordagem que compete ao profissional naquele atendimento, e o grupo é complemento, não ponto de partida. Registrar a dificuldade e encaminhar ao pré-natal de alto risco também não procede, porque o tabagismo isolado não é critério de alto risco e o encaminhamento não trata a dependência. Aplicar o escore de Fagerström pode compor a avaliação, e neste caso indicaria dependência leve, já que fuma quatro cigarros por dia e o primeiro apenas à tarde, mas notificar a assistência social não é a primeira abordagem da cessação, ainda que a situação de rua exija articulação intersetorial em paralelo. Resposta A

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Com o aumento das coberturas vacinais no Brasil, a partir do final da década de 1990, observou-se uma marcante redução na incidência das doenças preveníveis por vacinação. Isso não se verificou em relação à coqueluche. Na década passada (2011 - 2020) o número médio anual de casos confirmados no país foi acima de 3.000. Qual é uma das razões para este comportamento?

- A. A imunogenicidade das vacinas para infecções bacterianas é baixa.
- B. O predomínio de linhagens da Bordetella pertussis que escapam da vacina.
- C. A concentração de casos em menores de um ano antes do reforço vacinal. ✓**
- D. A incorporação da biologia molecular ao arsenal diagnóstico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o entendimento do padrão epidemiológico da coqueluche, que contrasta com o das demais doenças imunopreveníveis porque a doença se concentra na faixa etária que ainda não completou o esquema vacinal. A proteção contra a Bordetella pertussis só se torna consistente após as três doses da pentavalente, aplicadas aos dois, quatro e seis meses, com reforços aos quinze meses e aos quatro anos; portanto o lactente nos primeiros meses de vida permanece suscetível e depende da imunidade transferida pela mãe, motivo pelo qual se introduziu a dTpa na gestação. É nesse grupo, menores de um ano e sobretudo menores de seis meses, que se concentram os casos confirmados e praticamente toda a letalidade, o que explica a manutenção de milhares de casos anuais mesmo com alta cobertura vacinal, quadro agravado pela perda progressiva de proteção em adolescentes e adultos, que se tornam fonte de infecção domiciliar. Afirmar que vacinas contra infecções bacterianas têm baixa imunogenicidade é generalização falsa, contrariada pelo desempenho das vacinas conjugadas contra Haemophilus influenzae b e pneumococo. O predomínio de linhagens que escapam da vacina é hipótese discutida na literatura, mas não é o fator apontado para explicar o perfil brasileiro. E a incorporação da biologia molecular ampliou a capacidade de detecção, porém não explica a concentração dos casos e dos óbitos em lactentes. Resposta C

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Médico que trabalha numa equipe de Estratégia de Saúde da Família e atende todos os membros de família: Jorge (pai), Tereza (esposa), Jéssica (filha, com 4 anos) e Enzo (filho, 6 anos). Tereza tem diagnóstico de transtorno depressivo maior e está disputando a guarda dos seus filhos com Jorge, de quem está em processo de divórcio. Ela solicita cópia do seu próprio prontuário e dos filhos para anexar ao processo judicial e comprovar o transtorno depressivo, os relatos de maus tratos do marido e dificuldades com a educação das crianças que ela informou em consultas anteriores. Baseado no Código de Ética Médica, qual deve ser a conduta?

- A. Fornecer a cópia do prontuário de Tereza, mas a do prontuário dos filhos somente após a autorização por escrito também de Jorge.
- B. Fornecer a cópia do prontuário de Tereza, mas a dos filhos apenas após a autorização judicial, por se tratar de um processo legal.
- C. Fornecer a cópia do prontuário de Tereza e dos filhos, mas apenas após a autorização por escrito de Tereza. ✓**
- D. Fornecer a cópia do prontuário de Tereza e dos filhos, mas apenas após consultar Jorge, por se tratar de um processo legal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso testa o domínio sobre propriedade do prontuário e sigilo médico. O Código de Ética Médica veda ao médico deixar de fornecer cópia do prontuário ao paciente quando por ele requisitada, bem como ao seu representante legal: o prontuário pertence ao paciente, e a instituição apenas o guarda. Tereza é a própria paciente quanto ao seu prontuário e, quanto a Jéssica e Enzo, ambos menores impúberes, é representante legal no exercício do poder familiar, que pode ser exercido por qualquer um dos genitores isoladamente. Basta, portanto, a solicitação formal e a autorização por escrito da própria Tereza para que as cópias sejam entregues, cabendo ao médico documentar a entrega. Exigir a autorização também de Jorge não encontra amparo, pois cada genitor exerce a representação dos filhos de forma autônoma, e o litígio pelo divórcio e pela guarda não suspende esse direito. Condicionar a entrega a autorização judicial também é incorreto: a ordem judicial é necessária para que o médico entregue prontuário a terceiros ou à autoridade sem consentimento do titular, jamais para entregar ao próprio titular ou a seu representante. E consultar Jorge, além de desnecessário, violaria o sigilo profissional de Tereza e das crianças, expondo justamente o conteúdo sensível sobre maus-tratos e transtorno depressivo. O uso que a paciente fará do documento no processo judicial não é responsabilidade do médico. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Qual é a alternativa correta em relação à estrutura epidemiológica da esquistossomose?

- A. O ser humano infectado elimina ovos viáveis nas fezes por toda a vida.
- B. As cinco espécies de *Schistosoma* que infectam seres humanos estão presentes no Brasil.
- C. Envolve três espécies: o helminto, o ser humano e um vetor.
- D. A infecção humana ocorre pela penetração ativa do agente através da pele íntegra. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 9/28 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do ciclo da esquistossomose mansônica e da estrutura epidemiológica que dele decorre. O ovo eliminado nas fezes humanas eclode na água doce liberando o miracídio, que infecta o caramujo do gênero *Biomphalaria*, onde se multiplica e origina as cercárias; estas são liberadas na água e infectam o ser humano pela penetração ativa através da pele íntegra, tipicamente durante o contato com coleções hídricas contaminadas, o que torna correta a alternativa D e explica por que a doença se associa à ausência de saneamento e a atividades de banho, pesca e lavagem de roupa. A eliminação de ovos não dura toda a vida do hospedeiro: depende dos vermes adultos vivos, cuja longevidade média é de alguns anos, e cessa com a morte dos parasitas ou com o tratamento, além de ser intermitente e de baixa carga nas formas crônicas, o que compromete a sensibilidade do exame parasitológico de fezes. Das espécies de *Schistosoma* que parasitam o homem, apenas o *Schistosoma mansoni* ocorre no Brasil, sendo as demais restritas à África e à Ásia, o que invalida a alternativa B. Por fim, o ciclo envolve o helminto, o hospedeiro definitivo humano e o molusco como hospedeiro intermediário, e não um vetor: o caramujo abriga a fase de multiplicação assexuada do parasita e não inocula o agente, diferentemente do que ocorre nas doenças transmitidas por artrópodes hematófagos. Resposta D

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Paulo é um paciente de 48 anos e está em uso de captopril 25 mg a cada 12h há 6 anos e vem à sua primeira consulta ambulatorial. Refere que recebeu o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Pronto-Socorro após uma forte cefaleia e pressão arterial de 180 x 100 mmHg, quando introduziram essa medicação. Desde então sua pressão está controlada ao redor de 130 x 80 mmHg. Realizou exames há 10 meses solicitados por outro profissional, todos normais. Ele tem muito medo de um “derrame”, pois seu pai morreu de um acidente vascular cerebral aos 72 anos e seu avô aos 78 anos. Nega tabagismo, etilismo, outras doenças ou sintomas. Qual deve ser a conduta a ser proposta para Paulo nessa consulta?

A. Manter a dose da medicação; solicitar exames de controle para HAS.

B. Suspender a medicação; fazer controle da pressão arterial. ✓

C. Checar a adesão à medicação; solicitar exames de controle para HAS.

D. Reduzir a dose da medicação; solicitar eletrocardiograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata de um rótulo diagnóstico de hipertensão firmado de forma inadequada. As diretrizes brasileiras não permitem diagnosticar HAS a partir de uma única aferição feita no pronto-socorro durante crise de cefaleia, situação em que dor, ansiedade e resposta adrenérgica elevam a pressão de forma transitória; exige-se medida elevada em pelo menos duas consultas distintas ou confirmação por MAPA/MRPA. Paulo tem 48 anos, nega tabagismo, etilismo e comorbidades, tem exames recentes normais e mantém pressão em torno de 130 x 80 mmHg usando apenas 25 mg de captopril de 12 em 12 horas há seis anos, dose baixa e pouco compatível com hipertensão verdadeira mal controlada na origem. A conduta correta é a desprescrição com reavaliação: suspender a medicação e monitorar a pressão, de preferência com medidas fora do consultório, para só então decidir se existe hipertensão de fato. O medo de acidente vascular cerebral deve ser trabalhado com informação e acompanhamento, não com manutenção de fármaco possivelmente desnecessário.

A alternativa A perpetua o tratamento e ainda gera exames de seguimento para uma doença que nunca foi confirmada. A alternativa C parte do pressuposto de má adesão, mas não há nada na história que sugira uso irregular e a pressão está controlada. A alternativa D apenas reduz a dose e pede eletrocardiograma, uma meia-medida que não responde à pergunta central, já que o eletrocardiograma normal não exclui nem confirma hipertensão.

Resposta B

QUESTÃO 26 — Gabarito B

Existem alguns conceitos que permitem compreender a diversidade sexual e qualificar o cuidado de pessoas LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais e travestis, queer, intersexo e assexuais). Assinale a alternativa que apresenta a definição e exemplos corretos sobre um desses conceitos:

- A. A orientação sexual se refere a com quem a pessoa tem relações sexuais. Exemplo: heterossexual, bissexual ou homossexual.
- B. A identidade de gênero é autodeclarada e se refere à compreensão que a pessoa tem do seu gênero. Exemplo: homem cis, mulher trans e travesti. ✓**
- C. A identidade de gênero é definida socialmente a partir de como a pessoa expressa seu gênero. Exemplo: gay, lésbica e travesti.
- D. A orientação sexual é autodeclarada e se refere a como a pessoa expressa sua sexualidade. Exemplo: assexual, pansexual e intersexo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a diferença entre quatro eixos que costumam ser confundidos: sexo biológico, identidade de gênero, expressão de gênero e orientação sexual. Identidade de gênero é a percepção interna e autodeclarada que a pessoa tem de si mesma como homem, mulher, ambos ou nenhum, independentemente do sexo designado ao nascimento, da genitália, da forma de se vestir ou de com quem se relaciona. Por isso homem cis, mulher trans e travesti são exemplos legítimos de identidade de gênero, e a autodeclaração é o critério, não a avaliação de terceiros nem laudo médico.

A alternativa A reduz orientação sexual à prática sexual: orientação é o padrão de atração afetiva e/ou sexual e existe mesmo em quem não tem vida sexual ativa, de modo que comportamento não define orientação. A alternativa C troca os conceitos, pois o que é lido socialmente a partir de roupas, gestos, voz e cabelo é a expressão de gênero, e ainda oferece gay e lésbica como exemplos, que são orientações sexuais. A alternativa D mistura os eixos ao definir orientação como a forma de expressar a sexualidade e cita intersexo, termo que designa variações das características biológicas de sexo, e não uma orientação.

Resposta B

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Jéssica é uma paciente que mora em uma região de baixa renda. Ela é acompanhada desde a infância na Estratégia de Saúde da Família. Hoje ela tem 23 anos e procura o médico chorosa, pois há alguns dias realizou o teste de gravidez que veio positivo. Refere atraso menstrual de 10 semanas e pretende interromper a gestação. Já entrou na internet e verificou onde conseguir as medicações. Tem apoio de uma amiga muito próxima com quem tem conversado bastante há vários dias. Está muito preocupada com medo de que sua família e seu ex-namorado, com quem já terminou o relacionamento, descubram a gravidez. Considerando as Diretrizes do Ministério da Saúde e o Código de Ética Médica, deve-se acolher Jéssica em:

- A. Sua decisão e orientar sobre os riscos dos métodos, caso decida interromper a gestação. ✓**
- B. Seu sofrimento e sugerir que converse com seu ex- namorado, pois é direito dele saber sobre a gravidez para tomarem uma decisão juntos.
- C. Seu sofrimento, mas afirmar que pela interrupção da gestação ser um procedimento proibido pela lei, você precisa notificar a justiça.
- D. Sua decisão, mas afirmar que o Código de Ética lhe impede de outras ações além disso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de gestação indesejada com decisão já tomada por uma mulher adulta e capaz, e o que se cobra é a postura ética diante do risco de abortamento inseguro. As diretrizes do Ministério da Saúde adotam a lógica de redução de danos e o Código de Ética Médica impõe sigilo absoluto sobre o que se sabe no exercício da profissão: o médico não realiza o procedimento fora das hipóteses legais, mas deve acolher sem julgamento, informar sobre os riscos envolvidos, orientar sinais de alarme e garantir que ela saiba onde buscar atendimento em caso de complicação, além de discutir contracepção posterior. Manter o vínculo é justamente o que evita a morte por aborto inseguro, e Jéssica é acompanhada há anos por essa equipe de Saúde da Família.

A alternativa B viola autonomia e sigilo, pois a decisão sobre o próprio corpo é dela e não existe dever de comunicar o ex-parceiro. A alternativa C é ainda mais grave: não cabe ao médico notificar a justiça, e revelar o fato configura quebra de sigilo vedada pelo Código de Ética Médica, que protege inclusive a paciente que praticou aborto. A alternativa D erra ao afirmar que o Código impede outras condutas, quando na verdade ele obriga o acolhimento, a orientação e o acompanhamento clínico posterior.

Resposta A

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Homem, 32 anos, trabalhador do sexo, procura atendimento com queixa de lesão discretamente dolorosa na região do pênis há 2 dias. Última relação sexual há 5 dias. Nega infecções sexualmente transmissíveis prévias. Sempre usa preservativo com clientes, mas não com sua esposa. Tem relação apenas com mulheres, com penetração insertiva (anal e vaginal) e sexo oral (faz e recebe). A lesão é apresentada. O teste rápido para HIV foi não reagente. Além das sorologias para infecções sexualmente transmissíveis, qual é o tratamento e a estratégia preventiva nesse momento?

- A. Ceftriaxona e azitromicina; oferecer profilaxia pré- exposição para o HIV; checar vacinas para hepatite B.
- B. Ceftriaxona e azitromicina; oferecer profilaxia pós- exposição para o HIV, checar vacinas para hepatite A e B.
- C. Azitromicina e penicilina benzatina; oferecer profilaxia pós- exposição para o HIV; checar vacinas para hepatite B.

D. Azitromicina e penicilina benzatina; oferecer profilaxia pré- exposição para o HIV; checar vacinas para hepatite A e B. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de úlcera genital com menos de quatro semanas de evolução em pessoa com exposição sexual de risco, e a abordagem preconizada pelo PCDT de IST do Ministério da Saúde é sindrômica: tratar de imediato as duas causas mais prevalentes nesse cenário, sífilis primária com penicilina benzatina 2,4 milhões UI por via intramuscular em dose única e cancro mole com azitromicina 1 g por via oral em dose única, sem aguardar o resultado das sorologias. Isso já derruba as alternativas A e B, que propõem ceftriaxona com azitromicina, esquema do corrimento uretral por gonococo e clamídia, e não da úlcera genital.

Na parte preventiva, a informação decisiva é temporal: a última relação foi há 5 dias, e a profilaxia pós-exposição ao HIV só tem indicação dentro de 72 horas do contato, portanto está fora de janela. Com teste rápido para HIV não reagente, exposição sexual repetida e pertencimento a população-chave por ser trabalhador do sexo, o que se oferece é a profilaxia pré-exposição, mantendo o rastreamento periódico. Quanto à imunização, esse grupo tem indicação de checagem e complementação das vacinas para hepatite B e também para hepatite A. A alternativa C acerta os antibióticos, mas oferece profilaxia pós-exposição fora do prazo e omite a hepatite A.

Resposta D

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Homem com doença meningocócica mora com três pessoas (esposa de 34 anos, um filho de 14 anos e uma filha de 4 anos) e trabalha num escritório, 6h por dia, no mesmo ambiente, com 5 adultos. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, como deve ser realizada a quimioprofilaxia para prevenção de casos secundários da doença?

- A. Todos os adultos e crianças, incluindo pessoas do trabalho e domicílio, com rifampicina.
- B. Todas as pessoas do domicílio, com rifampicina, e bloqueio vacinal para as pessoas do trabalho.
- C. Todas as pessoas do domicílio e profissionais de saúde que tiveram qualquer contato com paciente, com rifampicina.

D. Todas as crianças e adultos que moram com o paciente, com rifampicina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a definição de contato íntimo na doença meningocócica. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde, a quimioprofilaxia é indicada aos contatos próximos e prolongados do caso, isto é, os moradores do mesmo domicílio, quem compartilha o mesmo dormitório em alojamentos ou creches e quem teve exposição direta às secreções respiratórias do doente, idealmente nas primeiras 48 horas a partir da exposição, com rifampicina para adultos e crianças, ajustando a dose por peso ou faixa etária. No caso, isso significa a esposa e os dois filhos, independentemente da idade, o que corresponde exatamente à alternativa D.

A alternativa A inclui os colegas de escritório, que dividem o ambiente por 6 horas mas não compartilham secreções nem convívio íntimo, e por isso não têm indicação. A alternativa B repete esse erro e ainda propõe bloqueio vacinal para o trabalho, medida reservada a situações de surto definidas pela vigilância, não a um caso isolado. A alternativa C amplia indevidamente para profissionais de saúde que tiveram qualquer contato, quando a indicação se restringe a quem manipulou via aérea, como intubação ou aspiração, sem uso de equipamento de proteção.

Resposta D

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Entre 2013 e 2018 o Ministério da Saúde implantou o Programa Mais Médicos (PMM), para aumentar a oferta de médicos da atenção básica, em áreas carentes do país. Foi realizado um estudo para investigar a associação entre o PMM e resultados de saúde infantil. Foram analisados os dados dos 5.565 municípios brasileiros ao longo de 12 anos (2007 a 2018), comparando resultados de saúde infantil (taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade neonatal) entre municípios que receberam médicos do PMM e aqueles que não os receberam. Qual é o tipo de estudo que foi realizado?

A. Coorte prospectiva.

B. Ecológico. ✓

C. Coorte retrospectiva.

D. Transversal. Página 10/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de delineamento e se resolve identificando a unidade de análise. O estudo não acompanha pessoas: ele compara indicadores agregados, taxa de mortalidade infantil e neonatal, entre os 5.565 municípios brasileiros, classificados conforme tenham ou não recebido médicos do Programa Mais Médicos. Exposição e desfecho são medidos no nível do grupo populacional, o município, e não no nível individual, o que caracteriza um estudo ecológico, aqui na variante de séries temporais múltiplas, já que acompanha o período de 2007 a 2018. É um desenho barato, útil para avaliar políticas públicas, e sujeito à falácia ecológica, pois não se pode afirmar que o indivíduo que morreu era ou não atendido pelo médico do programa.

As alternativas A e C exigiriam seguimento de indivíduos com exposição aferida pessoa a pessoa, o que não ocorre; a coorte prospectiva ainda pressuporia coleta a partir do presente para o futuro, e aqui o banco é de dados secundários já existentes. A alternativa D não se sustenta porque o transversal capta exposição e desfecho em um único momento, enquanto este estudo tem explicitamente uma dimensão temporal de 12 anos.

Resposta B

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Médico está realizando seu primeiro plantão numa Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) 24h numa cidade com 200 mil habitantes. Essa cidade tem a seguinte rede de saúde: 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) 1 Núcleo de Apoio de Saúde da Família para cada 6 equipes da ESF, composto por fisioterapeuta, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psiquiatra, educador físico e assistente social 1 Centro de Apoio Psicossocial para adultos 24h com 6 leitos (CAPS-adulto) 1 Centro de Apoio Psicossocial da Infância e Juventude (CAPS-IJ) 1 Centro de Apoio Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) 1 Centro de Referência em Reabilitação com ambulatório de ortopedia, fisioterapia, acupuntura, fisioterapia e terapia ocupacional 1 Hospital Geral de porte secundário com 200 leitos com Pronto-Socorro e enfermaria de clínica médica, pediatria, psiquiatria, ginecologia, obstetrícia, cirurgia geral, cirurgia vascular e ortopedia. Centro Cirúrgico, Centro Obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva de Adultos e de Pediatria e uma Unidade de Neonatologia 1 Casa de Parto com enfermeiras obstetrizes, parteiras e doulas 1 Centro de especialidade ambulatorial com: pré-natal de alto risco, otorrinolaringologia, oftalmologia, nefrologia, dermatologia e cardiologia. 1 UPA 24h para adultos e crianças, com sala de emergência, retaguarda com 8 leitos e ambulância. Após atender um paciente na UPA, o médico fez uma carta de contrarreferência. Qual a alternativa correta, considerando os princípios de organização das redes de saúde?

A. Idoso com dor lombar crônica há 7 anos. Tomografia com osteófitos em coluna lombar. Realizada analgesia. Encaminhado à ortopedia e fisioterapia.

B. Adulto em observação por abstinência alcoólica com melhora dos sintomas. Exames normais. Prescrito benzodiazepínicos. Encaminhado à Estratégia de Saúde da Família. ✓

C. Criança com atraso escolar e suspeita de autismo encaminhada ao CAPS-IJ. Orientação aos pais que não há urgência.

D. Gestante primigesta, realizou diagnóstico de sífilis secundária no Pronto-Socorro. Realizada primeira dose de penicilina. Encaminhada ao pré-natal de alto risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa se o candidato reconhece o uso correto da contrarreferência dentro de uma rede de atenção organizada, em que a Estratégia de Saúde da Família é a coordenadora do cuidado e a porta de entrada preferencial. Na alternativa B o paciente foi atendido em situação aguda de abstinência alcoólica, foi estabilizado na UPA, tem exames normais e já não precisa do nível de urgência; devolvê-lo à equipe de Saúde da Família, com carta informando o episódio e a prescrição feita, é exatamente o que a contrarreferência significa, permitindo que a equipe faça o seguimento longitudinal e articule o CAPS-AD e o apoio matricial se necessário.

