



USP — Residência Médica 2024 (R1)

Prova comentada

101 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 B

Assinale a alternativa que apresenta a conduta indicada para esse paciente, neste momento.

A. Prescrever penicilina cristalina.

B. Introduzir soro de manutenção. ✓

C. Iniciar salbutamol spray.

D. Manter a prescrição atual. Exame de Imagem. Fonte: Internet. Prescrição atual: 1. Dieta geral para a idade. 2. Inalação com soro fisiológico 5 mL ACM. 3. Cateter nasal 2 L/min. PAG 03/38 AL Caderno Reserva 1000 So [=] So o) o, o, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A prescrição em curso — dieta geral para a idade, inalação com soro fisiológico e cateter nasal a 2 L/min — é o pacote de suporte típico do lactente com infecção respiratória aguda baixa, cenário clássico da bronquiolite, em que não há tratamento específico e o cuidado se resume a sustentar oxigenação e hidratação. O que falta nessa prescrição é justamente a hidratação: criança com esforço respiratório e em uso de oxigênio suplementar não sustenta aceitação oral adequada e tem risco aumentado de aspiração durante as mamadas, de modo que a dieta geral por via oral deixa de ser segura e a oferta hídrica precisa ser garantida por via parenteral. Daí a introdução do soro de manutenção neste momento.

Penicilina cristalina só se justificaria diante de evidência de pneumonia bacteriana, e antibiótico não faz parte do manejo do quadro viral que o suporte prescrito sugere. Salbutamol spray não tem benefício demonstrado na bronquiolite e não é medida de rotina no lactente, servindo no máximo como teste terapêutico em casos selecionados de sibilância recorrente. Manter a prescrição atual perpetua a lacuna: a via oral está inadequada e o paciente ficaria sem aporte hídrico seguro.

Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Além de corticoide sistêmico, assinale o que a paciente deverá receber como medida inicial em sala de emergência.

A. Cateter nasal de alto fluxo e beta-2 agonista endovenoso.

B. Beta-2 agonista e brometo de ipatrópio inalatórios. ✓

C. Beta-2 agonista endovenoso, seguido de intubação orotraqueal.

D. Ventilação em BIPAP (Bilevel Positive Airway Pressure), seguida de beta-2 agonista inalatório. PAG 04/38 AI 1000 Caderno Reserva So 0 e) = =] JO Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise de asma grave em sala de emergência: o tratamento inicial é sempre o mesmo tripé — oxigênio para manter a saturação-alvo, broncodilatador inalatório e corticoide sistêmico precoce. Como o enunciado já dá o corticoide, o que completa a abordagem é o beta-2 agonista de curta duração associado ao brometo de ipratrópio, ambos inalatórios. A associação é recomendada pelo GINA e pelas diretrizes brasileiras nas crises moderadas a graves porque o anticolinérgico somado ao beta-2 nas primeiras horas melhora a função pulmonar e reduz a taxa de internação em comparação ao beta-2 isolado.

Beta-2 agonista endovenoso não é medida inicial: fica reservado à crise refratária ao tratamento inalatório otimizado, com risco de taquiarritmia e hipocalcemia, e cateter nasal de alto fluxo oferece suporte de oxigenação, não broncodilatação. Intubação orotraqueal na asma é recurso de exceção, indicada por falência ventilatória, exaustão ou rebaixamento do nível de consciência, jamais programada logo após uma droga. BIPAP pode ser adjuvante em casos selecionados, mas nunca antecede o broncodilatador inalatório, que é o que efetivamente reverte a obstrução brônquica.

Resposta B

QUESTÃO 4 — Gabarito C

Quanto ao uso profilático de corticoide inalatório no momento da alta hospitalar, é correto afirmar:

- A. Não está indicado para essa paciente.
- B. Deve estar associado ao beta agonista de longa duração.
- C. Deve ser prescrito em dose baixa. ✓**
- D. Deve ser associado ao antileucotrieno.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra o degrau inicial de tratamento de manutenção da asma. Uma exacerbação que exigiu atendimento em sala de emergência e internação é, por si só, marcador de asma não controlada e de risco futuro, e configura indicação formal de iniciar terapia controladora na alta — por isso dizer que o corticoide inalatório não está indicado é errado. Tanto pelo GINA quanto pelos consensos brasileiros, o controlador de partida é o corticoide inalatório em dose baixa, com reavaliação em algumas semanas para subir ou descer o degrau conforme controle de sintomas e aderência à técnica inalatória.

A associação com beta-2 agonista de longa duração pertence a degraus superiores, quando a dose baixa isolada não controla a doença, e nas faixas etárias menores o LABA sequer tem aprovação formal. O antileucotrieno é alternativa de eficácia comprovadamente inferior à do corticoide inalatório e pode entrar como terapia adicional em situações específicas, mas não é associação obrigatória de partida — prescrever de saída uma combinação supõe um degrau que ainda não foi testado.

Resposta C

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Paciente de 10 meses, sexo masculino, engasgou com amendoim ofertado pelo irmão mais velho. Foi prontamente levado ao hospital e apresenta muita tosse, estridor e plethora facial. Qual a prioridade neste momento?

- A. Broncoscopia. ✓**
- B. Golpes nas costas alternados com compressão torácica.
- C. Manobra de Heimlich.
- D. Ventilações assistidas com bolsa-válvula-máscara.

COMENTÁRIO OSCELABS

Aspiração de corpo estranho em lactente de 10 meses, e a chave está em classificar a obstrução. Tosse vigorosa, estridor e pletora facial indicam obstrução parcial com tosse eficaz: o ar ainda passa e a própria tosse é o mecanismo mais eficiente de expulsão. Nessa situação a conduta é não interferir mecanicamente, manter a criança calma e na posição de conforto, ofertar oxigênio e encaminhá-la ao procedimento que é simultaneamente diagnóstico e terapêutico — a broncoscopia, preferencialmente rígida, sob anestesia geral e em ambiente controlado.

Golpes nas costas alternados com compressões torácicas são a manobra do lactente com obstrução completa ou tosse ineficaz; aplicados aqui, podem deslocar o amendoim e converter uma obstrução parcial em total. A manobra de Heimlich, além de reservada à obstrução completa, é contraindicada em menores de 1 ano pelo risco de lesão visceral, já que o fígado da criança é relativamente grande e desprotegido. Ventilação com bolsa-válvula-máscara só entra se houver apneia ou inconsciência, e pode empurrar o corpo estranho para a via aérea distal — o paciente aqui está responsivo e tossindo.

Resposta A

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Criança de 3 anos, sexo feminino, com encefalopatia crônica não progressiva por anoxia neonatal, está internada em leito de enfermaria, recebendo antibiótico parenteral para tratamento de pneumonia, evoluindo com melhora clínica, já em ar ambiente. Alimenta-se por gastrostomia, tem sialorreia, dor por espasticidade e luxação de quadril. Apresenta história pregressa de cinco internações por pneumonia, com duas passagens em terapia intensiva. Em visita multidisciplinar, foi considerado acionar a equipe de cuidados paliativos para dar seguimento aos cuidados da paciente. Com relação a essa proposta, é correto afirmar:

A. O acionamento deve ocorrer somente se os pais concordarem em abreviar a vida.

B. A paciente é elegível ao seguimento conjunto com equipe de cuidados paliativos. ✓

C. Não é pertinente para esta doença de caráter não terminal, cuja sobrevida pode ser longa.

D. O acionamento deve ocorrer se a equipe titular concordar em transferir os cuidados para a assistência paliativa. e Eritrócitos: 3.770.000/mm e Hemoglobina: 9,8 g/dL e VCM: 77 fL e HCM: 27 pg * CHCM: 34 g/dL e RBDW: 13,6% e Leucócitos: 9.230/mm³ e Neutrófilos: 47% e Linfócitos: 38% e Monócitos: 12,5% e Eosinófilos: 2% e Basófilos: 0,5% e Plaquetas: 283.000/mm³ Após avaliação adequada, refere que a criança teve alta do pronto atendimento com diagnóstico de cólica do lactente e orientação para seguimento com pediatra devido à identificação de um quadro de anemia. No momento da consulta na UBS, a criança está em aleitamento materno exclusivo, pesando 4.900 g e apresenta melhora das cólicas. Faz uso exclusivo de vitamina D 400 UI diariamente. Ao exame físico apresenta fígado palpável a 1 cm do rebordo costal direito e ponta de baço palpável, sem outros achados clínicos. Quanto as alterações identificadas no hemograma supracitado, nesta consulta o médico deverá (A) iniciar tratamento com ferro 4 mg/kg/dia. (B) realizar eletroforese de hemoglobina. (C) acompanhar clinicamente sem intervenções. (D) solicitar ultrassonografia abdominal e pesquisa de sangue oculto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Encefalopatia crônica não progressiva grave, com gastrostomia, sialorreia, dor por espasticidade, luxação de quadril e cinco internações por pneumonia com duas passagens por terapia intensiva: é o retrato do paciente pediátrico com condição crônica complexa, ameaçadora e limitante da vida. Pela classificação da ACT/RCPCH, essa criança se enquadra no grupo das condições não progressivas com grave incapacidade neurológica, sujeitas a complicações que levam à morte prematura, e é portanto elegível ao seguimento conjunto com a equipe de cuidados paliativos, com foco em controle de sintomas (dor, sialorreia, dispneia), decisões antecipadas de cuidado e suporte à família.

Cuidado paliativo não abrevia a vida, e condicionar o acionamento à concordância dos pais em abreviá-la confunde palição com eutanásia — a premissa da alternativa A é falsa. Afirmar que não é pertinente por não se tratar de doença terminal ignora que o cuidado paliativo pediátrico é indicado desde o diagnóstico da condição ameaçadora à vida, independentemente de a sobrevivência ser longa. E o acionamento não implica transferir os cuidados: o modelo é de atuação compartilhada, simultânea ao tratamento modificador da doença conduzido pela equipe titular.

Resposta B

QUESTÃO 8 — Gabarito C

Paciente de 8 anos, portador de leucemia linfóide aguda (LLA) diagnosticado há 4 semanas, em fase de indução, realizou último ciclo de quimioterapia há 4 dias. É trazido ao pronto atendimento por apresentar febre de até 39°C há um dia e odinofagia. Ao exame clínico apresenta bom estado geral, sinais vitais dentro da normalidade, cateter de longa permanência sem sinais flogísticos, apresenta hiperemia de orofaringe, sem placas de pus. Restante do exame clínico sem alterações. Assinale a conduta indicada para este paciente.

A. Alta com oseltamivir, sem necessidade de coletar exames.

B. Alta com quinolona, após coleta de cultura de orofaringe.

C. Internação com cefalosporina de 4º geração, após coleta de culturas, hemograma e provas inflamatórias. ✓

D. Internação com cefalosporina de 3º geração, se hemograma e/ou provas inflamatórias estiverem alteradas.

PAG 05/38 AI 1000 Caderno Reserva o o PO) o, q, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com leucemia linfóide aguda em fase de indução, quatro dias após o último ciclo de quimioterapia, com febre de 39 graus: até prova em contrário é neutropenia febril, a emergência oncológica mais cobrada em prova. O nadir de neutrófilos costuma ocorrer entre 7 e 14 dias, mas o intervalo já é de risco, e bom estado geral com sinais vitais normais não exclui infecção grave — trata-se de paciente de alto risco por ser leucemia em indução e portador de cateter de longa permanência. A conduta é internar, colher hemoculturas (periférica e de cada via do cateter), hemograma e provas inflamatórias e iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro com cobertura antipseudomonas ainda na primeira hora, papel cumprido pela cefalosporina de quarta geração, a cefepima.

Alta com oseltamivir e sem exames ignora o risco de bacteremia, que é a causa de mortalidade nesse cenário. Alta com quinolona guiada por cultura de orofaringe é inadequada: quinolona oral ambulatorial é opção apenas para adultos criteriosamente classificados como de baixo risco, e cultura de orofaringe não define etiologia de infecção sistêmica. Condicionar o antibiótico ao resultado do hemograma inverte a lógica — o tratamento é empírico e imediato, e a cefalosporina de terceira geração do tipo ceftriaxona não cobre Pseudomonas.

Resposta C

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Paciente de 5 anos, sexo masculino, sem antecedentes relevantes foi encontrado desacordado em casa pela avó e levado prontamente ao hospital. Ele estava aos cuidados do irmão de 16 anos, que aparentemente havia saído e deixado o menor assistindo à televisão. Até então, ele estava bem e assintomático. Ao exame em sala de emergência, o paciente apresentava via aérea pérvia, FR: 22 ipm, SpO₂: 96%, ausculta e expansibilidade pulmonar preservadas, FC: 140 bpm, PA: 130x80 mmHg, pulso e perfusão preservados, apresentando mucosas secas. Na avaliação neurológica alternava períodos de sonolência com agitação e pupilas midríaticas. Bexiga palpável próxima à região umbilical, temperatura de 37,9 °C. Exposição sem hematomas, face conforme imagem a seguir: Assinale qual é o mecanismo responsável pelo quadro clínico apresentado.

- A. Estímulo agonista sobre os receptores opioides Delta, Kappa e Mu.
- B. Hipertensão intracraniana.
- C. Hemorragia cerebral frontal, interhemisférica e retiniana.

D. Bloqueio dos receptores muscarínicos de acetilcolina. Assinale a alternativa que descreve corretamente a interpretação clínica e dos exames de imagem apresentados pela paciente. (A) Trajeto adequado; tomografia e clínica compatível com mau funcionamento de DVP. (B) Trajeto adequado; tomografia compatível com a doença de base; clínica sugestiva de intoxicação. (C) Extremidade proximal da DVP mal posicionada na radiografia e na tomografia; clínica sugestiva de estado de mal convulsivo focal. (D) Extremidade distal da DVP mal posicionada; tomografia compatível com a doença de base; clínica sugestiva de crises convulsivas deflagradas por dor. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto midríase, mucosas secas, taquicardia, hipertensão, bexiga palpável próxima à cicatriz umbilical (retenção urinária), temperatura elevada e alternância de sonolência com agitação compõe a síndrome anticolinérgica clássica, e o contexto de criança de 5 anos deixada sozinha em casa aponta para ingestão acidental de substância com esse efeito. O mecanismo responsável, portanto, é o bloqueio competitivo dos receptores muscarínicos de acetilcolina, que explica cada achado isoladamente: sem estímulo muscarínico não há sudorese nem salivação, há taquicardia por retirada do tônus vagal, midríase com cicloplegia, retenção urinária por relaxamento do detrusor e delírium de origem central.

Estímulo agonista sobre receptores opioides produziria o quadro oposto — miose puntiforme, bradipneia, hipotensão e rebaixamento sem agitação —, além de não justificar boca seca nem retenção. Hipertensão intracraniana cursaria com bradicardia dentro da tríade de Cushing, vômitos e alteração do padrão respiratório, e o paciente está taquicárdico, eupneico e com saturação normal. Hemorragia cerebral e retiniana remete a traumatismo craniano abusivo, hipótese enfraquecida pela ausência de hematomas à exposição e, sobretudo, por não explicar a toxíndrome descrita.

Resposta D

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Paciente de 4 anos previamente hígido está passando em consulta de rotina pediátrica. Mãe refere que, há cerca de 2 semanas, ele apresentou um quadro de dor nos punhos e tornozelos, dor abdominal e “caroços elevados” pelo corpo. Ela o medicou com amoxicilina por conta própria e refere que, após cerca de uma semana, as lesões começaram a melhorar. Ao exame, está em BEG, corado, hidratado, FC: 92 bpm, FR: 20 ipm, PA: 82x50 mmHg. Restante do exame clínico sem alterações, exceto por lesões residuais em membros inferiores, conforme imagem a seguir. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale os exames que deverão ser realizados de forma seriada nos meses subsequentes.

- A. Hemograma com contagem de plaquetas e coagulograma.
- B. Anticorpo antistreptolisina O e ecocardiograma.

C. Função renal e sedimento urinário. ✓

D. Frações C3 e C4 do complemento. PAG 06/38 AI 1000 Caderno Reserva f==] fa] ER = 0 o, o, ma Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA AI TEXTO PARA AS QUESTÕES DE 12 E 13 Gestante, com 30 anos, primigesta, previamente hígida, realizou 06 consultas de pré-natal. No 3º trimestre foi observado polidrâmnio (ILA de 26 cm) em exame de ultrassonografia. Com 41 semanas de idade gestacional foi submetida a parto cesáreo, devido a falha de indução. Bolsa rota no ato, com líquido claro com grumos. Recém-nascido (RN) do sexo masculino, hipotônico e sem choro, imediatamente após a extração. Realizado o clampeamento imediato do cordão umbilical, foi levado ao berço aquecido, secado e estimulado, posicionado e foram aspiradas vias aéreas superiores. Apresentava-se, em seguida, com frequência cardíaca de 50 bpm e em apneia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Artralgia de punhos e tornozelos, dor abdominal e lesões elevadas palpáveis que evoluíram espontaneamente para lesões residuais em membros inferiores desenhando a vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein), a vasculite mais comum da infância, definida por púrpura palpável de predomínio em áreas de declive com plaquetas e coagulação normais. A melhora ocorreu apesar da amoxicilina, não por causa dela. O prognóstico a longo prazo depende essencialmente de um único fator: o acometimento renal, que pode surgir semanas a meses depois do quadro cutâneo. Por isso o seguimento seriado nos meses subsequentes é feito com medida de pressão arterial, função renal e sedimento urinário, procurando hematuria e proteinúria, classicamente por 6 a 12 meses.

Hemograma com plaquetas e coagulograma servem para afastar plaquetopenia e coagulopatia no momento do diagnóstico, mas são normais nessa doença e não têm papel no monitoramento seriado. ASLO e ecocardiograma pertencem à investigação e ao seguimento da febre reumática, que cursa com artrite migratória de grandes articulações e cardite, não com púrpura palpável e dor abdominal. C3 e C4 são úteis na glomerulonefrite pós-estreptocócica e no lúpus; na vasculite por IgA o complemento é normal e não orienta acompanhamento.

Resposta C

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Após as medidas de reanimação neonatal e a estabilização em sala de parto, o RN foi encaminhado para o alojamento conjunto. Com 1 hora de vida, apresentou episódio de cianose central, durante amamentação. RN foi reavaliado e, ao exame físico, foi observada taquipneia, com tiragem diafragmática, associada a importante sialorreia. Assinale quais procedimentos deverão ser realizados para confirmar a principal hipótese diagnóstica.

A. Intubação orotraqueal, seguida de raio X de tórax.

B. Oximetria de pulso e ecocardiograma.

C. Glicemia capilar e triagem neonatal metabólicas.

D. Passagem de sonda orogástrica, seguida de raio-X de tórax e abdome. para doenças ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Polidrâmnio na gestação e, com 1 hora de vida, cianose durante a amamentação, taquipneia com tiragem e sialorreia importante formam o quadro típico da atresia de esôfago: o excesso de líquido amniótico decorre da impossibilidade de deglutição intraútero e a salivagem abundante é a expressão do coto esofágico cego, que não drena a saliva. A confirmação é simples e feita à beira do leito: passagem de sonda orogástrica, que para nos primeiros centímetros e se enrola, seguida de radiografia de tórax e abdome, que documenta a sonda parada no coto proximal e mostra se há ar em estômago e alças — indicando fístula traqueoesofágica distal, o tipo C, mais frequente — ou abdome sem gás, na atresia sem fístula distal.

Intubação orotraqueal não é método diagnóstico e, havendo fístula, pode agravar a distensão gástrica se a cânula ficar mal posicionada. Oximetria de pulso e ecocardiograma investigam cardiopatia congênita, que pode coexistir na associação VACTERL, mas não confirmam a hipótese principal nem explicam sialorreia e polidrâmnio. Glicemia capilar e triagem neonatal não têm relação com um quadro obstrutivo alto, de apresentação puramente mecânica e desencadeado pela primeira mamada.

Resposta D

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Recém-nascido pré-termo, com idade gestacional de 25+2/7 semanas, nasceu de parto vaginal. Gestante apresentou diabetes melito gestacional manejada com orientações dietéticas, além de doença hipertensiva específica da gestação tratada com metildopa. Evoluiu com trabalho de parto prematuro. Feita administração de sulfato de magnésio e uma dose de corticoide antes do parto. RN nasceu hipotônico e sem choro, realizado clampeamento imediato do cordão umbilical e levado para o berço aquecido, realizada reanimação neonatal com necessidade de intubação orotraqueal, sendo encaminhado para Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal, após estabilização. Peso ao nascimento: 800 g. Apgar 3, 5 e 8, no primeiro, quinto e décimo minutos de vida, respectivamente. Na UTI foi mantido em ventilação mecânica, em jejum com sonda orogástrica aberta. Iniciada administração de soro glicosado a 10%, 56 mL e solução de aminoácidos 10%, 16 mL, intravenoso (IV), em 24 horas. Glicemia capilar (“Dextro”) controle, uma hora após o início do soro, de 50 mg/dL. Com 15 horas de vida paciente apresentou tremores de membros. Realizado eletroencefalograma de amplitude integrada que confirmou tratar-se de convulsão. A investigação laboratorial revelou causa metabólica. Assinale o tratamento adequado para a provável causa metabólica do episódio citado.

A. Ringer lactato 16 mL via IV.

B. Gluconato de cálcio 10%, 0,8 mL via IV. ✓

C. Aumento do soro glicosado 10% para 65 mL via IV nas 24 horas.

D. Sulfato de magnésio 50% 0,1 mL via IM. PAG 07/38 AI 1000 Caderno Reserva o 6=] [o fem)) Õ, Er) o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Prematuro extremo de 25 semanas e 800 g, filho de mãe com diabetes gestacional e doença hipertensiva, com convulsão confirmada por EEG de amplitude integrada com 15 horas de vida e causa metabólica documentada: o diagnóstico mais provável é hipocalcemia neonatal precoce. Todos os fatores de risco estão reunidos — prematuridade extrema, baixo peso, filho de mãe diabética, asfixia perinatal (Apgar 3 no primeiro minuto) e ausência de aporte enteral e parenteral de cálcio, já que o paciente está em jejum e recebendo apenas glicose e aminoácidos. O tratamento da crise é gluconato de cálcio a 10%, 1 a 2 mL/kg por via intravenosa lenta e sob monitorização cardíaca; para 800 g isso corresponde exatamente aos 0,8 mL da alternativa correta.

Ringer lactato é solução de expansão volêmica e tem quantidade de cálcio irrisória para corrigir hipocalcemia sintomática. Aumentar o soro glicosado não se sustenta: a glicemia aferida foi de 50 mg/dL e a taxa de infusão de glicose calculada a partir da prescrição já está em faixa aceitável, de modo que hipoglicemia não explica a convulsão. Sulfato de magnésio trataria hipomagnesemia, causa bem menos frequente, que costuma acompanhar hipocalcemia refratária e é ainda mais improvável em recém-nascido cuja mãe recebeu sulfato de magnésio antes do parto.

Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Gestante com 20 anos, primigesta, realizou pré-natal com 8 consultas, sem comorbidades. No 1º trimestre apresentou teste rápido para sífilis reagente. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) foi solicitado Veneral Disease Research Laboratory (VDRL) com título de 1/128, sendo prescrito tratamento com penicilina G benzatina 2.400.000 UI intramuscular, 3 doses, com intervalo de 1 semana, iniciadas em 22/04/23. Foram realizados controles de VDRL: e 20/05/23: VDRL 1/64 e 29/07/23: VDRL 1/16 e 05/10/23: VDRL 1/8 RN nasceu em 10/12/23 com idade gestacional de 39 semanas. Na maternidade foi realizada investigação: e VDRL materno: 1/32 e VDRL RN: 1/8 Foram solicitados exames complementares do RN, conforme imagens e informações a seguir: e RX de ossos longos: e Hemograma completo: Hemoglobina 15 g/dL; hematócrito 40%; leucócitos 12.000/mm³; bastonetes 1%; segmentados 17%; linfócitos 65%; monócitos 15%; eosinófilos 2%; plaquetas 200.000/mm³. e Líquor: ligeiramente turvo e xantocrômico; células: 17/mm³; hemácias: 100/mm³; proteínas: 125 mg/dL; glicose: 45 mg/dL. e VDRL não reagente. Assinale a conduta correta a ser proposta para o RN, com base nos resultados de exames.

A. Penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose, durante 10 dias. ✓

B. Penicilina G benzatina 50.000 UI/kg, intramuscular, dose única.

C. Sem necessidade de antibioticoterapia, com controle de VDRL em 1 mês.

D. Sem necessidade de antibioticoterapia, com controle de teste treponêmico (TPHA) em 1 mês. intravenoso, TEXTO PARA AS QUESTÕES 16 E 17 Paciente de 05 anos com antecedente de encefalopatia crônica não progressiva, portador de traqueostomia e gastrostomia, apresenta quadro de diarreia há cinco dias, cerca de 10 episódios por dia. Nesse período, recebeu soro de reidratação caseiro, cerca de 200 mL, após episódios diarreicos. Foi trazido hoje ao departamento de emergência, devido sonolência e diminuição da diurese. Na admissão, paciente apresentava choque hipotensivo, sendo iniciada expansão com soro fisiológico. Após primeira expansão, a equipe que prestava o atendimento recebeu o resultado da gasometria, descrito a seguir: pH: 7.25 HCO³⁻: 12 mmol/L Base Excess: -5,0 mmol/L Sódio: 160 mEq/L Potássio: 3.3 mEq/L

COMENTÁRIO OSCELABS

Sífilis congênita, e a primeira decisão é classificar o tratamento materno. O esquema recebido — penicilina G benzatina 2.400.000 UI, três doses com intervalo semanal — é o correto para sífilis latente tardia ou de duração ignorada, mas a resposta sorológica falhou: depois da queda progressiva até 1/8 em outubro, o VDRL materno voltou a subir para 1/32 no parto, elevação de duas diluições que caracteriza reinfecção ou falha terapêutica. Com isso a mãe é considerada inadequadamente tratada, e todo recém-nascido nessa condição precisa ser investigado por completo e tratado. Note que o VDRL do RN (1/8) é menor que o materno, ou seja, não preenche isoladamente o critério de titulação superior à da mãe em duas diluições — a decisão vem do tratamento materno inadequado somado aos exames alterados.

O liquor descrito não é normal em aspecto (ligeiramente turvo e xantocrômico, com proteína de 125 mg/dL), ainda que o VDRL liquorico seja não reagente e os valores fiquem abaixo dos pontos de corte formais de neurosífilis no RN a termo. Diante de exames alterados, o protocolo do Ministério da Saúde indica penicilina cristalina 50.000 UI/kg/dose por via intravenosa durante 10 dias, com intervalo de 12 em 12 horas na primeira semana de vida e de 8 em 8 horas depois — esquema que cobre tanto o cenário com quanto o sem neurosífilis, motivo pelo qual é a escolha segura. Penicilina benzatina em dose única só é admitida quando a mãe foi adequadamente tratada e o RN é assintomático com todos os exames normais. As duas alternativas que dispensam antibiótico ignoram o critério epidemiológico e os exames; além disso, teste treponêmico no primeiro mês não distingue anticorpo materno transferido de infecção do próprio RN.

Resposta A

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Na reavaliação pós-primeira expansão, paciente segue em REG, pálido, frequência cardíaca 150 bpm, FR 40 ipm e PA 76x42 mmHg, TEC 6 s. Assinale a alternativa correta com relação à estratégia para hidratação do paciente.

A. Iniciar soro de reidratação oral por gastrostomia.

B. Prosseguir expansão endovenosa com fluido isotônico. ✓

C. Prosseguir expansão endovenosa com soro glicosado 5%.

D. Iniciar soro de manutenção + reposição com sódio 3 mEq/100 kcal. PAG 08/38 AI 1000 Caderno Reserva So o o o) o, o, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Choque hipotensivo por desidratação grave secundária a diarreia prolongada, e a reavaliação após a primeira expansão mostra choque persistente: palidez, frequência cardíaca de 150 bpm, taquipneia, PA de 76x42 mmHg e tempo de enchimento capilar de 6 segundos. Pelo PALS e pelas diretrizes de choque em pediatria, a resposta inadequada à primeira alíquota impõe repetir a expansão com cristalóide isotônico — soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato — em bolus de 20 mL/kg, reavaliando a cada etapa perfusão, nível de consciência, diurese e sinais de sobrecarga hídrica como hepatomegalia e estertores.

Soro de reidratação oral por gastrostomia está contraindicado no choque descompensado, situação de hipoperfusão esplâncica e rebaixamento do sensorio, com absorção errática e risco de aspiração. Soro glicosado a 5% é hipotônico: a glicose é metabolizada e a água livre se distribui pelo compartimento intracelular, expandindo mal o intravascular e provocando hiponatremia e hiperglicemia. Soro de manutenção com reposição de sódio é a etapa seguinte, para depois de revertido o choque — prescrevê-lo agora deixaria o paciente hipoperfundido, com risco de lesão renal aguda e disfunção orgânica.

Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Assinale a conduta a ser realizada para adequação do sódio, após estabilização hemodinâmica.

- A. Recoleta do sódio sérico após 6 horas e verificar se houve queda de, no mínimo, 1 mEq/hora. Sem reposição até resultados.
- B. Recoleta do sódio sérico após 6 horas e verificar se houve queda de, no máximo, 1 mEq/hora. Sem reposição até resultados.
- C. Recoleta imediata do sódio sérico, cálculo do déficit de água livre e reposição preferencialmente parenteral em até 24 horas.
- D. Recoleta imediata do sódio sérico, cálculo do déficit de água livre e reposição preferencialmente enteral em 48-72 horas. TEXTO PARA AS QUESTÕES 18 A 20** Paciente de 2 anos, sexo feminino, sem antecedentes relevantes, apresenta quadro de febre de até 39.8 °C, vômitos e prostração, há dois dias. Hoje estava sonolenta e apresentou episódio de crise convulsiva tônico-clônica generalizada com duração de cerca de 10 minutos, sendo levada ao pronto-socorro. Na triagem, paciente apresentou nova crise convulsiva, sendo levada à sala de emergência. Foi solicitado acesso venoso, cuja obtenção foi malsucedida. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o manejo do distúrbio do sódio depois que a prioridade hemodinâmica já foi resolvida: primeiro se restaura volume, depois se corrige a tonicidade. Na hipernatremia o problema é déficit de água livre, e o tratamento exige duas coisas — dosar de novo o sódio para ter um valor confiável após a expansão e calcular o déficit de água livre pela fórmula da água corporal total, repondo-o preferencialmente por via enteral (água pela sonda ou via oral), que é mais fisiológica, mais barata e menos sujeita a erro de infusão. A velocidade é o ponto central: a correção deve ficar em torno de 0,5 mEq/L/hora, no máximo 10 a 12 mEq/L em 24 horas, o que na prática significa distribuir a reposição ao longo de 48 a 72 horas para não provocar edema cerebral pela entrada rápida de água nos neurônios já adaptados à hiperosmolaridade. Por isso a alternativa D reúne os três elementos corretos: recoleta imediata, cálculo do déficit e reposição enteral lenta. A alternativa C acerta o cálculo do déficit, mas erra ao comprimir a correção em 24 horas e ao preferir a via parenteral sem necessidade, expondo o paciente à queda abrupta da osmolaridade. As alternativas A e B mantêm o paciente seis horas sem qualquer reposição, isto é, sem tratar o distúrbio que se quer corrigir; além disso, A ainda estipula como meta uma queda mínima de 1 mEq por hora, ritmo que ultrapassa o limite de segurança aceito. Resposta D

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Assinale a droga e a via mais apropriada para controle da crise convulsiva neste momento.

- A. Midazolam intramuscular. ✓**
- B. Diazepam intramuscular.
- C. Midazolam via intraóssea.
- D. Diazepam via intraóssea. A: Via aérea pérvia. B: Murmúrio vesicular presente sem ruídos adventícios, boa expansibilidade, FR 43 ipm. C: 2BRNF sem sopros, tempo de enchimento capilar 5 segundos, pulsos finos. D: Sem resposta verbal e ocular, retira o membro ao estímulo doloroso. Pupilas isofotorreagentes. Glicemia capilar 73 mg/dL. E: Nada digno de nota. Assinale a alternativa que apresenta a conduta correta nesse momento. (A) Reverter os efeitos centrais do benzodiazepínico com flumazenil. (B) Proteger a via aérea com intubação orotraqueal, sem sedação prévia. (C) Expandir com ringer lactato 20 mL/kg e prescrever antimicrobianos. (D) Expandir com soro fisiológico 40-60 mL/kg, prescrever antimicrobianos. sem

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de estado de mal epilético em lactente de 2 anos: crise tônico-clônica generalizada prolongada seguida de nova crise na triagem, com acesso venoso de obtenção malsucedida. A primeira linha do estado de mal é sempre um benzodiazepínico, e a pergunta é qual droga e qual via quando não há veia. O midazolam é hidrossolúvel e tem absorção intramuscular rápida e previsível, o que permite administrá-lo imediatamente, sem procedimento invasivo e sem atrasar o tratamento — conduta validada em estudos comparando midazolam IM com benzodiazepínico endovenoso no estado de mal pré-hospitalar, com controle de crise pelo menos equivalente. Como cada minuto de crise aumenta a refratariedade e o risco de lesão neuronal, a via IM ganha da tentativa de obter outro acesso. O diazepam intramuscular está errado porque é lipossolúvel e precipita no músculo, com absorção errática e lenta, motivo pelo qual essa via é formalmente desaconselhada. As opções intraósseas, tanto de midazolam quanto de diazepam, embora tecnicamente possíveis, exigem punção invasiva e tempo de preparo em uma criança já convulsionando, quando existe uma via não invasiva de eficácia comprovada disponível de imediato; a intraóssea fica reservada para quando também for preciso infundir volume, drogas ou anticonvulsivante de segunda linha. Resposta A

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Com relação ao quadro neurológico apresentado pela paciente, pode-se afirmar:

- A. Não requer investigação específica nessa idade, por ser decorrente de quadro febril.
- B. Requer investigação adicional com coleta de líquido cefalorraquidiano. ✓**
- C. Deve ser investigado eletroencefalograma.
- D. Deve ser investigado apenas se recorrer em quadros infecciosos posteriores. ambulatoriamente com

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é se aquela convulsão pode ser rotulada como crise febril benigna ou se exige investigação. Não pode: a criança tem febre alta, vômitos e prostração há dois dias, chegou sonolenta, teve crise generalizada de cerca de dez minutos e repetiu a crise na triagem. Isso configura crise febril complexa (duração prolongada e recorrência no mesmo episódio) e, sobretudo, vem acompanhada de rebaixamento do nível de consciência que persiste fora do período pós-ictal — a combinação que caracteriza suspeita de infecção do sistema nervoso central. Nesse cenário, a punção lombar com coleta e análise do líquido cefalorraquidiano é obrigatória para afastar meningite ou meningoencefalite, respeitados os cuidados quanto a estabilidade clínica e hipertensão intracraniana. A alternativa A erra ao aplicar o rótulo de crise febril simples, que exige crise única, generalizada, com menos de 15 minutos e recuperação neurológica completa — nada disso ocorreu aqui. A alternativa C inverte a prioridade: eletroencefalograma não afasta infecção aguda e não tem papel na emergência desse quadro, ficando para investigação posterior de epilepsia. A alternativa D adia a investigação para episódios futuros, conduta inaceitável diante de uma criança sonolenta e febril com crises repetidas, em que o atraso no diagnóstico de meningite muda o prognóstico. Resposta B

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Lactente de 45 dias de vida, previamente hígida, está em consulta de rotina na UBS. Não apresenta queixas e está em aleitamento materno exclusivo. Recebeu BCG e Hepatite B ao nascimento. A mãe solicita ao médico prescrição de ibuprofeno, para que seja administrado horas antes da filha receber as vacinas dos 2 meses, com o objetivo de evitar febre. Quanto à solicitação de medicação para profilaxia de febre pré-administração das vacinas dos 2 meses, o médico deverá

- A. prescrever dipirona profilática em substituição ao ibuprofeno.
- B. prescrever paracetamol profilático em substituição ao ibuprofeno.
- C. prescrever | ibuprofeno profilático na 1 gota/kg/dose de 6 em 6 horas.

D. desencorajar o uso profilático de qualquer antitérmico antes da vacinação. dose de PAG 09/38 AI 1000 Caderno Reserva o [=] NO j) o, co, = Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 TEXTO PARA AS QUESTÕES 22 A 24 Vitor e Bia são gemelares de 9 anos e 7 dias e estão em consulta médica de rotina, sem queixas e sem antecedentes mórbidos relevantes. Na consulta de 8 anos e 2 meses, Bia apresentava broto mamário bilateral com elevação da mama e da papila, acompanhado de alargamento da aréola. Na consulta atual, o médico nota maior alargamento bilateral da mama e aréola, sem separação de seu contorno. Sua altura é de 135 cm (Z-score entre 0 e +1). Vitor, semelhante à consulta anterior, apresenta volume testicular inferior a 4 mL, menor que 1 polpa digital (ou 2,5 cm); ausência de pilificação local. Sua altura é de 130 cm (Z-score entre 0 e -1). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o uso profilático de antitérmico antes da vacinação, prática comum entre familiares e que não tem respaldo. A recomendação atual, tanto do calendário nacional quanto das sociedades de pediatria, é não administrar antipirético de rotina antes das vacinas: além de tratar um evento que pode nem ocorrer, há evidência de que o uso profilático de paracetamol no momento da imunização reduz a resposta de anticorpos a vários antígenos, ou seja, pode comprometer justamente o objetivo da vacina. Febre baixa e dor local após as vacinas dos 2 meses são reações esperadas, autolimitadas, e o correto é orientar a mãe sobre isso e tratar apenas se a criança apresentar sintomas, com a dose adequada no momento em que forem necessários. Por isso a conduta é desencorajar qualquer antitérmico profilático. Prescrever paracetamol profilático é exatamente o esquema associado à queda da imunogenicidade, o que invalida a alternativa B. A dipirona não corrige o problema conceitual — segue sendo profilaxia desnecessária de um sintoma que pode não acontecer — e ainda é droga cujo uso profilático em lactente não se justifica, derrubando a alternativa A. Manter o ibuprofeno, como propõe a alternativa C, soma dois erros: além de ser profilaxia, o anti-inflamatório não é recomendado como antitérmico habitual em lactente pequeno, faixa em que essa criança se encontra. Resposta D

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Assinale a alternativa correta quanto à Bia.

- A. Bia é M2 na Classificação Puberal de Tanner e pode apresentar a menarca a qualquer momento.
- B. Bia é M2 na Classificação Puberal de Tanner e sua velocidade de crescimento é cerca de 6 a 10,5 cm/ano.
- C. Bia é M3 na Classificação Puberal de Tanner e está no pico de seu estirão de crescimento. ✓**
- D. Bia é M3 na Classificação Puberal de Tanner e deve apresentar a menarca em cerca de 2 anos e meio. Bia e Vitor recebem neste HPV momento. (C) À e Bia e Vitor recebem neste Meningocócica ACWY momento. Bia recebe neste momento e Vitor recebe aos 11 anos. Bia e Vitor recebem neste momento. HPV (D) Meningocócica ACWY

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o encadeamento entre estágio de Tanner e curva de crescimento na menina. Aos 8 anos e 2 meses Bia apresentava broto mamário com elevação de mama e papila e alargamento da aréola, o que corresponde a M2, isto é, telarca dentro da idade normal para o sexo feminino. Na avaliação atual, aos 9 anos, o exame já descrito corresponde ao estágio seguinte, M3, com maior aumento de mama e aréola sem separação dos contornos. O ponto que a banca quer é que, na menina, o pico da velocidade de crescimento ocorre precocemente na puberdade, coincidindo com M3 — bem antes da menarca — atingindo cerca de 8 a 9 cm por ano; daí a alternativa C estar correta ao dizer que ela é M3 e está no pico do estirão. As alternativas A e B partem do estágio errado, mantendo-a em M2 quando o exame atual já a classifica como M3; a A ainda comete um segundo erro ao dizer que a menarca pode vir a qualquer momento, quando ela ocorre tipicamente em M4, cerca de dois a dois anos e meio após a telarca e já na fase de desaceleração do crescimento. A alternativa D acerta o estágio M3, mas erra o intervalo: dois anos e meio é o tempo contado a partir da telarca (M2), e não a partir do momento atual, de modo que a menarca é esperada em prazo bem mais curto. Resposta C

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Assinale a alternativa correta quanto ao Vitor.

A. Vitor é GO PO na Classificação Puberal de Tanner e, portanto, ainda não iniciou o estirão de crescimento.

B. Vitor é G1 P1 na Classificação Puberal de Tanner e, portanto, ainda não iniciou a puberdade ou aumento na velocidade de crescimento. ✓

C. Vitor está atrasado quanto ao desenvolvimento puberal e, pela idade, já iniciou o estirão de crescimento.

D. Vitor terá o início da puberdade marcado pelo aumento do pênis em comprimento, coincidindo com aumento na velocidade de crescimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão contrapõe o desenvolvimento puberal de Vitor ao da irmã gemelar para lembrar que o menino entra na puberdade mais tarde e faz o estirão mais tarde ainda. Aos 9 anos e 7 dias, sem sinais de desenvolvimento puberal, ele é classificado como G1 P1 na escala de Tanner, o estágio pré-púbere, e portanto não iniciou a puberdade nem o aumento da velocidade de crescimento — mantém o ritmo pré-puberal de cerca de 5 a 6 cm por ano. Isso é normal: a puberdade masculina começa entre 9 e 14 anos, e o estirão só vem depois, por volta de G4, com volume testicular de 10 a 12 mL, o que explica a diferença de estatura que meninas dessa idade costumam ter em relação aos meninos. A alternativa A usa uma nomenclatura inexistente: a escala de Tanner começa em 1, não em 0, então G0 P0 não existe, ainda que a ideia de estirão não iniciado esteja certa. A alternativa C rotula o menino como atrasado, o que exigiria ausência de aumento testicular após os 14 anos, e ainda afirma que ele já iniciou o estirão, dois erros somados. A alternativa D erra o marcador inicial: a puberdade masculina se anuncia pelo aumento do volume testicular acima de 4 mL, não pelo comprimento do pênis, e esse marco não coincide com o pico de velocidade de crescimento. Resposta B

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Mulher, 61 anos, refere alteração do hábito intestinal há 6 meses, com diarreia intercalada com constipação. Relata sangue nas fezes nesse período. Nega vômitos e perda de peso. Nega comorbidades. Ao exame físico, está em bom estado geral; IMC: 22kg/m²; ausculta torácica sem alterações; abdome flácido, indolor à palpação, sem massas palpáveis; toque retal sem alterações. Apresenta Hb de 10,3 g/dL. Foi submetida à colonoscopia, que evidenciou lesão ulcerada no sigmoide, envolvendo 50% da luz do órgão, sem outras lesões até a válvula ileocecal. A biópsia do sigmoide revelou tratar-se de adenocarcinoma. Realizado estadiamento com a tomografia de abdome apresentada a seguir: Assinale a melhor conduta neste momento.

A. Retossigmoidectomia.

B. Quimiorradioterapia.

C. Colostomia em alça.

D. Quimioterapia. PAG 10/38 AI 1000 Caderno Reserva 1 So) [= 6] oo Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de adenocarcinoma de sigmoide diagnosticado por colonoscopia em paciente com alteração do hábito intestinal, sangramento e anemia, sem obstrução — a lesão ocupa metade da luz e o aparelho progrediu até a válvula ileocecal, e não há vômitos, massa palpável ou sinais de abdome agudo. A decisão, portanto, é definida pelo estadiamento tomográfico, e a conduta oficial de quimioterapia sistêmica indica doença avançada, além do alcance de uma ressecção com intenção curativa isolada. Nesse cenário, tratar primeiro a doença sistêmica é o que muda sobrevida, ficando a cirurgia reservada para reavaliação de ressecabilidade ou para complicações do tumor primário. A retossigmoidectomia, na alternativa A, seria a conduta em doença localizada e ressecável; operar de entrada um primário assintomático em doença disseminada apenas atrasa o tratamento efetivo e expõe a morbidade sem ganho. A quimiorradioterapia, na alternativa B, é o esquema neoadjuvante do câncer de reto médio e baixo, e aqui o tumor é de sigmoide, situado acima da reflexão peritoneal, onde a radioterapia não faz parte do tratamento padrão. A colostomia em alça, na alternativa C, é um procedimento de derivação para obstrução ou lesão intransponível, e a paciente evacua, não tem distensão e teve o cólon inteiro examinado, de modo que não há o que derivar. Resposta D

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Mulher, 69 anos, refere estar há 7 dias sem evacuar, dor em cólicas e aumento do volume abdominal. Nega vômitos. Refere ser constipada. O hábito intestinal habitual era de evacuações a cada 4 dias com uso de laxativos. No último ano, passou a necessitar de lavagens intestinais esporádicas. Tem diagnóstico de doença de Chagas com miocardiopatia e arritmia controlada com medicamentos. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral, desidratada, FC de 80 bpm, PA de 120x80 mmHg; abdome: distensão importante, doloroso à palpação profunda sem irritação peritoneal; toque retal sem fezes. Exames laboratoriais: Hb: 11,7 g/dL; Ht: 35%; leucócitos: 9.419/mm sem desvio; PCR: 17 mg/L; creatinina: 1,1 mg/dL; ureia: 39 mg/dL. Tomografia apresentada a seguir: Considerando-se a principal hipótese, assinale a melhor conduta neste momento.

A. Colonoscopia. ✓

B. Lavagem intestinal.

C. Colectomia total com ileostomia.

D. Colectomia esquerda com anastomose.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é o de uma paciente chagásica com megacólon: constipação crônica com evacuações a cada quatro dias, dependência progressiva de laxantes e lavagens, agora com sete dias sem evacuar, dor em cólica, distensão abdominal importante e — o dado que direciona tudo — toque retal com ampola vazia. Ampola vazia com distensão maciça em portador de megacólon chagásico aponta obstrução alta em relação ao reto, e a hipótese principal é o volvo de sigmoide. Não há sinais de sofrimento de alça: bom estado geral, sem taquicardia, sem irritação peritoneal, sem leucocitose com desvio e com PCR pouco alterada. Nesse contexto, o tratamento inicial é a descompressão endoscópica, com colonoscopia realizando a distorção e permitindo inspecionar a mucosa para afastar isquemia, resolvendo o quadro agudo e possibilitando cirurgia eletiva depois, com preparo e anastomose segura. A lavagem intestinal, na alternativa B, trata fecaloma e coprostase, mas não desfaz torção de alça e ainda pode aumentar a pressão intraluminal em alça fechada, com risco de perfuração. A colectomia total com ileostomia, na alternativa C, é conduta desproporcional, reservada a casos de necrose extensa ou falha da descompressão, especialmente em paciente com cardiopatia chagásica e arritmia. A colectomia esquerda com anastomose primária, na alternativa D, expõe a deiscência ao ser feita em cólon não preparado e distendido, na urgência, quando existe alternativa não operatória eficaz. Resposta A

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Mulher, 65 anos, foi submetida a tomografia de abdome para avaliação de coluna. O exame revelou achado incidental de hérnia femoral direita com conteúdo de gordura pré- peritoneal. A paciente apresenta antecedente de hipertensão arterial crônica, diabetes melito e fibrilação atrial, com adequado controle clínico. Em virtude do achado de imagem, foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia. Avaliação clínica: bom estado geral, IMC: 28 kg/m²; abdome globoso, flácido e indolor. Discreto abaulamento, indolor, abaixo da prega inguinal direita. Assinale qual é a conduta mais adequada relacionada à hérnia nessa paciente.

- A. Seguimento clínico trimestral.
- B. Seguimento com ultrassom trimestral.
- C. Tratamento operatório se sintomática.

**D. Tratamento operatório independente de sintomas. PAG 11/38 AI 1000 Caderno Reserva 1 [=] =] 0 ud
EB JO Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto
— Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado é de hérnia femoral, e a questão testa se o candidato sabe que a conduta expectante aceita em algumas hérnias da parede abdominal não se aplica a essa. A hérnia femoral tem colo estreito e anel rígido, delimitado pelo ligamento inguinal, pela veia femoral e pelo ligamento lacunar, o que lhe confere risco elevado de encarceramento e estrangulamento — as séries mostram taxas de complicação de cerca de um terço em dois anos de observação, e boa parte das femorais é diagnosticada já estrangulada, situação em que a mortalidade e a necessidade de ressecção intestinal sobem muito. Por isso as diretrizes recomendam correção cirúrgica de toda hérnia femoral no momento do diagnóstico, sintomática ou não, e a paciente tem comorbidades clinicamente controladas, sem contraindicação ao procedimento eletivo. O seguimento clínico trimestral, na alternativa A, e o seguimento com ultrassom trimestral, na alternativa B, apenas acompanham a evolução para a complicação que se quer evitar: o exame de imagem seriado não previne estrangulamento nem antecipa o evento agudo. Operar somente se sintomática, na alternativa C, é a estratégia de espera vigilante aceitável em hérnia inguinal minimamente sintomática do homem, jamais na femoral, em que o primeiro sintoma pode ser justamente o estrangulamento com alça isquêmica. Resposta D

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Homem, 53 anos, é admitido no serviço de urgência com a lesão demonstrada na figura a seguir. Foi realizado desbridamento e antibioticoterapia conforme imagem apresentada a seguir. A partir da evolução apresentada, qual é a conduta mais adequada neste momento?

- A. Retalho cutâneo.
- B. Enxerto de pele.

C. Colostomia em alça. ✓

- D. Oxigenoterapia hiperbárica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata de infecção necrosante de partes moles em região perineal, o quadro conhecido como gangrena de Fournier, cujo tratamento se apoia em três pilares: desbridamento cirúrgico amplo e repetido, antibioticoterapia de amplo espectro e suporte clínico. Feitos o desbridamento e o antibiótico, a evolução mostrada indica a etapa seguinte, que é o controle da contaminação fecal da ferida. Quando a área cruenta envolve o períneo e a região perianal, as fezes contaminam continuamente o leito, perpetuam a infecção, inviabilizam curativos e impedem a granulação; a colostomia em alça desvia o trânsito, protege a ferida e é a medida que permite que o tratamento local avance. Retalho cutâneo, na alternativa A, e enxerto de pele, na alternativa B, são etapas de reconstrução, indicadas apenas depois de a infecção estar controlada e de o leito estar limpo e granulado — cobrir uma ferida contaminada só produz perda do retalho ou do enxerto e novo desbridamento. A oxigenoterapia hiperbárica, na alternativa D, é no máximo adjuvante, com evidência inconsistente, e em nenhum cenário substitui o desbridamento adequado ou o controle da fonte de contaminação, que é o que está em jogo neste momento da evolução. Resposta C

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Homem, 23 anos, vítima de ferimento por faca de cozinha em hemitórax direito, sétimo espaço intercostal, linha axilar anterior. Na sala de trauma encontra-se agitado, hipotenso (PA 80x45 mmHg) e com FC de 140 bpm. Realizado diagnóstico de hemitórax maciço e indicada toracotomia direita de emergência. O achado intraoperatório foi de lesão de artéria intercostal, resolvido através de ligadura primária, controle do sangramento e melhora dos parâmetros hemodinâmicos. A cavidade torácica foi adequadamente inspecionada e não foram identificadas outras alterações no seu interior. O cirurgião finaliza a abordagem cirúrgica torácica. Considerando a situação desse paciente e seu ferimento na região toracoabdominal, assinale qual a conduta mais adequada neste momento.

- A. Realizar laparotomia exploradora.
- B. Realizar laparoscopia exploradora.
- C. Lesões abdominais podem ser descartadas. ✓**
- D. Encaminhar o paciente para tomografia de abdome.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ferimento por faca no sétimo espaço intercostal, na linha axilar anterior, está na chamada zona toracoabdominal, aquela em que a trajetória pode atravessar o diafragma e atingir vísceras abdominais — motivo pelo qual, em paciente estável, se investiga o diafragma, classicamente por videolaparoscopia, já que lesões diafragmáticas pequenas podem ser silenciosas e evoluir anos depois com hérnia e encarceramento. Aqui, porém, o paciente já foi submetido a toracotomia de emergência por hemotórax maciço, a lesão de artéria intercostal foi ligada, o sangramento controlado, os parâmetros hemodinâmicos melhoraram e a cavidade torácica foi adequadamente inspecionada sem outras alterações. Essa inspeção direta inclui a superfície torácica do diafragma: diafragma íntegro sob visão direta significa que a lâmina não penetrou o abdome, e a investigação abdominal adicional deixa de ser necessária. A laparotomia exploradora, na alternativa A, seria não terapêutica e acrescentaria morbidade a um politraumatizado já operado. A laparoscopia, na alternativa B, é exatamente o exame cuja indicação foi cumprida pela inspeção intraoperatória do diafragma. A tomografia de abdome, na alternativa D, tem baixa sensibilidade para lesão diafragmática pequena e nada acrescenta a uma cavidade já vista diretamente. Vale registrar que o ponto é discutível, porque a exposição do diafragma por toracotomia pode ser parcial e alguns serviços mantêm avaliação laparoscópica; a banca, contudo, considerou a inspeção descrita como completa. Resposta C

QUESTÃO 31 — Gabarito D

Homem, 30 anos, foi vítima de ferimento por projétil de arma de fogo no pescoço. Admissão no Centro de Trauma: A: Conversando. Hálito etílico. SpO₂: 96% com máscara de oxigênio. B: MV presente bilateralmente. Ausência de enfisema de subcutâneo torácico. C: PA: 140x70 mmHg; FC: 105 bpm; tempo de enchimento capilar de 1 segundo. D: Escala de coma de Glasgow de 15 (agitado). E: Ferimento demonstrando na figura a seguir. Ausência de enfisema de subcutâneo. Ferimento ; Ferimento Realizada analgesia com melhora da dor e agitação. Assinale qual é a melhor conduta neste momento do atendimento.

- A. Exploração local e sutura.
- B. Cervicotomia exploradora.
- C. Endoscopia e broncoscopia.
- D. Tomografia com contraste. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de ferimento penetrante cervical por projétil de arma de fogo em paciente estável, e a decisão se organiza pela presença ou ausência de sinais duros de lesão vascular ou aerodigestiva. Sinal duro é sangramento ativo, hematoma expansivo ou pulsátil, sopro ou frêmito, choque refratário, ferimento soprante, hemoptise ou hematemese volumosa, enfisema de subcutâneo extenso, disfonia ou estridor. O paciente conversa, satura 96%, tem enchimento capilar de um segundo, pressão adequada, não tem enfisema de subcutâneo e a agitação era álcool e dor, resolvida com analgesia. Sem sinais duros, a conduta atual é a abordagem sem divisão por zonas, com angiotomografia cervical com contraste, exame de alta sensibilidade para lesão vascular que também orienta a trajetória do projétil e define se há necessidade de exames complementares dirigidos. A exploração local com sutura, na alternativa A, é proscria no ferimento cervical penetrante, porque pode deslocar coágulo e desencadear hemorragia, além de não avaliar estruturas profundas. A cervicotomia exploradora, na alternativa B, está reservada aos pacientes instáveis ou com sinais duros, e operar às cegas um paciente estável gera exploração não terapêutica. A endoscopia com broncoscopia, na alternativa C, entra em segundo tempo, guiada pelos achados da tomografia ou por sintomas aerodigestivos, e não como primeiro exame. Resposta D

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Homem, 75 anos, foi admitido no Serviço de Emergência devido à obstrução intestinal. Realizada tomografia de abdome que evidenciou obstrução no nível do sigmoide, distensão do cólon e intestino delgado e múltiplos nódulos hepáticos compatíveis com lesões secundárias. Foi realizada retossigmoidectomia com colostomia terminal e sepultamento do coto retal. O procedimento durou 04 horas com necessidade de droga vasoativa. Assinale qual a justificativa adequada para não se realizar a anastomose primária.

- A. Câncer obstrutivo.
- B. Instabilidade hemodinâmica. ✓**
- C. Ausência de preparo de cólon.

D. Presença de metástase. PAG 12/38 AI 1000 Caderno Reserva 1 So) O o BO Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 TEXTO PARA AS QUESTÕES 33 E 34 Homem, 23 anos, vítima de queda de motocicleta em alta velocidade. Avaliação na admissão no Serviço de Emergência: A: Intubado; SpO₂: 93%. B: MV e ausculta diminuídos à esquerda. C: PA: 140x70 mmHg; FC: 90 bpm; FAST negativo. D: Escala de Coma de Glasgow de 3. Sedação. Pupilas anisocóricas, com midríase à esquerda. E: Fratura exposta de perna esquerda, conforme imagem a seguir. O paciente será submetido à analgesia, imunização antitetânica e antibiótico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de obstrução colônica por neoplasia de sigmoide já metastática para o fígado, resolvida com retossigmoidectomia à Hartmann. A pergunta não cobra oncologia, e sim o que determina a segurança de uma anastomose colorretal: perfusão tecidual. Uma operação de quatro horas com necessidade de droga vasoativa traduz instabilidade hemodinâmica com vasoconstricção esplâncnica; nesse cenário, ao lado da tríade letal (hipotermia, acidose e coagulopatia), o uso de vasopressor é contraindicação clássica à anastomose primária, porque a linha de sutura cicatriza mal em intestino hipoperfundido e o risco de deiscência com peritonite fecal é proibitivo. A conduta correta é derivar, deixando a reconstrução do trânsito para um segundo tempo. Câncer obstrutivo, isoladamente, não impede anastomose: ressecção oncológica com reconstrução primária é factível na obstrução de cólon esquerdo em paciente estável e bem perfundido. Presença de metástase hepática também não muda a técnica — doença metastática não é motivo para estoma, inclusive porque o paciente pode seguir para quimioterapia sistêmica com o trânsito reconstruído. Ausência de preparo de cólon deixou de ser contraindicação há tempos: a evidência atual mostra que a anastomose colônica sem preparo mecânico é segura, e no intestino obstruído ainda existem alternativas como lavagem anterógrada intraoperatória ou colectomia subtotal com anastomose ileorretal.

Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Qual é a classificação de Gustilo-Anderson para a fratura exposta e qual a conduta na Sala de Trauma, respectivamente?

A. 2 — Alinhamento e imobilização.

B. 2 — Limpeza da ferida com SF 0,9%, alinhamento e imobilização.

C. 3a — Alinhamento e imobilização. ✓

D. 3a — Limpeza da ferida com SF 0,9%, alinhamento e imobilização.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura exposta de perna em vítima de queda de motocicleta em alta velocidade — a questão cobra, ao mesmo tempo, a classificação de Gustilo-Anderson e o que efetivamente se faz na sala de trauma. Na classificação, o que define o tipo III não é apenas o tamanho da ferida, e sim a energia do trauma e a extensão da lesão de partes moles: acidente motociclistico em alta velocidade com exposição óssea entra como tipo III, e o subtipo IIIa é aquele em que ainda há cobertura de partes moles adequada sobre o osso (IIIb exige retalho para cobertura, IIIc tem lesão arterial associada que demanda reparo vascular).

Na conduta, a sala de emergência não é lugar de tratamento definitivo da ferida: durante o atendimento inicial, o que se faz é alinhar o membro, imobilizar, cobrir com curativo estéril, além de antibioticoprofilaxia e profilaxia antitetânica. A irrigação abundante e o desbridamento pertencem ao centro cirúrgico, sob anestesia, onde é possível remover tecido desvitalizado e corpos estranhos de forma adequada. Por isso as alternativas que incluem limpeza da ferida com soro fisiológico na sala de trauma erram — a de tipo 2 erra também a classificação, e a de 3a acerta o grau mas antecipa um passo do centro cirúrgico. A alternativa que classifica como tipo 2 apenas com alinhamento e imobilização tem a conduta correta, mas subestima o grau da lesão em um trauma de alta energia.

Resposta C

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Após o atendimento inicial, foi encaminhado para exame de tomografia de corpo inteiro com as imagens apresentadas a seguir: Assinale qual é a sequência de tratamento adequada para esse paciente, respectivamente.

A. Craniotomia; Laparotomia; Drenagem torácica. ✓

B. Craniotomia; Drenagem torácica; Laparotomia.

C. Drenagem torácica; Craniotomia; Laparotomia.

D. Drenagem torácica; Laparotomia; Craniotomia. PAG 13/38 Al 1000 Caderno Reserva 1 So o) co ee 6 ==] o
Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital:
COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado com três frentes simultâneas: Glasgow 3 com anisocoria e midríase à esquerda, murmúrio vesicular diminuído à esquerda, e as lesões demonstradas na tomografia de corpo inteiro. A questão testa priorização, e o dado que organiza tudo é a estabilidade hemodinâmica — PA 140x70 mmHg e FC 90 bpm, sem sinais de choque. Não havendo ameaça circulatória imediata, a lesão com menor janela terapêutica passa a mandar: pupila em midríase unilateral em paciente comatoso significa herniação uncal por hematoma intracraniano expansivo, quadro em que cada minuto de atraso na descompressão custa desfecho neurológico. A craniotomia, portanto, vem primeiro. Em seguida entra a laparotomia, pois a lesão abdominal identificada na tomografia mantém risco de sangramento e de contaminação — vale lembrar que FAST negativo não exclui lesão de víscera oca, mesentério ou retroperitônio. O tórax fica por último porque o paciente já está intubado e ventilado, com saturação de 93% e sem repercussão hemodinâmica, ou seja, a drenagem é necessária, mas não é o que o mata primeiro.

As alternativas que colocam a drenagem torácica em primeiro lugar pressupõem uma ameaça ventilatória ou circulatória que os sinais vitais não sustentam, e a que deixa a craniotomia por último é a pior de todas diante de anisocoria com Glasgow 3. A opção que faz craniotomia, drenagem e depois laparotomia acerta a prioridade craniana, mas posterga a lesão abdominal, que é a de maior potencial de sangramento e contaminação entre as duas restantes. Vale a ressalva de que o ponto é discutível: pela lógica do ABCDE o B precede o D, e muitos serviços drenam o tórax em poucos minutos ainda na sala, ou em paralelo, antes de subir ao centro cirúrgico — a banca, porém, priorizou a lesão com janela terapêutica mais curta em um paciente estável.

Resposta A

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Mulher, 23 anos, caiu de uma altura de 8 metros. Na admissão no serviço de emergência apresentava instabilidade hemodinâmica. No exame físico apresentou instabilidade da bacia. Foi realizado raio-X de bacia, conforme figura a seguir: Foi indicada a colocação de lençol para fechamento temporário do anel pélvico. Qual é o reparo anatômico correto para colocação do lençol, de acordo com a ilustração apresentada?

A. Posição 1.

B. Posição 2.

C. Posição 3. ✓

D. Posição 4. Não apresenta restrição de movimentação e pulsos presentes e normais. Realizada ressonância magnética do membro, que evidenciou lesão profunda em compartimento posterior da coxa, em contato com o nervo ciático. Foi submetido à biópsia que revelou tratar-se de sarcoma de alto grau. Assinale qual deve ser a próxima conduta na condução do caso. (A) Cintilografia óssea. (B) Tomografia de tórax e abdome. (C) Ressecção com margem tridimensional. (D) Quimioterapia e radioterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma por queda de altura com instabilidade hemodinâmica e instabilidade à avaliação do anel pélvico — fratura pélvica instável com sangramento retroperitoneal. O lençol (ou o cinto pélvico) é medida de controle de dano: fecha o anel, reduz o volume pélvico e favorece o tamponamento do hematoma retroperitoneal, além de estabilizar os focos de fratura que sangram.

O detalhe técnico que a questão cobra é o reparo anatômico: a compressão deve ser centrada sobre os grandes trocânteres, com os membros inferiores em rotação interna e leve adução, o que gera vetor de força que fecha o livro pélvico. Posicionar o lençol acima disso, sobre as cristas ilíacas ou o abdome, é o erro mais comum e é contraproducente — não reduz o volume pélvico, pode acentuar a abertura em livro e ainda comprime o abdome, atrapalhando a ventilação e o próprio exame. Posicionar abaixo, sobre as coxas, também não funciona, porque a força deixa de atuar sobre o anel ósseo. Entre as posições ilustradas, apenas a de número 3 corresponde ao nível trocântérico; as demais estão altas demais (nível de cristas ilíacas ou abdome) ou baixas demais (nível femoral) para produzir o fechamento pretendido.

Resposta C

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Homem, 43 anos, está internado há 35 dias devido à ressecção intestinal extensa em uso de nutrição parenteral exclusiva. Fez uso pós-operatório de ceftriaxone e metronidazol por 5 dias e, desde então, está sem antibiótico. Há 3 horas apresentou temperatura de 38,5 °C. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral; FC: 80 bpm; PA: 130x80 mmHg; perfusão periférica normal; ausculta pulmonar sem alterações; abdome flácido, indolor e com a ferida operatória sem sinais infecciosos. A inspeção do sítio do cateter encontra-se na imagem a seguir: Exames laboratoriais: e Hb: 10,2 g/dL e Leucócitos: 11.330/mm³ e PCR: 20 mg/L Solicitada coleta de hemocultura. Com base nessas informações, assinale qual é a conduta mais adequada neste momento.

- A. Manter cateter e iniciar anfotericina e vancomicina.
- B. Manter cateter e aguardar resultado da hemocultura.
- C. Retirar cateter e iniciar anfotericina e vancomicina.

D. Retirar cateter e aguardar resultado da hemocultura. PAG 14/38 AI 1000 Caderno Reserva 140 =] 0 6=]
[o fem) Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto
— Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em nutrição parenteral exclusiva por cateter venoso central há 35 dias, sem antibiótico há um mês, que abre febre com sinais inflamatórios no sítio de inserção e sem qualquer outro foco identificável — abdome flácido, ferida operatória limpa, ausculta pulmonar normal. Trata-se de infecção relacionada ao cateter, e a regra que governa o caso é controle de foco: infecção do sítio de saída ou do túnel, tromboflebite séptica, sepse, endocardite e infecção por *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas*, fungos ou micobactérias são indicações de remoção do dispositivo, conforme as recomendações da IDSA. Retirar o cateter é, portanto, obrigatório.

O segundo ponto é quando começar antimicrobiano. O paciente está em bom estado geral, afebril do ponto de vista hemodinâmico (FC 80 bpm, PA 130x80 mmHg, perfusão normal), com leucócitos de 11.330/mm³ e PCR de 20 mg/L — não há sepse, não há instabilidade, não há neutropenia nem prótese valvar. Nesse cenário, a retirada da fonte frequentemente resolve o quadro, e é legítimo aguardar a hemocultura para tratar de forma dirigida, evitando pressão seletiva desnecessária. Por isso as alternativas que mantêm o cateter estão erradas de saída: manter o dispositivo com sinais infecciosos no sítio perpetua o foco, e isso vale tanto para a que apenas aguarda a hemocultura quanto para a que inicia vancomicina e anfotericina com o cateter no lugar. Já a que retira o cateter mas inicia cobertura ampla empírica sobretrata: nutrição parenteral prolongada de fato é fator de risco para candidemia, mas antifúngico empírico se reserva a paciente instável, séptico, neutropênico ou com colonização multifocal, o que não é o caso.

Resposta D

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Mulher, 64 anos, está internada na unidade coronariana há 20 dias após parada cardiorrespiratória secundária a infarto agudo do miocárdio. Evoluiu com disfunção cardíaca e desde então, está tomando dobutamina e noradrenalina. Há 1 dia cursou com distensão abdominal e leve dor difusa. Ao exame físico encontra-se orientada, com SpO₂ de 95% em ar ambiente; FC: 80 bpm; PA: 120x70 mmHg; ausculta pulmonar sem alterações; abdome distendido, doloroso à palpação profunda, sem irritação peritoneal, ruídos hidroaéreos diminuídos. Toque retal sem alterações. e Exames laboratoriais: Hb: 9,8 g/dL Leucócitos: 19.471/mm³ PCR: 272 mg/L (de 3 dias atrás era de 30 mg/L) Cr: 1,7 mg/dL Ureia: 60 mg/dL Amilase: 232 U/L Lipase: 190 U/L K⁺: 4,1 mEq/L Na⁺: 143 mEq/L Realizada tomografia de abdome apresentada a seguir. Assinale qual é a principal hipótese diagnóstica.

- A. Síndrome de Ogilvie.
- B. Pancreatite aguda necrohemorrágica.
- C. Isquemia mesentérica não oclusiva. ✓**
- D. Abscesso subfrênico à esquerda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente crítica em unidade coronariana, com disfunção cardíaca grave pós-parada por infarto, mantida em dobutamina e noradrenalina há 20 dias, que evolui com distensão abdominal e dor difusa. O quadro tem baixo débito somado a vasoconstrictor sistêmico — exatamente o substrato da isquemia mesentérica não oclusiva, em que não existe trombo nem êmbolo, e sim vasoespasmos esplâncnicos por hipoperfusão e catecolaminas. Os dados que fecham o raciocínio são a dor desproporcional ao exame (abdome doloroso à palpação profunda, mas sem irritação peritoneal), a leucocitose de 19.471/mm³, a piora explosiva da PCR de 30 para 272 mg/L em três dias e a lesão renal associada (creatinina 1,7 mg/dL), que é a mesma fisiopatologia de hipoperfusão em outro órgão.

A síndrome de Ogilvie é pseudo-obstrução colônica aguda e também ocorre em paciente crítico, mas cursa com distensão colônica maciça de padrão obstrutivo sem essa magnitude de resposta inflamatória sistêmica.

Pancreatite aguda necrohemorrágica não se sustenta: amilase de 232 U/L e lipase de 190 U/L são elevações discretas, que não alcançam as três vezes o limite superior da normalidade exigidas pelos critérios de Atlanta, e enzimas pancreáticas sobem de forma inespecífica na isquemia intestinal e na disfunção renal. Abscesso subfrênico à esquerda exigiria um antecedente que a história não traz — cirurgia abdominal, perfuração ou trauma prévios — e não explicaria distensão difusa com hipomotilidade generalizada.

Resposta C

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Mulher, 31 anos, foi submetida à colecistectomia laparoscópica devido à colecistite aguda litiásica com 01 dia de evolução. O achado intraoperatório evidenciou vesícula biliar inflamada, sem coleções e necrose. O procedimento foi feito sem intercorrências. Qual das prescrições a seguir deve ser realizada imediatamente após a operação?

- A. ✓**
- B. Dieta leve SG 5% ----- 1.000 mL NaCl 20% ----- 20 mL KCz 19,1% ----- 10 mL EV de 12/12 h Dipirona 1g EV de 6/6 h Ondansetrona 8 mg EV de 8/8 h (se náuseas) Jejum SG 5% ----- 1.000 mL NaCl/ 20% ----- 20 mL EV 12/12 h KCz 19,1% ----- 10 mL Dipirona 1g EV de 6/6h Ondansetrona 8 mg EV de 8/8 h (se náuseas)
- C. | Jejum Ceftriaxone 1 g EV 12/12 h Metronidazol 500 mg EV 8/8h SG 5% ----- 1.000 mL NaCl/ 20% ----- 20 mL KCz 19,1% ----- 10 mL EV de 12/12 h Dipirona 1 g EV de 6/6 h Metoclopramida 10 mg EV de 8/8 h (se náuseas)
- D. | Dieta leve Ceftriaxone 1 g EV 12/12 h Metronidazol 500 mg EV 8/8h SG 5% ----- 1.000 mL NaCl 20% ----- 20 mL KCz 19,1% ----- 10 mL EV de 12/12 h Dipirona 1g EV de 6/6h Metoclopramida 10 mg EV de 8/8 h (se náuseas) PAG 15/38 Al Caderno Reserva 1000 o 6=] o 0 md q, mM, Processo Seletivo aos Programas de

Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite aguda litíase com apenas um dia de evolução, vesícula inflamada sem coleção e sem necrose, colecistectomia videolaparoscópica sem intercorrências: é uma colecistite grau I de Tóquio operada precocemente, com controle completo do foco no ato cirúrgico. A prescrição correta é a que reflete dois princípios modernos. O primeiro é o antibiótico: nas colecistites grau I e II sem perfuração, abscesso ou necrose, a antibioticoterapia é suspensa no pós-operatório imediato, porque a fonte foi removida — manter ceftriaxone com metronidazol por dias não reduz infecção de sítio cirúrgico e só seleciona resistência e favorece colite por *Clostridioides difficile*. O segundo é a dieta: os protocolos de recuperação acelerada preconizam realimentação precoce após cirurgia laparoscópica não complicada, com retorno mais rápido da função intestinal e alta mais precoce, sem aumento de complicações.

Por isso a alternativa correta é a que libera dieta leve e mantém apenas hidratação venosa com analgesia e antiemético, sem antimicrobiano. A opção que prescreve jejum erra por manter, sem qualquer justificativa, uma restrição que só atrasa a recuperação e prolonga a internação. As duas opções que mantêm ceftriaxone com metronidazol erram por prolongar antibiótico terapêutico sem indicação, e a que soma jejum a esse antibiótico erra nas duas frentes ao mesmo tempo.

Resposta A

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Mulher, 33 anos, internada em Unidade de Terapia Intensiva, há 7 dias, após realização de transplante pulmonar, intubada e sedada. Apresenta agudamente distensão abdominal, reação de dor à palpação abdominal em epigástrio, hipocôndrio direito. Realizada tomografia de abdome, corte coronal, que é apresentada a seguir: e Exames laboratoriais: Leucócitos 17.000/mm³ PCR: 210 mg/L TGO/AST: 120 U/L TGP/ALT: 160 U/L FA: 74 U/L GGT: 151 U/L Amilase: 170 U/L Lipase: 122 U/L Assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico correto.

A. Úlcera perfurada.

B. Íleo metabólico.

C. Colecistite aguda alitiásica. ✓

D. Colangite.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente crítica no sétimo dia de pós-operatório de transplante pulmonar, intubada, sedada, provavelmente sob jejum prolongado ou nutrição parenteral, ventilação mecânica e imunossupressão — o conjunto de fatores de risco clássico para colecistite aguda alitiásica. A fisiopatologia é estase biliar somada a isquemia da parede vesicular por baixo fluxo e por microcirculação comprometida, e o quadro se manifesta justamente como aqui: dor à palpação em epigástrio e hipocôndrio direito com distensão, resposta inflamatória sistêmica evidente (leucócitos 17.000/mm³, PCR 210 mg/L) e alteração hepática discreta, com transaminases pouco elevadas e sem colestase.