A alternativa A encaminha uma lombalgia crônica de 7 anos com achado degenerativo esperado para ortopedia e fisioterapia, encaminhamento desnecessário que congestionaria a atenção especializada quando o manejo é da atenção primária. A alternativa C envia à saúde mental especializada uma criança com atraso escolar e suspeita de autismo, avaliação que começa na equipe de Saúde da Família com apoio do NASF, ficando o CAPS-IJ para transtornos mentais graves e persistentes. A alternativa D manda ao pré-natal de alto risco uma gestante com sífilis secundária, condição tratável e acompanhável na atenção básica, que deve completar as doses de penicilina e tratar a parceria sexual sem sair da ESF.

Resposta B

QUESTÃO 32 — Gabarito A

A CORONAVAC é uma vacina inativada e adjuvantada contra o SARS-CoV-2, desenvolvida pela farmacêutica SINOVAC. Em estudo realizado em 16 centros de pesquisa clínica no Brasil, Palácios et al demonstraram uma prevenção de infecção sintomática confirmada por RT-PCR pelo SARS-CoV-2 de 50,7% (IC95%: 36,0% - 62,0%). Em estudo clínico realizado em 24 centros na Turquia a eficácia da CORONAVAC para o mesmo desfecho foi de 83,5% (IC95%: 65,4% - 92,1%). Já no Chile, a efetividade da CORONAVAC em mais de cinco milhões de vacinados foi de 65,9% (IC95%: 65,2% - 66,6%) na prevenção de infecção sintomática laboratorialmente confirmada pelo SARS-CoV-2 (98,1% dos casos confirmados por RT-PCR e 1,9% por teste de antígeno). Quais são as razões que poderiam explicar a diferença observada nos três estudos?

A. O delineamento e os objetivos dos três estudos são diferentes. ✓

B. Os três ensaios clínicos não são comparáveis entre si.

C. A diferença entre os resultados não é significativa.

D. Vacinas de vírus atenuados apresentam baixo desempenho.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto cobrado é por que estimativas de proteção da mesma vacina divergem entre estudos. Os três trabalhos não medem a mesma coisa nas mesmas condições: no Brasil o ensaio foi feito em profissionais de saúde, população de altíssima exposição e com busca ativa que capturava até casos muito leves, o que reduz a eficácia estimada; na Turquia a população era de menor risco e o desfecho, mais restrito; no Chile não houve ensaio clínico, e sim avaliação de efetividade em condições de mundo real, com mais de cinco milhões de vacinados, outra faixa etária, outra circulação de variantes e outro período. Delineamento, população, definição de desfecho e contexto epidemiológico diferentes produzem números diferentes sem que nenhum deles esteja errado.

A alternativa B erra ao chamar os três de ensaios clínicos, pois o estudo chileno é observacional, e ao negar qualquer comparação, que é possível desde que se respeitem as diferenças metodológicas. A alternativa C é matematicamente insustentável, já que os intervalos de confiança do Brasil, de 36,0 a 62,0 por cento, e da Turquia, de 65,4 a 92,1 por cento, sequer se sobrepõem. A alternativa D contraria o próprio enunciado, que define a CORONAVAC como vacina inativada e adjuvantada, e não de vírus atenuado.

Resposta A

QUESTÃO 33 — Gabarito D

O uso regular de protetor solar evita o carcinoma espinocelular cutâneo no longo prazo, mas o efeito sobre o melanoma é controverso. A aplicação no longo prazo de protetor solar e o risco de melanoma cutâneo foi avaliada num ensaio prospectivo, randomizado e controlado. Na Austrália, 1600 residentes foram aleatoriamente distribuídos em um grupo de aplicação diária ou um grupo de aplicação à vontade de protetor solar na cabeça e nos braços durante 4 anos. Os participantes foram acompanhados durante 14 anos para verificar a ocorrência de melanoma primário. Nesse tempo, 8 novos casos de melanoma primário foram identificados no grupo de proteção solar diária ($n=800$) e 16 foram identificados no grupo de proteção solar a vontade (controle) ($n=800$). Quantos indivíduos precisariam utilizar o protetor solar diariamente para evitar um caso adicional de melanoma primário nessa comunidade?

- A. 10.
- B. 32.
- C. 64.
- D. 100. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o número necessário para tratar, que se calcula a partir da redução absoluta de risco. No grupo de aplicação diária de protetor solar ocorreram 8 melanomas em 800 participantes, o que corresponde a um risco de 1 por cento; no grupo de aplicação à vontade foram 16 casos em 800, ou seja, 2 por cento. A redução absoluta de risco é 2 por cento menos 1 por cento, igual a 1 por cento, ou 0,01. O NNT é o inverso dessa diferença, portanto 1 dividido por 0,01, resultando em 100 pessoas que precisariam usar protetor solar diariamente por quatro anos, com seguimento de 14 anos, para evitar um caso adicional de melanoma primário. O erro clássico aqui é raciocinar pela redução relativa de risco, que foi de 50 por cento, e concluir que o benefício é enorme; em desfecho de baixa frequência, uma redução relativa expressiva corresponde a um NNT alto. As alternativas A, B e C surgem de contas equivocadas, como usar a diferença de casos absolutos, 8, ou dividir o total de participantes pelo número de eventos evitados sem passar pela redução absoluta de risco. Resposta D

QUESTÃO 34 — Gabarito C

O médico responsável pela Vigilância Epidemiológica de um município foi chamado para estabelecer se está ocorrendo uma epidemia, uma vez que vem ocorrendo um grande aumento na procura aos serviços de saúde devido à ocorrência de casos de uma doença respiratória não bem definida. Após investigações iniciais, foi estabelecida a definição de caso e critérios para o diagnóstico de forma a orientar a investigação. Uma vez que esses requisitos foram atendidos, qual instrumento metodológico é utilizado em vigilância epidemiológica para estabelecer a existência ou não da epidemia?

- A. Comparação da prevalência nesse município com a de anos anteriores.
- B. Comparação da incidência observada nesse município com municípios vizinhos.
- C. Comparação da incidência atual nesse município com a de anos anteriores. ✓**
- D. Comparação da prevalência observada nesse município com municípios vizinhos. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 11/28

COMENTÁRIO OSCELABS

O conceito cobrado é a própria definição de epidemia: ocorrência de casos novos de uma doença em número claramente superior ao esperado para aquele local e aquele período. Como o parâmetro é o esperado, o instrumento metodológico da vigilância é comparar a incidência atual do município com a sua própria série histórica, operacionalizada pelo diagrama de controle ou canal endêmico, que utiliza a mediana ou a média dos casos das últimas temporadas com seus limites superior e inferior, respeitando a sazonalidade da doença. Só depois de definido o caso e padronizado o critério diagnóstico, como descrito no enunciado, essa comparação tem validade.

As alternativas A e D usam prevalência, medida inadequada para doença aguda e para detecção de surto, porque mistura casos antigos e novos e depende da duração da doença; o que sinaliza epidemia é o surgimento de casos novos, isto é, a incidência. A alternativa B compara com municípios vizinhos, que têm populações, coberturas de vigilância e padrões de notificação distintos, servindo no máximo como contexto regional, e não como o parâmetro de normalidade do município investigado.

Resposta C

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Qual é a alternativa correta quanto ao Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)?

- A. É uma forma de organizar as consultas, que considera a expectativa dos médicos e das pessoas. É uma consulta que pode ser realizada em condições crônicas ou agudas. ✓**
- B. Refere-se à atitude ética do profissional na consulta, que coloca as vontades da pessoa atendida como prioridade. É uma consulta mais longa do que a centrada no diagnóstico.
- C. A primeira etapa do MCCP é compreender a pessoa como um todo, seu contexto próximo e distante. É bastante apropriada para consultas em saúde mental, sejam em consultas agendadas ou não.
- D. É uma abordagem de consulta que visa descobrir a demanda oculta da pessoa. É uma consulta realizada principalmente em consultas agendadas de acompanhamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Método Clínico Centrado na Pessoa, sistematizado por Stewart e colaboradores, é antes de tudo um método de organização da consulta, com componentes que se articulam: explorar a saúde, a doença e a experiência da doença, entender a pessoa como um todo em seu contexto, elaborar um plano conjunto de manejo dos problemas e fortalecer a relação. Ele integra deliberadamente as duas agendas, a do profissional, orientada pelo diagnóstico e pela conduta, e a da pessoa, com seus sentimentos, ideias, impacto na função e expectativas, buscando terreno comum. Justamente por ser um método, e não um tipo de consulta, aplica-se tanto a condições crônicas quanto a queixas agudas, o que torna a alternativa A correta.

A alternativa B reduz o método a uma atitude ética e sugere que a vontade da pessoa se sobrepõe a tudo, quando o que se busca é decisão compartilhada, e ainda afirma que a consulta é necessariamente mais longa, o que os estudos não sustentam. A alternativa C inverte a ordem dos componentes, pois entender a pessoa como um todo é etapa posterior à exploração da experiência da doença. A alternativa D confunde o método com a busca da demanda oculta, que é apenas um aspecto, e o restringe indevidamente às consultas agendadas de acompanhamento.

Resposta A

QUESTÃO 36 — Gabarito D

O Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado por relações entre o público e o privado tanto no financiamento das atividades e ações de saúde quanto na prestação, acesso e uso de serviços. Qual é a alternativa correta sobre a relação público-privada na saúde no Brasil?

- A. As despesas médicas ou de hospitalização dedutíveis de Imposto de Renda de Pessoas Físicas restringem-se aos pagamentos efetuados pelo contribuinte a médicos, dentistas e outros profissionais da saúde, mas não incluem pagamentos de mensalidades de planos e seguros de saúde.
- B. Os hospitais filantrópicos, para que tenham direito ao título de filantropia e gozem de isenções de contribuições sociais, fiscais e tributárias, precisam atender exclusivamente (80% dos leitos) pacientes do SUS.
- C. Pacientes usuários de planos de saúde, desde que tenham cobertura de assistência farmacêutica assegurada pelo plano, também têm direito a acessar e retirar medicamentos em unidades ou farmácias públicas do SUS se a prescrição for ratificada por um serviço do sistema público.
- D. O ressarcimento ao SUS ocorre quando os atendimentos prestados aos beneficiários de planos de saúde forem realizados em estabelecimento do SUS e instituições conveniadas ou contratadas pelo SUS. São ressarcidos apenas procedimentos cobertos nos contratos dos planos de saúde com usuários. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da interface público-privada no SUS e a alternativa correta descreve o ressarcimento previsto no artigo 32 da Lei 9.656/98: quando um beneficiário de plano de saúde é atendido em estabelecimento público ou em serviço conveniado ou contratado pelo SUS, a operadora deve ressarcir o sistema público, e esse ressarcimento, cobrado pela ANS, limita-se aos procedimentos que estavam cobertos pelo contrato do beneficiário. O mecanismo existe para evitar que a operadora se beneficie economicamente de um serviço que ela mesma deveria ter oferecido, sem que isso jamais restrinja o acesso do cidadão ao SUS.

A alternativa A é falsa porque as mensalidades de planos e seguros de saúde são despesas dedutíveis do Imposto de Renda de Pessoa Física, ao lado dos pagamentos a profissionais e hospitais, e essa renúncia fiscal é um dos principais canais de financiamento público indireto do setor privado. A alternativa B erra o percentual e a exclusividade: as entidades filantrópicas precisam destinar ao SUS no mínimo 60 por cento de sua prestação de serviços, e não atender exclusivamente com 80 por cento dos leitos. A alternativa C contraria a universalidade, pois o acesso a medicamentos das farmácias públicas não depende de ter ou não cobertura pelo plano nem de ratificação da prescrição por serviço do SUS.

Resposta D

QUESTÃO 37 — Gabarito B

O controle social no Sistema Único de Saúde é exercido por meio de conferências e conselhos de saúde. Qual é a alternativa correta?

- A. Sindicatos, conselhos profissionais e associações de pacientes não podem compor os conselhos de saúde municipais.
- B. Prestadores de serviços privados conveniados ao SUS podem fazer parte dos conselhos e conferências de saúde. ✓**
- C. As conferências de saúde surgiram com a Constituição de 1988 e ocorrem a cada 4 anos.
- D. A composição do conselho de saúde é de um terço para cada categoria, com partes iguais entre usuários, gestores e trabalhadores da saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a composição do controle social no SUS, regulada pela Lei 8.142/1990. Os conselhos de saúde são paritários no sentido de que 50% das vagas cabem aos usuários e os outros 50% se dividem entre trabalhadores da saúde (25%) e o segmento de gestores e prestadores de serviço (25%). É exatamente nesse último segmento que os prestadores privados conveniados ao SUS têm assento garantido, tanto nos conselhos quanto nas conferências, o que valida a alternativa B. Em A, o erro é excluir justamente as entidades que dão corpo aos segmentos de usuários e de trabalhadores: sindicatos, conselhos profissionais e associações de pacientes são representações legítimas e frequentes nos conselhos municipais. Em C, as conferências não nasceram com a Constituição de 1988 — foram criadas pela Lei 378/1937 e a primeira ocorreu em 1941; a Constituição e a Lei 8.142 apenas as reconfiguraram como instância quadrienal com participação da sociedade. Em D está a armadilha clássica: a paridade legal é de metade para os usuários contra metade para os demais, e não um terço para cada categoria. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito D

A vacinação anual contra influenza é indicada para idosos acima de 65 anos. Para analisar a possível associação entre a vacinação contra influenza e o risco de demência, foi realizado um estudo de coorte com 123.747 participantes. Com base nos resultados apresentados, assinale a alternativa correta. Tabela - Resultados (risco relativo e seu intervalo de 95% de confiança) das estimativas de associação entre vacinação contra influenza versus não vacinação e incidência de demência. Situação vacinal Número Risco relativo (IC 95%) Não vacinado 56.925 1,00 (referência) Vacinado com 1 dose 7.228 1,04 (0,98 - 1,10) Vacinado com 2 doses 9.041 0,99 (0,95 - 1,04) Vacinado com 3 a 5 doses 27.358 0,97 (0,93 - 1,00) Vacinado com ≥ 6 doses 23.195 0,88 (0,83 - 0,94) Vacinado com pelo menos uma dose 66.822 0,86 (0,83 - 0,88)

- A. Não se observou associação entre vacinação contra influenza e o risco de demência.
- B. A vacinação contra influenza aumentou o risco de demência.
- C. A redução do risco de demência após a vacinação não é significativa.

D. A vacinação repetida contra influenza reduziu o risco de demência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de leitura de risco relativo e intervalo de confiança em estudo de coorte, e a regra é direta: RR cujo IC 95% não cruza o valor 1 indica associação estatisticamente significativa. Na tabela, uma e duas doses trazem intervalos que atravessam a unidade (1,04 de 0,98 a 1,10 e 0,99 de 0,95 a 1,04), portanto sem efeito demonstrável; já a exposição repetida mostra proteção, com seis ou mais doses em RR 0,88 (0,83 a 0,94) e a categoria de pelo menos uma dose em 0,86 (0,83 a 0,88), ambas com limite superior abaixo de 1. Há ainda gradiente dose-resposta ao longo dos estratos (1,04, depois 0,99, depois 0,97 e por fim 0,88), critério de Bradford Hill que reforça a plausibilidade da associação. É o que sustenta a alternativa D. A erra ao negar qualquer associação, ignorando os estratos significativos. B inverte o sinal do efeito: nenhum RR ficou significativamente acima de 1. C afirma não significância justamente onde o intervalo exclui a unidade. Vale a ressalva de que coorte observacional demonstra associação e não causalidade, sendo o viés do usuário saudável a explicação alternativa mais provável. Resposta D

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Médico atende na Unidade Básica de Saúde (UBS) um adolescente de 17 anos de idade com história de 4 dias de febre, cefaleia e mialgia, sem comorbidades. Ao exame físico: Bom estado geral, febril (temperatura de 38,5°C), desidratado, eupneico. Pressão arterial de 118 x 78 mmHg (em pé e deitado), frequência cardíaca de 90 bpm. Saturação de oxigênio 96%. Ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Abdome flácido, sem visceromegalias. Ausência de edema. Prova do laço negativa. O teste rápido NS1 para dengue está negativo. Além de prescrever antitérmicos e afastá-lo das atividades laborais, deve-se:

- A. Solicitar RT-PCR para SARS-CoV2, hidratação via oral, encaminhar para realização de hemograma no pronto-atendimento e notificar suspeita de COVID-19.
- B. Solicitar teste rápido de antígeno SARS -CoV2, encaminhar para pronto-atendimento para realização de hemograma e hidratação endovenosa, notificar suspeita de dengue e COVID-19.
- C. Solicitar teste rápido de antígeno para SARS -CoV2, realizar hidratação endovenosa na própria UBS e aguardar para notificar a suspeita COVID-19.

D. Solicitar RT-PCR para SARS -CoV2, hidratação via oral e notificar suspeita de dengue e COVID-19.

Página 12/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com quatro dias de febre, cefaleia e mialgia em área endêmica é dengue até prova em contrário, e nada no exame o retira do grupo A: bom estado geral, sem sinais de alarme, pressão sem variação postural, prova do laço negativa. O NS1 negativo não afasta o diagnóstico, porque sua sensibilidade cai bastante a partir do quarto dia de doença, exatamente quando o paciente procurou atendimento. Também é obrigatório considerar COVID-19 no diferencial de síndrome febril aguda, e o RT-PCR é o método de maior acurácia dentro da primeira semana de sintomas, superior ao teste rápido de antígeno. Dengue e COVID-19 são de notificação compulsória pela suspeita, de forma imediata, sem aguardar confirmação laboratorial. Paciente do grupo A que aceita líquidos se hidrata por via oral em domicílio, com plano de 60 mL/kg/dia e retorno programado. Só a alternativa D reúne essas três decisões. A deixa de notificar a dengue e ainda encaminha ao pronto-atendimento sem necessidade. B prescreve hidratação endovenosa em quem tolera a via oral e escolhe o teste de menor sensibilidade. C repete o erro da hidratação venosa e, pior, propõe adiar a notificação, contrariando a regra de notificação imediata da suspeita. Resposta D

QUESTÃO 40 — Gabarito A

O município de São Paulo tem 12,4 milhões de pessoas e a seguinte distribuição de renda e raça entre seus vários distritos administrativos: No mês de maio de 2021, durante a pandemia da COVID-19 foram construídos os seguintes mapas de mortalidade por COVID-19 e da cobertura vacinal para SARS-Cov2 na cidade. Qual a afirmação possível com relação às estratégias de prevenção da COVID-19 no município de São Paulo?

A. A definição de critérios de prioridade para a vacinação baseada em idade e comorbidade contribuiu para o aumento da vulnerabilidade na dimensão programática. ✓

- B. A dimensão individual da vulnerabilidade não foi considerada nas estratégias de prevenção, uma vez que as estratégias de prevenção foram vacinas, uso de máscaras e controle de contactantes.
- C. A dimensão programática da vulnerabilidade está voltada para ações de saúde que visam o seguimento das populações, como pessoas com doenças crônicas e crianças, não se aplicando a contextos de pandemia.
- D. A dimensão social da vulnerabilidade relacionada à raça, renda e acesso aos serviços de saúde não foi considerada nas estratégias de vacinação da pandemia. Domicílios com renda domiciliar de 20 ou mais salários mínimos Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010. Projeção Estatística da Amostra. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano - SMDU | Depto. De Estatística e Produção de Informação - Dipro. Nota: 1 - As porcentagens indicam a relação entre domicílios de determinada faixa de renda e o número total de domicílios permanentes. 2 - A distribuição domiciliar com até 2 salários mínimos inclui os domicílios sem rendimento. Imunização com duas doses Até 17/Maio/21 Mortalidade por Covid-19 Março/20 a Março/21

Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 13/28

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o modelo de vulnerabilidade em três dimensões — individual, social e programática — aplicado à resposta municipal à pandemia. A dimensão programática avalia o quanto os programas, serviços e políticas conseguem reduzir ou acabam ampliando a exposição e o dano dos grupos. Ao definir a fila da vacinação apenas por idade e comorbidade, o critério deixou de fora território, renda e pertencimento racial, isto é, justamente as variáveis que explicavam a concentração da mortalidade nas periferias; o resultado é uma política formalmente neutra que, na prática, amplia a vulnerabilidade programática de quem já tinha pior acesso, e é o que afirma a alternativa A. B erra porque a dimensão individual foi sim contemplada: máscara, distanciamento, higiene das mãos e a própria comorbidade como critério são intervenções sobre o comportamento e a condição do indivíduo. C erra ao restringir a dimensão programática ao seguimento de crônicos e crianças, quando ela é conceitualmente aplicável a qualquer resposta organizada de saúde, inclusive a uma pandemia. D erra ao afirmar em termos absolutos que a dimensão social foi ignorada, quando houve ações territorializadas e busca ativa em áreas de maior vulnerabilidade, ainda que tardias e insuficientes.

Resposta A

QUESTÃO 41 — Gabarito C

Lactente, sexo feminino, 8 meses de idade, sem comorbidades prévias, foi atendida em Pronto-Socorro Infantil há 3 dias, com quadro de febre de até 39,5°C por 2 dias, associado a baixa aceitação alimentar. A mãe não notou nenhum outro sintoma associado. Ao exame clínico estava em bom estado geral e sem nenhuma alteração significativa. Considerado quadro de febre sem sinais localizatórios, colhida uroanálise e urocultura por sondagem vesical de alívio. Resultado da uroanálise: pH 5,5, densidade 1020, leucócitos 85.000/mm³, hemácias 15.000/mm³, nitrito negativo. Introduzido amoxicilina com clavulanato e solicitado retorno em 72 horas para reavaliação e checagem de urocultura. Hoje, na reavaliação, mãe refere que a paciente está tomando a medicação adequadamente, evoluindo afebril há 24 horas e sem novas queixas, exceto pelo surgimento de lesões maculopapulares eritematosas, em tronco, notadas há 12 horas. Urocultura com resultado final negativo. Qual é a conduta adequada?