A colangite é o principal diferencial e é justamente o que o laboratório afasta: faltam a tríade de Charcot e o padrão colestativo, com fosfatase alcalina normal (74 U/L), GGT apenas discretamente alterada e sem hiperbilirrubinemia ou dilatação de via biliar. Úlcera perfurada produziria pneumoperitônio e peritonite difusa, com dor generalizada e abdome em tábua, e não dor focal em quadrante superior direito. Íleo metabólico explicaria a distensão em paciente sedada, mas não a dor localizada nem a magnitude da leucocitose e da PCR, e não é diagnóstico compatível com achado inflamatório focal na tomografia. Reconhecido o diagnóstico, o tratamento em paciente instável ou de altíssimo risco é a colecistostomia percutânea, reservando a colecistectomia para quem tolera o procedimento.

Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Mulher, 37 anos, queixa-se de fadiga, fraqueza e queda de cabelo. Refere antecedente de cirurgia bariátrica (bypass gástrico) há 4 anos. Ao exame físico apresenta-se descorada, unhas quebradiças e sem outras alterações. Assinale qual é a principal hipótese diagnóstica e o respectivo tratamento.

- A. Anemia ferropriva e reposição endovenosa de ferro. ✓**
- B. Deficiência de vitamina B12 e reposição oral de complexo B.
- C. Deficiência de ácido fólico e reposição oral de polivitamínico.
- D. Deficiência proteica e suplemento oral de proteína.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher em idade fértil, quatro anos após bypass gástrico em Y de Roux, com fadiga, fraqueza, queda de cabelo, palidez e unhas quebradiças: é o retrato da anemia ferropriva, a deficiência nutricional mais frequente depois dessa cirurgia. A explicação é anatômica e fisiológica ao mesmo tempo — o bypass exclui o duodeno e o jejuno proximal, que são o principal sítio de absorção do ferro, e a gastrectomia funcional reduz a secreção ácida necessária para converter o ferro férrico em ferroso, absorvível. Some-se a isso a perda menstrual e a menor ingestão de carne vermelha por intolerância, e o balanço fica cronicamente negativo. Por essa mesma razão anatômica a banca cobra a reposição endovenosa: com o sítio de absorção desviado, o ferro oral frequentemente não corrige, e as recomendações de acompanhamento do paciente bariátrico indicam a via parenteral quando a oral falha ou não é tolerada.

A deficiência de vitamina B12 é comum nesse mesmo pós-operatório, mas produz anemia macrocítica e manifestações neurológicas como parestesias e alteração de propriocepção, e sua reposição precisa ser parenteral ou em doses orais altíssimas, não um complexo B oral comum. A deficiência de ácido fólico é menos característica, absorve-se ao longo de todo o delgado e não justifica o conjunto de palidez com unhas quebradiças. A deficiência proteica se manifesta com edema, hipoalbuminemia e sarcopenia, sendo típica de derivações mais disabsorptivas como o switch duodenal, e não do bypass padrão. Vale a ressalva de que o ponto é discutível na prática: muitos serviços tentam ferro oral em dose adequada e em dias alternados antes de partir para o parenteral, reservando a via venosa à falha terapêutica.

Resposta A

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Mulher, 15 anos, procura o serviço de Emergência com queixa de febre (38,7 °C) há 20 dias, dor e hiperemia em região sacrococcígea. Refere dois episódios semelhantes no último ano com melhora espontânea. Ao exame físico, apresenta hiperemia, aumento do volume da pele e dor à palpação na região sacrococcígea com sinal de flutuação, conforme imagem a seguir: Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a melhor conduta.

- A. Ressecção ampla.
- B. Drenagem aberta. ✓**
- C. Antibioticoterapia.
- D. Drenagem percutânea.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com dor, hiperemia, aumento de volume e flutuação em região sacrococcígea, com dois episódios prévios de resolução espontânea no último ano: é doença pilonidal em fase de abscesso agudo. A recorrência com melhora espontânea é a pista de que existe uma cavidade com orifícios e pelos na linha média que drenam intermitentemente, e o sinal de flutuação define que há coleção formada agora.

Coleção formada exige drenagem, e a drenagem aberta é o padrão: incisão ampla, preferencialmente lateralizada em relação à linha média, com retirada de pelos e detritos e cicatrização por segunda intenção. Antibioticoterapia isolada não trata abscesso — o antimicrobiano é adjuvante quando há celulite extensa, imunossupressão ou repercussão sistêmica, mas nunca substitui a evacuação do pus. Drenagem percutânea é inadequada aqui, porque o conteúdo é espesso, com pelos e restos de queratina, e os trajetos precisam ser abertos e curetados, e não apenas puncionados. Ressecção ampla é o tratamento definitivo da doença pilonidal, mas está contraindicada na vigência de infecção aguda: operar tecido inflamado eleva de forma importante deiscência, infecção de ferida e recidiva. O correto é drenar agora e programar a cirurgia definitiva eletiva algumas semanas depois, com o processo inflamatório resolvido.

Resposta B

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Mulher, 26 anos, procura o cirurgião para avaliação de nódulo hepático em exame de rotina solicitado pelo seu ginecologista. Nega comorbidades, história familiar relevante ou etilismo. Usa anticoncepcional oral há 5 anos. Ao exame, apresenta-se em bom estado geral, sem estigmas de hepatopatia crônica, palpação abdominal sem alterações. Traz ressonância com contraste hepatoespecífico que evidenciou nódulo hipervascular bem delimitado em segmento 6 medindo 4,8 x 4,5 cm, com conteúdo gorduroso. Na fase hepatobiliar, não se observou a captação do meio contraste pela lesão. Assinale qual é o diagnóstico mais provável do nódulo da paciente e a melhor conduta.

A. Adenoma hepático, suspensão do anticoncepcional oral e seguimento clínico. ✓

B. Adenoma hepático, suspensão do anticoncepcional oral e nodulectomia.

C. Hiperplasia nodular focal, suspensão do anticoncepcional oral e nodulectomia.

D. Hiperplasia nodular focal, suspensão do anticoncepcional oral e seguimento clínico. PAG 16/38 AI 1000
Caderno Reserva 1 So =] NO 0 o, EB Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, usuária crônica de anticoncepcional oral, com nódulo hepático incidental em fígado não cirrótico. A ressonância com contraste hepatoespecífico é o que resolve o caso: a lesão é hipervascular, bem delimitada, contém gordura e não capta o contraste na fase hepatobiliar. Ausência de captação hepatobiliar significa que a lesão não tem hepatócitos funcionantes com transportadores OATP e ductículos biliares capazes de excretar o contraste — assinatura do adenoma hepatocelular. O conteúdo gorduroso ainda sugere o subtipo com inativação de HNF1-alfa, o de comportamento mais benigno, sem a agressividade do subtipo com beta-catenina ativada.

A conduta ancora-se em dois fatos: o adenoma é hormônio-dependente, e o tamanho é o principal preditor de sangramento e de transformação maligna. Com 4,8 cm, portanto abaixo do limiar clássico de 5 cm, em mulher, a recomendação é suspender o anticoncepcional e reavaliar por imagem em cerca de seis meses, já que boa parte das lesões regride após a retirada do estrogênio. A ressecção fica reservada a lesões que persistem ou crescem apesar da suspensão, lesões iguais ou maiores que 5 cm, subtipo beta-catenina e adenoma em homem, em que se opera independentemente do tamanho — por isso a alternativa que indica nodulectomia de imediato antecipa uma cirurgia que ainda pode ser evitada. As duas opções de hiperplasia nodular focal erram o diagnóstico: a hiperplasia nodular focal capta o contraste hepatoespecífico na fase hepatobiliar, mostrando-se iso ou hipercaptante com cicatriz central, não contém gordura e não guarda relação causal com o anticoncepcional, dispensando tanto a suspensão quanto a ressecção. Cabe a ressalva de que 4,8 cm é medida limítrofe e alguns serviços já indicariam ressecção de partida.

Resposta A

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Homem, 35 anos, procura o Serviço de Emergência com queixa de dor abdominal de forte intensidade, em faixa, no andar superior do abdome. Tem relato de múltiplas passagens no hospital com quadro semelhante. Nega fatores de melhora ou piora. Refere uso contínuo de dipirona e tramadol com controle parcial dos sintomas. Relata perda de peso não quantificada no período e diarreia há 3 meses. Tem antecedente de etilismo de 1 garrafa de “pinga” por dia desde os 15 anos, tendo parado há 6 meses. Ao exame físico encontra-se em bom estado geral; IMC: 19 kg/m², ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, abdome doloroso à palpação profunda sem irritação peritoneal. Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa na qual é observada a imagem tomográfica esperada.

A. ✓

B.

C.

D.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com etilismo pesado de duas décadas, dor abdominal alta em faixa, recorrente, refratária a analgésicos comuns e opioide fraco, com perda de peso e diarreia há três meses e IMC de 19 kg/m². O conjunto é pancreatite crônica alcoólica já em fase de insuficiência exócrina — a diarreia é esteatorreia por má digestão de gorduras, e a desnutrição decorre disso. Note que a suspensão do álcool há seis meses não faz a dor cessar: na pancreatite crônica estabelecida, a fibrose, a hipertensão ductal e a inflamação perineural mantêm o sintoma.

A imagem esperada, portanto, é a da glândula cronicamente destruída: calcificações pancreáticas grosseiras, frequentemente intraductais, com dilatação irregular do ducto de Wirsung em cadeia de lagos e atrofia do parênquima. Calcificação difusa do pâncreas é o achado tomográfico mais específico dessa doença, e é o que a alternativa correta exhibe. As demais opções não reúnem essa tríade e por isso não sustentam a hipótese: um padrão de borramento da gordura peripancreática com coleções agudas corresponderia a pancreatite aguda, quadro incompatível com anos de dor recorrente e esteatorreia; uma massa hipoatenuante com dilatação simultânea de via biliar e ducto pancreático apontaria neoplasia de cabeça de pâncreas, que não explica o histórico de crises repetidas desde a juventude; e um pâncreas de morfologia preservada não corresponderia a um paciente já com insuficiência exócrina instalada.

Resposta A

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Homem, 80 anos, produtor rural, apresentou lesão de crescimento progressivo em região malar direita, há dois anos, conforme imagem a seguir: Biópsia realizada confirmou carcinoma epidermoide. O estadiamento com tomografia não identificou comprometimento ósseo ou de linfonodos parotídeos/cervicais. Com relação à lesão cutânea, assinale a conduta mais adequada.

A. Sessões de crioterapia com uso concomitante de pomada de imunoterápico.

B. Ressecção e fechamento com retalho local. ✓

C. Ressecção e fechamento com retalho microcirúrgico.

D. Ressecção micrográfica de MOHS, com fechamento por segunda intenção.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o tratamento do carcinoma epidermoide cutâneo em face, em idoso com exposição solar ocupacional crônica, já com diagnóstico histológico e estadiamento negativo para invasão óssea e para linfonodos parotídeos e cervicais. Em carcinoma epidermoide invasivo o tratamento é cirúrgico, com ressecção de margens oncológicas e reconstrução no mesmo tempo. O defeito malar resultante é de espessura parcial, sem exposição de estruturas nobres profundas, situação em que o retalho local (avanço, rotação ou transposição) é a escolha: repõe pele de cor e textura semelhantes, tem baixa morbidade e é rápido, o que importa em paciente de 80 anos.

A crioterapia associada a imunomodulador tópico só se aplica a lesões superficiais, como ceratose actínica, doença de Bowen e carcinoma basocelular superficial, e não permite avaliação de margens, sendo inadequada para tumor invasivo. O retalho microcirúrgico é reconstrução de grande porte, reservada a defeitos extensos ou compostos, com perda óssea ou exenteração, e aqui significaria anestesia prolongada sem ganho oncológico ou funcional. A cirurgia micrográfica de Mohs é técnica válida em face, mas o erro da alternativa está no fechamento por segunda intenção na região malar, que retrai e traciona a pálpebra inferior, com risco de ectrópio e deformidade.

Resposta B

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Mulher, 40 anos, foi submetida à tireoidectomia total por carcinoma papilífero em lobo esquerdo de tireoide há 6 anos, seguida de iodoterapia porque apresentava extravasamento tumoral macroscópico para musculatura pré-tireoidiana. Há 2 meses teve COVID-19 associada a quadro de sinusite, com adequada resolução. Em ultrassonografia anual de rotina foi identificado nódulo cístico de 2 cm, junto à bifurcação da carótida esquerda e linfonodos jugulo-carotídeos, globosos, heterogêneos do mesmo lado. Assinale qual é a principal hipótese diagnóstica.

- A. Cisto branquial.
- B. Cisto epidérmico.
- C. Granuloma de corpo estranho.
- D. Metástase do carcinoma papilífero. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve carcinoma papilífero de tireoide de alto risco, com extensão extratireoidiana macroscópica para a musculatura pré-tireoidiana, tratado com tireoidectomia total e radioiodo, que na vigilância anual mostra nódulo cístico cervical junto à bifurcação carotídea e linfonodos jugulocarotídeos ipsilaterais globosos e heterogêneos. Metástase linfonodal de carcinoma papilífero é classicamente cística ou com degeneração cística, além de exibir perda do hilo, microcalcificações e formato arredondado, exatamente os descritores usados. Em paciente com tumor de alto risco previamente operado, qualquer lesão cervical nova no leito de drenagem é metástase até prova em contrário, e o passo seguinte seria punção com dosagem de tireoglobulina no lavado da agulha.

O cisto branquial ocupa esse mesmo território anatômico, mas é lesão congênita que se manifesta em adultos jovens e não explica a linfonodomegalia heterogênea associada. O cisto epidérmico é lesão superficial, cutânea ou subcutânea, sem relação com o eixo carotídeo profundo. O granuloma de corpo estranho exigiria antecedente de material implantado ou trauma naquele sítio, o que não existe no caso. A COVID-19 com sinusite é distrator para linfonodo reacional, mas o episódio se resolveu e linfonodo inflamatório mantém formato ovalado com hilo preservado.

Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Homem, 25 anos, deu entrada no Serviço de Emergência com ferimento cortocontuso no 3º quirodáctilo direito (QDD) de 3 cm. Opta-se pela realização de um bloqueio troncular na base do 3º QDD para realizar a sutura do ferimento. Assinale a alternativa que apresenta o anestésico mais indicado.

- A. Ropivacaína.
- B. Benzocaína.
- C. Lidocaína sem vasoconstritor. ✓**

D. Bupivacaína com vasoconstritor. PAG 17/38 AI 1000 Caderno Reserva 176 =] 6=] oo) Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da escolha do anestésico local para bloqueio troncular digital, procedimento de rotina para sutura de ferimento em dedo. A lidocaína sem vasoconstritor reúne o que se busca nesse cenário: início de ação rápido, duração suficiente para a sutura, baixa toxicidade e ausência do vasoconstritor, cuja utilização em território de circulação terminal é classicamente proscrita pelo risco teórico de isquemia digital, já que as artérias digitais são terminais e o dedo não tem circulação colateral.

A ropivacaína é anestésico de longa duração, com latência maior e custo elevado, indicada em bloqueios de plexo e analgesia pós-operatória prolongada, não em sutura simples de pronto-socorro. A benzocaína é de uso exclusivamente tópico, em mucosas e pele, não é injetável, portanto não realiza bloqueio troncular, e ainda carrega risco de metemoglobinemia. A bupivacaína com vasoconstritor acumula dois problemas: a associação do vasoconstritor em dedo, contraindicada pela regra clássica que a prova cobra, e a duração desnecessariamente longa, com maior cardiotoxicidade em caso de injeção intravascular inadvertida.

Resposta C

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Mulher, 58 anos, com diabetes melito e insuficiência renal crônica, evolui para necessidade de hemodiálise nos próximos dias, mas ainda não tem nenhum acesso para realizar a terapia. Assinale qual é o acesso mais adequado para ser instalado nessa situação.

A. Cateter semi-implantável de alto fluxo. ✓

B. Cateter totalmente implantado.

C. Fístula arteriovenosa direta.

D. Fístula arteriovenosa com prótese.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto da questão é o acesso para hemodiálise quando existe urgência, ou seja, necessidade de iniciar a terapia em dias, e o paciente ainda não tem nenhum acesso confeccionado. O cateter venoso central semi-implantável, tunelizado e de alto fluxo, é o único que permite diálise imediata com fluxo adequado e pode ser mantido por semanas a meses, cobrindo justamente o intervalo até a maturação de um acesso definitivo. A conduta correta na prática é implantá-lo e, em paralelo, programar a confecção da fístula.

O cateter totalmente implantado, tipo port, é desenhado para infusão intermitente, como quimioterapia, e não sustenta os fluxos de 300 a 400 mL/min exigidos pela hemodiálise. A fístula arteriovenosa direta é o melhor acesso a longo prazo, com menor taxa de infecção e trombose, mas exige em média 4 a 6 semanas de maturação, o que não atende à necessidade em poucos dias. A prótese arteriovenosa, ainda que possa ser puncionada mais precocemente que a fístula nativa, também exige intervalo de duas a três semanas e é segunda linha, reservada a quem não tem rede venosa própria adequada.

Resposta A

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Paciente feminina, 48 anos, hipertensa e pré-diabética em controle com hidroclorotiazida e dieta. Procura o pronto-socorro com dor em joelho esquerdo há 2 dias. Relata que há 10 dias iniciou artralgia de punhos e mãos, de caráter migratório e que evoluiu para tornozelos e joelho esquerdo há 2 dias. Recebeu anti-inflamatório não hormonal há 10 dias por diagnóstico de tenossinovites em ultrassom de mãos. Nega traumas, infecções recentes e viagens. Relata abuso de álcool e cocaína nos últimos meses. Tem vida sexual ativa, sem uso regular de preservativos. Ao exame físico: bom estado geral, febril, estável hemodinamicamente. Joelho esquerdo: calor local, hiperemia da pele, sinal da tecla em recesso suprapatelar e dificuldade importante de flexo-extensão. Em pele de tornozelo, pé esquerdo e mãos há pequenas lesões pustulosas, com 0,7 mm em maior extensão, base eritematosa, que apareceram no dia do atendimento. Foi puncionado joelho com o líquido, conforme imagens a seguir: Assinale qual a hipótese mais provável e a conduta inicial adequada.

A. Artrite séptica por estreptococo, iniciar oxacilina até resultado de Gram e cultura geral do líquido sinovial.

B. Artrite gonocócica, iniciar ceftriaxona e oxacilina ou vancomicina até resultado de Gram, cultura geral e em meio Thayer-Martin. ✓

C. Artrite gotosa, iniciar colchicina, suspender hidroclorotiazida e ambulatoriamente alopurinol.

D. Artrite psoriásica forma pustulosa, iniciar metotrexato semanal e betametasona tópica. anti-inflamatório, prescrever

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é a síndrome artrite-dermatite da infecção gonocócica disseminada, e a vinheta traz a tríade clássica: poliartralgia migratória (punhos e mãos, depois tornozelos e joelho), tenossinovite documentada em ultrassom e lesões pustulosas de base eritematosa em extremidades, tudo em paciente febril com atividade sexual sem preservativo. A evolução para monoartrite purulenta de joelho, com derrame e limitação importante, caracteriza a fase supurativa da doença. A conduta é iniciar ceftriaxona, que cobre *Neisseria gonorrhoeae*, associada a cobertura antiestafilocócica com oxacilina ou vancomicina enquanto não se exclui artrite séptica por Gram-positivo, e semear o líquido sinovial em cultura geral e em meio seletivo de Thayer-Martin, indispensável porque o gonococo é fastidioso e o Gram do líquido é frequentemente negativo.

Atribuir o quadro a estreptococo e tratar apenas com oxacilina ignora o padrão migratório, a tenossinovite e a dermatite pustulosa, além de deixar o gonococo descoberto. A gota tem fatores de risco presentes, tiazídico e etilismo, mas não produz pústulas cutâneas nem artralgia migratória em múltiplas articulações com febre, e a conclusão dependeria de cristais de urato birrefringentes no líquido. A artrite psoriásica pustulosa não tem sustentação sem história de psoríase e, sobretudo, iniciar metotrexato diante de suspeita de artrite séptica é erro de segurança.

Resposta B

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Mulher de 60 anos segue ambulatoriamente por lúpus eritematoso sistêmico há 20 anos, diabetes melito tipo 2 e hipertensão arterial sistêmica há 10 anos. Há 1 ano em uso de hidroxicloroquina 400 mg/dia, prednisona 7,5 mg/dia, carbonato de cálcio 1250 mg/ dia, vitamina D3 7000 UI/semana, metformina 850 mg três vezes ao dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia, gliclazida 90 mg/dia e sinvastatina 20 mg/dia. Na consulta de rotina está assintomática, com pressão arterial 142x88 mmHg, IMC: 29 kg/m² e FC: 80 bpm. Traz os seguintes exames: * Hemoglobina glicada: 8,3% * Albuminúria/creatinina urinária: 120 mg/g e Creatinina: 1,2 mg/dL e Urina 1: normal e Kt:4,2 mEq/L e HDL: 40 mg/dL e LDL: 114 mg/dL e Triglicérides: 210 mg/dL e (3 e C4: normais e Anti-DNA DS: negativo * Densitometria com T-score em fêmur total de -2,8 e L1- L4 em -1,8 * Fundoscopia sem alterações e ECG com ritmo sinusal e sobrecarga de ventrículo esquerdo. Com base nessas informações, assinale o que deve ser feito para a paciente do ponto de vista medicamentoso.

A. Associar enalapril, trocar sinvastatina por atorvastatina, iniciar insulina NPH bedtime 10 UI e alendronato de sódio. ✓

- B. Associar anlodipino, trocar por rosuvastatina, aumentar a dose de gliclazida e associar denosumabe.
- C. Associar losartana, aumentar dose de sinvastatina, trocar metformina pela sua fórmula de liberação prolongada e associar alendronato de sódio.
- D. Associar losartana, aumentar dose de sinvastatina, iniciar insulina NPH bedtime 10 UI e prescrever ácido zoledrônico anual. PAG 18/38 AI 1000 Caderno Reserva 1 So 6=] o) o, o, So Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão exige revisar quatro frentes simultâneas: hipertensão não controlada, diabetes fora da meta, dislipidemia de alto risco e osteoporose induzida por corticoide. A pressão de 142x88 mmHg com sobrecarga ventricular esquerda no ECG e relação albuminúria/creatinina de 120 mg/g indica lesão de órgão-alvo e albuminúria moderada, cenário em que o bloqueio do sistema renina-angiotensina é obrigatório pelo efeito nefroprotetor, daí o enalapril. A hemoglobina glicada de 8,3% em vigência de metformina em dose plena somada a gliclazida justifica insulinização basal noturna. Sendo diabética com lesão de órgão-alvo e albuminúria, ela é de alto/muito alto risco cardiovascular, e a sinvastatina 20 mg, de intensidade moderada, deve ceder lugar a uma estatina de alta intensidade, como a atorvastatina, para atingir alvo agressivo de LDL. Por fim, T-score de -2,8 em fêmur total sob prednisona crônica fecha diagnóstico de osteoporose com indicação de bisfosfonato oral de primeira linha, o alendronato.

A alternativa com anlodipino falha por escolher um anti-hipertensivo sem ação antiproteinúrica em paciente que precisa de bloqueio do SRAA, e o denosumabe não é primeira escolha, ficando reservado a falha ou intolerância aos bisfosfonatos. As duas alternativas que propõem aumentar a dose de sinvastatina erram no mesmo ponto: sinvastatina não alcança alta intensidade e a dose de 80 mg é desaconselhada pelo risco de miopatia; além disso, trocar metformina pela formulação de liberação prolongada melhora tolerância gastrointestinal, mas não corrige a glicada, e trocar o alendronato por zoledrônico anual sem intolerância à via oral não se justifica.

Resposta A

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Mulher de 65 anos, diabética em uso de metformina 1.000 mg de 12/12 horas/dia, procura UBS por dispneia aos médios esforços, há 2 meses. Relata infarto agudo do miocárdio (IAM) há 4 anos e traz ECO com fração de ejeção de 33% e hipocinesia de parede lateral. Está em uso de AAS 100 mg/dia, atorvastatina 40 mg/dia, carvedilol 25 mg duas vezes/dia, enalapril 20 mg duas vezes/dia, espironolactona 25 mg uma vez/dia e furosemida 40 mg/dia. Ao exame físico, apresenta PA: 120x76 mmHg e FC: 68 bpm, ausculta pulmonar normal e sem edema de membros inferiores. Assinale o tratamento medicamentoso indicado para essa paciente.

- A. Introduzir ivabradina ou aumentar dose de espironolactona.
- B. Substituir carvedilol por bisoprolol para melhor beta bloquear e aumentar furosemida. de nistagmo: sem nistagmo espontâneo ou evocado pelo olhar. Pesquisa de desvio skew: sem desvio skew. Assinale a alternativa correta. (A) Vertigem postural paroxística benigna pelos episódios de tontura em crises, com queixa ausente no momento da consulta. (B) Tontura de origem central pelo head-impulse test normal.
- C. Tontura psicogênica inespecífica em decorrência de sua longa duração.
- D. Síndrome de Ménière com necessidade de realizar audiometria pelas queixas otológicas. (C) Associar sacubitril-valsartana e diminuir dose de carvedilol. (D) Associar iSGLT2 ou trocar enalapril por sacubitril- valsartana. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida de etiologia isquêmica, fração de 33%, paciente sintomática em classe funcional II e sem sinais de congestão ao exame. Ela já está em três dos quatro pilares do tratamento que reduz mortalidade: betabloqueador em dose alvo, inibidor da ECA em dose plena e antagonista mineralocorticoide. O que falta é justamente o quarto pilar, o inibidor de SGLT2, com benefício adicional em mortalidade e hospitalização independente da presença de diabetes, e que aqui ainda soma controle glicêmico. A alternativa de trocar o inibidor da ECA por sacubitril-valsartana também é correta e recomendada em paciente que permanece sintomático, respeitado o intervalo de 36 horas de suspensão do inibidor da ECA.

A ivabradina só entra em ritmo sinusal com frequência cardíaca igual ou maior que 70 bpm apesar de betabloqueador otimizado, e a paciente está com 68 bpm, fora da indicação. Substituir carvedilol por bisoprolol não traz ganho, pois ambos têm evidência em ICFe, e aumentar furosemida em paciente sem estertores e sem edema apenas expõe a hipovolemia e piora de função renal, já que o diurético é sintomático e não modifica prognóstico. Associar sacubitril-valsartana é acertado, mas reduzir a dose do carvedilol é contraproducente, porque a dose alvo do betabloqueador é exatamente o que confere redução de mortalidade.

Resposta D

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Paciente homem de 48 anos vai à consulta ambulatorial devido a quadro de queimação epigástrica diariamente, que piora após refeições e sem irradiação, vômitos ou sangramentos. Avaliado no pronto-socorro, recebeu prescrição de omeprazol 40 mg uma vez ao dia, em jejum, a qual faz uso há 4 semanas, com melhora parcial. Exames realizados no PS: Hb: 11,2 g/dL; VCM: 70 fL; HCM: 30 g/dL; Leucócitos: 7.000/mm³; Ureia: 40 mg/dL; Creatinina: 0,8 mg/dL; glicemia: 90 mg/dL. Apresenta dieta rica em produtos ultraprocessados. Pratica atividade física regular duas vezes por semana. Assinale a conduta mais adequada neste momento.

- A. Aumentar a dose de omeprazol para 80 mg ao dia.
- B. Manter prescrição de omeprazol 40 mg por mais 04 semanas e explicar que a melhora ocorre após 8 semanas de tratamento.

C. Prosseguir a investigação com endoscopia digestiva alta. ✓

- D. Prescrever amoxicilina e levofloxacino por 10 dias na detecção de *Helicobacter pylori*.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de dispepsia epigástrica crônica que respondeu apenas parcialmente a quatro semanas de inibidor de bomba de prótons, mas o dado que decide a conduta está no hemograma: hemoglobina de 11,2 g/dL com VCM de 70 fL, ou seja, anemia microcítica em homem adulto. Anemia é sinal de alarme na dispepsia e retira o paciente da estratégia empírica, impondo endoscopia digestiva alta para excluir doença ulcerosa complicada e, principalmente, neoplasia gástrica, além de permitir biópsias para pesquisa de *Helicobacter pylori* no mesmo exame. Some-se a isso a idade de 48 anos, acima do ponto de corte adotado pela maioria das diretrizes para investigar dispepsia nova por endoscopia.

Aumentar o omeprazol para 80 mg ao dia apenas mascara sintomas e retarda o diagnóstico em quem já tem sinal de alarme. Prolongar a mesma prescrição por mais quatro semanas comete o mesmo erro, e a justificativa de esperar oito semanas não se aplica diante de anemia. Prescrever amoxicilina com levofloxacino é inadequado tanto pelo esquema, já que a terapia de primeira linha no Brasil associa inibidor de bomba, amoxicilina e claritromicina, ficando a levofloxacina para resgate, quanto pela lógica, pois a detecção do *Helicobacter pylori* nesse paciente passaria justamente pela endoscopia que a alternativa dispensa.

Resposta C

QUESTÃO 54 — Gabarito B

Três pacientes foram admitidos no PS com quadro de choque hemodinâmico, sendo submetidos ao protocolo RUSH (Rapid Ultrasound in Shock) para avaliar etiologia do choque. A tabela a seguir apresenta os achados na avaliação cardíaca, do tórax e da veia cava desses três pacientes, identificados pelos números 1, 2 e 3. , a

Veia Cardíaca Pulmão Sta cava inferior Exame 1 | VE hipocontrátil Perfil B Distendida Ápice de VE Exame 2 hipercontrátil e Perfil A Distendida parede lateral hipocontrátil Exame 3 | VE hipercontrátil Perfil C Colabada Exame 4 | VE hipocontrátil Perfil B Distendida VE = Ventrículo esquerdo. Assinale qual é a alternativa que correlaciona o achado do protocolo RUSH com o diagnóstico etiológico mais provável do choque.

A. Exame 1: Sepses de foco pulmonar.

B. Exame 2: Paciente com tromboembolismo pulmonar instável. ✓

C. Exame 3: Infarto anterior extenso.

D. Exame 4: Aneurisma de aorta roto. PAG 19/38 AI 1000 Caderno Reserva 1 So 6=]) co, o, VOO Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a correlação entre padrão ultrassonográfico do protocolo RUSH e a etiologia do choque, lendo em conjunto contratilidade ventricular, perfil pulmonar e veia cava inferior. No exame 2 há disfunção segmentar com preservação da contratilidade apical, padrão análogo ao sinal de McConnell, associado a perfil A no pulmão, isto é, linhas A com deslizamento preservado, portanto pulmão seco, e veia cava inferior distendida. Essa combinação de coração sobrecarregado com cava plethórica e pulmão sem síndrome intersticial é a assinatura do choque obstrutivo, e no contexto de tromboembolismo pulmonar com repercussão hemodinâmica define instabilidade e indica reperfusão.

O exame 1, com ventrículo esquerdo hipocontrátil, perfil B (linhas B, síndrome intersticial) e cava distendida, é o retrato do choque cardiogênico com congestão pulmonar, não de sepse pulmonar, na qual se espera ventrículo hipercontrátil e cava colabável. O exame 3, com ventrículo hipercontrátil, perfil C, que corresponde a consolidação, e cava colabada, corresponde a choque distributivo de foco pulmonar, e não a infarto anterior extenso, que cursaria com ventrículo hipocontrátil. O exame 4 repete o padrão cardiogênico, enquanto aneurisma de aorta roto produziria hipovolemia, com cava colabada, ventrículo hipercontrátil e líquido livre abdominal.

Resposta B

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Homem, 55 anos, procura pronto-socorro por quadro de palpitações há 1 hora, após terminar treino habitual de corrida. Relata uso regular de creatina pré-treino e tratamento para HAS com enalapril e anlodipino. Nega dor no peito ou falta de ar. Nega tabagismo, uso de drogas ilícitas ou alcoolismo. Ao exame físico inicial: PA: 120x80 mmHg; FC: 116 bpm; FR: 12 ipm; SpO₂: 94%; ritmo cardíaco irregular, murmúrios vesiculares normais, sem outras I avR vi II avI vz III avr v3 Com base nessas informações, assinale a conduta mais adequada.

A. Realizar cardioversão elétrica. ✓

B. Iniciar anticoagulação.

C. Iniciar betabloqueador.

D. Indicar cateterismo. alterações. ECG da entrada apresentado a seguir:

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de fibrilação atrial de início recente, deflagrada após esforço físico, com ritmo cardíaco irregular ao exame e frequência de 116 bpm, em paciente hipertenso sem dor torácica, sem dispneia e com pressão preservada. O elemento decisivo é o tempo: as palpitações começaram há uma hora, portanto abaixo das 48 horas, janela em que a reversão do ritmo pode ser feita sem ecocardiograma transesofágico prévio e sem três semanas de anticoagulação. Sendo primeiro episódio, sintomático e com gatilho identificável, a estratégia de controle do ritmo é a que devolve o paciente ao sinusal com maior taxa de sucesso, e a cardioversão elétrica sincronizada é o método de maior eficácia imediata.

Iniciar anticoagulação isoladamente não resolve a arritmia e, nesse homem com apenas a hipertensão pontuando no CHA2DS2-VASc, é medida complementar, devendo-se manter anticoagulação por pelo menos quatro semanas após a reversão. O betabloqueador cumpre controle de frequência, aceitável em outros contextos, mas desperdiça a janela das 48 horas em paciente jovem, sintomático e no primeiro evento. O cateterismo não tem lugar aqui, pois não há dor precordial, alteração isquêmica descrita ou instabilidade que sugira síndrome coronariana. Vale registrar que, por estar hemodinamicamente estável, a cardioversão farmacológica seria alternativa igualmente defensável, e nesse ponto a questão é discutível; o que não muda é a decisão central de reverter o ritmo agora.

Resposta A

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Paciente masculino, 53 anos, portador de cirrose hepática por hepatite C, em uso de furosemida e aguardando transplante hepático. Há três dias apresentou temperatura de 38,4 °C, aumento do volume abdominal. Posteriormente tornou-se confuso, desorientado, com flapping e sonolência. Os exames na sala de emergência mostraram: Hb: 11,7 g/dL; leucócitos: 5.670/mm³; plaquetas 120.000/mm³; ureia 72 mg/dL; creatinina 1,5 mg/dL; glicose 110 mg/dL; Na⁺ 128 mEq/L; K⁺ 2,8 mEq/L, C4⁻ 101 mEq/L. Assinale qual é a conduta mais adequada na admissão.

A. Aumentar o diurético, repor K⁺ por via parenteral e prescrever norfloxacino. ✓

B. Corrigir a hipocalemia, investigar estado infeccioso e prescrever enema de lactulose.

C. Orientar restrição de água livre, manter a furosemida e administrar lactulose.

D. Administrar soro fisiológico, repor K⁺ por via parenteral e iniciar espironolactona.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente é um cirrótico descompensado que abre com febre e aumento do volume abdominal, ou seja, ascite infectada até prova em contrário, e evolui com confusão, flapping e sonolência, caracterizando encefalopatia hepática precipitada por essa infecção. A leitura do gabarito reúne os três eixos do caso: controle da ascite com ajuste do diurético, correção da hipocalemia por via parenteral, já que potássio de 2,8 mEq/L é precipitante clássico de encefalopatia por aumentar a amoniogênese renal e favorecer a alcalose, e cobertura antimicrobiana com quinolona para o quadro infeccioso do líquido ascítico.

A opção de apenas investigar o estado infeccioso e prescrever enema de lactulose adia o antibiótico em paciente febril com ascite, e a lactulose trata a manifestação sem atacar o precipitante. Restringir água livre mantendo furosemida e lactulose ignora tanto a infecção quanto a hipocalemia, e a restrição hídrica na hiponatremia dilucional só se justifica em valores mais baixos que os apresentados. Administrar soro fisiológico oferece sobrecarga de sódio a quem tem ascite e hiponatremia dilucional, e iniciar espironolactona não cobre nem a infecção nem o distúrbio eletrolítico agudo. Cabe a ressalva de que, na peritonite bacteriana espontânea já estabelecida, a conduta consagrada é paracentese diagnóstica seguida de cefalosporina de terceira geração com albumina, ficando o norfloxacino como profilaxia, e o aumento do diurético em paciente com creatinina de 1,5 mg/dL e sódio de 128 mEq/L é ponto legitimamente criticável.

Resposta A

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Paciente de 48 anos apresenta há 6 meses lesões na face (rash predominantemente em região periorbital e fronte, conforme imagem a seguir) e também em membros superiores. Relacionado ao quadro clínico, assinale qual dos sintomas é mais provável para essa paciente.

A. Fraqueza da musculatura proximal de membros. ✓

B. Oligoartrite de grandes articulações.

C. Oligúria.

D. Edema de membros inferiores.

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve rash de distribuição periorbital e frontal, com acometimento também de membros superiores, evoluindo há seis meses, quadro cutâneo que caracteriza a dermatomiosite, doença inflamatória sistêmica em que a pele e o músculo estriado esquelético são os alvos principais. O componente muscular é miopatia inflamatória proximal, simétrica e insidiosa, que se manifesta como dificuldade para subir escadas, levantar-se da cadeira e elevar os braços para pentear o cabelo, com elevação de enzimas musculares. Por isso, entre os sintomas oferecidos, a fraqueza da musculatura proximal de membros é a associação esperada, e o diagnóstico ainda obriga a rastrear neoplasia oculta, dada a forte associação paraneoplásica em adultos. A oligoartrite de grandes articulações não é o padrão articular da doença, cujo envolvimento articular, quando existe, tende a ser poliarticular, simétrico e de pequenas articulações, além de secundário no quadro clínico. A oligúria remeteria a glomerulonefrite, manifestação de lúpus e de vasculites, e não da dermatomiosite, que poupa o rim salvo em rabdomiólise maciça, situação excepcional. O edema de membros inferiores aponta para insuficiência cardíaca ou síndrome nefrótica, também fora do espectro típico da doença.

Resposta A

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Assinale qual o diagnóstico e qual achado laboratorial é esperado.

A. Eritema nodoso hansênico e baciloscopia negativa.

B. Hanseníase tuberculóide e baciloscopia negativa. ✓

C. Hanseníase virchowiana e baciloscopia positiva.

D. Hanseníase dimorfa virchowiana e baciloscopia positiva. TEXTO PARA AS QUESTÕES 61 E 62 Paciente de 78 anos refere lesões localizadas na região suprapúbica há 3 meses. Fotos da lesão e da microscopia ótica do raspado da lesão são apresentadas a seguir: Vw” o DIA Lo c

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz o retrato clássico da hanseníase paucibacilar: lesão única, eritematosa, infiltrada, com bordas bem delimitadas e, sobretudo, com as três sensibilidades (térmica, dolorosa e tátil) diminuídas no próprio território da placa. Perda sensitiva dentro da lesão é o dado que fecha hanseníase e afasta praticamente todas as dermatoses eritemato-descamativas. A forma tuberculóide corresponde ao polo de boa resposta imune celular (Mitsuda positivo), no qual o hospedeiro contém a multiplicação bacilar; por isso as lesões são poucas (até cinco), assimétricas, bem demarcadas e com dano neural precoce, e a baciloscopia do raspado intradérmico é negativa. Justamente por ser bacilo-negativa, a classificação operacional aqui é paucibacilar, com PQT de seis doses.

O eritema nodoso hansênico é reação tipo 2, própria dos multibacilares, e se apresenta com nódulos eritematosos dolorosos disseminados, febre e artralgia, em paciente com baciloscopia positiva — não com placa única de dois anos. A forma virchowiana cursa com infiltração difusa, hansenomas, madarose e baciloscopia francamente positiva, quadro incompatível com lesão isolada bem delimitada. A dimorfa-virchowiana também é multibacilar, com lesões múltiplas de limites internos nítidos e externos esmaecidos e baciloscopia positiva. Resposta B

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Considerando o achado mais provável, assinale qual a orientação em relação aos contactantes da paciente.

- A. Realização de baciloscopia, teste rápido e exame histopatológico nos contactantes.
- B. Orientação de autoexame dos contactantes, moradores da mesma habitação há 2 anos.
- C. Contato telefônico anual de contactantes por 3 anos.
- D. Avaliação clínica dermatológica e neurológica dos contactantes, moradores da mesma habitação há 5 anos. TEXTO PARA AS QUESTÕES 59 E 60 Mulher, 45 anos, apresenta há 2 anos lesão eritematosa, infiltrada, bem delimitada no antebraço esquerdo, conforme figura apresentada. Peso de 67 kg. Testes realizados demonstraram sensibilidades térmica, dolorosa e tátil diminuídas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a vigilância de contatos na hanseníase, que é a principal medida de controle da cadeia de transmissão. A norma do Ministério da Saúde define contato domiciliar e social como toda pessoa que conviveu com o caso índice nos últimos cinco anos, e a conduta obrigatória é o exame dermatoneurológico completo — inspeção de toda a superfície cutânea em busca de lesões com alteração de sensibilidade e avaliação de nervos periféricos e da função sensitivo-motora —, repetido anualmente enquanto houver risco, somado à avaliação da cicatriz de BCG (com indicação de dose conforme o esquema vigente), orientação sobre sinais e sintomas e, hoje, oferta de quimioprofilaxia com rifampicina em dose única aos contatos elegíveis.

Baciloscopia, teste rápido sorológico e histopatologia não são exames de rastreio de contato assintomático: eles entram na investigação do doente ou de contato que já apresenta lesão suspeita. Orientar apenas autoexame não substitui a avaliação por profissional treinado, e o recorte temporal correto é de cinco anos de convivência, não de dois. Contato telefônico anual é seguimento passivo e não permite identificar mancha hipocrômica com hipoestesia ou espessamento neural, que só o exame presencial detecta. Resposta D

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Assinale qual é o diagnóstico e o achado do raspado.

- A. Candidose; pseudo-hifas e esporos. ✓**
- B. Tínea do corpo; hifas artrosporadas.
- C. Eritrasma; *Corynebacterium minutissimum*.
- D. Pitíriase versicolor; *Malassezia globosa*.

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com lesão de três meses em região suprapúbica, ou seja, em área de dobra, oclusão e umidade — o terreno típico da candidíase cutânea (intertrigo candidiásico), favorecida por idade avançada, diabetes, obesidade, incontinência e uso de fraldas ou roupas oclusivas. O quadro é de placa eritematosa de fundo úmido, com maceração no fundo da prega, colarete descamativo e, caracteristicamente, lesões satélites papulopustulosas fora da borda principal. Ao exame micológico direto do raspado, *Candida* se apresenta como pseudo-hifas acompanhadas de esporos (blastocônídios) — exatamente o par descrito na alternativa correta. Na tínea do corpo o direto mostra hifas septadas e artrosporadas, e a lesão tem borda ativa descamativa com tendência à cura central, sem pústulas satélites. O eritrasma é bacteriano, causado por *Corynebacterium minutissimum*, e se manifesta como mancha acastanhada, seca, com fluorescência vermelho-coral à luz de Wood — não se diagnostica por pseudo-hifas no micológico. A pitíriase versicolor, por *Malassezia*, dá máculas hipocrômicas ou acastanhadas com descamação furfurácea em tronco, colo e ombros, e o direto exhibe o padrão de hifas curtas com esporos agrupados (espaguete com almôndegas), topografia e morfologia que não correspondem ao caso. Resposta A

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Assinale quais são os principais diagnósticos diferenciais para a afecção dessa paciente.

A. Dermatite atópica e erupção variceliforme de Kaposi.

B. Intertrigo e dermatite seborreica. ✓

C. Pênfigo vulgar e foliculite bacteriana.

D. Impetigo e erisipela. PAG 21/38 AI 1000 Caderno Reserva So o [o fem) O) mM, — E) Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Uma vez firmado o diagnóstico de candidíase de dobra, os diferenciais relevantes são as outras dermatoses que se instalam exatamente no mesmo microambiente de atrito, calor e umidade. O intertrigo simples (irritativo ou bacteriano) produz eritema no fundo da prega, com maceração e fissura, mas sem as pústulas satélites; e a dermatite seborreica em sua forma flexural cursa com placas eritematosas de descamação fina e untuosa nas dobras inguinais, axilares e inframamárias, muitas vezes acompanhada de acometimento de couro cabeludo, região retroauricular e sulco nasogeniano. São, portanto, os quadros que competem diretamente com a candidíase nessa topografia e nessa evolução arrastada de meses.

Dermatite atópica com erupção variceliforme de Kaposi descreve o eczema herpético, quadro agudo e febril, com vesículas monomórficas umbilicadas sobre pele eczematosas, em geral em atópico jovem. Pênfigo vulgar cursa com bolhas flácidas, erosões dolorosas e acometimento de mucosa oral, com sinal de Nikolsky positivo, e exige imunofluorescência. Impetigo e erisipela são infecções bacterianas agudas: o primeiro com crostas melicéricas, a segunda com placa quente, dolorosa, de bordas elevadas e nítidas, acompanhada de febre — evolução de dias, não de três meses. Resposta B

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Paciente do sexo masculino, 59 anos, tabagista ativo (20 anos- maço), HAS e DM tipo II, em uso de hidroclorotiazida 25 mg/dia, losartana 50 mg/dia e metformina 850 mg 3x/dia. Procura pronto-socorro por dispneia progressiva há 7 dias com piora há 1 dia, além de dor torácica dependente da ventilação em hemitórax esquerdo e queda do estado geral. ECG normal. Realizado POCUS pulmonar com as imagens a seguir: Hemitórax direito: Deslizamento pulmonar presente Hemitórax esquerdo: Deslizamento pulmonar ausente Assinale qual é a melhor opção de tratamento para esse paciente.

A. Antibioticoterapia. ✓

B. Diurético parenteral.

C. Ventilação não invasiva e vasodilatação com nitroglicerina.

D. Drenagem pleural fechada com cateter pigtail. e POCUS Cardíaco: VTI: 18 (VR > 17). e Exame de imagem de veia cava inferior a seguir: Assinale qual é a melhor conduta terapêutica no momento atual. (A) Realizar nova prova volêmica até completar 30 mL/kg em 3 horas. (B) Realizar punção venosa central guiada por USG para iniciar noradrenalina. (C) Iniciar noradrenalina em acesso venoso periférico proximal. (D) Iniciar dose de estresse de furosemida devido indícios de congestão sistêmica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de um tabagista pesado, diabético, com síndrome respiratória de instalação subaguda: dispneia progressiva há sete dias que piora, dor torácica ventilatório-dependente à esquerda e queda do estado geral, com ECG normal (afastando o eixo isquêmico). O ponto que a banca quer testar é a interpretação do POCUS: ausência de deslizamento pleural NÃO é sinônimo de pneumotórax. O deslizamento desaparece sempre que as pleuras deixam de correr uma sobre a outra, o que acontece em consolidação com hepatização do parênquima, atelectasia, aderências pleurais, intubação seletiva e SDRA. Para afirmar pneumotórax seria preciso o lung point, além de ausência de linhas B e de pulso pulmonar naquele hemitórax. Com o padrão encontrado no exame somado à clínica de sete dias de evolução com dor pleurítica e prostração em paciente diabético, o diagnóstico é pneumonia, e o tratamento é antibioticoterapia.

Diurético parenteral trataria congestão por insuficiência cardíaca descompensada, que se apresenta com linhas B bilaterais e difusas, não com achado unilateral e dor pleurítica. Ventilação não invasiva com nitroglicerina é o pacote do edema agudo hipertensivo, cenário que exige congestão bilateral e hipertensão, ausentes aqui.

Drenagem pleural com pigtail só se justificaria diante de pneumotórax confirmado ou derrame volumoso/complicado — drenar apoiado apenas na abolição do deslizamento é expor o paciente a um procedimento invasivo sem diagnóstico. Resposta A

QUESTÃO 65 — Gabarito B

Paciente de 30 anos de idade é levado ao pronto-socorro por amigos após apresentar letargia e rebaixamento do nível de consciência. Não há relato de medicações de uso contínuo, comorbidades, uso de drogas ilícitas ou histórico de trauma. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 29 ipm, SpO₂ 95% em ar ambiente, respiração ruidosa, escala de coma de Glasgow 10 (AO 3 RM 4 RV 3), pupilas isocóricas e fotorreagentes. PA: 98x68 mmHg, FC: 102 bpm, TEC: < 3s. Realizada TC de crânio que não demonstrou anormalidades. ECG normal. e Exames laboratoriais: Na⁺: 141 mEq/L K⁺: 3.5 mEq/L Cc²⁺: 101 mEq/L Ureia: 35 mg/dL Creatinina sérica: 0,7 mg/dL Glicemia: 89 mg/dL Gasometria arterial: pH 7,05 pO₂: 62 mmHg pCO₂: 24 mmHg Bicarbonato: 7 mEq/L Osmolaridade sérica mensurada: 340 mOsm/kg. Assinale qual das alternativas melhor descreve os achados dos exames laboratoriais.