- A. Manter antibiótico atual e associar anti-histamínico oral de segunda geração.
- B. Trocar tratamento atual para uma opção de antibiótico não beta-lactâmico.

C. Suspende antibioticoterapia e liberar sem nenhum tratamento específico. ✓

- D. Colher nova uroanálise para definir a necessidade de manter tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto da questão é o peso da urocultura como padrão-ouro na infecção do trato urinário do lactente. Diante de febre sem sinais localizatórios, a coleta por sondagem foi correta e o antibiótico empírico se justificava pela leucocitúria expressiva, mas a urocultura final negativa, em amostra obtida por método confiável, afasta o diagnóstico de ITU: leucocitúria isolada é inespecífica e aparece em febre de qualquer origem, e o nitrito negativo já apontava contra bactéria redutora de nitrato. Sem infecção comprovada, não há motivo para manter antibiótico. O exantema maculopapular que surge quando a criança já está afebril há 24 horas, em lactente que teve febre alta por dois dias, é o padrão típico do exantema viral (o exantema súbito é o exemplo clássico), e não de alergia à aminopenicilina; é benigno e autolimitado. Logo, suspender a antibioticoterapia e liberar sem tratamento específico é a conduta. A mantém droga sem indicação e ainda medica com anti-histamínico uma erupção assintomática de causa viral. B troca a classe do antibiótico quando o problema é que nenhum antibiótico está indicado. D pede uroanálise de controle, exame que nada decide diante de uma urocultura negativa, e expõe a criança a nova sondagem. Resposta C

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Lactente, sexo feminino, 11 meses de vida, está em consulta ambulatorial de rotina. Trata-se de criança prematura, nascida de 35 semanas, com peso de nascimento de 2110 g, sem intercorrências durante o seguimento. Na consulta de hoje, a maior preocupação da mãe é que a criança não engatinha. Na avaliação realizada na consulta, notado que a criança imita a mãe ao bater palmas, faz movimentos de pinça para pegar objetos, reage a uma conversa como se estivesse respondendo, mas com sons incompreensíveis, sem falar nenhuma palavra. Ela fica em pé com apoio, mas realmente não engatinha quando colocada de bruços. Qual das alternativas contempla, respectivamente, a avaliação do desenvolvimento e a conduta indicada?

- A. O atraso do desenvolvimento é justificado pela prematuridade, orientar estimulação motora e retorno precoce.
- B. O desenvolvimento motor está atrasado mesmo se considerada a prematuridade, encaminhar para seguimento com fisioterapia.

C. O desenvolvimento está compatível com o esperado para a idade, sem necessidade de nenhuma intervenção específica. ✓

- D. O desenvolvimento motor e de linguagem estão atrasados para a idade, iniciar investigação com eletroencefalograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso testa marcos do desenvolvimento e o uso da idade corrigida. Nascida com 35 semanas, a criança tem idade corrigida em torno de 10 meses, mas mesmo pela idade cronológica de 11 meses o exame descrito é normal: imitar gestos como bater palmas, fazer pinça, emitir jargão e reagir à conversa como se respondesse, além de permanecer em pé com apoio, são precisamente os marcos esperados entre 9 e 12 meses. A primeira palavra com significado costuma surgir por volta dos 12 meses, de modo que ainda não falar não caracteriza atraso de linguagem. E engatinhar não é marco obrigatório do desenvolvimento motor: parcela considerável das crianças pula essa etapa, arrasta-se sentada ou passa direto do sentar para o ficar em pé, e o marco que de fato importa nessa faixa é a sustentação em pé com apoio, presente aqui. O desenvolvimento, portanto, está adequado e nenhuma intervenção específica é necessária. A e B partem da premissa falsa de que existe atraso motor, seja atribuindo-o à prematuridade, seja encaminhando à fisioterapia. D cria um atraso duplo inexistente e ainda solicita eletroencefalograma, exame sem qualquer indicação em criança com exame neurológico normal e sem crises. Resposta C

QUESTÃO 43 — Gabarito D

Escolar, sexo masculino, 5 anos de idade, sem comorbidades prévias, é levado ao Pronto-Socorro por febre de até 39,5°C e claudicação dolorosa à esquerda há 2 dias. Nega trauma local. Mãe refere também que a criança apresentou quadro de tosse, coriza e odinofagia há 14 dias, já resolvido. Ao exame clínico, criança em regular estado geral, membro inferior esquerdo em flexão, abdução e rotação externa da articulação coxo-femoral (conforme imagem abaixo) com dor intensa à manipulação, membro inferior direito sem limitação funcional e sem dor à manipulação, ausência de outras alterações significativas ao exame clínico. Qual é a conduta indicada com base na hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Alta hospitalar com anti-inflamatório, orientação de sinais de alarme e reavaliação em 48 a 72 horas.
- B. Coleta de FAN, fator reumatoide, anti-DNA, anti-RO, anti- LA, VHS e início de corticoterapia.
- C. Realização de eletrocardiograma, ecocardiograma, anti- estreptolisina-O e prescrição de penicilina benzatina.

D. Internação hospitalar, coleta de triagem infecciosa e introdução de ceftriaxona e oxacilina endovenosas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, claudicação de instalação aguda e quadril mantido em flexão, abdução e rotação externa compõem a apresentação clássica da artrite séptica do quadril: essa é a posição em que a cápsula articular atinge o maior volume e a pressão intra-articular cai, ou seja, uma atitude antálgica que denuncia derrame articular. Dor intensa à mobilização passiva e regular estado geral reforçam a hipótese. Pelos critérios de Kocher (febre acima de 38,5 graus, recusa a apoiar o peso, VHS acima de 40 e leucócitos acima de 12.000), a probabilidade de artrite séptica sobe muito com dois ou mais preditores, e o quadro descrito já os tem. É urgência ortopédica: internar, colher triagem infecciosa com hemograma, PCR, VHS e hemoculturas, obter imagem e punção articular, e iniciar antibiótico endovenoso empírico cobrindo *Staphylococcus aureus* e demais agentes, papel da associação de oxacilina com ceftriaxona. A descreve a conduta da sinovite transitória, hipótese que a febre alta e o comprometimento do estado geral tornam insegura, e a alta nessa situação pode custar a cabeça femoral. B investiga doença reumatológica em quadro agudo febril de 48 horas e inicia corticoide sem excluir infecção. C persegue febre reumática, que cursa com artrite migratória de grandes articulações, raramente acomete o quadril e não explica monoartrite tão dolorosa. Resposta D

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Lactente, sexo masculino, 2 meses de idade, nasceu com atresia duodenal, está internada desde o nascimento. Neste período de 2 meses, foi submetido a abordagem cirúrgica, recebeu nutrição parenteral e desenvolveu infecção de cateter central tratada com sucesso. Encontra-se agora em condições clínicas de transição para dieta oral. Como ainda não tem previsão de alta hospitalar, a equipe deseja manter a vacinação atualizada durante a internação. A criança já recebeu as vacinas de BCG e hepatite B ao nascimento. Quais são as vacinas indicadas neste momento considerando o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e os dados clínicos fornecidos?

A. Pneumocócica 10 valente, tetravalente (DPT e hemófilos B), inativada de poliomielite (VIP) e rotavírus.

B. Pneumocócica 10 valente, pentavalente (DPT, hepatite B e hemófilos B) e inativada de poliomielite (VIP). ✓

C. Pneumocócica 10 valente, meningocócica C, rotavírus e palivizumabe.

D. Pneumocócica 10 valente, pentavalente (DPT, hepatite B e hemófilos B). Página 14/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP

COMENTÁRIO OSCELABS

O calendário do PNI aos 2 meses prevê pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *Haemophilus influenzae b*), poliomielite inativada, pneumocócica 10-valente e rotavírus humano. A chave da questão é o que sai dessa lista: a vacina de rotavírus é oral e de vírus vivo atenuado, contraindicada tanto no lactente internado, pelo risco de disseminação do vírus vacinal no ambiente hospitalar, quanto na criança com malformação congênita do trato digestório — dois motivos que se somam neste paciente com atresia duodenal operada. As demais são inativadas e podem ser aplicadas normalmente durante a internação, já que ele está clinicamente estável e em transição para dieta oral. Sobram pneumocócica 10, pentavalente e poliomielite inativada, exatamente a alternativa B. A erra duas vezes: fala em tetravalente, esquema que não existe mais no PNI desde a incorporação da pentavalente, e inclui o rotavírus contraindicado. C mantém o rotavírus, antecipa a meningocócica C, indicada aos 3 meses, e acrescenta palivizumabe, que não pertence ao PNI e exigiria prematuridade abaixo de 29 semanas, cardiopatia ou pneumopatia crônica. D acerta ao excluir o rotavírus, mas omite a poliomielite inativada, que está indicada. Resposta B

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Pré-escolar, sexo masculino, 2 anos e 9 meses de idade, sem comorbidades prévias, está com tosse e coriza há 7 dias. Há 5 dias iniciou com febre de até 38,8°C e otalgia à esquerda. Procurou um serviço médico há dois dias, sendo feito diagnóstico de otite média aguda à esquerda, com orientação de uso de azitromicina por 5 dias. Está no segundo dia de tratamento, mantendo febre. Ao exame clínico, destacam-se as imagens abaixo. Qual é a conduta indicada? Otoscopia esquerda Otoscopia direita: Região retroauricular esquerda:

- A. Iniciar tratamento com ceftriaxona e clindamicina endovenosas e solicitar tomografia de mastoide e crânio. ✓**
- B. Manter tratamento atual e considerar escalonar antibiótico se febre persistir além de 72 horas.
- C. Trocar antibioticoterapia para amoxicilina com clavulanato oral e reavaliar em 48 a 72 horas.
- D. Iniciar oxacilina endovenosa e realizar a drenagem percutânea da região retroauricular esquerda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pré-escolar com otite média aguda que mantém febre no segundo dia de tratamento e passa a exibir alteração da região retroauricular tem, até prova em contrário, mastoidite aguda, a complicação supurativa mais frequente da otite média. Dois fatores explicam a evolução: azitromicina não é a escolha para otite média aguda, por cobertura insuficiente contra pneumococo de resistência intermediária e contra *Haemophilus influenzae*, e a infecção progrediu para as células mastóideas. Nesse cenário o tratamento é hospitalar, com antibiótico endovenoso de amplo espectro que cubra pneumococo, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus* e anaeróbios, o que justifica ceftriaxona associada a clindamicina, somada à tomografia de mastoide e crânio para identificar coalescência óssea, abscesso subperiosteal e complicações intracranianas como trombose de seio sigmoide, abscesso cerebral e empiema. Daí a alternativa A. B insiste num esquema que já falhou e adia a investigação de uma complicação instalada. C oferece a conduta correta apenas para falha terapêutica de otite não complicada, que é trocar para amoxicilina com clavulanato oral, insuficiente aqui. D restringe a cobertura ao estafilococo, agente pouco provável, e propõe drenagem percutânea, que não é a abordagem desse quadro: drenar ou operar depende do que a tomografia mostrar. Resposta A

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Durante a consulta de um bebê de 2 meses de idade, nota-se que a mãe, ao trocar a fralda do bebê, fala com ele num linguajar infantilizado (“manhês”). Como esta atitude é considerada?

- A. Desnecessária, pois nesta idade não é possível reconhecer a fala.
- B. Adequada, por denotar um bom vínculo entre a mãe e a criança. ✓**
- C. Prejudicial, porque é um estímulo para o desenvolvimento inadequado da fala.
- D. Inadequada, porque a linguagem expressiva se manifesta próximo aos 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do manhês, a fala dirigida ao bebê, caracterizada por tom mais agudo, prosódia exagerada, ritmo lento e repetição. Longe de ser um vício de linguagem, é um comportamento esperado e desejável do cuidador: capta e sustenta a atenção do lactente, ajuda a marcar as fronteiras entre as palavras, favorece a aquisição fonológica e organiza a alternância de turnos que é a base da comunicação. Na consulta, observar a mãe conversando com o filho durante um cuidado corriqueiro como a troca de fraldas funciona como marcador clínico de interação responsiva e de vínculo estabelecido, algo que o pediatra deve reforçar e não corrigir. É o que afirma a alternativa B. A ignora que o recém-nascido já reconhece a voz materna, discrimina sons da fala e responde preferencialmente a esse padrão prosódico desde as primeiras semanas. C inverte a evidência disponível: o manhês facilita, e não prejudica, o desenvolvimento da fala. D confunde linguagem receptiva com expressiva — de fato as primeiras palavras aparecem por volta dos 12 meses, mas compreensão e interação começam muito antes, e é justamente o estímulo precoce que prepara essa emergência. Resposta B

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Pré-escolar, sexo masculino, 4 anos de idade, há 4 semanas começou a apresentar pequenas lesões de pele em face, que posteriormente progrediram para outras regiões do corpo. Mãe notou que a criança respira com dificuldade e está com o rosto inchado há dois dias. Trazido hoje ao Pronto-Socorro, pois está mais sonolento e sem diurese há 24 horas. Na triagem, apresenta os seguintes dados vitais: FC: 65 bpm, FR: 45 irpm e PA: 140/90 mmHg, Sat O₂: 94% em ar ambiente. Encaminhado à sala de emergência, onde se notou edema de face e ausculta pulmonar com estertores crepitantes em ambas as bases, sem outras alterações significativas. Seguem abaixo as imagens das lesões de pele do paciente e do ritmo cardíaco identificado. Qual das alternativas abaixo apresenta as medidas necessárias para estabilização inicial do paciente?

- A. Oxacilina, clindamicina e soro fisiológico 20 mL/kg.
- B. Ceftriaxona, bicarbonato de sódio e soro fisiológico 20 mL/kg.
- C. Ventilação com pressão positiva, seguida de compressões torácicas e atropina.

D. Gluconato de cálcio, diurético de alça e restrição hídrica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica secundária a piodermite: lesões cutâneas há quatro semanas, período de latência típico da forma cutânea, seguidas de edema de face, pressão de 140/90 mmHg em criança de 4 anos, oligoanúria de 24 horas, sonolência e crepitações em ambas as bases, isto é, síndrome nefrítica com hipervolemia, congestão pulmonar e injúria renal aguda. Nesse contexto, frequência cardíaca de 65 bpm em pré-escolar é bradicardia inapropriada e, somada à anúria, aponta hipercalemia com repercussão elétrica. A estabilização segue essa lógica: gluconato de cálcio primeiro, para estabilizar a membrana do miócito e proteger contra arritmia, diurético de alça para forçar diurese, retirar volume e espolar potássio, e restrição hídrica e de sódio para tratar a causa da congestão. É o que descreve a alternativa D. A trata a piodermite, o que não altera o curso da nefrite nem resolve a emergência metabólica. B soma bicarbonato, útil apenas se houver acidose, a uma expansão de 20 mL/kg formalmente contraindicada em paciente hipertenso, anúrico e congesto. C encara a bradicardia como evento primário e responde com ventilação, compressões e atropina, quando a alteração é metabólica e não responde a cronotrópico: corrigir potássio e volemia é o que reverte o ritmo. Resposta D

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Recém-nascido, sexo masculino, 5 dias de vida, está em retorno ambulatorial breve para reavaliação de icterícia. Trata-se de criança nascida de termo (39 semanas), parto vaginal, Apgar 9/9, peso de nascimento de 3.250 g, bolsa rota uma hora antes do parto. Pré-natal sem anormalidades. A tipagem sanguínea do recém-nascido e de sua mãe foram O positivo, e o teste de Coombs direto foi negativo. Evoluiu sem intercorrências na maternidade e recebeu alta hospitalar com 48 horas de vida e em aleitamento materno exclusivo. No momento, está em aleitamento materno exclusivo, pesando 2.850 g, ictérico zona III de Kramer, sendo o restante do exame clínico normal. Colhido o exame de bilirrubina indireta que foi de 11 mg/dL. A conduta recomendada neste caso é:

- A. Indicar internação hospitalar para fototerapia e coleta de hemograma, reticulócitos e G6PD.
- B. Solicitar ultrassonografia de abdome superior e programar biópsia hepática.

C. Orientar aleitamento materno mais frequente e reavaliação em 48 a 72 horas. ✓

- D. Substituir aleitamento materno por fórmula parcialmente hidrolisada e reavaliação em 5 dias.
- Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 15/28

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido de termo, quinto dia de vida, icterícia em zona III de Kramer e bilirrubina indireta de 11 mg/dL, com mãe e filho O positivo e Coombs direto negativo, ou seja, incompatibilidade ABO e Rh afastadas e nenhum marcador de hemólise. O dado que fecha o raciocínio é o peso: 2.850 g contra 3.250 g ao nascimento, perda em torno de 12%, acima do aceitável, o que denuncia oferta láctea insuficiente. Trata-se da icterícia associada ao aleitamento materno do início, em que a baixa ingesta lentifica o trânsito intestinal e aumenta a circulação entero-hepática da bilirrubina. Pelas curvas de Bhutani e pelos limiares da Academia Americana de Pediatria, 11 mg/dL no quinto dia em recém-nascido de 39 semanas sem fator de risco está bem abaixo do nível de fototerapia. A conduta é corrigir a causa: apoiar a amamentação, aumentar a frequência das mamadas para 8 a 12 vezes ao dia, checar pega e posicionamento e reavaliar em 48 a 72 horas. A indica internação e fototerapia sem critério e investiga hemólise já razoavelmente excluída. B investiga colestase, hipótese que exigiria bilirrubina direta elevada, colúria e acolia fecal, ausentes aqui. D substitui o leite materno por fórmula sem indicação, quando o problema é o volume ofertado e não o leite em si, e ainda adia demais a reavaliação. Resposta C

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Lactente, sexo feminino, 2 meses e 15 dias de idade, é trazida ao serviço de emergência devido a quadro de irritabilidade, vômitos e ausência de evacuação há um dia. Trata-se de criança nascida de termo, sem intercorrências perinatais, em aleitamento materno complementado com fórmula láctea de partida desde a alta da maternidade. Apresenta vacinação em dia de acordo com o calendário nacional. Ao exame clínico, está em regular estado geral, descorada 1+/4+, e apresenta episódios de choro inconsolável. Após exame de toque retal, a paciente eliminou evacuação conforme a imagem a seguir: Qual das opções abaixo confirmará a principal hipótese diagnóstica?

A. Teste de exclusão de proteína de leite de vaca.

B. Realização de ultrassonografia de abdome. ✓

C. Coleta de coprocultura e pesquisa de toxina de *Clostridium difficile*.

D. Realização de radiografia de abdome em posição ortostática e decúbito dorsal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o reconhecimento da invaginação intestinal (intussuscepção), causa mais comum de obstrução intestinal entre 3 meses e 3 anos. O conjunto é típico: lactente previamente hígido, dor abdominal em cólica traduzida por episódios de choro inconsolável alternados com períodos de acalmia, vômitos, parada de eliminação de fezes e, ao toque retal, saída de conteúdo com muco e sangue — o clássico aspecto em geleia. A confirmação diagnóstica de escolha é a ultrassonografia de abdome, exame de altíssima sensibilidade e especificidade (próximas de 100% em mãos treinadas), que demonstra o sinal do alvo no corte transversal e o sinal do pseudo-rim no corte longitudinal, além de permitir avaliar sofrimento de alça e guiar a redução hidroestática ou pneumática. O teste de exclusão de proteína do leite de vaca investiga alergia alimentar, que pode causar sangue nas fezes, mas cursa de forma crônica e não explica um quadro obstrutivo agudo com choro paroxístico e parada de evacuação. A coprocultura com pesquisa de toxina de *Clostridium difficile* investiga colite infecciosa, quadro diarreico e não obstrutivo, e a toxina tem baixo valor diagnóstico nessa faixa etária pela alta taxa de colonização assintomática. A radiografia de abdome pode sugerir obstrução ou mostrar sinais indiretos, porém não confirma a invaginação e tem sensibilidade insuficiente para excluí-la. Resposta B

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Adolescente, sexo feminino, 13 anos de idade, está internada há 6 meses para tratamento de um câncer. Ao longo dessa internação, a adolescente e seus pais iniciaram uma página na internet sobre a doença e, em pouco tempo, a família já tinha milhões de seguidores, incluindo membros da equipe médica do hospital. A adolescente era muito ativa nas redes sociais e todos os dias postava detalhes da sua rotina no hospital. A resposta ao tratamento não foi boa e o caso clínico considerado sem proposta terapêutica curativa.

Imediatamente, a família foi buscar informações na internet e descobriu a possibilidade de uma nova droga, de alto custo, recém-publicada para este tipo de câncer. Essa droga, no entanto, não foi descrita como eficaz para o subtipo específico do câncer desta paciente, mas a família se recusa a aceitar os argumentos médicos e imediatamente iniciou uma campanha na internet para pressionar o hospital a adquirir a medicação. Diante do conflito estabelecido e considerando o código de ética médica, qual deve ser a postura da instituição?