A. Acidose metabólica e acidose respiratória concomitante.

B. Acidose metabólica compensada com ânion GAP aumentado e GAP osmolar. ✓

C. Acidose metabólica compensada com ânion GAP normal e GAP osmolar.

D. Alcalose metabólica com acidose secundária. PAG 22/38 AI 1000 Caderno Reserva So =] o) mM, mM, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com rebaixamento de consciência, taquipneia (FR 29) e tomografia normal: o caminho é a gasometria. O pH de 7,05 com bicarbonato de 7 mEq/L define acidose metabólica grave, e o pCO₂ de 24 mmHg mostra que existe resposta respiratória (hiperventilação) tentando compensá-la — daí o termo compensada. O ânion gap é $141 - (101 + 7) = 33$ mEq/L, portanto francamente elevado. O passo seguinte é o gap osmolar: a osmolaridade calculada ($2 \times \text{Na} + \text{glicose}/18 + \text{ureia}/6$) dá cerca de 293 mOsm/kg, contra 340 mOsm/kg medidos, ou seja, uma diferença próxima de 47, muito acima do limite de 10. Acidose com ânion gap alto e gap osmolar alto em paciente sem cetoacidose (glicemia 89) nem uremia (creatinina 0,7) nem choque é a assinatura da intoxicação por álcoois tóxicos, como metanol e etilenoglicol, e obriga a considerar fomepizol/etanol e hemodiálise. Não há acidose respiratória concomitante: o pCO₂ está reduzido, e não elevado, o que caracteriza hiperventilação e não retenção. O ânion gap não é normal, e sim de 33, o que exclui a terceira alternativa. E não existe alcalose metabólica alguma diante de bicarbonato de 7 com pH de 7,05. Vale registrar que, pela fórmula de Winter ($1,5 \times 7 + 8 = 18,5 \pm 2$), o pCO₂ esperado seria de 16 a 21 mmHg, de modo que 24 mmHg indica compensação um pouco aquém do previsto — ponto discutível na redação da questão, mas a única alternativa que descreve corretamente o conjunto ânion gap elevado mais gap osmolar continua sendo a oficial. Resposta B

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino de 32 anos, 70 kg, sofreu um acidente de motocicleta há quatro dias, evoluindo com tetraplegia. Na unidade de terapia intensiva, desenvolveu insuficiência respiratória, necessitando de intubação orotraqueal. O intensivista opta por intubação em sequência rápida utilizando fentanil 100 ug, etomidato 20 mg e succinilcolina 70 mg via venosa. Evolui com assistolia imediatamente após a administração das medicações. Assinale qual é a principal hipótese diagnóstica para essa parada.

- A. Hipóxia secundária ao uso de fentanil.
- B. Tromboembolismo pulmonar.
- C. Hiperpotassemia secundária a succinilcolina. ✓**
- D. Choque distributivo secundário ao etomidato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de uma parada cardíaca induzida por droga, e a pista está na combinação lesão medular com tetraplegia há quatro dias mais succinilcolina. Após denervação, imobilidade prolongada, queimadura extensa, lesão medular ou de neurônio motor, ocorre regulação para cima (upregulation) de receptores nicotínicos extrajuncionais imaturos por toda a membrana muscular. Quando o bloqueador despolarizante é administrado, esses receptores se abrem em massa e liberam potássio do intracelular para o plasma, produzindo hipercalemia aguda e maciça, com arritmia e parada em assistolia ou AESP nos segundos que seguem a injeção. Por isso a succinilcolina é contraindicada a partir de cerca de 48 a 72 horas do evento e permanece proibida por meses; o caso está exatamente nessa janela. O tratamento imediato é gluconato ou cloreto de cálcio, além das medidas de deslocamento intracelular do potássio durante a RCP.

Fentanil em dose de 100 mcg pode causar rigidez torácica, mas o paciente estava sendo intubado e ventilado, e hipóxia leva a bradicardia progressiva, não a assistolia instantânea. Tromboembolismo pulmonar é plausível em imobilizado, porém não guarda relação temporal exata com a injeção das drogas e costuma cursar com deterioração hemodinâmica progressiva antes da parada. Etomidato é escolhido justamente por preservar a hemodinâmica; seu efeito adverso relevante é a supressão adrenal, e não colapso distributivo imediato. Resposta C

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Assinale qual é a topografia lesional atual para o caso conforme o exame neurológico descrito no caso apresentado.

- A. Bulbo.
- B. Ponte. ✓**
- C. Córtex difuso.
- D. Mesencéfalo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de localização topográfica no paciente comatoso, e o método é sempre o mesmo: cruzar o padrão pupilar, os reflexos de tronco e a resposta motora, porque cada nível tem uma assinatura própria.

Comprometimento cortical difuso ou diencefálico mantém os reflexos de tronco preservados, com pupilas pequenas e fotorreagentes e resposta motora em decorticação. O nível mesencefálico produz pupilas médio-fixas, areativas, com postura em descerebração. O nível pontino caracteriza-se por pupilas puntiformes (perda do simpático descendente com predomínio parassimpático), abolição dos reflexos óculo-cefálico e óculo-vestibular horizontais por acometimento do fascículo longitudinal medial e dos núcleos do VI par, e padrão respiratório apnéustico. Já o nível bulbar traz flacidez completa, apneia e instabilidade circulatória.

O exame descrito no caso encaixa nesse terceiro conjunto, o que situa a lesão na ponte. Bulbo está descartado porque implicaria apneia e colapso hemodinâmico com perda de todos os reflexos de tronco. Córtex difuso não explica abolição de reflexos de tronco, que ali permanecem íntegros. Mesencéfalo cursaria com pupilas médio-fixas e descerebração, padrão distinto do apresentado. Resposta B

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Realizada a prova calórica com água fria no vestíbulo direito do paciente, assinale qual a resposta esperada.

- A. Desvio do olhar conjugado tônico para a esquerda.
- B. Desvio do olhar conjugado tônica para a direita.
- C. Desvio do olhar conjugado tônico para cima.
- D. Ausência de resposta. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A prova calórica avalia o reflexo vestibulo-ocular, cujo arco atravessa o tronco encefálico: canal semicircular e nervo vestibular, núcleos vestibulares na junção bulbo-pontina, fascículo longitudinal medial e, por fim, os núcleos do VI par (ponte) e do III par (mesencéfalo). Com o tronco íntegro e o paciente comatoso, a irrigação com água fria no conduto direito inibe o labirinto daquele lado e produz desvio tônico conjugado do olhar para o lado irrigado, ou seja, para a direita; a fase rápida corretiva do nistagmo, que bateria para o lado oposto, só existe no paciente acordado, porque depende do córtex frontal. A ausência completa de resposta, portanto, significa que o arco está interrompido dentro do tronco — é o que se espera na lesão pontina extensa descrita no caso, e é justamente o sinal de mau prognóstico que a manobra procura.

Desvio conjugado para a esquerda seria a direção da fase rápida em paciente vígil, não a resposta tônica do comatoso à irrigação fria direita. Desvio conjugado para a direita é a resposta normal, esperada se o tronco estivesse preservado, o que aqui já foi afastado pelo exame. Desvio para cima não ocorre com irrigação unilateral fria: movimentos verticais só aparecem na irrigação bilateral simultânea, com água quente elevando e água fria abaixando o olhar. Resposta D

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Caso nenhuma intervenção seja realizada, assinale qual padrão de exame neurológico corresponde à evolução natural esperada.

- A. Ausência de resposta motora, pupilas médio-fixas, reflexo óculo-cefálico ausente. ✓**
 - B. Ausência de resposta motora, pupilas puntiformes, reflexo óculo-cefálico desconjugado.
 - C. Extensão nos quatro membros, pupilas médio-fixas, reflexo óculo-cefálico ausente.
 - D. Extensão nos quatro membros, pupilas puntiformes, reflexo óculo-cefálico desconjugado. PAG 23/38 AI 1000
- Caderno Reserva So =] NO 0 mM, o, md Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a evolução natural da deterioração rostrocaudal, isto é, o próximo degrau na progressão da lesão no eixo do tronco encefálico. Estando o paciente já em nível pontino, a piora leva ao comprometimento bulbar, cuja tradução clínica é a perda de qualquer resposta motora — nem flexão, nem extensão, apenas flacidez —, pupilas que deixam a fase puntiforme e assumem posição média fixa e arreativa pela perda conjunta da inervação simpática e parassimpática, e abolição completa dos reflexos de tronco, incluindo o óculo-cefálico. É o padrão que antecede a apneia e a instabilidade circulatória terminal.

Ausência de resposta motora com pupilas puntiformes e reflexo óculo-cefálico apenas desconjugado descreve ainda o estágio pontino, ou seja, o quadro atual, e não sua evolução. Extensão nos quatro membros (descerebração) corresponde ao nível mesencefálico e pontino alto, portanto seria retroceder na sequência, não progredir. E a combinação de descerebração com pupilas puntiformes e reflexo desconjugado mistura níveis incompatíveis entre si. Resposta A

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, 71 anos, diagnosticado com doença de Parkinson há 11 anos. No início desenvolveu somente tremor de extremidades, mas evolui com a tríade clássica de sintomas: tremor de repouso, rigidez muscular e bradicinesia, fechando o diagnóstico. Inicialmente, o paciente respondeu bem ao tratamento com levodopa e agonistas de dopamina, que ajudaram a controlar os sintomas motores, mas houve progressão da doença nos últimos 2 anos e o paciente começou a apresentar flutuações motoras, com períodos de bom controle motor alternados com períodos de piora dos sintomas. Nas últimas semanas, vem apresentando sintomas psicóticos (por exemplo, acredita que o vizinho o está vigiando, que mexe em sua lata de lixo, etc), mas são ideias pouco estruturadas. Assinale qual é a afirmativa correta relacionada a sintomas psicóticos na doença de Parkinson.

- A. Ocorre mais no início dos sintomas da doença, podendo ser exacerbado com o tratamento da levodopa.
- B. Há relatos de sintomas psicóticos em pacientes com a doença, mas são raros (menos de 1% dos casos).
- C. Ocorre em uma frequência semelhante à prevalência na população geral, ou seja, por volta de 2%.
- D. Está associado com os estágios mais avançados da doença, podendo atingir 20% dos casos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve doença de Parkinson com onze anos de evolução, já com flutuações motoras, que passa a apresentar delírios paranoides pouco estruturados — o quadro de psicose associada à doença de Parkinson. Esse fenômeno não é raridade nem coincidência epidemiológica: está ligado à progressão da doença e é fortemente associado aos estágios avançados, à maior duração de tratamento dopaminérgico, à idade avançada, ao declínio cognitivo e ao distúrbio comportamental do sono REM, com prevalência que alcança cerca de 20% dos pacientes (e ainda maior em séries de longo seguimento, quando se incluem alucinações visuais e alucinações menores, como o senso de presença). O manejo começa por afastar delirium e infecção, revisar e retirar na ordem anticolinérgicos, amantadina, agonistas dopaminérgicos e inibidores enzimáticos, reduzindo a levodopa por último; se necessário antipsicótico, usam-se pimavanserina, quetiapina ou clozapina, jamais haloperidol ou risperidona, que agravam o parkinsonismo.

Psicose logo no início do quadro motor não é o padrão da doença de Parkinson e, quando ocorre precocemente, sugere demência com corpos de Lewy. Dizer que são relatos raros, em menos de 1% dos casos, subestima grosseiramente a prevalência. E afirmar frequência semelhante à da população geral, em torno de 2%, ignora que a psicose aqui é intrínseca à evolução da doença e ao tratamento dopaminérgico. Resposta D

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Familiares trazem ao médico um paciente de 81 anos, com história de declínio progressivo da memória e cognição há 5 anos, mas que era parcialmente independente para atividades diárias que o médico classificou como ECOG 3 (capaz de autocuidado apenas limitado; confinado à cama ou cadeira mais de 50% das horas de vigília). Segundo a família, há dois dias paciente não vem se alimentando, com aumento da sonolência e diminuição do contato verbal. O médico fez o diagnóstico de delirium e sugeriu internação para investigação do fator desencadeante. Dentre as funções cognitivas listadas a seguir, assinale qual é o distúrbio primário observado no delirium.

A. Atenção. ✓

B. Função executiva.

C. Memória de curto prazo.

D. Função visuoespacial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso ilustra delirium sobreposto a demência em idoso frágil, cenário que é a regra na enfermaria de geriatria: declínio cognitivo de cinco anos, baixa reserva funcional (ECOG 3) e, em dois dias, recusa alimentar, sonolência e queda do contato verbal — início agudo e curso flutuante, com um fator precipitante a ser caçado (infecção, desidratação, dor, retenção urinária, fecaloma, droga nova). Pelos critérios do DSM-5, o distúrbio primário e definidor do delirium é a atenção: perturbação da atenção e da consciência, com redução da capacidade de direcionar, focar, manter e deslocar o foco atencional. É por isso que os instrumentos de rastreio à beira do leito, como o CAM e o CAM-ICU, ancoram-se em inatenção, e testes simples de atenção sustentada (dias da semana de trás para frente, repetição de sequências) são a chave do diagnóstico.

Disfunção executiva pode acompanhar o quadro, mas não é o eixo que define o diagnóstico e é achado central de demências frontais e vasculares. Comprometimento de memória de curto prazo, ainda que presente, é a marca inaugural típica da doença de Alzheimer, e no delirium a falha de registro é consequência da inatenção. Déficit visuoespacial caracteriza a demência com corpos de Lewy e fases mais avançadas do Alzheimer, não o quadro agudo confusional. Resposta A

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Usuária do SUS, 23 anos, está grávida e terá uma consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS) próxima de sua moradia. Ao chegar no serviço, antes de ser atendida em consulta de pré-natal, é convidada para participar de um grupo de gestantes organizado por uma das técnicas de enfermagem da UBS para conversar sobre a gravidez, o parto e a amamentação. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- A. Dentre os três assuntos discutidos no grupo, a amamentação deve ser considerada como a principal ação de Promoção da Saúde.
- B. As atividades educativas que ocorrem durante o pré-natal de baixo risco na Atenção Primária são um exemplo de políticas de Promoção da Saúde. ✓**
- C. As atividades educativas que ocorrem durante o pré-natal de baixo risco na Atenção Primária não são um exemplo de intersetorialidade entre Saúde e Educação.
- D. As ações de Promoção da Saúde voltadas às gestantes referem-se principalmente à vigilância nutricional para o ganho de peso adequado durante o pré-natal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito de Promoção da Saúde aplicado ao pré-natal de baixo risco na Atenção Primária. Segundo a Política Nacional de Promoção da Saúde, promoção não se confunde com prevenção de um agravo específico: envolve atuação sobre determinantes sociais, autonomia e empoderamento dos sujeitos, e a educação em saúde em grupo é seu instrumento clássico. Um grupo de gestantes que discute gravidez, parto e amamentação amplia o poder de decisão da mulher sobre o próprio corpo e sobre o cuidado do filho, o que caracteriza exatamente uma ação de promoção, e por isso a atividade educativa do pré-natal é apresentada como exemplo de política de promoção. A erra ao hierarquizar: nenhum dos três temas é a principal ação de promoção, e a amamentação, isoladamente, tem forte componente de proteção e prevenção. C erra pela negativa: a educação em saúde na gestação dialoga com o setor Educação, e a intersetorialidade é princípio estruturante da promoção, de modo que não se pode afirmar que ali não haja articulação intersetorial. D reduz a promoção à vigilância nutricional e ao ganho de peso, que é ação pontual de vigilância e prevenção, não o eixo principal da promoção. Resposta B

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Dois serviços de atenção primária de um município realizam o acompanhamento clínico-laboratorial do tratamento da tuberculose ativa (TB). O número de pacientes é semelhante nos dois serviços. As taxas de perda de seguimento (30 dias sem medicação), no ano de 2022 foram: e Serviço A: 12% e Serviço B: 18%. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- A. A assistência prestada pelo serviço A é de melhor qualidade.
- B. No serviço A, o processo de atendimento é mais integral.
- C. É necessário conhecer as taxas de cura para comparação dos serviços.
- D. É necessário o ajuste por variáveis de características dos pacientes para comparação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra comparação de indicadores entre serviços e o conceito de confundimento pelo perfil da clientela. A taxa de perda de seguimento é indicador válido da qualidade do acompanhamento da tuberculose, mas 12% contra 18% são taxas brutas, e a adesão ao tratamento depende fortemente das características da população atendida: situação de rua, uso de álcool e outras drogas, privação de liberdade, coinfeção pelo HIV, migração, escolaridade e vínculo de trabalho. Sem ajuste por essas variáveis, a diferença observada pode refletir o perfil dos pacientes de cada serviço, e não o desempenho do processo de trabalho; por isso a comparação exige padronização ou ajuste. A e B erram ao inferir causalidade a partir da taxa bruta: melhor resultado aparente não autoriza concluir melhor qualidade da assistência nem maior integralidade do atendimento. C erra porque acrescentar a taxa de cura não resolve o problema, já que esse indicador sofre exatamente o mesmo viés de composição da clientela; o que falta não é outro indicador, e sim a comparabilidade entre os grupos. Resposta D

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Quanto ao financiamento do sistema de saúde brasileiro, assinale a alternativa correta.

- A. Gastos privados com saúde em 2019 representam aproximadamente metade do gasto público.
- B. No Brasil, medicamentos são majoritariamente financiados pelo SUS, incluindo programas específicos como o Farmácia Popular.
- C. A atenção ambulatorial especializada no SUS é majoritariamente financiada pelo governo federal com uma participação equivalente dos governos estaduais e municipais. ✓**
- D. Os governos municipais têm a maior participação no financiamento das internações do SUS do que os governos estaduais e federal. (D) Taxa de prevalência de incapacidades físicas no diagnóstico de pessoas com hanseníase. PAG 24/38 AI 10000000 Caderno Reserva 2439 Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a estrutura do financiamento do sistema de saúde brasileiro e a participação de cada esfera de governo. Na atenção ambulatorial especializada, custeada pelo bloco de Média e Alta Complexidade, a maior parcela dos recursos vem de transferências federais, cabendo a estados e municípios participação complementar e aproximadamente equivalente entre si, o que valida a alternativa oficial. A inverte a realidade: o gasto privado brasileiro não é metade do público, e sim maior que ele, respondendo por cerca de 55% a 60% do gasto total em saúde, o que faz do Brasil um dos poucos países com sistema universal em que o gasto privado supera o público. B erra porque medicamentos são o principal item de desembolso direto das famílias; mesmo com os componentes básico e especializado da assistência farmacêutica e com o Farmácia Popular, a maior parte do gasto com medicamentos permanece privada. D erra na hierarquia das esferas: os municípios lideram o financiamento e a execução da atenção básica, mas as internações hospitalares do SUS são majoritariamente custeadas com recursos federais. Resposta C

QUESTÃO 78 — Gabarito C

A Coluna 1, a seguir, apresenta os indicadores destinados à análise da situação de saúde referentes ao estado de saúde da população e aos fatores determinantes da saúde, que podem ser classificados em 6 dimensões. A Coluna 2, por sua vez, corresponde a possíveis exemplos desses indicadores. Coluna 1: Dimensões Coluna 2: Exemplos |. Indicadores demográficos. A. Taxa de prevalência de excesso de peso. II. Indicadores socioeconômicos. B. Taxa de analfabetismo. III. Indicadores de mortalidade. C. Taxa de mortalidade infantil. IV. Indicadores de morbidade. D. Esperança de vida ao nascer. V. Indicadores de recursos. E. Número de médicos por habitantes. VI. Indicadores de cobertura. F. Proporção de partos cesáreos. Na mesma ordem das dimensões apresentadas, assinale a alternativa que relaciona corretamente o exemplo apresentado na Coluna 2 com a dimensão apresentada na Coluna 1.

A. I/A; 11/B; HH1/C; IV/D; V/E; VI/F.

B. I/A; 1/B; II1/C; INV/F; V/E; VI/D.

C. I/D; 11/B; H1/C; IV/A; V/E; VI/F. ✓

D. /C; 11/B; IN/A; IV/D; V/E; VI/F. o [==] So) mM, q, o, MO “acerto téserva A Caderno Reserva Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a classificação dos indicadores de saúde em dimensões, conforme a matriz consagrada pela RIPSa e usada nos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde. Esperança de vida ao nascer é indicador demográfico, pois deriva das tábuas de vida e descreve a dinâmica populacional, o que fecha o par I/D. Taxa de analfabetismo é indicador socioeconômico, par II/B. Mortalidade infantil é indicador de mortalidade, par III/C. Prevalência de excesso de peso é indicador de morbidade, por medir estado de saúde e fatores de risco na população viva, par IV/A. Número de médicos por habitante é indicador de recursos, par V/E. Proporção de partos cesáreos é indicador de cobertura, por expressar uso de serviços de saúde pela população, par VI/F. A sequência I/D, II/B, III/C, IV/A, V/E, VI/F é a da alternativa oficial. A erra ao classificar excesso de peso como indicador demográfico e esperança de vida como morbidade. B erra ao alocar proporção de cesáreas na morbidade e esperança de vida na cobertura. D erra já no primeiro par, ao tratar mortalidade infantil como indicador demográfico. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Pai traz sua filha, de 4 anos de idade, à Unidade Básica de Saúde para vacinar. Ele informa que recebeu recentemente a guarda da criança. A mãe é contra as vacinas. Na caderneta de vacinação da criança consta apenas a aplicação das vacinas BCG e hepatite B na data de nascimento dela. Assinale qual é a conduta a ser adotada.

A. Pedir autorização por escrito da mãe da criança para continuar o calendário básico de vacinação a partir do ponto em que foi interrompido. ✓

B. Vacinar com vacina pentavalente (3 doses), VIP (3 doses), Pneumo10v (1 dose), Meningo C (1 dose), SCRv (1 dose), hepatite A (1 dose), febre amarela (2 doses) e influenza (2 doses).

C. Vacinar com vacina pentavalente (3 doses), VOP (3 doses), Pneumo10v (2 doses), Meningo C (2 doses), SCRv (1 dose), hepatite A (1 dose), febre amarela (2 doses) e influenza (2 doses).

D. Vacinar com vacina pentavalente (3 doses), VIP (3 doses), Pneumo10v (1 dose), Meningo C (1 dose), SCR (2 doses), hepatite A (1 dose), febre amarela (1 dose) e influenza (1 dose).

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a atualização do calendário vacinal de uma criança de 4 anos praticamente não vacinada e, no pano de fundo, o consentimento para vacinar. O gabarito se sustenta por exclusão técnica dos esquemas oferecidos. Em B, a criança de 4 anos não vacinada precisa de duas doses de componente sarampo, e a tetraviral em dose única não completa esse esquema. Em C, além de trazer VOP como esquema básico, dobram-se doses de pneumocócica 10-valente e de meningocócica C, que na atualização após os 12 meses são de dose única. Em D, febre amarela e influenza aparecem em dose única, quando quem inicia febre amarela antes dos 5 anos recebe dose e reforço, e a primovacinação contra influenza abaixo dos 9 anos exige duas doses. Restando apenas A, a banca considerou que, havendo poder familiar compartilhado e divergência explícita entre os genitores, o serviço deve documentar a anuência materna antes de retomar o calendário. Vale registrar que o ponto é discutível: o Estatuto da Criança e do Adolescente torna obrigatória a vacinação do calendário básico, o genitor detentor da guarda pode consentir isoladamente e a recusa é caso de comunicação ao Conselho Tutelar, de modo que condicionar a vacina a uma autorização escrita atrasaria medida de proteção devida à criança. Resposta A

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Em 2022, as operadoras de planos e seguros de saúde passaram a ser obrigadas por lei (Lei nº 14.454/2022) a oferecer cobertura de tratamentos, mesmo que não estejam incluídos no rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Contudo, para que um tratamento fora do rol seja coberto pelo plano de saúde, o mesmo deve cumprir condicionantes. Com base nessas informações, assinale a alternativa correta.

- A. A prescrição pelo médico assistente, habilitado com registro em CRM, é suficiente para determinar a cobertura.
- B. A cobertura é assegurada quando há recomendações favoráveis da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), ou de um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional. ✓**
- C. A cobertura se faz obrigatória a partir da data da solicitação de registro do medicamento ou tratamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- D. A cobertura é assegurada pelo pedido médico, objeto exclusivo para decisão liminar da Justiça.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a Lei 14.454/2022, que tornou exemplificativo o rol da ANS e fixou condicionantes para a cobertura de tratamento não listado. O texto legal assegura a cobertura quando houver comprovação da eficácia à luz das ciências da saúde, baseada em evidências científicas e plano terapêutico, ou quando existirem recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, ou ainda recomendação de pelo menos um órgão de avaliação de tecnologias em saúde de renome internacional, desde que também aprovadas para seus nacionais. É exatamente o enunciado da alternativa oficial. A erra porque a prescrição isolada do médico assistente, ainda que regularmente inscrito no CRM, não basta: a lei exige lastro de evidência ou recomendação de agência de avaliação de tecnologias. C erra porque o requisito é o registro já concedido pela Anvisa, e não a data do pedido de registro; tecnologia sem registro permanece fora da cobertura obrigatória. D erra ao deslocar a garantia para a via judicial: a lei estabeleceu critérios administrativos de cobertura, e a liminar é remédio processual eventual, não requisito legal. Resposta B

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Em seu retorno, duas semanas depois, refere discreta melhora da tosse, mas “continua tossindo muito”. O resultado da baciloscopia foi negativo para BAAR, enquanto resultado do TRM-TB apresentou MTB detectado e resistência à rifampicina. Assinale qual deve ser a conduta adotada para o caso.

- A. Solicitar novo TRM-TB, cultura e TS, e mantê-lo em seguimento na UBS até o resultado dos exames.