- A. A instituição não pode divulgar dados específicos da paciente sem autorização, ainda que a mesma já os tenha tornado públicos, independente do objetivo desta divulgação. ✓**
- B. Com a justificativa de prover um bem coletivo maior e evitando a desinformação, a instituição está autorizada nesse cenário a prover publicamente detalhes do caso, pois este já é público.
- C. A luz do código de ética médica, não há uma definição clara quanto a obrigação da instituição em manter a privacidade sobre as informações médicas de um caso que já está público.
- D. A instituição pode incentivar os membros da equipe presentes nas redes sociais da paciente, que assim desejarem, a utilizar as mesmas como canal de esclarecimento à população.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra sigilo médico institucional diante da exposição do paciente em redes sociais. O Código de Ética Médica é explícito: o artigo 73 veda revelar fato de que se tenha conhecimento em razão da profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento expresso do paciente, e o artigo 75 proíbe fazer referência a casos clínicos identificáveis em meios de comunicação em geral. O fato de a própria família ter tornado o caso público não transfere para o médico nem para a instituição a autorização de divulgar dados clínicos: o sigilo pertence ao paciente, e o dever de guardá-lo persiste independentemente do que o titular tenha exposto ou do objetivo, ainda que seja rebater acusações ou desinformação. A alternativa que invoca um bem coletivo maior erra porque a exceção do motivo justo é restrita e não abarca a defesa institucional da própria imagem em campanha pública. Dizer que o código não é claro sobre a obrigação de privacidade em caso já público é falso, pois os artigos 73 e 75 resolvem justamente essa situação. Incentivar membros da equipe a usar as redes da paciente como canal de esclarecimento é ainda mais grave, pois transforma a quebra de sigilo em ação institucional e envolve autopromoção e sensacionalismo, também vedados. O caminho ético é o diálogo direto com a família, a explicação técnica da ausência de indicação da droga para o subtipo tumoral e, se necessário, comitê de bioética e assessoria jurídica. Resposta A

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Lactente, sexo masculino, 1 ano e 6 meses de idade, portador de Hemofilia A com atividade inferior a 1%, em reposição regular de fator VIII, apresentou queda da cama há cerca de 1 hora, sem perda de consciência, evoluindo com 3 episódios vômitos após a queda. Na admissão no serviço de emergência estava em bom estado geral, alerta e orientado, mas pouco colaborativo ao exame clínico, o que, segundo os pais, já é habitual em consultas pediátricas. Ao exame clínico, notado apenas hematoma de cerca de 2 cm em região occipital, sem outras alterações. Qual das alternativas abaixo contém as medidas iniciais, na sequência cronológica em que elas devem ser realizadas?

- A. Sedação e tomografia de crânio; administração de fator VIII (correção 100%) se sangramento intracraniano.
- B. Observação hospitalar por 6 horas; sedação e tomografia de crânio se surgirem alterações neurológicas.
- C. Administração de fator VIII (correção 100%); sedação e tomografia de crânio. ✓**
- D. Alta hospitalar com manutenção da reposição regular de fator VIII, porém em dose dobrada.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de traumatismo cranioencefálico em lactente com hemofilia A grave (atividade de fator VIII inferior a 1%), situação em que a hemorragia intracraniana é a principal causa de morte. A regra é determinística: em hemofílico com trauma de crânio, a reposição do fator antecede qualquer exame de imagem, transporte ou sedação. Repõe-se fator VIII visando correção de 100% de atividade (aproximadamente 50 UI/kg em bolus) imediatamente à chegada, e só depois se realiza a tomografia de crânio, aqui claramente indicada pelos vômitos repetidos, pelo hematoma occipital e pela impossibilidade de exame neurológico confiável em criança pouco colaborativa. Esperar o resultado da imagem para decidir sobre a reposição, como propõe a primeira alternativa, atrasa a única medida que interrompe o sangramento e é erro clássico. Observação por seis horas sem reposição e sem imagem é inaceitável em hemofilia grave, porque o sangramento intracraniano pode ser tardio e assintomático nas primeiras horas. A alta com dose dobrada de profilaxia ignora tanto a necessidade de correção plena quanto a indicação formal de neuroimagem, e mesmo após tomografia normal esse paciente exige observação hospitalar e manutenção da reposição por vários dias. Resposta C

QUESTÃO 52 — Gabarito D

Pré-escolar, sexo feminino, 4 anos de idade, vítima de atropelamento, foi admitida na sala de emergência em choque hemorrágico. Devido colapso circulatório, não foi possível obtenção de acesso vascular periférico, sendo indicado acesso intraósseo. Na primeira tentativa de canulação óssea, realizada na tíbia proximal direita, houve transfixação. Como a paciente apresentava fratura em tíbia esquerda, optou-se por realizar a segunda tentativa no local apontado pelo dedo indicador da mão direita na figura A. Após a canulação óssea, a agulha está firme e houve retorno do fluido mostrado na Figura B. Figura A Figura B Qual é a afirmação correta com relação ao procedimento descrito?

- A. O local é apropriado, mas houve acidente de punção e a agulha deve ser retirada.
- B. O local é inapropriado, deve-se optar pela espinha ilíaca anterossuperior.
- C. O acesso obtido é apropriado para cristaloides, mas não para hemocomponentes.

D. O local é apropriado e o acesso intraósseo parece bem locado. Página 16/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa sítios alternativos e critérios de posicionamento do acesso intraósseo na criança em choque hemorrágico. Perdida a tíbia proximal direita por transfixação e indisponível a esquerda por fratura (fratura do osso é contraindicação absoluta à punção naquele membro), restam os sítios validados em pediatria: fêmur distal, tíbia distal acima do maléolo medial e úmero proximal. A confirmação de bom posicionamento é clínica e simples: agulha que permanece firme e estável sem sustentação, aspirado de conteúdo medular e infusão sem resistência ou extravasamento para partes moles. Com esses achados, o acesso está apto ao uso imediato. Dizer que houve acidente de punção contraria os próprios dados, já que agulha firme com retorno de conteúdo medular é justamente o padrão de sucesso, e a retirada desnecessária custaria mais um sítio nesta criança. A espinha ilíaca anterossuperior não é sítio recomendado para intraóssea em pré-escolar, por cortical espessa e pouca medula acessível. Afirmar que o acesso serve para cristaloides mas não para hemocomponentes é falso: pela via intraóssea podem ser infundidos cristaloides, coloides, hemocomponentes, drogas vasoativas e qualquer fármaco de reanimação, nas mesmas doses da via endovenosa, além de permitir coleta de amostras para exames. Resposta D

QUESTÃO 53 — Gabarito D

Escolar, sexo masculino, 9 anos de idade, portador de osteossarcoma, realizou último ciclo de quimioterapia há 6 dias. É trazido ao Pronto-Socorro com queixa de picos febris de até 39°C há um dia, vômitos, dor abdominal, dor anal e lesões em cavidade oral conforme imagem abaixo. Admitido na sala de emergência em mau estado geral, descorado 2+/4, FC: 180 bpm, FR: 50 irpm, PA: 70 x 40 mmHg, saturação de O₂: 98% em ar ambiente, tempo de enchimento capilar 6 segundos, pulsos finos, cateter central de longa permanência sem sinais flogísticos. Exames coletados na véspera mostram Hb: 8,2 g/dL, leucócitos 150/mm³ (sem diferencial devido à baixa celularidade), plaquetas 50.000/uL. O paciente recebeu expansão volêmica adequada, antimicrobianos e, após 30 minutos do atendimento inicial, seguia sem melhora significativa dos sinais descritos. Qual é a alternativa que contém respectivamente o melhor esquema antimicrobiano inicial e a próxima medida a ser instituída, considerando que não houve melhora dos parâmetros clínicos após a expansão volêmica?

- A. Ceftriaxona e fluconazol. Introduzir epinefrina endovenosa contínua.
- B. Ceftazidima e aciclovir. Solicitar concentrados de hemácias e de plaquetas.
- C. Piperaciclina-tazobactam. Solicitar concentrados de hemácias e de plaquetas.

D. Meropenem e vancomicina. Introduzir epinefrina endovenosa contínua. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de choque séptico fluido-refratário em criança com neutropenia febril de alto risco: leucócitos de 150/mm³ seis dias após quimioterapia, mucosite oral, dor anal, cateter central de longa permanência, hipotensão (PA 70 x 40 mmHg), taquicardia, tempo de enchimento capilar de 6 segundos e pulsos finos. O esquema antimicrobiano precisa cobrir bacilos Gram-negativos incluindo *Pseudomonas aeruginosa* e, pelos fatores de risco presentes (mucosite grave, lesão perianal, cateter de longa permanência e instabilidade hemodinâmica), também Gram-positivos resistentes: carbapenêmico antipseudomonas associado a vancomicina atende exatamente a esse perfil. Quanto à hemodinâmica, mantida a má perfusão após expansão volêmica adequada, o passo seguinte é iniciar droga vasoativa em infusão contínua sem aguardar acesso central, e o padrão de choque frio com extremidades mal perfundidas e pulsos finos favorece a epinefrina. Ceftriaxona não cobre *Pseudomonas* e fluconazol não entra na terapia empírica inicial, pois antifúngico se acrescenta na febre persistente após alguns dias. Ceftazidima com aciclovir deixa Gram-positivos descobertos e antiviral não tem indicação empírica aqui. Piperaciclina-tazobactam é opção legítima em neutropenia febril não complicada, mas fica aquém neste choque com mucosite e cateter, e em ambas as alternativas o erro maior é eleger transfusão como próxima medida: hemácias e plaquetas podem ser necessárias, mas não corrigem choque refratário a volume, cuja resposta é vasopressor. Resposta D

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Você está na sala de parto e recebe um recém-nascido termo (38 semanas), que nasceu com respiração irregular e tônus fraco, sendo o cordão umbilical clampeado imediatamente. O paciente foi levado para o berço com calor radiante, secado, retirado campos úmidos, e posicionado. Após esses primeiros passos, a avaliação constatou movimentos respiratórios ausentes e frequência cardíaca de 80 bpm. O próximo passo na reanimação neonatal é:

- A. Infundir por via endovenosa adrenalina e expansor de volume 10 ml/kg.
- B. Ventilar com pressão positiva e máscara com oxigênio a 21%. ✓**
- C. Oferecer 100% de oxigênio em máscara aberta.
- D. Realizar massagem cardíaca sincronizada com a ventilação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a sequência do Programa de Reanimação Neonatal em recém-nascido de termo. Após o clampeamento e os passos iniciais realizados na mesa de reanimação (prover calor, posicionar a cabeça, aspirar vias aéreas se necessário, secar e desprezar campos úmidos), reavaliam-se respiração e frequência cardíaca: este recém-nascido está em apneia e com frequência cardíaca de 80 bpm, ou seja, abaixo de 100 bpm. Qualquer uma das duas condições isoladamente já indica ventilação com pressão positiva, que é a medida mais importante e efetiva da reanimação neonatal e deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida, o minuto de ouro. Em recém-nascido com 34 semanas ou mais, a ventilação começa com ar ambiente, isto é, oxigênio a 21%, ajustando-se a fração inspirada depois pela oximetria de pulso no membro superior direito. Adrenalina e expansor de volume só entram quando a frequência cardíaca permanece abaixo de 60 bpm após ventilação adequada por cânula traqueal somada a massagem cardíaca coordenada. Oferecer oxigênio inalatório em máscara aberta não ventila o paciente apneico e foi abandonado como conduta nessa situação. A massagem cardíaca só é indicada se a frequência permanecer abaixo de 60 bpm após 30 segundos de ventilação efetiva, o que ainda não foi tentado. Resposta B

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Escolar, sexo feminino, 6 anos de idade, portadora de síndrome nefrótica córtico-dependente, está internada em enfermaria de pediatria há 4 dias. A paciente apresentou sintomas compatíveis com resfriado comum iniciados há 1 semana e, no dia da internação, mãe relatava redução importante da diurese e lipotimia. O peso aferido na chegada foi de 31 kg (ganho de 6 kg em relação à última consulta). Hoje, a paciente está no quarto dia de internação, recebendo dieta hipossódica, infusão endovenosa de albumina humana uma vez ao dia (última dose ontem pela manhã) e prednisona oral. Está sem novas queixas, em bom estado geral, afebril e normotensa. Seguem abaixo: a tabela com a evolução dos exames laboratoriais na internação e o balanço hídrico registrado pela enfermagem nas últimas 24 horas.

	1o Dia	4o Dia
Ureia (mg/dL)	60	20
Creatinina (mg/dL)	0,96	0,35
Sódio (mEq/L)	128	136
Potássio (mEq/L)	4,3	4,2
Hb (g/dL) / Ht (%)	16/48	13/39
Proteína total (g/dL)	4,0	5,0
Albumina (g/dL)	1,2	2,2

Ganhos Perdas Anotações Horário Oral Endovenoso Diurese
6:00 100ml 100ml
Peso: 26kg 10:00 50ml Albumina 125ml 14:00 75ml 300ml 18:00 150ml 400ml 22:00 100ml 2:00 - 400ml 6:00 -
Peso: 25 kg TOTAL 600ml 1200ml

Qual é a afirmação correta com relação à programação a ser estabelecida?

- A. Segue apresentando indicação de albumina humana endovenosa diariamente.
- B. Tem indicação de receber diurético de alça duas a três vezes ao dia.
- C. Apresenta condições de alta hospitalar e seguimento ambulatorial. ✓**
- D. Tem indicação de receber soro de manutenção basal 100ml/100kcal, restrito em sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão avalia se o estudante reconhece a resolução de uma descompensação de síndrome nefrótica e sabe a hora de desescalar o tratamento. Na admissão havia hipovolemia por escape de líquido para o terceiro espaço, com oligúria, lipotimia, hemoconcentração (Hb 16 g/dL e Ht 48%), azotemia pré-renal (ureia 60 e creatinina 0,96 mg/dL), hiponatremia dilucional e albumina de 1,2 g/dL, além de ganho de 6 kg de peso. No quarto dia, tudo se inverteu: função renal normalizada (ureia 20 e creatinina 0,35 mg/dL), sódio de 136 mEq/L, hemoglobina e hematócrito em queda pela reexpansão do intravascular, albumina em 2,2 g/dL, diurese abundante com balanço hídrico negativo e queda progressiva do peso, que voltou ao basal (25 kg). A criança está em bom estado geral, afebril, normotensa e sem queixas, ou seja, edema resolvido e corticoterapia oral em curso: cabe alta com seguimento ambulatorial e orientação de monitorização domiciliar da proteinúria. Manter albumina endovenosa diária é erro, pois sua indicação é restrita à hipovolemia sintomática ou ao edema refratário e o efeito é transitório, com risco de sobrecarga e hipertensão. Diurético de alça duas a três vezes ao dia em paciente que já está em diurese espontânea e balanço negativo expõe a hipovolemia e a fenômenos tromboembólicos, complicação temida na síndrome nefrótica. Soro de manutenção endovenoso não se justifica em criança que aceita a via oral e está sem déficit hídrico. Resposta C

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Recém-nascido, sexo masculino, 19 dias de vida, está em consulta ambulatorial. Trata-se de recém-nascido de termo, parto vaginal hospitalar, mãe com 28 anos de idade, sem seguimento adequado no pré-natal. Nota-se edema palpebral bilateral, conjuntivas hiperemiadas e secreção ocular purulenta há um dia. Sem outras alterações significativas ao exame clínico. Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Conjuntivite por clamídia. ✓

B. Conjuntivite química por nitrato de prata.

C. Conjuntivite gonocócica.

D. Obstrução de ducto lacrimal. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 17/28

Nascimento 1 ano 2 anos Idade (meses e anos completos) Nascimento 1 ano 2 anos Idade (meses e anos completos)

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o diagnóstico diferencial das conjuntivites neonatais pelo tempo de início, que é o dado mais discriminante da vineta. A conjuntivite química por nitrato de prata surge nas primeiras 24 a 48 horas de vida e é autolimitada, com secreção serosa. A conjuntivite gonocócica é hiperaguda e aparece entre o segundo e o quinto dia, com edema palpebral intenso, secreção francamente purulenta e risco de ulceração e perfuração de córnea, exigindo tratamento sistêmico imediato. A conjuntivite por *Chlamydia trachomatis* é a mais frequente das oftalmias neonatais e tem incubação mais longa, manifestando-se entre o quinto e o décimo quarto dia, podendo ir até a terceira ou quarta semana de vida, com secreção mucopurulenta e edema palpebral, exatamente como neste recém-nascido de 19 dias cuja mãe não fez pré-natal adequado e portanto não foi rastreada nem tratada para clamídia. O tratamento é sistêmico, com macrolídeo por via oral, e não apenas tópico, tanto pelo risco de pneumonia afebril por clamídia entre a segunda e a décima segunda semana quanto pela necessidade de tratar mãe e parceiro. A obstrução do ducto lacrimal cursa com lacrimejamento persistente e secreção mucoide recorrente, sem hiperemia conjuntival importante nem quadro purulento agudo bilateral de início súbito. Resposta A

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Pré-escolar, sexo masculino, 2 anos e 6 meses de idade, está em consulta ambulatorial de rotina em UBS. Mãe conta que, neste último ano, desde que a criança entrou na creche, ficou gripada praticamente todo mês. Nos últimos 6 meses, a mãe refere que a criança precisou usar antibiótico cinco vezes (uma internação em UTI por pneumonia, três otites médias agudas e uma celulite em membro inferior direito). A mãe trouxe a radiografia de tórax realizada durante a internação em UTI. Além dessa internação, ocorreram outras duas, ambas em enfermaria: diarreia com desidratação grave aos 7 meses; celulite periorbitária secundária à sinusite bacteriana aos 2 anos de idade. Apresenta vacinação em dia seguindo o programa nacional de imunizações. Aceita bem todos os tipos de alimento, exceto carne. Recebeu vitamina A e D profiláticas até os 2 anos de idade, mas nunca recebeu sulfato ferroso profilático, porque não gostava do gosto e sempre cuspiu a medicação. O peso e a estatura atuais são idênticos aos de seis meses atrás, quando realizou a última consulta de puericultura. As curvas antropométricas estão representadas abaixo: Qual é a conduta prioritária na consulta atual com base no diagnóstico mais provável?

- A. Reorientar alimentação, coletar hemograma e perfil de ferro e marcar retorno breve para decidir sobre necessidade de sulfato ferroso em dose terapêutica.
- B. Orientar que as infecções são frequentes nesta faixa etária devido aos baixos níveis de IgA esperados para a idade, e que as infecções se intensificam com a entrada na creche.
- C. Dosar hormônios tireoidianos (TSH e T4 livre) e de crescimento (GH, IGF1 e IGF BP3) e encaminhar para seguimento com endocrinologista.
- D. Iniciar investigação com coleta de hemograma completo, imunoglobulinas séricas, complemento, sorologia para sarampo e encaminhar para imunologista. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta reúne vários sinais de alerta para imunodeficiência primária, e não o padrão fisiológico de infecções de repetição do pré-escolar que entrou na creche. O que descaracteriza a benignidade é a gravidade e o sítio das infecções: pneumonia com necessidade de terapia intensiva, três otites médias agudas em seis meses, celulite de membro inferior, celulite periorbitária secundária a sinusite e diarreia com desidratação grave, somando duas ou mais infecções sistêmicas e múltiplos ciclos de antibiótico. Soma-se o critério mais pesado de todos, a parada do crescimento, com peso e estatura idênticos aos de seis meses atrás. Diante disso, a conduta prioritária é iniciar a investigação de triagem, que se faz com hemograma completo com contagem diferencial e de plaquetas, dosagem de imunoglobulinas séricas, avaliação do sistema complemento e prova de resposta vacinal, como a sorologia para sarampo em criança já vacinada, com encaminhamento ao imunologista. Reorientar alimentação e investigar ferropenia trata a comorbidade nutricional, que provavelmente existe, mas não explica infecções bacterianas invasivas nem pode ser a prioridade. Tranquilizar a mãe atribuindo tudo à creche e a níveis baixos de IgA é justamente o erro que atrasa o diagnóstico de imunodeficiência. Investigação endócrina isolada com hormônios tireoidianos e eixo do crescimento persegue apenas o déficit estatural e ignora o motivo mais provável dele, que é a doença de base infecciosa e inflamatória crônica. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito B

Pré-escolar, sexo feminino, 3 anos de idade, sem comorbidades prévias, é levada pela mãe ao Pronto-Socorro por queixa de recusa ao deambular, com choro intenso quando colocada em pé, referindo dor em membros inferiores bilateralmente. Nega febre, nega outras queixas, nega traumas. Refere que teve quadro diarreico há 15 dias, com duração de 3 dias, já resolvido. Ao exame clínico, demonstra dor à manipulação dos membros inferiores, com hipotonia muscular e força muscular grau III em porção distal e grau IV em porção proximal dos membros inferiores. Hiporreflexia patelar bilateral. Membros superiores com força, sensibilidade e reflexos preservados. Sem outros achados significativos. Qual das alternativas abaixo apresenta os resultados de exames complementares compatíveis com a hipótese diagnóstica mais provável para o caso?

- A. Eletroencefalograma: traçado compatível com padrão de hipsarritmia.

B. Líquor: 3 células/mm³, 0 hemácias/mm³, glicose: 63 g/dL, proteína: 187 mg/dL, bacterioscopia negativa. ✓

C. Tomografia de coluna lombossacra: invasão do canal vertebral e compressão medular.

D. VHS: 100 mm/h, proteína C reativa: 120 mg/L; creatinofosfoquinase (CPK): 2.000 U/L. Peso-para-idade Meninos Percentil nascimento a 2 anos Comprimento para idade Meninos Percentil nascimento a 2 anos Comprimento (cm) Peso (Kg) Página 18/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de polirradiculoneuropatia inflamatória aguda, a síndrome de Guillain-Barré, cuja apresentação em pré-escolar é tipicamente a recusa em deambular. Os elementos estão todos ali: infecção precedente cerca de duas semanas antes, aqui um quadro diarreico, seguida de fraqueza flácida simétrica de membros inferiores com hipotonia, dor e, sobretudo, hiporreflexia patelar bilateral, marcador semiológico que aponta lesão de nervo periférico e afasta causas centrais e musculares. O exame que sustenta o diagnóstico é o líquido com dissociação proteinocitológica, ou seja, proteína elevada com celularidade normal, exatamente o padrão de 3 células por mm³ com proteína de 187 mg/dL e bacterioscopia negativa. Vale lembrar que essa elevação proteica pode estar ausente na primeira semana de doença, o que não exclui o diagnóstico. O traçado de hipsarritmia ao eletroencefalograma corresponde à síndrome de West, epilepsia do lactente com espasmos e regressão do desenvolvimento, sem relação com o caso. Compressão medular por invasão do canal vertebral cursaria com nível sensitivo, alteração esfinteriana e, após a fase de choque medular, hiperreflexia e sinais piramidais, além de dor localizada em coluna. Provas inflamatórias muito elevadas com CPK de 2.000 U/L apontam miosite, na qual há dor muscular intensa e elevação enzimática, mas com reflexos preservados e sem o padrão de hiporreflexia difusa. Resposta B

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Recém-nascido, sexo feminino, 24 horas de vida, está no alojamento conjunto. Nascida com idade gestacional de 40 semanas e 2 dias, parto fórceps, Apgar 8/9, peso de 3.950 g, com período expulsivo prolongado. Criança recebeu vacina de hepatite B, nitrato de prata ocular e vitamina K intramuscular. Pré-natal sem anormalidades. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, e a inspeção da cabeça mostrou a presença de um abaulamento (Figura A), cujos limites anatômicos estão esquematicamente representados abaixo (figura B). Sem outras alterações significativas. Figura A Figura B Qual é a conduta, considerando a principal hipótese diagnóstica?

A. Observação clínica e monitorização de icterícia. ✓

B. Punção ou drenagem da coleção serossanguinolenta.

C. Realização de ressonância magnética de crânio.

D. Realização de segunda dose de vitamina K intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve trauma de parto em recém-nascido macrossômico (3.950 g), de parto fórceps com período expulsivo prolongado, que se apresenta com abaulamento do couro cabeludo delimitado por limites anatômicos definidos, o que caracteriza a coleção subperiosteal do cefaloematoma, restrita a um osso do crânio e por isso incapaz de ultrapassar as linhas de sutura. É um recém-nascido em bom estado geral, sem outras alterações, e a conduta é expectante: o cefaloematoma reabsorve espontaneamente em semanas a meses, e a vigilância se dirige às suas duas complicações previsíveis, a anemia pela perda sanguínea e, sobretudo, a hiperbilirrubinemia indireta pela reabsorção do hematoma, que exige monitorização da icterícia com bilirrubina seriada em nomograma. Puncionar ou drenar a coleção é formalmente contraindicado, pois converte um hematoma estéril e autolimitado em porta de entrada para infecção e abscesso, e não acelera a resolução. Ressonância magnética de crânio não se justifica em recém-nascido neurologicamente normal e assintomático, ficando a neuroimagem reservada aos casos com sinais neurológicos, fratura com afundamento ou suspeita de hemorragia subgaleal expansiva com repercussão hemodinâmica. Segunda dose de vitamina K não tem indicação, já que a profilaxia intramuscular foi feita e o achado decorre de trauma mecânico do parto, não de coagulopatia. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito C

Recém-nascido, 40 semanas de idade gestacional, sexo masculino, nasceu de parto cesárea por falha de indução, Apgar 9/10, peso de 2.950 g. Mãe primigesta, 20 anos, não fez pré-natal e relata ser usuária habitual de drogas ilícitas. O menor está sendo examinado no alojamento conjunto, com 72 horas de vida, e alguns dados do exame clínico estão apresentados nas imagens abaixo. Qual é a conduta indicada face aos dados clínicos apresentados?

- A. Apuração de maus-tratos no alojamento conjunto.
- B. Solicitação de cariótipo.

C. Investigação neurológica complementar. ✓

- D. Alta hospitalar com seguimento de rotina em UBS. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP
- Página 19/28

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do recém-nascido exposto a drogas ilícitas na vida intrauterina, filho de mãe primigesta jovem, sem qualquer pré-natal, que aos três dias de vida apresenta alterações ao exame clínico. Nesse contexto, o achado precisa ser lido como possível repercussão da exposição intrauterina, seja abstinência neonatal, que costuma se manifestar exatamente entre 24 e 72 horas de vida com irritabilidade, tremores, hipertonia, choro agudo e sinais autonômicos, seja lesão estrutural do sistema nervoso central. Por isso, antes de qualquer definição de alta ou rotulação, impõe-se completar a investigação neurológica, com avaliação neurológica sistematizada, aplicação de escore de abstinência, ultrassonografia transfontanela e triagem toxicológica, além do rastreio das infecções congênitas que a ausência de pré-natal deixa em aberto. Levantar apuração de maus-tratos é precipitado, pois os achados são explicáveis pelo quadro clínico do próprio recém-nascido, que permaneceu em alojamento conjunto sob observação da equipe, e a proteção da criança neste momento passa por diagnóstico e acionamento do serviço social, não por acusação sem substrato. Solicitar cariótipo seria a conduta se a hipótese principal fosse síndrome genética definida por conjunto dismórfico, o que não é o eixo do caso. Alta hospitalar com seguimento de rotina em unidade básica é a pior escolha, porque abandona um recém-nascido de alto risco social e clínico com exame alterado e sem diagnóstico. Resposta C

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Mulher, 63 anos de idade, com antecedente de ressecção de melanoma no dorso, operado há 3 anos, com Breslow de 0,76mm. Em seguimento dermatológico de rotina, foi realizada dermatoscopia que evidenciou lesão no antebraço direito. Foi indicada a ressecção da lesão para diagnóstico. Qual é a alternativa que apresenta a linha de incisão na pele que deve ser realizada?

- A.
- B. ✓**
- C.
- D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o planejamento da biópsia excisional de lesão pigmentada suspeita em membro, numa paciente com melanoma prévio — situação em que a incisão errada compromete o tratamento definitivo, não apenas a estética.

A regra é excisão elíptica (fusiforme) com margem estreita, incluindo toda a lesão em profundidade até a hipoderme, e com o eixo maior da elipse orientado no sentido LONGITUDINAL do membro, ou seja, paralelo ao maior eixo do antebraço e à drenagem linfática. Isso preserva a possibilidade de ampliação de margens conforme o Breslow definitivo (a paciente já teve melanoma com Breslow de 0,76 mm, portanto ampliação de 1 cm é o cenário provável) e não inviabiliza a pesquisa de linfonodo sentinela nem o fechamento primário depois. Incisões transversais ou oblíquas ao eixo do membro atravessam os canais linfáticos, dificultam a ampliação (que passaria a exigir enxerto ou retalho) e deixam cicatriz sob tensão pela mobilidade da articulação; incisões que não removem a lesão inteira em bloco, com margem circunferencial, impedem a avaliação correta de Breslow e das margens laterais pelo patologista. Por isso a única linha de incisão aceitável é a que segue o eixo longitudinal do antebraço envolvendo a lesão em elipse.

Resposta B

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Homem, 62 anos de idade, é admitido no serviço de emergência devido a dor abdominal em cólica, vômitos e distensão abdominal há 4 dias. Última evacuação há 5 dias e, desde então, não elimina gases. Refere cólica abdominal há 3 meses, com vômitos esporádicos que melhorava com jejum e medicamento antiespasmódico. Tem hipertensão arterial controlada e nega operações abdominais prévias. Ao exame físico: Bom estado, desidratado, eupneico. Abdome: distendido, ruídos hidroaéreos aumentados, doloroso à palpação profunda sem irritação peritoneal. Toque retal: sem fezes na ampola. Exames laboratoriais: Hb: 10,9 g/dL; Ht: 38%; Creatinina: 2,9 mg/dL; Ureia: 110 mg/dL. Demais exames sem alterações. Realizada a tomografia de abdome apresentada. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Abdome agudo obstrutivo ao nível do sigmoide.
- B. Síndrome de Ogilvie.
- C. Abdome agudo obstrutivo ao nível de delgado. ✓**
- D. Íleo paralítico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de abdome agudo obstrutivo mecânico: dor em cólica, vômitos, distensão, parada de eliminação de gases e fezes há dias, com ruídos hidroaéreos AUMENTADOS (luta) e ampola retal vazia, além de desidratação com insuficiência renal pré-renal (ureia 110, creatinina 2,9).

O dado que define o nível é a história: três meses de crises suboclusivas em cólica com vômitos que melhoravam com jejum, padrão clássico de estenose de delgado (tumor de delgado, doença de Crohn, brida sem cirurgia prévia, intussuscepção por lesão-guia) — o vômito precoce e proeminente e a ampola retal vazia reforçam obstrução alta, e o paciente nega laparotomias prévias, o que retira a causa mais comum (aderências). A anemia (Hb 10,9) sugere lesão orgânica sangrante crônica.

A obstrução em sigmoide (A) cursa com distensão mais tardia e volumosa, vômito tardio e frequentemente fecaloide, e costuma vir com alteração do hábito intestinal e sangramento baixo, não com alívio ao jejum. A síndrome de Ogilvie (B) é pseudo-obstrução colônica aguda de paciente acamado, grande cirurgia, sepse ou distúrbio eletrolítico, sem ponto de transição mecânico e sem história de três meses de crises. O íleo paralítico (D) cursa com ruídos hidroaéreos DIMINUÍDOS ou ausentes, o oposto do descrito.

Resposta C

QUESTÃO 63 — Gabarito D

Homem, 76 anos de idade, está internado em Unidade de Terapia Intensiva de Hospital Terciário devido a pneumonia bacteriana. Evoluiu há 1 dia com dor abdominal inespecífica, mais acentuada no abdome superior. Ao exame físico: Regular estado geral, confuso, FC: 90bpm; PA: 90 x 60 mmHg (uso de noradrenalina), Sat.O₂: 92% (máscara de oxigênio), FR: 22 ipm. Abdome: distensão abdominal difusa e dor mais intensa em hipocôndrio direito. Exames laboratoriais: Hb 11,5g/dL; Leucócitos 19.500 mm³; Creatinina: 2,7 mg/dL; Ureia: 98 mg/dL; PCR 170 mg/dL; TGO 125U/L; TGP 160 U/L; FA: 230; GGT: 198; Bilirrubina total: 3,8. Calculado o escore de APACHE2: 19. Realizada tomografia de abdome que evidenciou distensão da vesícula biliar com borramento e densificação dos planos adjacentes, bile espessa e cálculo de 1 cm no infundíbulo, sem dilatação da via biliar. Qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A. Colangiografia endoscópica retrógrada com papilotomia.
- B. Colectomia por laparotomia com colangiografia.
- C. Colectomia laparoscópica com colangiografia.

D. Drenagem percutânea transhepática da vesícula biliar. Página 20/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de colecistite aguda calculosa em idoso já séptico por pneumonia, com disfunção orgânica: hipotensão dependente de noradrenalina, confusão mental, insuficiência renal e APACHE II de 19. Pelos critérios de Tóquio (TG18), a presença de disfunção orgânica classifica como colecistite GRAU III (grave), e o risco cirúrgico proibitivo desloca a conduta para o controle do foco por via menos invasiva.

Nesse cenário, a colecistostomia percutânea trans-hepática guiada por imagem é o padrão: drena a vesícula distendida, controla o foco infeccioso sob anestesia local, permite estabilizar o doente e programar a colecistectomia eletiva depois (ou mantê-la como tratamento definitivo em quem nunca terá condição cirúrgica).

A CPRE com papilotomia (A) trata via biliar, e a tomografia mostra cálculo impactado no INFUNDÍBULO sem dilatação de via biliar — não há coledocolitíase nem colangite a drenar, e a hiperbilirrubinemia aqui é explicada pela sepse e pela compressão tipo Mirizzi. A colecistectomia por laparotomia (B) impõe a maior agressão possível justamente ao doente com menor reserva. A colecistectomia laparoscópica (C) é a conduta correta na colecistite grau I/II em paciente compensado, mas o pneumoperitônio e a anestesia geral em choque vasopressor-dependente com APACHE 19 têm mortalidade elevada.

Resposta D

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Mulher, 31 anos de idade, com obesidade grau 1 está internada devido a pancreatite aguda leve. Evoluiu com melhora da dor, 2 dias após o início dos sintomas. Tem diabetes melito tipo 2 e hipotireoidismo. Foi submetida a ultrassonografia de abdome que evidenciou vesícula biliar de paredes finas, sem cálculos e com via biliar de 0,4 cm. Nega uso abusivo de álcool. Qual é o próximo passo?

- A. Realizar ecoendoscopia. ✓**
- B. Colectomia com colangiografia.
- C. Tratamento com ácido ursodesoxicólico.
- D. Realizar tomografia de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é sobre investigação etiológica de pancreatite aguda que, à primeira vista, ficou sem causa: mulher jovem, sem etilismo, com ultrassonografia mostrando vesícula de paredes finas, SEM cálculos e via biliar de 0,4 cm (normal). Antes de rotular como idiopática, é obrigatório procurar as causas ocultas — e a mais comum de todas continua sendo a biliar.

A ecoendoscopia é o exame de maior acurácia para microlitíase e lama biliar (que o ultrassom transabdominal não enxerga), para cálculos pequenos no colédoco distal e para lesões peri-ampulares e tumores pancreáticos pequenos; por isso é o próximo passo na pancreatite aguda sem causa definida após anamnese, laboratório e US.

Colectomia com colangiografia (B) é o tratamento da pancreatite biliar comprovada — indicar cirurgia sem documentar a etiologia expõe a paciente a um procedimento que pode não resolver as recidivas. O ácido ursodesoxicólico (C) não é tratamento da pancreatite aguda nem substitui a investigação; tem papel restrito em situações selecionadas de lama biliar. A tomografia de abdome (D) na pancreatite LEVE com boa evolução em 48 horas não muda conduta, não detecta microlitíase e só se justifica quando há suspeita de complicação local ou dúvida diagnóstica.

Resposta A

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Mulher, 43 anos de idade, foi admitida no serviço de emergência devido a dor no hipocôndrio direito. Ao exame físico apresentava sinal de Murphy positivo. Tem hipertensão arterial e diabetes melito controlados com medicamentos. Realizados exames bioquímicos que evidenciaram leucograma de 14.373/mm³ e PCR de 45 mg/L. O ultrassom evidenciou espessamento e delaminação da parede da vesícula biliar, com cálculo impactado no infundíbulo. Foi submetida a colectomia laparoscópica que evidenciou intenso processo inflamatório perivesicular. Realizada punção da vesícula, com saída de bile escura. Neste cenário, qual é o tempo de antibiótico preconizado?

- A. Até 24 horas. ✓**
- B. 72 horas.
- C. 5 dias.
- D. 7 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve colecistite aguda litiásica não complicada (Murphy positivo, leucocitose e PCR moderadas, parede espessada e delaminada com cálculo impactado no infundíbulo) tratada com colecistectomia laparoscópica — ou seja, com CONTROLE DEFINITIVO DO FOCO no mesmo ato.

O tempo de antibiótico depende do controle do foco, não do aspecto inflamatório encontrado na mesa. Segundo as diretrizes de Tóquio (TG18) e as recomendações de terapia antimicrobiana em infecção intra-abdominal, na colecistite grau I e grau II com colecistectomia completa realizada, o antimicrobiano pode ser suspenso em até 24 horas do pós-operatório; o intenso processo inflamatório perivesicular e a bile escura são achados esperados da própria colecistite, e não caracterizam infecção intra-abdominal estabelecida, perfuração, abscesso ou peritonite que justifiquem prolongar o esquema.

Por isso 72 horas (B), 5 dias (C) e 7 dias (D) são excessivos: seriam cursos reservados a colecistite com perfuração, abscesso perivesicular, coleperitônio, colangite associada ou a controle de foco incompleto (por exemplo, colecistectomia subtotal ou drenagem apenas), e prolongar sem indicação apenas seleciona resistência, aumenta custo e risco de colite por *Clostridioides difficile*.

Resposta A

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Mulher, 47 anos de idade, foi submetida a laparotomia exploradora devido a obstrução intestinal por tumor no cólon direito. Foi realizada colectomia direita com ileostomia terminal. Tem diabetes melito, hipertensão arterial não controlada e é tabagista. No 4º pós-operatório apresentou saída de líquido serohemático pela ferida operatória. Hoje, encontra-se no 7º pós-operatório e a imagem da ferida está representada pela imagem a seguir. Nesta paciente, quais são os fatores de risco para esta complicação?

A. Cirurgia de urgência, ileostomia, hipertensão arterial.

B. Cirurgia de urgência, doença neoplásica, tabagismo. ✓

C. Diabetes melito, hipertensão arterial, tabagismo.

D. Ileostomia, doença neoplásica, diabetes melito.

COMENTÁRIO OSCELABS

A evolução — secreção serossanguinolenta pela ferida no 4º pós-operatório, sinal clássico e premonitório, seguida de exposição das alças no 7º dia — é de deiscência de aponeurose com evisceração. A pergunta é sobre os fatores de risco presentes NESTA paciente.

Os fatores reconhecidos para falha do fechamento aponeurótico são cirurgia de urgência (campo contaminado, preparo inexistente, sutura sob condições desfavoráveis), doença neoplásica (catabolismo, desnutrição, imunossupressão, prejuízo da síntese de colágeno) e tabagismo (vasoconstrição, hipóxia tecidual e menor deposição de colágeno na cicatriz), além de idade avançada, obesidade, DPOC, infecção de sítio cirúrgico e tudo que eleva a pressão intra-abdominal. A alternativa B reúne exatamente essa tríade presente no caso.

A hipertensão arterial, citada em A e C, não é fator de risco para deiscência, o que já elimina as duas. A ileostomia, citada em A e D, não fragiliza a linha média — é via de complicação estomal (retração, prolapso, dermatite), não de falha aponeurótica. Vale a ressalva de que o diabetes melito é apontado por várias séries como fator de risco de má cicatrização, e sua ausência na resposta é discutível; ocorre que toda alternativa que carrega o diabetes vem acompanhada de hipertensão ou ileostomia, o que torna B o único conjunto integralmente correto.

Resposta B

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Mulher, 64 anos de idade, diabética, foi submetida a correção de hérnia incisional através de laparotomia mediana. A técnica operatória empregada foi a colocação de tela de polipropileno sobre a aponeurose (onlay). Na figura a seguir é possível observar o descolamento do tecido subcutâneo da aponeurose e a fixação da tela. Foram colocados 2 drenos fechados devido ao descolamento. Além do seroma, qual é a complicação operatória mais frequente deste procedimento?

A. Necrose de pele e subcutâneo. ✓

B. Infecção crônica da tela.

C. Rejeição da tela.

D. Deiscência da aponeurose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão explora a fisiopatologia da técnica onlay: para posicionar a tela sobre a aponeurose é necessário descolar amplamente o tecido celular subcutâneo, seccionando os vasos perfurantes que nutrem a pele a partir da parede abdominal.

O retalho cutâneo-subcutâneo resultante fica dependente apenas da circulação periférica; em paciente diabética, com microangiopatia associada, a isquemia desse retalho é a complicação mais frequente depois do seroma — daí a necrose de pele e subcutâneo, que costuma abrir a ferida, expor a tela e servir de porta de entrada para infecção. É também por causa desse espaço morto criado pelo descolamento que se deixam os dois drenos fechados citados no enunciado.

A infecção crônica da tela (B) é temida e frequentemente consequência da necrose e da exposição, mas é bem menos frequente do que ela. Rejeição da tela (C) não existe como entidade: o polipropileno é material inerte e não imunogênico, provocando apenas reação de corpo estranho e fibrose — o que dá integração, e não rejeição. A deiscência da aponeurose (D) é justamente o que a técnica se propõe a evitar, já que a tela reforça a linha de sutura, sendo complicação incomum no pós-operatório imediato do onlay.

Resposta A

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Homem, 19 anos de idade, foi vítima de ferimento por arma branca no dorso. Na sala emergência encontrava-se: A: Via aérea pérvia. Saturação de oxigênio de 98% em ar ambiente. B: Ausculta pulmonar sem alteração. C: PA: 140 x 80 mmHg; FC: 90 bpm; Tempo de enchimento capilar normal. FAST abdominal negativo. D: Escala de Coma de Glasgow: 15. E: Ausência de dor abdominal; sondagem vesical com diurese clara. Toque retal sem alterações. Ferimento no dorso conforme imagem a seguir. Realizada radiografia de tórax na sala de emergência, que não evidenciou alterações. Realizada hemostasia local. Qual é a melhor conduta neste momento?

A. Sutura do ferimento e profilaxia para tétano.

B. Laparoscopia exploradora.

C. Tomografia de abdome. ✓

D. Toracoscopia. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 21/28

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma branca no DORSO em doente hemodinamicamente estável, sem dor abdominal, com FAST negativo e radiografia de tórax normal. O ponto da questão é que dorso e flanco cobrem o retroperitônio, e lesões retroperitoneais (cólon, duodeno, pâncreas, rim, grandes vasos) são silenciosas ao exame físico e invisíveis ao FAST, que só avalia líquido livre intraperitoneal e pericárdio.

Por isso, no ferimento penetrante de dorso/flanco em doente ESTÁVEL, a conduta preconizada é a tomografia de abdome (idealmente com contraste venoso, e nos protocolos clássicos também retal e oral — triplo contraste), que define o trajeto, avalia o retroperitônio e permite manejo não operatório seguro na maioria dos casos.

Suturar e vacinar (A) é tratar o ferimento como superficial sem qualquer prova disso, e essa é a armadilha da questão: ausência de dor abdominal e FAST negativo não excluem lesão retroperitoneal. A laparoscopia exploradora (B) tem seu papel na avaliação de penetração peritoneal e de lesão diafragmática em ferimentos toracoabdominais anteriores/esquerdos, não no rastreamento de retroperitônio pelo dorso. A toracoscopia (D) não se justifica: a ausculta é normal, a saturação é 98% em ar ambiente e a radiografia de tórax não mostra hemotórax ou pneumotórax a investigar.