- B. Solicitar novo TRM-TB, cultura e TS, e encaminhá-lo ao hospital especializado para isolamento.
- C. Solicitar cultura e TS e iniciar esquema terapêutico para TB resistente, na própria UBS.
- D. Solicitar novo TRM-TB, cultura e TS, e encaminhá-lo à referência terciária mantendo o acompanhamento na UBS. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa e TRM-TB detectando MTB com resistência à rifampicina, discordância esperada porque o teste molecular é mais sensível que a microscopia. Resistência à rifampicina define suspeita de tuberculose drogaresistente e muda tanto o esquema quanto o nível de atenção. A conduta preconizada pelo Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose é repetir o TRM-TB para confirmar a resistência, solicitar cultura com teste de sensibilidade e encaminhar o paciente à referência terciária, que prescreve e monitora o esquema para tuberculose resistente, mantendo o vínculo e o acompanhamento na UBS para tratamento diretamente observado, avaliação de contatos e apoio social. A erra ao deixar o paciente apenas aguardando exames na unidade básica, retardando o encaminhamento de um caso presumidamente resistente e ainda sintomático. B erra ao internar para isolamento sem indicação clínica: hospitalização em tuberculose é exceção, reservada a intercorrência clínica, forma grave ou vulnerabilidade social extrema. C erra porque o esquema para tuberculose resistente não é iniciado na atenção primária nem antes da avaliação da referência e do teste de sensibilidade. Resposta D

QUESTÃO 82 — Gabarito B

A vigilância epidemiológica do município realizou a investigação domiciliar. A família do paciente é formada pela sua esposa, de 27 anos, sogra, de 53 anos, e filha de um mês de idade. Chegaram ao Brasil há seis meses. Nenhuma delas refere sintomatologia respiratória. A criança não recebeu nenhuma vacina. Além da solicitação de sorologia para HIV, assinale qual deve ser a conduta em relação aos contatos domiciliares do caso neste momento.

- A. Tratar ILTB em todos os contatos domiciliares.
- B. Investigar ILTB nas adultas e tratar ILTB na criança. ✓**
- C. Investigar ILTB em todas e vacinar a criança com BCG.
- D. Investigar ILTB e iniciar tratamento para todas. TEXTO PARA AS QUESTÕES 81 E 82 Homem, 32 anos, residente em uma grande cidade brasileira e procedente de outro país latino-americano, procura a UBS com queixa de tosse produtiva há dois meses. Nas últimas semanas, os episódios de tosse se intensificaram e, em um deles, foram vistos “raios de sangue” no catarro. Foi solicitada

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a conduta com contatos domiciliares de caso de tuberculose pulmonar. Os contatos adultos assintomáticos, a esposa de 27 anos e a sogra de 53 anos, devem ser investigados: avaliação clínica, radiografia de tórax para afastar doença ativa e prova tuberculínica ou IGRA para diagnóstico de infecção latente, tratando-se apenas quem preencher critério. Já a lactente de um mês, contato intradomiciliar e sem BCG, segue a regra da quimioprofilaxia primária: inicia-se o tratamento da infecção latente com isoniazida ou rifampicina por três meses e só então se realiza a prova tuberculínica, de modo que, se reatora, completa-se o tratamento e não se vacina, e, se não reatora, suspende-se a droga e aplica-se a BCG. É esse o desenho da alternativa oficial, que investiga as adultas e trata a criança. A e D erram ao tratar infecção latente em todos sem investigação prévia, expondo adultas a hepatotoxicidade e correndo o risco de tratar como latente quem tem doença ativa. C erra ao vacinar a criança com BCG neste momento, pois no lactente contato de caso bacilífero a vacina é adiada até o fim da quimioprofilaxia e a decisão pela prova tuberculínica. Resposta B

QUESTÃO 84 — Gabarito D

A dependência de álcool é altamente prevalente no mundo, mas apenas 10% a 20% dos dependentes buscam ajuda. Um estudo recente investigou se um programa aberto de terapia cognitivo-comportamental baseado na internet (ITCC), adicionado ao tratamento usual (TU), é mais eficaz do que apenas o TU para pacientes dependentes de álcool na atenção primária. Tratou-se de um ensaio controlado randomizado (ECR) com 264 participantes que foram aleatoriamente designados para receber ITCC + TU ou TU apenas, acompanhados por 12 meses. O desfecho primário foi a média de consumo de álcool por semana em gramas avaliado aos 12 meses. Os dados foram analisados por intenção de tratar (ITT), complementado com análises por protocolo (PP). Os resultados são mostrados na tabela a seguir. Tabela — Diferenças no consumo de álcool entre grupos ITCC e TU (em gramas), médias e IC de 95% segundo tipo de análise.

Tipo de análise	Grupo	N	Média (g)	IC 95% (g)
análise ITCC + TU	ITCC	133	56	40-72
	TU	131	98	82-114
análise PP	ITCC	264	64	48-80
	TU	234	104	88-120

O que significa fazer a análise por intenção de tratar e por protocolo num ECR?

- A. ITT: indivíduos randomizados e não randomizados foram incluídos na análise. Já o PP: os indivíduos que não foram randomizados foram excluídos da análise.
- B. ITT: os indivíduos que não foram randomizados foram excluídos da análise. PP: indivíduos randomizados e não randomizados foram incluídos na análise.
- C. ITT: os indivíduos que sem adesão ao protocolo foram excluídos da análise. PP: todos os indivíduos randomizados foram analisados de acordo com o grupo de alocação, independentemente da adesão ao protocolo.
- D. ITT: todos os indivíduos randomizados foram analisados de acordo com o grupo de alocação, independentemente da adesão ao protocolo. Já o PP: os indivíduos sem adesão ao protocolo foram excluídos da análise. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a diferença entre análise por intenção de tratar e análise por protocolo em ensaio clínico randomizado. Na intenção de tratar, todos os indivíduos randomizados são analisados no grupo para o qual foram alocados, independentemente de terem aderido, abandonado ou cruzado para o outro braço; é a análise que preserva a comparabilidade produzida pela randomização, estima efetividade em condições reais e tende a resultados mais conservadores. Na análise por protocolo, excluem-se os participantes que não cumpriram o protocolo, o que estima eficácia sob uso ideal, mas quebra a randomização e introduz viés de seleção. É exatamente o que a tabela mostra: diferença de 42,64 g com p de 0,068 nos 264 randomizados da intenção de tratar, contra 68,54 g com p de 0,010 nos 234 remanescentes da análise por protocolo. A e B erram ao falar em indivíduos não randomizados, que não entram em nenhuma das duas análises de um ensaio. C erra por inverter integralmente as definições de intenção de tratar e de análise por protocolo. Resposta D

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Uma crença frequente é de que a depressão estaria relacionada a um aumento do risco de câncer. No sentido de avaliar essa hipótese, foi realizada uma metanálise incluindo 18 estudos de coorte de incidência de câncer, com mais de 25 mil pacientes. Alguns dos resultados da metanálise foram resumidos na tabela a seguir: Tabela — Associação entre o diagnóstico de depressão e câncer

Localização	Razão de riscos	Intervalo de 95%
Mama	0,98	0,88 — 1,10
Pulmão	1,58	1,25 — 2,00
Cólon/reto	1,12	0,99 — 1,28
Próstata	0,97	0,74 — 1,26

Assinale a alternativa correta quanto aos resultados da metanálise.

- A. A depressão associou-se ao risco de câncer de pulmão. ✓**
- B. A depressão associou-se ao risco de câncer de mama.
- C. A depressão associou-se ao risco de câncer localizações estudadas.
- D. A depressão associou-se ao risco de câncer do cólon/reto. nas

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra leitura de intervalo de confiança em metanálise de coortes cuja medida de efeito é a razão de riscos. Para medidas de razão, o valor nulo é 1, e a associação só é estatisticamente significativa quando o intervalo de 95% não inclui a unidade. O câncer de pulmão tem razão de riscos de 1,58 com intervalo de 1,25 a 2,00, inteiramente acima de 1, caracterizando associação positiva e significativa entre depressão e incidência dessa neoplasia, ainda que conceitualmente reste a ressalva do confundimento residual pelo tabagismo, mais prevalente entre pessoas com depressão. B erra porque mama apresenta razão de riscos de 0,98 com intervalo de 0,88 a 1,10, que cruza o valor nulo. D erra porque cólon e reto têm 1,12 com intervalo de 0,99 a 1,28, que também contém o 1, e resultado limítrofe não é resultado positivo. C erra ao generalizar para todas as localizações: próstata, com 0,97 e intervalo de 0,74 a 1,26, é claramente não significativo. Resposta A

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Considerando os fenômenos epidêmicos em perspectiva histórica, assinale a alternativa correta com relação à recente pandemia da covid-19.

- A. A pandemia de covid-19 não pode ser vista como um evento isolado, mas sim articulado ao contexto em que está inserido, à movimentação de homens e mulheres pelo território e às desigualdades socioeconômicas existentes, aprofundadas pelo fenômeno epidêmico. ✓**
- B. Frente à complexidade socioambiental de sua determinação, a pandemia de covid-19 encontra na explicação fisiopatológica da doença o elemento mais importante para seu controle populacional.
- C. Os expressivos progressos tecnológicos do campo médico-científico induzidos pela resposta à pandemia da covid-19 têm permitido neutralizar os efeitos das desigualdades sociais sobre a saúde, construindo formas de controle epidemiológico capazes de impedir novos surtos da doença.
- D. Diversamente de experiências anteriores, como a epidemia de influenza do início do século XX, os aspectos socioeconômicos e culturais não representaram desafios relevantes para o enfrentamento da covid-19. PAG 27/38 AI Caderno Reserva 1000 o 6=] So) mM, Er”) o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a leitura histórica e social dos fenômenos epidêmicos aplicada à covid-19. Epidemias não são eventos naturais isolados: sua difusão depende da circulação de pessoas e mercadorias pelo território, das condições de moradia, transporte e trabalho, e seus efeitos se distribuem segundo as desigualdades preexistentes, que a própria epidemia aprofunda, como se viu no Brasil na maior letalidade em periferias, entre pessoas negras, de menor escolaridade e sem possibilidade de isolamento ou de trabalho remoto. É essa a formulação da alternativa oficial. B erra ao eleger a explicação fisiopatológica como o elemento mais importante para o controle populacional: o conhecimento biológico é necessário, mas o controle dependeu de medidas coletivas e de intervenção sobre determinantes sociais. C erra ao supor que os avanços tecnológicos neutralizaram o efeito das desigualdades sociais, quando a iniquidade no acesso a vacinas entre países e dentro deles mostrou o contrário. D erra ao negar o peso dos aspectos socioeconômicos e culturais, centrais tanto na covid-19 quanto na influenza do início do século XX. Resposta A

QUESTÃO 87 — Gabarito A

O fluxo a seguir refere-se à assistência em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e considera diretrizes para regulação da urgência e emergência: UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO Pré-hospitalar móvel (SAMU/Bombeiros) VAREN 4m Recepção Sala de estabilização . Setor Estratégico Pacientes Graves 8 É SU Sala de espera de pacientes | | Sala de espera de pacientes com potencial de gravidade | | sem potencial de gravidade | + e Saúde mental e Isolamento Consulta Médica | Procedimentos enfermagem Alta Internação Leito de Interconsulta especialidades Observação aq Exames complementares Fonte: DIRETRIZES PARA REGULAÇÃO DA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA/SES/SP

<https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/anexo%201-%20Diretrizes.pdf> Na figura apresentada, o ponto do atendimento considerado “Setor Estratégico” da UPA refere-se a

- A. acolhimento com classificação de risco. ✓**
- B. unidade interna de regulação pré-hospitalar.
- C. sistema de fechamento seletivo da porta de emergência.
- D. setor de triagem do grau de vulnerabilidade do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a organização do fluxo assistencial da Unidade de Pronto Atendimento segundo as diretrizes de regulação da urgência e emergência. O chamado setor estratégico é o ponto que recebe tanto a demanda espontânea quanto a trazida pelo pré-hospitalar móvel e define, com base em protocolo, a prioridade clínica e o destino interno de cada usuário: trata-se do acolhimento com classificação de risco, que encaminha o paciente grave diretamente à sala de estabilização e distribui os demais entre as salas de espera com e sem potencial de gravidade, exatamente como desenhado no fluxograma. B erra porque a regulação pré-hospitalar é atribuição da central de regulação médica das urgências, externa à unidade, e não do ponto interno assinalado. C erra porque fechamento seletivo de porta contraria o princípio de porta aberta da UPA, que não pode recusar atendimento; a classificação ordena a fila, mas não barra o acesso. D erra na definição do instrumento: a classificação é feita por gravidade clínica e potencial de agravamento, mediante escuta qualificada, e não por grau de vulnerabilidade social do paciente. Resposta A

QUESTÃO 88 — Gabarito D

Paciente foi internada em hospital terciário com quadro avançado de aids. Mulher jovem, 24 anos, usuária de drogas injetáveis. Apresentou diagnóstico da infecção pelo HIV por ocasião do parto de sua filha há 2 anos. Teve alta da maternidade sem tratamento, mas com a recomendação de procurar um serviço especializado para realizar seguimento adequado, o qual ela não realizou. Em relação à situação apresentada, assinale a alternativa correta.

- A. A paciente é de grupo de risco, com maior probabilidade de desenvolver a doença.
- B. O comportamento de risco da paciente foi determinante para o desfecho de sua infecção.
- C. A vulnerabilidade social da paciente foi componente determinante de seu adoecimento.
- D. O componente programático da vulnerabilidade da paciente fica evidente. o único ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o conceito de vulnerabilidade aplicado ao HIV/aids, que substituiu a noção ultrapassada de grupo de risco. A vulnerabilidade tem três componentes: o individual (informação e capacidade de transformá-la em prática), o social (condições materiais de vida, gênero, escolaridade, estigma, acesso) e o programático (a resposta institucional dos serviços e programas de saúde). A vinheta descreve com todas as letras uma falha programática: o diagnóstico foi feito na maternidade, no momento do parto, e a paciente teve alta sem terapia antirretroviral iniciada, sem vinculação formal a um serviço especializado e sem qualquer mecanismo de busca ativa, recebendo apenas uma recomendação verbal. Garantir o início imediato do tratamento e a transição do cuidado é responsabilidade do programa, não da usuária, e é justamente esse elo que se rompeu e culminou em aids avançada dois anos depois.

A alternativa A recorre à ideia de grupo de risco, abandonada ainda nos anos 1980 por ser estigmatizante e epidemiologicamente frágil, já que descreve pertencimento a uma categoria e não os determinantes concretos do adoecimento. A alternativa B desloca a explicação para o comportamento individual e culpabiliza a paciente, quando o desfecho decorreu da ausência de cuidado que lhe deveria ter sido ofertado. A alternativa C aponta um componente que de fato existe no caso (uso de drogas injetáveis, condições sociais precárias), mas não é o que o enunciado evidencia como determinante do desfecho, e a vulnerabilidade social sozinha não explica a alta sem tratamento. Resposta D

QUESTÃO 89 — Gabarito A

Joana, 24 anos, casada, comparece à consulta de pré-natal na UBS com 35 semanas de gestação. Está na segunda gestação e teve um aborto de primeiro trimestre anterior. Joana quer discutir planejamento reprodutivo e relata não desejar ter outros filhos. Assinale a alternativa correta.

A. A laqueadura tubária pode ser oferecida como opção, mas não poderá ser realizada no pós-parto imediato. ✓

B. A laqueadura tubária pode ser oferecida como opção, desde que haja consentimento do parceiro.

C. A laqueadura tubária não pode ser oferecida como opção, uma vez que Joana não tem 2 filhos vivos.

D. A laqueadura tubária não pode ser oferecida como opção, já que Joana tem 24 anos. PAG 28/38 AI Caderno Reserva 1000 So =] JO o) mM, o, md Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a Lei 9.263/1996 com a redação dada pela Lei 14.443/2022, que reorganizou os requisitos da esterilização cirúrgica voluntária. Os critérios de elegibilidade são alternativos: pessoa capaz com mais de 21 anos ou com pelo menos dois filhos vivos. Além disso, exige-se manifestação expressa da vontade e prazo mínimo de 60 dias entre essa manifestação e o ato cirúrgico, período destinado ao aconselhamento e ao acesso a métodos reversíveis. A mesma lei passou a permitir a laqueadura durante o período de parto, mas apenas se o prazo de 60 dias já estiver cumprido. Joana tem 24 anos e, portanto, é elegível, e a discussão do planejamento reprodutivo deve ser feita agora; entretanto, ela está com 35 semanas e manifesta a vontade nesta consulta, de modo que restam menos de 60 dias até o parto e o procedimento não poderá ser feito no pós-parto imediato. A conduta correta é oferecer, registrar a manifestação de vontade e programar a laqueadura para depois, fora do ciclo gravídico-puerperal, mantendo contracepção eficaz no intervalo.

A alternativa B exige anuência do parceiro, requisito expressamente revogado pela Lei 14.443/2022, que retirou a necessidade de consentimento conjugal. A alternativa C trata os critérios como cumulativos: ter dois filhos vivos é uma via alternativa à idade, e não uma exigência adicional para quem já tem mais de 21 anos. A alternativa D usa a idade como impedimento, mas 24 anos supera o limite legal de 21 anos vigente desde 2022. Resposta A

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Luiz tem 27 anos de idade e é muito conhecido na sua UBS, pois comparece ao acolhimento semanalmente com diversas queixas como epigastralgia, palpitações, cefaleia, insônia e fadiga. Todos os exames de sangue e eletrocardiogramas vieram normais. Em reunião de equipe, a médica decide marcar uma consulta para Luiz e entender o que está acontecendo. “Doutora, sinto muita fadiga o tempo inteiro, falta de energia mesmo, muito sono o dia inteiro, além disso vira e mexe meu peito dói, parece que estou sufocado, e é só comer qualquer coisa que já dói o estômago”. Ao perguntar sobre a rotina, Luiz conta que está trabalhando como motorista de aplicativo 14 horas por dia. Está com dívidas contraídas durante a pandemia de coronavírus e tem recebido diariamente ligações de cobradores. Os problemas financeiros têm atrapalhado seu relacionamento com a esposa e com seu filho, que tem um problema grave de audição. Para economizar dinheiro, Luiz pula o almoço e se alimenta com “qualquer besteira”. Toma muito café para “enganar a fome e o cansaço”. Durante a consulta, Luiz parecia ansioso. Exame físico sem alterações. Não fuma e não tem nenhum antecedente clínico. Ao compreender a história de Luiz, a médica orienta que os sintomas podem estar relacionados à sobrecarga de trabalho e conversa sobre maneiras de reduzir a jornada. Marca uma consulta com a assistente social para verificar a elegibilidade do filho de Luiz para benefícios sociais. Assinale quais dos seguintes registros SOAP dessa consulta estão mais adequados.

- A. Sobrecarga de trabalho e epigastralgia, ansioso, transtorno de ansiedade generalizado, redução da jornada de trabalho.
- B. Fadiga e dor no peito, exame físico normal, sobrecarga no trabalho e problemas financeiros, escuta, marco consulta com assistente social. ✓**
- C. Fadiga e dor no peito, ansioso, sintomas ansiosos, escuta, marco consulta com assistente social.
- D. Epigastralgia e cansaço, exame físico normal, sintomas ansiosos, escuta, marco consulta com assistente social. (A) Orientar que você precisa revelar a situação a um adulto responsável devido aos riscos para a saúde e porque ela tem menos de 16 anos de idade. (B) Notificar ao Conselho Tutelar por se tratar de adolescente com múltiplas parcerias sexuais e que pode estar sendo vítima de violência sem ter crítica sobre a situação. (C) Oferecer contraceptivo e profilaxia pré-exposição e acordar um retorno, sem necessidade de revelar a um adulto responsável. (D) Realizar profilaxia pós-exposição e oferecer contraceptivo, mas explicar que só pode iniciar com autorização de um adulto responsável.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão avalia o registro clínico orientado por problemas no formato SOAP, em um caso clássico de sintomas somáticos associados a determinantes sociais. O S reúne o relato do paciente, o O reúne o que o profissional observa e mede, o A é a avaliação ou formulação do problema e o P é o plano acordado. A alternativa correta é a única em que os quatro campos ficam coerentes: fadiga e dor no peito são queixas trazidas por Luiz; exame físico normal, somado aos exames de sangue e eletrocardiogramas sem alterações, é dado objetivo; sobrecarga de trabalho e problemas financeiros é exatamente a avaliação que a médica construiu ao compreender a história, nomeando o problema real em vez de um rótulo; escuta e encaminhamento à assistente social traduzem o plano efetivamente pactuado, incluindo a discussão sobre reduzir a jornada. A alternativa A coloca no A um diagnóstico de transtorno de ansiedade generalizado que a vinheta não sustenta, pois faltam preocupação excessiva e difícil de controlar por pelo menos seis meses, e ainda oferece um plano incompleto, sem a articulação intersetorial. A alternativa C perde o dado objetivo mais relevante, o exame físico e a propedêutica normais, e reduz a avaliação a sintomas ansiosos, apagando o determinante que organiza o caso. A alternativa D repete esse erro de avaliação, rotulando sintomas ansiosos quando a formulação da médica foi de sofrimento ligado à sobrecarga de trabalho e ao endividamento, que é o que justifica o plano escolhido. Resposta B

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Pedro, 43 anos de idade, pardo, hipertenso, em uso de losartana 50 mg/dia. Apresenta-se com cefaleia nuchal há 2 h. Sintomas têm sido recorrentes há 1 ano, em aperto, de moderada intensidade, com duração de 2 horas a 4 dias, sem fatores de piora. Nega outros sintomas ou antecedentes pessoais. Pai faleceu de acidente vascular cerebral há 5 anos. Nega uso de álcool ou outras drogas. Não dormiu bem à noite, ansioso, pois está muito preocupado que esse sintoma seja causado por um derrame ou câncer. Gostaria que o médico solicitasse uma tomografia de crânio. Exame físico: Pressão arterial de 150x92 mmHg, IMC: 28 kg/m². Exame neurológico sem alterações. [-] Profissional [+] R [-] Doença 1 2 Prevenção Prevenção S || Do primária secundária n = a) q - U 'o U a ce UG TD u 4 3 [Se Prevenção Prevenção [+] pu quaternária terciária v Figura — Quatro campos para o relacionamento pessoa-médico. Fonte: adaptado de Jamoulle e Gusso (p.207). Considerando o quadro de campos para o relacionamento pessoa-médico apresentado, assinale qual conduta exemplificaria a prevenção quaternária nesse caso.

- A. Aumentar a dose do anti-hipertensivo a fim de reduzir o risco cardiovascular.
- B. Prescrever amitriptilina a fim de prevenir novas crises.
- C. Não solicitar exames de imagem, pois essa prática poderia sobrecarregar financeiramente o sistema de saúde.

D. Não solicitar tomografia, pois achados incidentais poderiam causar mais mal do que bem. PAG 29/38 AI 1000 Caderno Reserva o o PO) mM, co, [57 Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve cefaleia do tipo tensional típica, em aperto, recorrente há um ano, de intensidade moderada, com exame neurológico normal e sem qualquer sinal de alarme, em um paciente muito ansioso que pede uma tomografia. A prevenção quaternária, no quadrante de Jamoulle, corresponde à situação em que a pessoa se sente doente mas não há doença identificável pelo profissional; a ação consiste em proteger o paciente de intervenções desnecessárias e do dano iatrogênico que elas produzem. Não solicitar a tomografia porque achados incidentais poderiam causar mais mal do que bem é exatamente isso: o exame tem rendimento diagnóstico praticamente nulo em cefaleia primária com exame neurológico normal, e a chance de encontrar incidentalomas dispara uma cascata de novos exames, encaminhamentos, custo emocional e rotulação, sem qualquer ganho de desfecho.

A alternativa A propõe intervir sobre uma doença já diagnosticada para reduzir risco, o que caracteriza prevenção secundária ou terciária, e ainda seria decisão precipitada diante de uma medida isolada de 150x92 mmHg em paciente com dor e ansiedade. A alternativa B é conduta terapêutica ou profilática sobre doença existente, portanto prevenção terciária, e não protege o paciente de excesso de medicalização, ao contrário, acrescenta um fármaco. A alternativa C chega à mesma decisão prática, mas pelo motivo errado: o argumento é a economia do sistema, ou seja, racionamento, enquanto a prevenção quaternária é centrada na proteção do paciente contra o dano da intervenção. Resposta D

QUESTÃO 93 — Gabarito B

A hipótese de associação entre a infecção pelo vírus varicela zoster (VZV) e demência foi testada, por intermédio de uma metanálise. Foram incluídos 9 estudos, com mais de 3 milhões de participantes. Os principais resultados encontram-se na tabela apresentada. Tabela — Associação entre infecção pelo VZV e demência. Variável Razão de riscos | Intervalo de 95% (Hazard ratio) de confiança da razão de riscos Demência 1,11 1,02 - 1,21 Uso de medicação 0,84 0,73 — 0,99 antiviral Delineamento do estudo: -Coorte 1,56 0,73- 3,29 prospectiva coorte - 1,09 1,07-1,11 ambidirecional -Coorte 1,09 0,98- 1,21 retrospectiva - Caso-controle 1,09 0,98 — 1,21 Localização: - Europa 1,07 0,97 — 1,17 - Ásia 1,18 1,04- 1,33 Assinale a alternativa correta quanto aos resultados da metanálise.