Resposta C

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Homem, 41 anos de idade, foi vítima de atropelamento por trem. Na admissão no serviço de emergência, encontrava-se: A: Intubado; Saturação de O₂ 85%. B: Ausculta pulmonar abolida à esquerda, com hipertimpanismo à percussão. C: PA: 70x40 mmHg; FC: 140bpm; Tempo de enchimento capilar lentificado. FAST positivo em todos os quadrantes do abdome e negativo no pericárdio. D: Escala de Coma de Glasgow de 3 (sedado e intubado). Pupilas anisocóricas (midríase à direita). E: Amputação traumática de perna esquerda com curativo encharcado de sangue. Com relação às lesões do doente, qual é a sequência correta do tratamento?

A. 1. Drenagem torácica; 2. Torniquete em membro inferior; 3. Tomografia de crânio; 4. Laparotomia exploradora.

B. 1. Tomografia de crânio; 2. Drenagem torácica; 3. Laparotomia exploradora; 4. Torniquete em membro inferior.

C. 1. Drenagem torácica; 2. Torniquete em membro inferior; 3. Laparotomia exploradora; 4. Tomografia de crânio. ✓

D. 1. Torniquete em membro inferior; 2. Drenagem torácica; 3. Tomografia de crânio; 4. Laparotomia exploradora.

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado com quatro problemas simultâneos: pneumotórax hipertensivo à esquerda (murmúrio abolido com hipertimpanismo, com saturação de 85% mesmo intubado), choque hemorrágico (PA 70x40, FC 140, enchimento capilar lentificado), hemorragia intra-abdominal (FAST positivo em todos os quadrantes, pericárdio negativo) e suspeita de lesão intracraniana expansiva (anisocoria com midríase à direita), além de amputação traumática sangrante.

A ordem segue o ABCDE: o pneumotórax hipertensivo é problema de B, ameaça a vida em minutos e ainda piora o retorno venoso — por isso a drenagem torácica vem primeiro. Em seguida, controle da hemorragia externa exsanguinante com torniquete (medida rápida, no próprio leito, parte do C). Depois, o controle da hemorragia interna: o FAST positivo em doente instável indica laparotomia exploradora imediata. A tomografia de crânio fica por último porque exame de imagem em doente hemodinamicamente instável é proibido — a anisocoria não se trata na sala de tomografia, e a prioridade é estancar o sangramento que está matando o paciente agora.

Assim, A e B erram ao colocar a tomografia de crânio antes do controle do sangramento abdominal, e B ainda a coloca em primeiro lugar, ignorando o pneumotórax hipertensivo. D inverte apenas os dois primeiros passos; é o distrator mais defensável, porque protocolos de hemorragia exsanguinante (X-ABC / MARCH) priorizam o torniquete, mas a sequência clássica do ATLS cobrada aqui mantém B antes de C, e o pneumotórax hipertensivo é a causa direta da hipoxemia grave descrita.

Resposta C

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Homem, 71 anos de idade, foi admitido no serviço de emergência com quadro de dor e distensão abdominal e vômitos. Ao exame físico encontrava-se eupneico, com saturação de oxigênio de 92% em ar ambiente e distensão abdominal. Realizada tomografia de abdome apresentada. Indicada laparotomia exploradora. Exames laboratoriais séricos revelam Hb: 9,7 g/dL; potássio: 2,9 mEq/L e sódio: 140 mEq/L; Cr: 1,9 mg/dL e U: 90 mg/dL. Qual é a melhor conduta no tratamento da via aérea para a anestesia geral?

- A. Ventilar com máscara facial em pressão positiva e oxigênio 100%.
- B. Respirar com oxigênio a 100% e usar técnica de sequência rápida. ✓**
- C. Respirar com oxigênio a 100% e instalar a máscara laríngea.
- D. Máscara facial em oxigênio 100% e instalar cânula de Guedel.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso com abdome agudo obstrutivo (dor, distensão e vômitos), que vai para laparotomia de urgência. Do ponto de vista anestésico, todo doente com obstrução intestinal é considerado ESTÔMAGO CHEIO, independentemente do tempo de jejum, porque há estase e refluxo do conteúdo entérico — risco elevado de regurgitação e broncoaspiração (síndrome de Mendelson) na indução.

A conduta é pré-oxigenação com oxigênio a 100% sob máscara, em ventilação espontânea, seguida de indução em sequência rápida: hipnótico e bloqueador neuromuscular de início rápido em dose plena, SEM ventilação sob pressão positiva no intervalo, e intubação orotraqueal imediata com cuff insuflado para isolar a via aérea. A sondagem gástrica prévia e a cabeceira elevada complementam a proteção.

Ventilar com máscara facial em pressão positiva (A) é exatamente o que se deve evitar: insufla o estômago já distendido e provoca regurgitação. A máscara laríngea (C) é dispositivo supraglótico e NÃO protege contra aspiração, sendo contraindicada como técnica eletiva em estômago cheio. A cânula de Guedel com máscara (D) apenas desobstrui a orofaringe, não isola a via aérea e ainda mantém a necessidade de ventilação sob máscara.

Resposta B

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Homem, 44 anos de idade, foi submetido a tireoidectomia total há 6 horas. A enfermagem relata que o paciente está sentindo dificuldade para “puxar o ar”, usando musculatura acessória e se encontra cada vez mais agitado e sentado no leito. As imagens apresentadas ilustram a inspeção cervical ao você chegar (A) e nos minutos que se seguiram à sua avaliação (B). Qual é a conduta neste momento?

A. Abertura imediata da sutura de pele e fásccio-muscular no leito. ✓

B. Traqueostomia de emergência no centro cirúrgico.

C. Compressão do triângulo carotídeo e estabilização.

D. Cricotireoidostomia por punção no leito.

COMENTÁRIO OSCELABS

Seis horas após tireoidectomia total, dispneia progressiva com uso de musculatura acessória, agitação e postura sentada, com alteração visível na inspeção cervical que progride em minutos: é hematoma cervical compressivo, a complicação mais temida e tempo-dependente da tireoidectomia.

O mecanismo não é apenas a compressão direta da traqueia pelo coágulo, mas principalmente a obstrução do retorno venoso e linfático, que gera edema de laringe e de faringe — por isso o quadro evolui rápido e a intubação pode se tornar impossível. A conduta é a descompressão IMEDIATA, à beira do leito, sem esperar centro cirúrgico: abrir os pontos da pele e, obrigatoriamente, também o plano fásccio-muscular (platísmo e linha alba cervical), esvaziar o hematoma e só então levar o doente ao centro cirúrgico para revisão da hemostasia sob condições adequadas.

Traqueostomia de emergência no centro cirúrgico (B) perde tempo com o transporte e é tecnicamente difícil em campo distorcido e sangrante, além de não tratar a causa. Compressão do triângulo carotídeo (C) não existe como manobra terapêutica aqui e apenas piora a congestão venosa. Cricotireoidostomia por punção no leito (D) é medida de resgate para via aérea impossível, oferece oxigenação limitada, com ventilação inadequada e retenção de CO₂, e continua deixando o hematoma que está causando tudo.

Resposta A

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Recém-nascido de termo apresenta salivação abundante e impossibilidade de passagem da sonda orogástrica na sala de parto. A ausculta cardiopulmonar é normal e não se notam outras alterações ao exame físico. Qual é o exame indicado neste momento?

A. Broncoscopia.

B. Tomografia de tórax e abdome com contraste oral.

C. Ultrassonografia de tórax e abdome.

D. Radiografia de abdome. Página 22/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Salivação abundante e impossibilidade de progredir a sonda orogástrica em recém-nascido de termo formam o quadro clássico de ATRESIA DE ESÔFAGO. O diagnóstico, portanto, já foi essencialmente feito à beira do leito; o exame pedido serve para confirmar a parada da sonda e, sobretudo, para classificar a anomalia.

A radiografia simples, incluindo tórax e abdome, com a sonda radiopaca deixada no coto proximal, mostra o cateter enovelado no fundo cego cervicotorácico e responde a pergunta que muda a cirurgia: se há AR no estômago e nas alças, existe fístula traqueoesofágica distal (tipo C, o mais comum); se o abdome está totalmente sem gás, trata-se de atresia sem fístula distal (tipo A), com coto distal curto e necessidade de estratégia diferente. A mesma radiografia ainda avalia pneumonia aspirativa, arco aórtico, corpos vertebrais e costelas, úteis na pesquisa da associação VACTERL.

A broncoscopia (A) pode ser usada em alguns serviços no pré-operatório para localizar a fístula, mas não é o exame inicial na sala de parto. Tomografia com contraste ORAL (B) é formalmente contraindicada: o contraste no coto cego é aspirado para a árvore respiratória, além da irradiação desnecessária. A ultrassonografia (C) não avalia ar nem a posição da sonda, e o ar do coto e das alças degrada a janela acústica.

Resposta D

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Homem, 28 anos de idade, procura atendimento médico com queixa de dor e aumento do volume do testículo direito, há dois meses. Nega trauma local. Ao exame físico apresenta testículo direito aumentado cerca de 5 vezes o normal, endurecido e doloroso. Não há hiperemia da pele escrotal e o epidídimo direito está normal. Realizou ultrassonografia que mostrou o testículo direito com 13 cm no maior diâmetro, com componente sólido e heterogêneo, e áreas de necrose e hemorragia. O testículo esquerdo está normal. Indicada realização de tomografia de tórax e abdome. Qual é a conduta neste momento?

A. Coleta de alfa-feto proteína, DHL e betaHCG; orquiectomia por inguinotomia. ✓

B. Coleta de CEA, CA72.4 e DHL; biópsia do testículo com agulha grossa.

C. Coleta de alfa feto proteína, DHL e betaHCG; biópsia do testículo com agulha grossa.

D. Coleta de CEA, CA72.4 e DHL; orquiectomia por inguinotomia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa testicular sólida, heterogênea, com necrose e hemorragia em homem de 28 anos é câncer de testículo até prova em contrário — a faixa etária, o aumento indolor-progressivo do volume com epidídimo normal e a ultrassonografia com componente sólido fecham a suspeita de tumor germinativo. A conduta padronizada tem dois tempos obrigatórios e nesta ordem: colher os marcadores tumorais ANTES da cirurgia (alfafetoproteína, betaHCG e DHL), porque eles entram no estadiamento S da classificação TNM, definem prognóstico e servem de linha de base para acompanhar a queda conforme a meia-vida após a orquiectomia; e realizar orquiectomia radical por via inguinal, com ligadura alta do cordão espermático no anel inguinal interno. A via inguinal não é preciosismo: a abordagem escrotal viola a drenagem linfática natural do testículo (que é retroperitoneal, para-aórtica) e cria risco de recidiva na região inguinal e de implantação tumoral na pele escrotal. A alternativa C erra ao propor biópsia com agulha grossa, que é formalmente contraindicada na suspeita de tumor de testículo pelo mesmo risco de disseminação e violação de barreira — o diagnóstico se faz pela peça da orquiectomia. As alternativas B e D erram na escolha dos marcadores: CEA e CA 72.4 são marcadores de neoplasias do trato gastrointestinal e não têm papel em tumor germinativo; a B ainda soma o erro da biópsia percutânea. Resposta A

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Homem, 67 anos de idade, está em tratamento paliativo para neoplasia de reto estadio IV. Tem diabetes melito e é ex-tabagista. Há 4 semanas, foi submetido a toracocentese de alívio, com retirada de 1100 mL. Houve melhora dos sintomas e expansão pulmonar completa em radiografia de controle. Retorna ao ambulatório com queixa de há 1 semana recidiva da dispneia e tosse seca. Nega dor torácica e febre. Apresenta KPS (performance status de Karnofsky) de 60. Abaixo a radiografia de tórax atual. Análise do líquido pleural confirmou etiologia neoplásica. Qual é a conduta nesta situação?

- A. Repetir a toracocentese esvaziadora.
- B. Drenagem com cateter pleural e pleurodese. ✓**
- C. Drenagem com cateter pleural e manter até diminuir o débito.
- D. Toracotomia com pleurectomia parietal ampla.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de derrame pleural maligno recidivante em paciente oncológico paliativo, situação em que a decisão é guiada por dois dados: a expansibilidade pulmonar e o performance status. Aqui os dois jogam a favor de um procedimento definitivo — a toracocentese anterior drenou 1100 mL com melhora sintomática e reexpansão pulmonar completa documentada em radiografia, ou seja, não há pulmão encarcerado, e o KPS de 60 indica sobrevida esperada suficiente para justificar o procedimento. Nesse cenário a conduta recomendada é a drenagem com cateter pleural seguida de pleurodese (talco), que promove sínfise entre os folhetos e previne a recidiva, com controle sintomático duradouro e possibilidade de alta hospitalar. A alternativa A repete uma medida paliativa transitória: o líquido maligno se refaz em semanas, como já ocorreu, e as punções seriadas somam risco de pneumotórax, empiema e loculação, além de hipoproteïnemia. A alternativa C entrega metade do tratamento — drenar e esperar o débito cair sem promover a sínfise não impede que o espaço pleural volte a se preencher assim que o dreno for retirado. A alternativa D propõe um procedimento de grande porte, com toracotomia e pleurectomia parietal ampla, morbidade e dor pós-operatória elevadas, inaceitável em paciente com neoplasia de reto estágio IV em cuidado paliativo e KPS 60. Resposta B

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Mulher, 33 anos de idade, foi submetida a gastroplastia em Y de Roux para tratamento de obesidade mórbida, há 2 meses. Procura o serviço de urgência com queixa de disfagia, regurgitação de alimentos sólidos, há 1 mês, com piora progressiva. Ao exame físico: bom estado geral, desidratada, corada, abdome flácido e indolor à palpação. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Transtorno alimentar (bulimia).
- B. Hérnia interna.
- C. Estenose da enteroentero anastomose.
- D. Estenose da gastroenteroanastomose. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia e regurgitação de sólidos com piora progressiva a partir do primeiro mês de pós-operatório de gastropastia em Y de Roux têm um endereço quase obrigatório: estenose da anastomose gastrojejunal. É a complicação tardia mais comum do bypass, com pico entre o primeiro e o terceiro mês, favorecida por isquemia relativa da linha de sutura, tensão, úlcera marginal e tabagismo. O quadro descrito é exatamente o esperado — obstrução alta, no nível do pequeno reservatório gástrico, com sólidos parando e sendo regurgitados, evolução progressiva e desidratação por baixa ingesta, com abdome flácido e indolor porque não há obstrução intestinal nem sofrimento de alça. O diagnóstico e o tratamento são endoscópicos, com dilatação por balão, geralmente em sessões seriadas. A alternativa C erra o nível anatômico: estenose da anastomose entero-entérica obstrui o esvaziamento do membro biliopancreático e da alça alimentar distal, produzindo dor abdominal, distensão e vômitos biliosos, não disfagia seletiva a sólidos com regurgitação imediata. A alternativa B, hérnia interna, cursa com dor abdominal em cólica pós-prandial, episódios suboclusivos intermitentes e costuma aparecer mais tarde, após perda ponderal significativa com alargamento dos espaços mesentéricos; não explica disfagia. A alternativa A, bulimia, é diagnóstico de exclusão e não justifica um sintoma mecânico progressivo com desidratação em paciente que quer comer e não consegue. Resposta D

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Mulher, 46 anos de idade, refere dor torácica e regurgitação após refeições há 2 anos, com piora progressiva. Quando tem dor, apresenta melhora após a ingestão de líquidos. A queixa é mais intensa após refeições sólidas, evitando alimentos com esta consistência. Associadamente tem regurgitação durante o sono. Perdeu 5 Kg (IMC atual: 20 kg/m²). Realizou endoscopia digestiva alta, com achado de esofagite erosiva distal leve (grau A de Los Angeles) e gastrite erosiva leve de antro. Iniciou uso pantoprazol sem melhora dos sintomas. Retornou à consulta, quando foi solicitada uma radiografia contrastada de esôfago, estômago e duodeno. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o tratamento?

- A. Esofagectomia subtotal.
- B. Hiatoplastia e funduplicatura parcial.
- C. Hiatoplastia e funduplicatura total.

D. Cardiomiectomia e funduplicatura parcial. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto disfagia progressiva de predomínio para sólidos, regurgitação inclusive noturna durante o sono, dor torácica que alivia com a ingestão de líquidos e perda ponderal com IMC de 20 aponta para acalasia, e não para doença do refluxo. Dois detalhes reforçam: a endoscopia mostra apenas esofagite distal leve e gastrite discreta, achados inespecíficos que frequentemente desviam o raciocínio para DRGE, e o pantoprazol em dose plena não trouxe melhora — falha de resposta a inibidor de bomba de prótons em paciente com regurgitação deve fazer pensar em distúrbio motor com estase esofágica, motivo pelo qual se pediu o estudo contrastado do esôfago. Confirmada a acalasia sem dolicoesôfago, o tratamento de escolha é a cardiomiectomia a Heller associada a uma funduplicatura parcial (Dor anterior ou Toupet posterior), porque a miotomia destrói a barreira antirrefluxo e exige uma válvula, mas uma válvula parcial, que controla o refluxo sem recriar obstrução em esôfago aperistáltico. A alternativa A, esofagectomia subtotal, fica reservada para megaesôfago avançado, dolicoesôfago ou falha de miotomias prévias, não para a abordagem inicial. As alternativas B e C tratam refluxo, que não é o problema aqui: adicionar uma funduplicatura sem miotomia agrava a obstrução funcional; a funduplicatura total (Nissen) da alternativa C é especialmente danosa em esôfago sem peristalse eficaz, gerando disfagia grave. Resposta D

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Homem, 60 anos de idade, com antecedente de tabagismo e hipertensão, procura o hospital com queixa de dor abdominal súbita, de forte intensidade, irradiada para flanco e lombar à esquerda, há 4 horas. Relata que teve um quase desmaio, com sudorese fria no momento do início da dor, e se recuperou após alguns minutos. Ao exame físico, apresenta-se normotenso, corado e bem perfundido, com pulsos palpáveis em todas as extremidades. O exame clínico do abdome revela massa pulsátil dolorosa. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A. Aneurisma de aorta roto, tamponado. ✓

B. Dissecção aguda de aorta abdominal.

C. Trombose aguda da aorta abdominal.

D. Aneurisma de aorta de crescimento recente. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP
Página 23/28

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 60 anos, tabagista e hipertenso — perfil clássico de aneurisma de aorta abdominal — com dor abdominal súbita e intensa irradiada para flanco e região lombar esquerda, episódio de pré-síncope com sudorese fria e massa abdominal pulsátil e dolorosa ao exame tem, até prova em contrário, aneurisma roto. O ponto fino da questão é explicar por que ele está normotenso, corado e bem perfundido quatro horas depois: a rotura ocorreu para o retroperitônio e foi contida (tamponada) pelo próprio retroperitônio e pelo hematoma, o que estanca temporariamente o sangramento e mantém a estabilidade hemodinâmica — estabilidade que é enganosa, porque a rotura livre para a cavidade pode ocorrer a qualquer momento. A tríade dor, hipotensão/síncope e massa pulsátil é o quadro descrito, e a conduta é correção urgente. A alternativa B é improvável: dissecção limitada à aorta abdominal é rara, cursa com dor lancinante de caráter migratório, assimetria de pulsos ou déficits isquêmicos viscerais e de membros, e não produz massa pulsátil dolorosa. A alternativa C, trombose aguda da aorta, se manifesta como isquemia aguda bilateral de membros inferiores com dor, palidez e ausência de pulsos femorais e distais — o enunciado diz explicitamente que os pulsos estão palpáveis em todas as extremidades. A alternativa D não explica o quase desmaio com sudorese fria: crescimento aneurismático pode causar dor, mas o episódio pré-síncope é a assinatura da perda sanguínea aguda. Resposta A

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Homem, 65 anos de idade, com hepatite C e cirrose diagnosticados há 6 anos. Identificou nódulo hepático em ultrassom abdominal de seguimento. A hepatite C está com resposta virológica sustentada. Realizada endoscopia digestiva alta que não identificou varizes de esôfago. Tem função hepática preservada (Child-Pugh A). Ao exame, está anictérico, sem encefalopatia e não apresenta estigmas de hepatopatia crônica. Palpação abdominal sem alterações. Os exames laboratoriais não apresentam alterações e a alfafetoproteína é normal. Realizada tomografia computadorizada que evidenciou nódulo bem delimitado entre os segmentos 2 e 3 medindo 3,5 x 3,3 cm. As fases contrastadas evidenciaram lesão hipervascular com fluxo rápido e homogêneo na fase arterial, seguido de lavagem ("washout") nas fases mais tardias. Qual a afirmativa correta?

A. Alfafetoproteína normal exclui o diagnóstico de carcinoma hepatocelular.

B. A função hepática preservada autoriza a hepatectomia parcial. ✓

C. A biópsia da lesão é essencial para a confirmação diagnóstica e definição da conduta.

D. A inclusão em fila de transplante hepático está contraindicada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso apresenta o cenário em que o diagnóstico de carcinoma hepatocelular é feito sem histologia: paciente cirrótico por hepatite C com nódulo maior que 1 cm que capta contraste intensamente na fase arterial e apresenta clareamento (washout) nas fases portal/tardia — o padrão vascular típico que, no fígado cirrótico, tem especificidade próxima de 100% pelos critérios da AASLD/EASL e do LI-RADS. Definido o CHC, a questão passa a ser a escolha terapêutica, e aqui todos os marcadores de reserva funcional favorecem a ressecção: Child-Pugh A, bilirrubinas e demais exames normais, ausência de varizes na endoscopia (isto é, sem hipertensão portal clinicamente significativa), sem ascite nem encefalopatia, com lesão única e periférica nos segmentos 2 e 3, ressecável por setorectomia lateral esquerda com pequena perda de parênquima. Por isso a alternativa B é a correta. A alternativa A é falsa porque a alfafetoproteína é normal em cerca de um terço dos CHC, sobretudo em tumores pequenos, e por isso deixou de ser critério diagnóstico isolado. A alternativa C também é falsa: com padrão vascular típico em cirrótico a biópsia é dispensável e ainda expõe ao risco de sangramento e de implantação tumoral no trajeto. A alternativa D erra porque nódulo único de 3,5 cm cumpre os critérios de Milão (uma lesão de até 5 cm), ou seja, o transplante é elegível, não contraindicado. Resposta B

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Menino, 5 anos de idade, caiu da bicicleta. Ao exame físico tem dor e deformidade do cotovelo. No serviço de urgência, foi realizada a radiografia apresentada. Qual é o nervo mais acometido nesse tipo de fratura?

- A. Nervo ulnar.
- B. Nervo radial.
- C. Nervo interósseo anterior. ✓**
- D. Nervo interósseo posterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 5 anos que cai da bicicleta e chega com dor e deformidade do cotovelo tem, como hipótese principal, a fratura supracondiliana do úmero, a mais frequente do cotovelo na faixa etária pediátrica e a que a radiografia do enunciado documenta. A pergunta cobra a complicação neurológica associada: nas fraturas por mecanismo de extensão, o fragmento distal desvia posteriormente e o coto proximal metafisário desloca-se para frente, comprimindo ou contundindo as estruturas da fossa antecubital; o nervo mais acometido é o interósseo anterior, ramo motor puro do mediano. A lesão é tipicamente uma neuropraxia com recuperação espontânea em semanas a meses, e o exame que a identifica é a incapacidade de fazer o sinal do OK, por perda da flexão da interfalângiana distal do indicador (flexor profundo) e da interfalângiana do polegar (flexor longo do polegar), sem qualquer alteração sensitiva — motivo pelo qual passa despercebida se não for procurada ativamente. A alternativa A, nervo ulnar, associa-se ao subgrupo minoritário de fraturas de extensão com desvio posteromedial e, principalmente, à lesão iatrogênica pela passagem do fio de Kirschner medial. A alternativa B, nervo radial, é a lesão clássica da fratura de diáfise umeral, não do cotovelo. A alternativa D, interósseo posterior, relaciona-se à luxação da cabeça do rádio e à fratura-luxação de Monteggia. Resposta C

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Homem, 94 anos de idade, notou aparecimento de lesão crostosa e elevada na região parietal direita, de crescimento gradativo, há 6 meses. A biópsia prévia confirmou carcinoma espinocelular superficialmente invasivo, bem diferenciado. A imagem a seguir mostra a demarcação das margens oncológicas para carcinoma espinocelular, tendo como margem profunda a ressecção da gálea aponeurótica e o periósteo. Neste caso, qual é a melhor técnica para reconstrução e cobertura do defeito?

- A. Retalho cutâneo microcirúrgico.
- B. Retalho cutâneo de transposição. ✓**
- C. Enxertia de pele espessura parcial.

D. Enxertia de pele espessura total.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de reconstrução de couro cabeludo após ressecção oncológica de carcinoma espinocelular, e a informação que decide tudo está no próprio enunciado: a margem profunda inclui a gálea aponeurótica e o perióstio. Retirado o perióstio, o leito remanescente é a tábua externa do osso craniano, superfície cortical avascular que não fornece o brotamento capilar necessário para nutrir um enxerto — enxerto de pele depende de embebição plasmática e neovascularização a partir do leito receptor. Logo, a cobertura precisa vir de um tecido que traga a própria vascularização, e o couro cabeludo, ricamente irrigado pelos ramos temporais superficiais, occipitais e auriculares posteriores, permite retalhos locais confiáveis; a transposição de um retalho cutâneo vizinho, eventualmente com galeotomias para ganhar avanço, resolve defeitos dessa magnitude em tempo cirúrgico curto e sob anestesia local ou sedação, o que é decisivo em um paciente de 94 anos. As alternativas C e D falham exatamente pelo leito: sem perióstio, enxertos de espessura parcial ou total tendem à necrose e à exposição óssea, e a espessura total ainda exige leito ainda mais generoso em vascularização. A alternativa A é desproporcional: retalho microcirúrgico implica anestesia geral prolongada, anastomoses vasculares e risco anestésico elevado nessa idade, reservando-se a defeitos extensos, com exposição de dura-máter ou após radioterapia, quando não há tecido local disponível. Resposta B

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Mulher, 43 anos de idade, queixa-se de ausência de menstruação há 60 dias. Realizou teste de gravidez com resultado negativo. Refere que apresentava ciclos menstruais regulares, com intervalos de 30 dias e duração de 4 dias. Utiliza preservativo masculino como contracepção. Apresenta 2 gestações com 2 partos normais, último há 6 anos. Apresenta antecedente de ooforectomia direita há 20 anos por torção anexial. Hipertensão arterial leve em uso de anlodipino 5mg há 4 anos. Há 4 meses em uso de sulpirida por quadro de depressão. Exame físico geral: FC 82, PA 120 x 80 mmHg, FR 12 irpm; acne leve em face e discreto rash cutâneo em tórax. Exame de mamas: palpação fibroglandular, discretamente dolorida, sem nódulos ou retrações, regiões axilares sem linfonodos palpáveis, expressão areolo-papilar sem alterações. Genitais externos tróficos; especular colo epiteliado, conteúdo vaginal habitual. Toque vaginal útero AVF, móvel, indolor, regiões anexiais livres e sem massas identificáveis. Considerando as informações clínicas, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Falência prematura ovariana.
- B. Gravidez psicológica.
- C. Síndrome ovários policísticos.

D. Bloqueio de gonadotrofinas. Página 24/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de amenorreia secundária (60 dias sem menstruar em mulher com ciclos previamente regulares de 30 dias) com teste de gravidez negativo, e a chave está no antecedente medicamentoso: sulpirida em uso há 4 meses. A sulpirida é um antipsicótico benzamídico com potente ação antagonista dopaminérgica D2; como a dopamina é o fator inibidor fisiológico da prolactina, o bloqueio eleva a prolactina, e a hiperprolactinemia suprime a secreção pulsátil de GnRH e, consequentemente, de FSH e LH — o chamado bloqueio de gonadotrofinas, com anovulação e amenorreia. O quadro se completa com a mastalgia à palpação e a cronologia perfeita entre o início da droga e a falha menstrual. A alternativa A não se sustenta: falência ovariana prematura é definida abaixo dos 40 anos, e a paciente tem 43; além disso, cursaria com hipoestrogenismo, incompatível com genitália externa trófica e conteúdo vaginal habitual descritos ao exame. A alternativa B, pseudociese, exige sintomas subjetivos de gravidez, aumento do volume abdominal e convicção de estar grávida, nada disso relatado. A alternativa C é incompatível com a história menstrual: a síndrome dos ovários policísticos manifesta-se desde a perimenarca com irregularidade crônica e sinais de hiperandrogenismo relevantes, ao passo que esta paciente tinha ciclos regulares, engravidou duas vezes e apresenta apenas acne leve. Resposta D

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Mulher de 30 anos com antecedente de 2 partos vaginais será submetida a inserção de dispositivo intra uterino. Qual dos seguintes instrumentos é necessário para este procedimento?

- A. ✓
- B.
- C.
- D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a técnica de inserção do dispositivo intrauterino em uma multipara com dois partos vaginais e pede o reconhecimento do instrumental necessário; como as alternativas são imagens de instrumentos, o raciocínio deve partir dos passos do procedimento e não da descrição das figuras. A sequência padronizada é: exame bimanual para definir posição e versão do útero, colocação do espéculo, antisepsia do colo e da vagina com pinça de Cheron, preensão do lábio anterior do colo com pinça de Pozzi para retificar o ângulo entre colo e corpo uterino e alinhar o canal, histerometria para medir a cavidade (habitualmente entre 6 e 9 cm, com o dispositivo indicado a partir de 6 cm) e ajustar o anel do aplicador, e só então a introdução do aplicador com liberação do dispositivo no fundo uterino, seguida do corte dos fios. Ou seja, o instrumental indispensável é aquele que permite tracionar o colo e medir a cavidade antes de introduzir o DIU — sem esse tempo, aumenta o risco de perfuração e de inserção baixa, causa de expulsão e de falha contraceptiva. As alternativas incorretas trazem instrumentos que não integram essa técnica: em multipara com colo pérvio não se realiza dilatação nem curetagem de rotina, e instrumentos de outros procedimentos ginecológicos não têm papel aqui. O gabarito oficial aponta a alternativa que exhibe o instrumento próprio desse tempo cirúrgico. Resposta A

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Mulher, 38 anos de idade, refere eventual perda urinária aos grandes esforços. Apresenta antecedente de 2 gestações e 2 partos normais, o último há 8 anos. Ciclos menstruais regulares e uso de preservativo. Nega cirurgias ou uso de medicamentos. Exame físico geral sem alterações. Exame ginecológico: discreta cistocele à Manobra de Valsalva, sem perda de urina observável. Especular com conteúdo vaginal habitual, colo do útero epitelizado. A orientação para controle inicial da perda de urina é a realização de exercícios de Kegel. Nesta prática, qual é a musculatura que deve ser exercitada?

- A. Esfíncter externo vesical.
- B. Pubo-coccígea. ✓

- C. Obturador interno.
- D. Detrusor.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de incontinência urinária de esforço leve, em multipara jovem, com pequena cistocele à manobra de Valsalva e sem perda observável no exame — situação em que a primeira linha de tratamento é conservadora, com treinamento da musculatura do assoalho pélvico. Os exercícios descritos por Arnold Kegel consistem na contração voluntária repetida do diafragma pélvico, cujo principal componente é o músculo elevador do ânus e, dentro dele, o feixe pubococcígeo, que se estende do púbis ao cóccix envolvendo uretra, vagina e reto. Fortalecer o pubococcígeo aumenta o suporte suburetral e a pressão de fechamento uretral durante os aumentos de pressão abdominal, mecanismo direto de correção da perda aos esforços, com bons resultados em incontinência leve a moderada. A alternativa A confunde o alvo: o esfíncter uretral externo é contraído junto, de modo acessório, mas não é a musculatura descrita como alvo da técnica, que é o assoalho pélvico. A alternativa C está anatomicamente fora do assoalho: o obturador interno reveste a parede lateral da pelve e atua como rotador lateral da coxa, servindo apenas de origem para o arco tendíneo, sem função de suporte uretral treinável nesse contexto. A alternativa D é conceitualmente errada: o detrusor é músculo liso, de controle involuntário pelo sistema autonômico, não é passível de exercício voluntário, e seu fortalecimento seria contraproducente, já que a contração detrusora é justamente o que se busca inibir na incontinência de urgência. Resposta B

QUESTÃO 84 — Gabarito A

Mulher, 45 anos de idade, é submetida a histerectomia total abdominal. Após a retirada do útero, o cirurgião sutura a cúpula vaginal através da aproximação da mucosa vaginal com pontos separados de poligalactina 00. Qual é o próximo tempo cirúrgico?

- A. Sutura dos ligamentos útero-sacros à cúpula vaginal. ✓**
- B. Fixação dos ligamentos pubo-vésico-cervicais à cúpula vaginal.
- C. Fixação dos ligamentos redondos à cúpula vaginal.
- D. Sutura do infundíbulo pélvico à cúpula vaginal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Depois de retirado o útero e fechada a cúpula vaginal na histerectomia total abdominal, falta o tempo que previne a complicação tardia mais temida da cirurgia: o prolapso de cúpula vaginal. A histerectomia secciona o complexo cardinal-uterossacro, que é o nível I de suporte de DeLancey, responsável pela suspensão apical; por isso a etapa seguinte é reancorar os ligamentos uterossacros (em geral junto aos cardinais) aos ângulos da cúpula, técnica que corresponde ao princípio da culdoplastia de McCall e que ainda oblitera o fundo de saco posterior, reduzindo o risco de enterocele. A alternativa B não resolve o problema: os ligamentos pubo-vésico-cervicais fazem parte do suporte anterior e da fixação vesical, sem função de suspensão apical. A alternativa C reflete um equívoco frequente: os ligamentos redondos são estruturas frouxas, elásticas, que apenas mantêm a anteversoflexão uterina e não suportam carga, de modo que fixá-los à cúpula não previne prolapso. A alternativa D é potencialmente danosa: o ligamento infundíbulo-pélvico contém os vasos ovarianos e, quando os anexos são preservados, tracioná-lo até a cúpula deslocaria o ovário para a pelve profunda, com risco de dor, dispareunia, aderências e comprometimento do pedículo vascular, sem oferecer sustentação. Resposta A

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Mulher, 60 anos, passa em consulta de rotina anual. Hipertensa em uso de anlodipino e diabetes controlado com metformina. Ao exame clínico das mamas observa-se linfonodos endurecidos, coalescidos, pouco móveis em palpação da axila direita e supraclavicular direita. A mamografia é apresentada. A principal hipótese diagnóstica é confirmada. Qual é a conduta adequada?

A. Mastectomia radical.

B. Quimioterapia primária. ✓

C. Radioterapia primária.

D. Quadrantectomia com pesquisa de linfonodo sentinela. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 25/28

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de carcinoma de mama localmente avançado: linfonodos endurecidos, coalescidos e pouco móveis na axila, somados a comprometimento supraclavicular ipsilateral, configuram cN3c, ou seja, estágio IIIC — doença ainda regional, mas de alto risco sistêmico e sem indicação de abordagem cirúrgica de entrada. Nesse cenário o tratamento começa pela terapia sistêmica. A quimioterapia primária (neoadjuvante) reduz o volume tumoral e o comprometimento linfonodal, converte uma axila e uma mama inicialmente inoperáveis em doença ressecável, trata desde o primeiro dia a micrometástase que define o prognóstico e ainda funciona como teste de sensibilidade in vivo, já que a resposta patológica completa é o melhor marcador prognóstico disponível. A mastectomia radical à Halsted foi abandonada por morbidade elevada sem ganho de sobrevida, e operar antes de tratar sistemicamente uma doença IIIC não melhora desfecho. A radioterapia primária tem papel adjuvante consolidado (parede, mama e cadeias, inclusive supraclavicular), mas não substitui o controle sistêmico inicial. A quadrantectomia com pesquisa de linfonodo sentinela erra duas vezes: axila clinicamente positiva contraindica a biópsia do sentinela como estadiamento inicial, e cirurgia conservadora não é o primeiro passo em doença localmente avançada. Resposta B

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Mulher, 28 anos refere ter sido submetida a curetagem uterina por abortamento de 3 meses de gestação, há 6 meses. Desde o procedimento não apresentou menstruações. Nega gestações anteriores, nega uso de medicamentos ou procedimentos cirúrgicos. Qual é a imagem compatível com a principal hipótese diagnóstica?

A.

B.

C. ✓

D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave está na cronologia: amenorreia secundária que se instala exatamente após uma curetagem uterina, em mulher jovem, sem uso de medicamentos e sem outras cirurgias, aponta para causa uterina (compartimento I de Speroff) — sinéquias intrauterinas, ou síndrome de Asherman. O mecanismo é a lesão da camada basal do endométrio pela curetagem, sobretudo quando feita em útero grávidico ou infectado, com formação de aderências que impedem a proliferação endometrial; por isso o eixo hipotálamo-hipófise-ovário está íntegro, há ciclos ovulatórios e a paciente não menstrua, com teste de progesterona e mesmo o teste estroprogestativo sem sangramento. A investigação de imagem se faz por histerossonografia ou histerossalpingografia, e a histeroscopia é o padrão-ouro, sendo também terapêutica pela lise das aderências. A alternativa C é a que corresponde ao útero com sinéquias. As demais imagens não traduzem aderências na cavidade e, portanto, não explicam uma amenorreia de instalação pós-curetagem: causas ovarianas, hipofisárias ou obstrutivas baixas teriam outra história clínica, e nenhuma delas guarda relação temporal com o procedimento. Resposta C

QUESTÃO 87 — Gabarito C

Mulher, 60 anos de idade, havia recebido o diagnóstico de osteopenia. Foi orientada a realizar exercícios físicos, consumir alimentos ricos em cálcio e suplemento de vitamina D. Por influência de redes sociais, iniciou por conta própria a ingestão de 40 mil unidades de vitamina D por dia. Qual alternativa reflete a consequência desta suplementação em longo prazo?

- A. Aumento da massa óssea.
- B. Hipotensão arterial.
- C. Nefrocalcinose. ✓**
- D. Hipocalcemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O conceito cobrado é intoxicação por vitamina D. A dose de manutenção habitual gira em torno de 800 a 2000 UI por dia, e mesmo esquemas de ataque raramente ultrapassam 50 mil UI por semana; 40 mil UI por dia sustentadas levam a níveis suprafisiológicos de 25-OH-vitamina D, com aumento da absorção intestinal de cálcio e da reabsorção óssea. O resultado é hipercalcemia e, sobretudo, hipercalcúria mantida, que precipita sais de cálcio no interstício e nos túbulos renais — a nefrocalcinose, acompanhada de nefrolitíase, defeito de concentração urinária, poliúria e, a longo prazo, doença renal crônica. O aumento da massa óssea não ocorre: em doses tóxicas a vitamina D estimula a osteoclastogênese e mobiliza cálcio do osso, de modo que o efeito é perda, e não ganho, de massa óssea. A hipotensão arterial não se aplica, pois a hipercalcemia crônica cursa mais tipicamente com hipertensão, além de vasoconstrição e depleção volêmica por poliúria. A hipocalcemia é exatamente o oposto do esperado, sendo o distúrbio da deficiência, e não do excesso, de vitamina D. Resposta C

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Mulher, 18 anos de idade, refere cólica menstrual importante, iniciando um dia antes do fluxo menstrual. Refere ciclos menstruais regulares de 30 dias com duração de 4 dias. Menarca 12 anos e aparecimento das cólicas desde os 16 anos. Iniciou vida sexual aos 17 anos, faz uso de preservativo irregularmente. Nega dor à relação sexual, refere orgasmo. Exame clínico geral sem alterações. Exame ginecológico com genitais externos sem alteração, especular conteúdo vaginal habitual, colo epitelizado. Toque vaginal útero em anteversoflexão, volume habitual, móvel, não doloroso, regiões anexiais livres e indolores. Qual é o tratamento inicial adequado?

- A. Gestriona.
- B. Azitromicina.
- C. DIU progesterona.
- D. Ácido mefenâmico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve dismenorreia primária clássica: adolescente com menarca aos 12 anos e dor iniciada aos 16, ou seja, cerca de dois a três anos depois, quando os ciclos se tornam ovulatórios; a cólica começa poucas horas antes do fluxo e acompanha os primeiros dias, os ciclos são regulares, não há dispareunia e o exame ginecológico é inteiramente normal, sem nodulações, sem dor à mobilização do colo e sem massas anexiais. A fisiopatologia é o excesso de prostaglandinas (sobretudo PGF2-alfa) produzido pelo endométrio secretor na descamação, com hipercontratilidade e isquemia miometrial. Por isso o tratamento inicial é o anti-inflamatório não hormonal, que inibe a ciclo-oxigenase e bloqueia a síntese dessas prostaglandinas: o ácido mefenâmico, iniciado idealmente um dia antes do fluxo, é primeira linha. A gestriona é um esteroide usado em endometriose, hipótese que o exame normal e a ausência de dispareunia e de dismenorreia progressiva não sustentam. A azitromicina trataria doença inflamatória pélvica ou cervicite, e não há corrimento, dor à mobilização do colo, febre ou dor anexial. O DIU de levonorgestrel é opção eficaz, mas de segunda linha, reservado à falha dos anti-inflamatórios e dos contraceptivos hormonais. Resposta D

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Mulher, 23 anos, atleta profissional de atletismo apresenta fratura de stress tibial. Refere que se encontra em amenorreia há 2 anos. Nuligesta, em uso de preservativo como contraceptivo. Teste de gravidez negativo. Na avaliação da fratura observou-se que apresenta baixa densidade mineral óssea. Além do tratamento específico da fratura, a paciente foi orientada para reprogramação de seus treinos e adaptação da dieta para maior ingestão energética. Qual a conduta mais adequada?

A. Contraceptivo hormonal combinado. ✓

B. Bifosfonato.

C. Ingesta de doses elevadas de cálcio quelado.

D. Musculação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é a tríade da atleta, hoje entendida dentro do conceito de deficiência energética relativa no esporte: baixa disponibilidade energética, disfunção menstrual e baixa densidade mineral óssea, cuja tradução clínica aqui é a fratura por estresse tibial em atleta amenorreica há dois anos com teste de gravidez negativo. O mecanismo é a amenorreia hipotalâmica funcional — o déficit energético suprime a pulsatilidade do GnRH, reduz LH e FSH e leva a hipoestrogenismo, que acelera a reabsorção óssea. O pilar do tratamento é não farmacológico (aumentar a ingestão calórica e reduzir a carga de treino), e isso já foi feito; diante da persistência da baixa massa óssea, a conduta é restaurar o ambiente estrogênico com contraceptivo hormonal combinado. O bifosfonato é inadequado em mulher jovem em idade fértil, pela meia-vida óssea longa, pelo risco fetal e pela ausência de evidência de benefício nessa população. Cálcio quelado em doses elevadas é apenas adjuvante nutricional e não corrige o hipoestrogenismo, que é a causa da perda óssea. A musculação isolada não resolve o problema e, sem correção do balanço energético, apenas aumenta o gasto e agrava o déficit. Vale registrar que diretrizes mais recentes preferem estradiol transdérmico com progesterona cíclica ao contraceptivo oral combinado, porque o etinilestradiol oral suprime o IGF-1 hepático — ponto discutível, mas entre as opções apresentadas a reposição hormonal é a única resposta possível. Resposta A

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Mulher de 30 anos de idade está em processo de fertilização in vitro. Recebeu estimulação hormonal para estimulação ovariana, com boa resposta e o desenvolvimento de múltiplos folículos/oócitos e desenvolvimento acentuado de ambos os ovários. Qual a principal complicação associada a este procedimento?

A. Endometrite.

B. Ascite e derrame pleural. ✓

C. Oofoite.

D. Gemelaridade. Página 26/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões 91 e 92 Mulher de 31 anos de idade, secundigesta, nulípara, chega ao pronto atendimento referindo náuseas e vômitos intensos (3 a 4 episódios por dia). Refere data da última menstruação em 23/09/2021. Portadora de distúrbio de ansiedade em uso de Sertralina 100 mg por dia, chegou bastante agitada. Ao exame clínico, paciente em regular estado geral, desidratada 2+/ 4+, PA 90x62 mmHg, FC 124 bpm, rítmico, Saturação 98%. Exame ginecológico mostrou conteúdo vaginal fisiológico, colo impérvio e útero compatível com a idade gestacional. Foram colhidos os seguintes exames: Hb 11,4 g/dl; Ht 34,2%, Leucócitos 10,66mil/mm³; Plaquetas 268 mil/mm³; TSH 0,02 UI/ml, T4 total 8,2 mcg/dl; TGO 19U/L; TGP 28U/L; Cr 0,51 mg/dl; U 15 mg/dl; Na 136 mEq/L; K 3,0 mEq/L; PCR 0,06 mg/L; gasometria venosa (pH 7,47; pO₂ 80,1 mmHg; pCO₂ 29,2 mmHg; HCO₃ 29,1 mmol/L; BE +10). Eletrocardiograma:

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve o cenário típico da síndrome de hiperestímulo ovariano: estimulação com resposta exuberante, múltiplos folículos e aumento acentuado de ambos os ovários. A fisiopatologia é a liberação de VEGF pelos ovários hiperestimulados, sob ação do hCG, com aumento da permeabilidade capilar e desvio de líquido do intravascular para o terceiro espaço. Daí decorrem exatamente ascite e derrame pleural, acompanhados de hemoconcentração, oligúria, distúrbio hidroeletrólítico e risco tromboembólico — a forma grave é a complicação mais temida e mais característica do procedimento, com casos de desconforto respiratório e insuficiência renal. A endometrite não guarda relação com a estimulação ovariana e seria evento infeccioso pontual, não a principal complicação. A oofoite é rara e, quando ocorre, decorre de contaminação na punção folicular, também não sendo a complicação característica. A gemelaridade é complicação real das técnicas de reprodução assistida, mas depende do número de embriões transferidos, e não da resposta ovariana à estimulação descrita no enunciado. Resposta B

QUESTÃO 91 — Gabarito C

Além da prescrição de antiemético e hidratação, qual é a prescrição mais adequada no pronto atendimento?

- A. Reposição de bicarbonato endovenoso.
- B. Ofertar oxigênio em máscara aberta.
- C. Reposição de potássio endovenoso. ✓**
- D. Administrar diurético endovenoso.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de hiperêmese gravídica com repercussão sistêmica: vômitos incoercíveis, desidratação, hipotensão e taquicardia no primeiro trimestre. O ponto cobrado é o distúrbio ácido-básico e eletrólítico decorrente da perda de conteúdo gástrico. Vomitar significa perder hidrogênio, cloro, sódio e potássio; o resultado é alcalose metabólica hipoclorêmica com hipocalcemia, agravada pelo hiperaldosteronismo secundário à hipovolemia, que aumenta a excreção renal de potássio em troca de sódio. Por isso, além do antiemético e da hidratação, a prescrição adequada é a reposição de potássio endovenoso, corrigindo a hipocalcemia que sustenta a alcalose e que expõe a paciente a arritmia e fraqueza muscular. A reposição de bicarbonato é contrária ao distúrbio, já que a paciente está alcalótica e receberia mais base. A oferta de oxigênio em máscara não se justifica com saturação de 98 por cento e sem sinal de insuficiência respiratória. O diurético endovenoso é francamente deletério: a paciente está hipovolêmica e hipocalcêmica, e o diurético agravaria as duas condições, além de piorar a alcalose de contração. Resposta C

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Após estabilização do quadro agudo, qual é a conduta mais adequada?

- A. Repetir TSH. ✓**

- B. Introduzir Propiltiouracil.
- C. Introduzir Propranolol.
- D. Introduzir Levotiroxina. **ATENÇÃO:** O caso seguinte se refere às questões 93 e 94 Gestante de 30 anos de idade, primigesta, 33 semanas de gestação e portadora de hipertensão arterial crônica. Está em uso de metildopa 1,0g por dia e chega ao Pronto-Socorro com queixa de sangramento vaginal e dor abdominal há 1 hora. Ao exame físico: descorada ++, PA 148 x 90 mmHg, FC 118 bpm, altura uterina 37 cm; BCF 102 bpm. Na palpação não há distinção das partes fetais, tônus uterino aumentado. Ao exame especular colo sem lesões, com presença de sangue escurecido em fundo de saco. Ao toque vaginal, colo médio, medianizado, pérvio para 3 cm, bolsa íntegra e tensa.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta explora a relação entre hiperêmese gravídica e tireoide. O hCG compartilha a subunidade alfa e boa parte da homologia estrutural com o TSH e, em picos elevados no primeiro trimestre, estimula diretamente o receptor de TSH, produzindo a chamada tireotoxicose gestacional transitória: TSH suprimido, T4 livre no limite superior ou pouco elevado, sem bócio, sem oftalmopatia, sem anticorpos e sem história prévia de tireopatia. É condição autolimitada, que acompanha a curva do hCG e se resolve espontaneamente por volta de 18 a 20 semanas, à medida que os vômitos cedem. A conduta, portanto, é expectante quanto à tireoide: estabilizar o quadro clínico e repetir o TSH depois, documentando a normalização. Introduzir propiltiouracil trataria uma doença de Graves que não está caracterizada, expondo mãe e feto a hepatotoxicidade e a hipotireoidismo fetal iatrogênico. O propranolol seria apenas sintomático e a taquicardia da paciente se explica pela hipovolemia e pela ansiedade, não exigindo betabloqueio. A levotiroxina é conduta de hipotireoidismo, situação oposta à descrita. Resposta A

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Qual é a conduta obstétrica nesse momento?

- A. Analgesia de parto.
- B. Avaliação de vitalidade fetal.
- C. Amniotomia imediata. ✓**
- D. Inibição de trabalho de parto prematuro.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne todos os elementos do descolamento prematuro de placenta: gestante com hipertensão arterial crônica, o principal fator de risco, dor abdominal de início súbito, sangramento vaginal escurecido, útero hipertônico com altura uterina maior que a idade gestacional (37 cm para 33 semanas, sugerindo hematoma retroplacentário), impossibilidade de palpar partes fetais pelo tônus aumentado e bradicardia fetal de 102 bpm, ou seja, sofrimento fetal agudo já instalado. O diagnóstico é clínico e a conduta é a interrupção da gestação; a primeira medida, com a paciente em trabalho de parto e colo modificado, é a amniotomia imediata. Ela reduz a pressão intrauterina e o extravasamento sanguíneo para o miométrio, diminuindo o risco de útero de Couvelaire, reduz a passagem de tromboplastina placentária para a circulação materna e o consequente risco de coagulação intravascular disseminada, e acelera a evolução do parto. Analgesia de parto não é prioridade diante de sofrimento fetal e de risco materno de choque e coagulopatia. Avaliar vitalidade fetal é perda de tempo, pois o diagnóstico já está feito clinicamente e o BCF de 102 bpm já documenta comprometimento. Inibir o trabalho de parto prematuro é formalmente contraindicado no descolamento, já que o esvaziamento uterino é o tratamento, e a tocólise apenas prolongaria a hipóxia fetal e o sangramento materno. Resposta C

QUESTÃO 94 — Gabarito B

No puerpério imediato, paciente apresentou sangramento uterino importante havendo necessidade de hemotransfusão. Após administração de ácido tranexâmico e uterotônicos, sem resposta. Houve indicação de intervenção cirúrgica, com o seguinte achado operatório. Qual é a próxima conduta na sequência de atendimento cirúrgico?

A. Histerectomia total.

B. Sutura compressiva. ✓

C. Ligadura de artérias hipogástricas.

D. Observação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência cobrada é a do manejo escalonado da hemorragia pós-parto por atonia uterina, complicação esperada após descolamento prematuro de placenta com infiltração miometrial. Depois das medidas iniciais — massagem, uterotônicos (ocitocina, metilergometrina, misoprostol) e ácido tranexâmico — a falha terapêutica indica progressão para medidas invasivas, mas dentro de uma escada que começa pelas técnicas conservadoras, preservando o útero e a fertilidade. Aberta a cavidade, o próximo passo é a sutura compressiva, do tipo B-Lynch ou suas variantes, que promove compressão mecânica sustentada das paredes uterinas, é tecnicamente simples, rápida e de baixa morbidade, com taxas altas de controle do sangramento. A histerectomia total é o último recurso da sequência, indicada apenas após falha das medidas conservadoras, e, quando necessária no puerpério, a subtotal costuma ser preferida por ser mais rápida e menos hemorrágica. A ligadura das artérias hipogástricas vem depois da sutura compressiva, exige maior habilidade cirúrgica, consome tempo e traz risco de lesão ureteral e venosa. A observação é inaceitável diante de sangramento refratário que já demandou hemotransfusão e indicação cirúrgica. Resposta B

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Mulher de 28 anos de idade, chega ao Pronto-Socorro com queixa de dor de forte intensidade em hipogástrio acompanhada de sangramento vaginal de pequena quantidade. Na anamnese relata um abortamento espontâneo há 18 meses. Refere data da última menstruação em 08/10/2021. Refere ser diabética tipo I há 15 anos. Ao exame clínico: descorada ++/4, PA 90 x 51 mmHg, FC 110 bpm, FR 23 rpm. Dor à palpação profunda com sinal de descompressão brusca presente em fossa ilíaca direita. No toque vaginal o colo do útero é posterior, levemente amolecido, impérvio e com dor à mobilização. Foram recebidos os seguintes resultados de exames: Hb 9,1g/dl, Ht 28,2%, leucócitos 12.83mil/mm³, plaquetas 175 mil/mm³ e betaHCG 1820 mUI/ml. A imagem do ultrassom é apresentada. Com base no quadro clínico e ultrassonográfico, qual é o diagnóstico?

A. Abortamento tubário.

B. Gravidez de sítio desconhecido.

C. Gravidez ectópica. ✓

D. Gravidez incipiente. Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP Página 27/28

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne a tríade clássica de gravidez ectópica: atraso menstrual com beta-hCG positivo, dor abdominal e sangramento vaginal de pequena monta. Somam-se sinais de gravidade — descorada, PA 90 x 51 mmHg, FC 110 bpm, Hb 9,1 g/dL — e sinais peritoneais em fossa ilíaca direita, com dor à mobilização do colo, que é útero-anexial e não infecciosa. O raciocínio decisivo é a zona discriminatória: com beta-hCG de 1820 mUI/mL, acima do limiar de 1500 a 2000, uma gestação tópica viável já deveria mostrar saco gestacional intrauterino ao ultrassom transvaginal; a ausência dele, associada ao quadro clínico e ao achado ultrassonográfico apresentado, fecha o diagnóstico de gravidez ectópica, hipótese reforçada pelo antecedente de abortamento prévio e pelo diabetes de longa data. O abortamento tubário é uma das formas de evolução da própria ectópica, e não um diagnóstico alternativo, além de tipicamente cursar com quadro mais arrastado e autolimitado. Gravidez de sítio desconhecido é rótulo reservado à situação em que o ultrassom não identifica nem gestação tópica nem massa anexial, o que não se aplica quando a imagem define a localização. Gravidez incipiente não explica anemia, instabilidade hemodinâmica e irritação peritoneal, e seria discordante de um hCG já acima da zona discriminatória. Resposta C

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Parturiente de 38 anos de idade, secundigesta com um parto normal há 10 anos, 39 semanas e 2 dias de gestação encontra-se em trabalho de parto há 5 horas, com analgesia de parto há uma hora. Refere pré-natal sem intercorrências, última ultrassonografia obstétrica foi com 35 semanas de gestação, com feto único em apresentação cefálica, dorso à esquerda, peso fetal estimado de 3180g (percentil 95 de Hadlock), placenta fúndica, e índice de líquido amniótico de 18. No momento do parto observa-se a seguinte situação: Qual é a primeira manobra obstétrica que deve ser realizada nesse momento?

- A. Anteriorizar o dorso fetal.
- B. Fraturar a clavícula fetal.
- C. Hiperfletir as coxas da parturiente. ✓**
- D. Realizar manobra de Zavanelli.

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação descrita no momento do parto é a distocia de espáduas — o polo cefálico se desprende, mas o ombro anterior fica impactado atrás da sínfise púbica, com o clássico sinal da tartaruga. É emergência obstétrica com risco de asfixia, lesão do plexo braquial e hemorragia materna, e a resposta precisa ser imediata e sequenciada. A primeira manobra é a de McRoberts: hiperflexão das coxas maternas sobre o abdome, que retifica a lordose lombossacra, horizontaliza a sínfise púbica e amplia o diâmetro funcional do estreito inferior, resolvendo isoladamente ou associada à pressão suprapúbica a maioria dos casos, sem qualquer manipulação intrauterina. Anteriorizar o dorso fetal não integra a sequência de manobras da distocia; as manobras internas reconhecidas são a pressão suprapúbica, Rubin II, Woods e a retirada do braço posterior (Jacquemier). Fraturar deliberadamente a clavícula, a cleidotomia, é recurso de exceção, tecnicamente difícil no feto vivo e reservado à falha de tudo o mais. A manobra de Zavanelli, que recoloca o polo cefálico na pelve para cesárea de emergência, é igualmente último recurso e jamais primeira escolha. Resposta C

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Gestante de 25 anos de idade, 31 semanas e 2 dias de gestação, chega ao pronto atendimento com queixa de coriza, tosse e febre há 5 dias. Hoje amanheceu com falta de ar. Nega doenças prévias. Ao exame clínico, REG, descorada+/4, hidratada, FC= 122 bpm; T= 37,9°C, Saturação 89%, bulhas rítmicas em dois tempos sem sopros, murmúrios vesiculares presentes e diminuídos em hemitórax direito roncos e sibilos bilaterais, altura uterina de 30cm, BCF presente e rítmico, dinâmica uterina ausente, tônus uterino normal. Durante o atendimento inicial foi realizada a seguinte cardiocotografia: Além de ofertar oxigênio, qual é a conduta obstétrica?

- A. Manter monitorização fetal. ✓**
- B. Indicar cesárea imediata
- C. Iniciar indução do parto.
- D. Inibir trabalho de parto prematuro.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de insuficiência respiratória aguda materna em gestante de 31 semanas e 2 dias, com quadro infeccioso de cinco dias, taquicardia (FC 122), febre e saturação de 89% — hipoxemia materna franca. A regra de ouro aqui é que a oxigenação fetal depende inteiramente da oxigenação materna: qualquer alteração da cardiocotografia nesse cenário é, até prova em contrário, consequência da hipóxia materna e reverte com as manobras de ressuscitação intrauterina (oxigênio suplementar, decúbito lateral esquerdo, hidratação e tratamento da causa de base). Por isso a conduta obstétrica é manter a monitorização fetal enquanto se estabiliza a mãe, reservando decisão de parto apenas se o traçado permanecer alterado após a correção da hipoxemia. Interromper a gestação não trata a doença materna e ainda impõe o risco de prematuridade. A cesárea imediata erra porque não há indicação materna nem fetal absoluta antes da tentativa de reanimação intrauterina, e submeter uma paciente hipoxêmica a um ato cirúrgico piora a condição respiratória. Iniciar indução do parto erra pelo mesmo motivo e agrava o problema em um feto de 31 semanas, ainda muito prematuro, sem qualquer benefício para a mãe. Inibir trabalho de parto prematuro erra por não existir o que inibir: a dinâmica uterina está ausente e o tônus uterino é normal, e a tocólise em paciente hipoxêmica e taquicárdica é potencialmente deletéria. Resposta A

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Mulher de 22 anos de idade, secundigesta com um parto cesáreo anterior com recém-nascido de 2632g há 4 anos. Chega ao pronto atendimento com dor em hipogástrio. Hoje está com 38 semanas e 2 dias de gestação e o pré-natal transcorreu sem intercorrências. Ao exame: PA 110x72 mmHg, FC 88 bpm, dinâmica uterina presente de 3 contrações em 10 minutos, BCF 144 bpm, altura uterina de 35 cm, toque com colo fino pérvio para 6 cm, apresentação cefálica, alta e fixa, bolsa íntegra, amnioscopia líquido claro com grumos grossos. Após análise do partograma, qual o diâmetro que estaria impedindo a descida da apresentação?

- A. A.
- B. B.
- C. C. ✓**

D. D. Página 28/28 Residência Médica 2022 - Faculdade de Medicina da USP

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra anatomia da bacia obstétrica aplicada ao trabalho de parto: secundigesta com cesárea prévia (portanto sem parto vaginal prévio comprovado), 38 semanas, já com 6 cm de dilatação, colo fino e dinâmica efetiva de três contrações em dez minutos, mas com apresentação cefálica ainda alta e fixa — ou seja, não insinuada. Quando a cabeça não vence o estreito superior apesar de dilatação avançada e contratilidade adequada, o obstáculo está justamente no menor diâmetro anteroposterior do estreito superior, o conjugado obstétrico (do promontório à face posterior da sínfise púbica, em torno de 10,5 cm), que é o diâmetro efetivamente atravessado pelo polo cefálico na insinuação. É esse diâmetro que a alternativa oficial aponta na figura. As demais marcações correspondem a diâmetros que não explicam o bloqueio nesse momento do parto: diâmetros anteroposteriores de valor anatômico e não obstétrico, como a conjugata vera anatômica (promontório à borda superior da sínfise) e a conjugata diagonalis (promontório à borda inferior da sínfise, medida ao toque e usada apenas para estimar o conjugado obstétrico subtraindo 1,5 cm), e diâmetros dos estreitos médio e inferior, como o biciático e o bituberoso, que só limitariam a progressão em fases posteriores, depois que a apresentação já tivesse insinuado. Resposta C

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Gestante de 17 anos de idade, com 40 semanas e 3 dias de gestação comparece assintomática para controle de vitalidade. Ao exame clínico: PA 110x75 mmHg, FC 78 bpm, altura uterina 36 cm, toque com colo amolecido, grosso, posterior, pérvio para 2 cm, apresentação cefálica no plano -2 de DeLee. Na avaliação ultrassonográfica, feto com tônus preservado, índice de líquido amniótico de 4.6 cm, movimentos fetais e respiratórios presentes. Cardiotocografia apresentada. Qual é a conduta obstétrica?

- A. Indução do parto com ocitocina.
- B. Reavaliação de vitalidade fetal em 48 horas.
- C. Parto cesáreo segmentar transversa.

D. Maturação do colo uterino com prostaglandina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 40 semanas e 3 dias, assintomática, em avaliação de vitalidade: o dado que decide a questão é o índice de líquido amniótico de 4,6 cm, ou seja, oligoâmnio (ILA menor que 5 cm). Oligoâmnio em gestação a termo é indicação de resolução da gravidez, mesmo com os demais parâmetros do perfil biofísico preservados (tônus, movimentos corpóreos e movimentos respiratórios presentes). O segundo dado que decide é o colo: amolecido, grosso, posterior, pérvio para 2 cm e apresentação no plano -2 de DeLee compõem um índice de Bishop baixo, isto é, colo desfavorável. Diante de indicação de parto com colo desfavorável, a conduta correta é o preparo cervical com prostaglandina (misoprostol) antes de qualquer coisa. Indução com ocitocina erra porque a ocitocina pressupõe colo favorável (Bishop alto); usada em colo grosso e posterior, resulta em induções prolongadas e alta taxa de falha e cesárea. Reavaliar a vitalidade em 48 horas erra porque o oligoâmnio a termo já é, por si, indicação de interrupção — conduta expectante aqui expõe o feto a compressão funicular e sofrimento. Cesárea segmentar transversa erra porque não há sofrimento fetal estabelecido nem contraindicação à via vaginal; oligoâmnio isolado com vitalidade preservada não é indicação de cesárea. Resposta D

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Primigesta de 25 anos de idade, 39 semanas de gestação, está em trabalho de parto há 10 horas. A analgesia peridural foi instalada há 6 horas. No momento 8 cm de dilatação do colo uterino, inalterado há 2 horas. Dinâmica uterina com 5 contrações fortes em 10 minutos. Cardiotocografia com BCF de 140 bpm, variabilidade diminuída, sem acelerações transitórias, nem desacelerações. Na inspeção, observa-se a figura a seguir. Qual é a conduta obstétrica?

- A. Sondagem vesical.

- B. Ocitocina endovenosa.
- C. Complementar analgesia.
- D. Cesárea imediata. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta a termo em trabalho de parto há dez horas com parada secundária da dilatação (8 cm inalterados por duas horas), dinâmica exagerada — cinco contrações fortes em dez minutos, ou seja, taquissístolia — e cardiotocografia com variabilidade diminuída e ausência de acelerações, um traçado não tranquilizador. Esse conjunto descreve parto obstruído: o útero contrai cada vez mais contra um obstáculo que não cede, e o achado da inspeção abdominal é o que fecha o diagnóstico de iminência de rotura uterina (distensão do segmento inferior). Nessa situação a conduta é interromper imediatamente o trabalho de parto pela via alta, antes que a rotura se consume, com morbimortalidade materna e fetal elevadas. Sondagem vesical erra porque, embora o globo vesical possa dificultar a descida, ele não explica a taquissístolia nem o traçado alterado, e o tempo gasto nessa tentativa é tempo perdido. Ocitocina endovenosa é o erro mais grave: a paciente já tem dinâmica excessiva e obstrução mecânica, e aumentar a contratilidade precipita a rotura e agrava a hipóxia fetal. Complementar a analgesia trata sintoma e não a causa, mascarando justamente a dor de alerta e retardando a decisão cirúrgica. Resposta D