- A. O uso de medicação antiviral não influenciou a associação entre infecção pelo VZV e demência.

B. A metanálise comprovou a associação entre infecção pelo VZV e demência. ✓

- C. A associação entre infecção pelo VZV e demência manteve-se independentemente do delineamento do estudo.
- D. A associação entre infecção pelo VZV e demência foi observada nos dois continentes incluídos no estudo. da família de 500 reais. É o primeiro filho a cursar Ensino Superior. Considera desistir do curso que tanto desejou, acha que não é para ele, pois se percebe muito diferente dos seus colegas de turma, já que “eles costumam viajar para o exterior nas férias e frequentar determinados lugares em que sinto que não são para mim, na minha cidade não era assim com meus amigos”. Refere que em uma das aulas um professor comentou que “ele não está conseguindo acompanhar o curso porque deve ser cotista”. Rafael está muito preocupado, pois sua família tem feito todo o esforço financeiro para ele se manter em São Paulo. Considerando a história de vida de Rafael, assinale quais aspectos sociais podem auxiliar na compreensão de sua experiência de doença. A) Racismo, psicofobia, patologização da neurodiversidade. B) Racismo, desigualdade econômica, medicalização da vida. C) Migração, psicofobia, medicalização da vida. D) Migração, desigualdade econômica, patologização da neurodiversidade. ((((

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa leitura de estimativas de efeito e intervalos de confiança em metanálise. A regra é direta: uma razão de riscos só é estatisticamente significativa quando o intervalo de confiança de 95% não inclui o valor nulo, que para medidas de razão é 1. O resultado global foi HR 1,11 com IC de 1,02 a 1,21, intervalo inteiramente acima de 1, o que caracteriza associação estatisticamente significativa entre infecção pelo VZV e demência, e é a única afirmativa compatível com a tabela.

A alternativa A é contrariada pelos próprios números: o uso de antiviral mostrou HR 0,84 com IC de 0,73 a 0,99, também sem cruzar o nulo, indicando efeito protetor e, portanto, influência sobre a associação. A alternativa C não se sustenta porque a associação só foi significativa na coorte ambidirecional (1,09; IC 1,07 a 1,11), enquanto coorte prospectiva (1,56; IC 0,73 a 3,29), coorte retrospectiva (1,09; IC 0,98 a 1,21) e caso-controle (1,09; IC 0,98 a 1,21) tiveram intervalos que incluem 1, ou seja, o resultado dependeu do delineamento. A alternativa D erra pelo mesmo critério: na Ásia houve associação (1,18; IC 1,04 a 1,33), mas na Europa o intervalo cruzou o nulo (1,07; IC 0,97 a 1,17). Vale um registro: em rigor metodológico, metanálise de estudos observacionais demonstra associação e não causalidade, e o verbo comprovar é forte para um HR de 1,11 com limite inferior colado no nulo; o ponto é discutível, mas entre as quatro opções apenas essa é compatível com os dados apresentados. Resposta B

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Antônio, 41 anos de idade, queixa-se de dificuldade para manter e iniciar a ereção há 8 meses. Refere que tem sentido menos vontade de ter relações sexuais e que não tem conseguido atingir o orgasmo. Antônio tem estado mais triste, desanimado, cansado com o trabalho, com dificuldade para manter o sono e se divertir. Nega desejo sexual por outras pessoas e também parou de se masturbar. Mantém ereção matinal. É tabagista (50 anos-maço), consome álcool (5 doses aos finais de semana). Vânia tem 47 anos, é esposa de Antônio. Refere que nunca teve interesse sexual por Antônio e nem por outras pessoas, teve poucas parcerias ao longo da vida. Sente-se saudável e satisfeita com sua vida sexual, corpo e relacionamento. Parou de menstruar há 2 anos, apresenta fogachos. Nega comorbidades, nega uso de álcool, tabaco ou situações de violência. Considerando o caso, indique qual a fase do ciclo da resposta sexual está alterada e uma possível explicação para sua escolha.

- A. Antônio: fase de excitação, alterações vasculares decorrentes do tabagismo; Vânia: nenhuma, possível orientação sexual assexual.
- B. Antônio: fase da excitação, provável quadro depressão; Vânia: fase do desejo, poucas experiências sexuais.
- C. Antônio: fase de desejo, fadiga decorrente de sobrecarga no trabalho; Vânia: fase do desejo, sintomas decorrentes de síndrome climatérica.

D. Antônio: fase de desejo, provável quadro de depressão; Vânia: nenhuma, possível orientação sexual assexual. PAG 30/38 AI 1000 Caderno Reserva So 6=] NO 0 o, Õ, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 —

PROVA A1 ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra as fases do ciclo de resposta sexual (desejo, excitação, orgasmo e resolução) e o princípio de que só existe disfunção quando há sofrimento ou prejuízo para a pessoa. Em Antônio, o dado que organiza tudo é a manutenção da ereção matinal: ereções noturnas e matinais preservadas indicam integridade vascular, hormonal e neurogênica do mecanismo erétil, afastando causa orgânica como explicação principal. O que ele descreve é redução da libido, perda do interesse, abandono da masturbação e ausência de desejo por qualquer pessoa, somados a tristeza, desânimo, fadiga, insônia e anedonia; ou seja, a fase primariamente alterada é a do desejo, e a explicação mais provável é um quadro depressivo, no qual a queixa erétil e a dificuldade de orgasmo são consequências. Vânia, por sua vez, nunca teve interesse sexual por ninguém, mas se declara satisfeita com sua vida sexual, com o corpo e com o relacionamento: sem sofrimento e sem prejuízo, não há disfunção a diagnosticar, e o padrão descrito é compatível com assexualidade, uma orientação e não uma doença.

A alternativa A atribui a Antônio alteração da fase de excitação por dano vascular do tabagismo, hipótese incompatível com a ereção matinal preservada e com a perda global de desejo. A alternativa B repete o erro da fase de excitação e ainda patologiza Vânia, criando uma disfunção do desejo em quem não relata incômodo algum. A alternativa C acerta a fase em Antônio mas troca a causa, reduzindo a um cansaço laboral um quadro com sintomas depressivos completos, e atribui a Vânia sintomas climatéricos, sendo que os fogachos não configuram alteração do ciclo de resposta sexual nem produzem queixa nela. Resposta D

QUESTÃO 96 — Gabarito A

O estudo longitudinal de Wiewel e Col, realizado em Nova Iorque, analisou o efeito de características do serviço de saúde na efetividade da terapia antirretroviral da infecção pelo HIV. O estudo mostrou que os serviços e consultórios com maior número de pacientes apresentam maiores taxas de alcance e manutenção de supressão viral. Assinale qual é a afirmação que melhor explica esse achado.

- A. Serviços com maior número de pacientes propiciam maior experiência clínica e de convivência com a diversidade dos pacientes para os médicos e toda a equipe de assistência. ✓**
- B. Serviços com maior número de pacientes têm mais chance de ter maior proporção de pacientes com imunidade preservada e, portanto, maior chance de supressão viral mais rápida.
- C. A variabilidade na proporção de pacientes novos com imunidade comprometida entre os serviços é um dos fatores explicativos.
- D. Não é possível levantar hipóteses explicativas sem conhecer as taxas de adesão ao tratamento de cada serviço. progressiva há 6 meses. Apresenta diagnóstico de cirrose hepática Child B decorrente de hepatite C. Especular: sem alterações. Toque vaginal: útero antevertido, móvel, contornos regulares, volume normal. Assinale qual é a alternativa mais adequada para o controle do sangramento por via oral. (A) Estradiol. (B) Progesterona. (C) Ácido tranexâmico. (D) Ácido mefenâmico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da relação volume-desfecho aplicada ao cuidado do HIV: serviços e consultórios com maior número de pacientes obtiveram melhores taxas de alcance e manutenção de supressão viral. A explicação mais consistente e mais respaldada pela literatura de qualidade assistencial é a curva de aprendizado: volume maior significa mais exposição da equipe a diferentes apresentações clínicas, esquemas antirretrovirais, falhas virológicas e perfis sociais dos usuários, o que se traduz em maior familiaridade com o manejo, melhor organização de fluxos, de retenção no cuidado e de monitoramento de carga viral. Esse é o mecanismo que liga diretamente a característica do serviço, que é o que o estudo analisou, ao desfecho observado.

A alternativa B inverte a lógica plausível ao supor que serviços maiores atendam pacientes com melhor imunidade; não há nada no enunciado que sustente esse perfil e, em geral, centros de maior volume tendem a concentrar casos mais complexos e encaminhados. A alternativa C é uma variação do mesmo argumento de composição da casuística, invocando uma variabilidade de case mix que o estudo não descreve, e que serviria antes como confundidor a ser ajustado do que como explicação do achado. A alternativa D nega a possibilidade de formular hipóteses, o que contraria a própria natureza da interpretação de um estudo observacional; a adesão, aliás, é um mediador do efeito do serviço e não um dado sem o qual nenhuma leitura seja possível.

Resposta A

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Paciente, nuligesta, 32 anos, deseja engravidar. Sem comorbidades e exame físico normal, realiza o exame ultrassonográfico pélvico descrito: Exame realizado no 17º dia do ciclo: e Útero antevertido, com contornos regulares. e Medidas uterinas: 8,2 x 4,9 x 4,3 em (L x T x AP). Volume: 86,4 cm³ (normal até 90 cm³).

Presença de imagem compatível com leiomioma com 2,0 cm de diâmetro, intramural em parede uterina anterior (classificação FIGO = 5). e Endométrio linear centrado com espessura de 1,3 cm (normal até 1,4 cm). e Ovário direito com textura característica e contornos normais. Presença de corpo lúteo medindo 1,9 x 1,7 x 1,4 cm. e Medidas do ovário: 3,2 x 2,8 x 2,6 cm. Volume: 11,6 cm³ (normal até 10 cm³). e Ovário esquerdo com textura característica e contornos normais. Medidas do ovário: 3,4 x 2,7 x 2,2 cm. Volume: 10,1 cm³ (normal até 10 cm³). e Ausência de líquido livre na cavidade peritoneal. Considerando o desejo reprodutivo e o diagnóstico de leiomioma uterino, assinale qual é a conduta mais adequada para essa paciente.

A. Miomectomia.

B. Seguimento clínico. ✓

C. Embolização mioma.

D. Análogo GnRH.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso apresenta uma nuligesta de 32 anos, assintomática, com desejo reprodutivo e um leiomioma único de 2,0 cm, intramural, classificado como FIGO tipo 5, portanto sem contato com a cavidade endometrial e sem distorcê-la. O restante do exame é fisiológico: volume uterino normal, endométrio de 1,3 cm dentro do limite descrito e ovário direito discretamente aumentado às custas de corpo lúteo no 17º dia do ciclo, achado esperado na fase lútea. Miomas que não deformam a cavidade, especialmente os pequenos dos tipos 3 a 6, não têm impacto demonstrado sobre fertilidade nem sobre desfechos gestacionais, e não há evidência de que retirá-los aumente a taxa de gravidez. A conduta correta é seguimento clínico, com reavaliação se surgirem sintomas ou crescimento.

A alternativa A submete a paciente a uma cirurgia sem benefício reprodutivo comprovado e com custos concretos: aderências pélvicas, risco de sangramento, cicatriz miometrial que pode indicar cesárea e, no limite, rotura uterina. A alternativa C está contraindicada em quem deseja engravidar, pela possibilidade de comprometimento da perfusão uterina e da reserva ovariana e por piores desfechos obstétricos. A alternativa D promove hipoestrogenismo e anovulação, o que é logicamente incompatível com o desejo de concepção, tem efeito apenas temporário com recrescimento após a suspensão e seu uso se restringe a preparo pré-operatório ou controle de anemia. Resposta B

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Paciente, 55 anos, com antecedente de câncer de mama tratado há 2 anos por quadrantectomia mamária e radioterapia, sem necessidade de quimioterapia, mas em uso regular de inibidor de aromatase. Considerando que os efeitos colaterais dessa medicação se fizeram presentes, assinale qual é o medicamento adequado.

A. Bifosfonato. ✓

B. Enoxaparina.

C. Omeprazol.

D. Espironolactona.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o perfil de toxicidade dos inibidores de aromatase em mulher na pós-menopausa com câncer de mama receptor hormonal positivo. Ao bloquear a conversão periférica de androgênios em estrogênios, essa classe reduz o estrogênio circulante a níveis muito baixos, e os efeitos adversos característicos derivam justamente disso: artralgia e a síndrome musculoesquelética, além de perda acelerada de massa óssea, com osteopenia, osteoporose e aumento do risco de fratura. Por isso, o manejo padrão inclui monitorização da densidade mineral óssea, suporte de cálcio e vitamina D e, quando indicado, terapia antirreabsortiva. O bifosfonato é o medicamento adequado, com o benefício adicional de reduzir recorrência óssea nessa população.

A alternativa B trata ou previne evento tromboembólico, que é efeito adverso do tamoxifeno, um modulador seletivo do receptor de estrogênio; os inibidores de aromatase, ao contrário, associam-se a menor risco tromboembólico. A alternativa C não corresponde a nenhum efeito colateral típico da classe, já que sintomas dispépticos não são a toxicidade que define o seguimento dessas pacientes. A alternativa D é antagonista mineralocorticoide, usada em insuficiência cardíaca, hiperaldosteronismo e hirsutismo, sem qualquer papel no manejo da toxicidade dos inibidores de aromatase. Resposta A

QUESTÃO 100 — Gabarito B

Paciente, 20 anos, queixa-se de cólica intensa durante os ciclos menstruais regulares e mensais. Nega outras comorbidades ou uso de medicamentos, com exceção de anti-inflamatórios e analgésicos por ocasião da dor menstrual. Avaliação clínica geral sem alterações. Exame ginecológico especular com conteúdo vaginal habitual, colo epiteliado; toque vaginal colo fibroelástico, fórnices vaginais regulares sem massas identificáveis e dor no fórnice vaginal posterior, útero antevertido e volume regular, não doloroso, regiões anexiais sem achados significativos. Assinale qual é a conduta mais adequada neste momento.

- A. Inserir sistema intrauterino de progesterona.
- B. Iniciar contraceptivo hormonal oral combinado. ✓**
- C. Prosseguir na investigação com ressonância magnética pélvica.
- D. Prosseguir na investigação com ultrassom e preparo intestinal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de dismenorreia em jovem de 20 anos, com ciclos regulares e mensais, exame ginecológico sem massas anexiais e sem nodulações, apenas com dor à palpação do fórnice posterior. A conduta inicial da dismenorreia, primária ou com suspeita de endometriose ainda não confirmada, é o tratamento clínico empírico: anti-inflamatórios não esteroidais e supressão hormonal. Como a paciente já vinha usando apenas analgésicos e anti-inflamatórios, o passo seguinte é iniciar contraceptivo hormonal oral combinado, que reduz o fluxo, a produção endometrial de prostaglandinas e a dor, podendo ser usado em regime contínuo se a resposta for parcial. A resposta ao tratamento é, ela própria, informação diagnóstica, e a reavaliação se faz em três a seis meses.

A alternativa A é uma opção válida de supressão, inclusive com bom desempenho na endometriose, mas não é o passo inicial em uma nuligesta que ainda não tentou nenhum hormonal e para quem a via oral é mais simples de iniciar e suspender. As alternativas C e D antecipam propedêutica de imagem que não muda a conduta deste momento: a ressonância pélvica e o ultrassom com preparo intestinal são exames de mapeamento de endometriose profunda, reservados à falha do tratamento clínico ou ao planejamento cirúrgico, e solicitá-los agora expõe a paciente a custo, espera e achados de difícil interpretação sem alterar a primeira linha terapêutica. Resposta B

QUESTÃO 101 — Gabarito C

Paciente, 24 anos, deseja contracepção. Refere cólica e cefaleia intensa que se inicia cerca de 2 dias antes da menstruação e piora com o início do fluxo. Eventualmente apresenta náusea, mas nega sintomas visuais. Exame clínico e ginecológico sem alterações. Assinale qual é a alternativa mais adequada.

- A. Preservativo.
- B. Dispositivo intrauterino cobre.
- C. Pílula progestagênica contínua. ✓**
- D. Pílula estrogênica-progestagênica cíclica. PAG 31/38 AI 1000 Caderno Reserva So 6=] oo 0 o, pair o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve uma paciente de 24 anos que deseja contracepção e tem cefaleia intensa que começa cerca de dois dias antes da menstruação e piora com o fluxo, eventualmente com náusea e sem sintomas visuais, ou seja, um padrão de migrânea sem aura relacionada à menstruação. O mecanismo é a queda abrupta do estrogênio no período perimenstrual, e é esse dado que orienta a escolha: o melhor método é aquele que evita oscilação estrogênica e reduz ou suprime o sangramento. A pílula só de progestagênio em uso contínuo cumpre exatamente isso, tem alta eficácia, elimina a pausa hormonal responsável pela privação de estrogênio e ainda melhora a dismenorreia.

A alternativa A oferece eficácia típica baixa, dependente do uso perfeito a cada ato, e não tem qualquer efeito sobre a cólica ou a cefaleia. A alternativa B costuma aumentar o volume do fluxo e a dismenorreia, o que tende a agravar justamente os sintomas que a paciente relata. A alternativa D é a pior escolha do ponto de vista fisiopatológico: o intervalo sem hormônio do regime cíclico reproduz a queda estrogênica e funciona como gatilho das crises; ainda que, pelos critérios de elegibilidade médica, o combinado seja aceitável em migrânea sem aura abaixo dos 35 anos, ele não é o mais adequado aqui, e passaria a ser formalmente contraindicado se houvesse aura, pelo risco de acidente vascular cerebral. Resposta C

QUESTÃO 102 — Gabarito D

Paciente, 55 anos, queixa-se de sensação de ardência genital, dor à relação sexual e corrimento contínuo, em pequena quantidade, amarelado e com odor desagradável. Refere menopausa aos 50 anos, diabetes controlada com dapaglifozina. Ao exame clínico, apresenta vulva com pouca pilificação, menor elasticidade da pele, pequenas fissuras e petéquias em fúrcula; especular com vagina de menor rugosidade e conteúdo fluido, amarelado em pequena quantidade. Colo epitelizado e apagado. O exame do conteúdo vaginal apresenta pH 5,0, teste de amins negativo, presença de células para-basais e leucócitos. Assinale qual é o tratamento mais adequado.

- A. Clindamicina vaginal.
- B. Metronidazol vaginal.
- C. Progesterona vaginal.
- D. Estradiol vaginal. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto clínico é típico de síndrome geniturinária da menopausa, antiga atrofia vulvovaginal, cinco anos após a última menstruação: ardência, dispareunia, corrimento contínuo e escasso, rarefação de pelos, perda de elasticidade da pele, fissuras e petéquias em fúrcula, vagina com menor rugosidade e colo apagado. A microscopia confirma o hipoestrogenismo ao mostrar células parabasais, que só aparecem quando o epitélio não amadurece por falta de estrogênio; o pH de 5,0 decorre da redução dos lactobacilos e do glicogênio epitelial, e não de infecção. O tratamento que corrige a causa é a estrogênioterapia vaginal em baixa dose, que restaura a espessura e a vascularização do epitélio, normaliza o pH e resolve ardência, dispareunia e o corrimento inflamatório.

A alternativa A trata vaginose bacteriana, hipótese afastada pelo teste de amins negativo e pela ausência de corrimento acinzentado e de células-guia. A alternativa B cobre vaginose e tricomoníase, e não há descrição de protozoário móvel, colo em framboesa ou corrimento bolhoso e abundante; nos dois casos, o pH elevado foi interpretado isoladamente, quando o quadro inteiro aponta para atrofia. A alternativa C não tem efeito trófico sobre o epitélio vaginal, servindo à proteção endometrial e ao suporte lúteo, e por isso não corrige nenhum dos achados descritos. Resposta D

QUESTÃO 103 — Gabarito B

Paciente, 28 anos, deseja engravidar. Apresenta ciclos menstruais irregulares com intervalo entre 36 e 46 dias. Faz uso de preservativo até o momento. Apresenta atividade sexual regular com seu companheiro. Assinale qual das seguintes orientações poderá proporcionar um ciclo ovulatório regular.

- A. GnRh, 5 dias a partir do 1º dia pós menstruação.
- B. Clomifeno, 5 dias a partir do 5º dia pós menstruação. ✓**
- C. Estrogênio, 5 dias a partir do 5º dia pós menstruação.
- D. Progesterona, 10 dias a partir do 14º dia pós menstruação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ciclos com intervalo de 36 a 46 dias configuram oligomenorreia, tradução clínica de oligo-ovulação — a causa mais frequente de subfertilidade na mulher jovem com desejo reprodutivo. O tratamento que devolve ciclos ovulatórios nesse cenário é o citrato de clomifeno: por ser modulador seletivo do receptor estrogênico, bloqueia o feedback negativo do estradiol no hipotálamo, eleva a secreção de FSH e permite o recrutamento e a seleção do folículo dominante. O esquema consagrado é de cinco dias consecutivos iniciados entre o 2º e o 5º dia do ciclo, exatamente como descrito na alternativa.

O GnRH só induz ovulação quando administrado de forma pulsátil por bomba de infusão, indicação restrita ao hipogonadismo hipogonadotrófico; dado de forma contínua por cinco dias, dessensibiliza os receptores hipofisários e suprime a ovulação, produzindo o efeito oposto ao desejado. O estrogênio isolado na fase folicular inicial não desencadeia ovulação e ainda pode reduzir o estímulo endógeno de FSH, atrapalhando o recrutamento folicular. A progesterona a partir do 14º dia apenas produz sangramento por privação em pacientes anovulatórias — organiza o calendário menstrual sem qualquer ação sobre o eixo ovulatório e, além disso, seria administrada justamente na janela em que a paciente busca engravidar. Resposta B

QUESTÃO 104 — Gabarito C

Paciente, 67 anos, apresenta dispneia secundária à ascite volumosa. Após paracentese de 6 litros, realiza-se exame de imagem com identificação de massa heterogênea em ambos os ovários e implantes peritoniais. A citologia do líquido ascítico é compatível com adenocarcinoma. Assinale qual é o parâmetro associado a pior prognóstico para esta paciente.

- A. Volume da ascite.
- B. Tumor ovariano bilateral.
- C. Presença de implante peritoneal. ✓**
- D. Células neoplásicas no líquido ascítico.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de neoplasia epitelial de ovário avançada: massa heterogênea bilateral, ascite volumosa e citologia do líquido compatível com adenocarcinoma. Entre os parâmetros oferecidos, o que carrega o pior prognóstico é a presença de implante peritoneal, porque a disseminação peritoneal é o que promove o tumor a estágio III da FIGO e, sobretudo, é o que determina a viabilidade da citorredução — a doença residual ao fim da cirurgia é o fator prognóstico isolado mais forte no câncer de ovário, superando idade, volume de ascite e lateralidade.

O volume da ascite não integra o estadiamento nem se correlaciona de forma independente com sobrevida; é marcador de sintoma e de indicação de paracentese paliativa, e ali apenas explicava a dispneia. O acometimento ovariano bilateral, isoladamente, ainda mantém a doença como T1b/T2 conforme a extensão, com impacto prognóstico muito menor do que a carcinomatose. A presença de células neoplásicas no líquido ascítico classifica a doença como IC3 quando o tumor está confinado aos ovários, situação de prognóstico intermediário e nitidamente melhor que o da doença peritoneal implantada — no caso apresentado, aliás, a citologia positiva é consequência da carcinomatose já estabelecida, e não um fator adicional independente. Resposta C

QUESTÃO 105 — Gabarito B

Paciente, 50 anos, com queixa de ondas de calor e sudorese noturna que se iniciaram há 6 meses com a menopausa. Apresenta hipertensão arterial sistêmica tratada com anlodipino 5mg, diabetes controlada com metformina 1000 mg e hipercolesterolemia tratada com rosuvastatina 10 mg. Assinale qual é o benefício para o uso da via transdérmica para a terapia hormonal.

A. Maior eficácia no controle dos sintomas.

B. Melhor perfil de risco trombogênico. ✓

C. Redução do efeito endometrial.

D. Menor risco para o câncer mamário.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de mulher com síndrome climatérica sintomática (fogachos e sudorese noturna) na pós-menopausa recente, com múltiplos fatores de risco cardiovascular — hipertensão, diabetes e dislipidemia. A vantagem da via transdérmica é o melhor perfil de risco trombogênico: o estrogênio absorvido pela pele não sofre primeira passagem hepática e, por isso, não estimula a síntese de fatores pró-coagulantes, de SHBG, de angiotensinogênio nem de triglicérides. Os estudos observacionais e as diretrizes de menopausa mostram que o estrogênio transdérmico, em doses habituais, não aumenta o risco de tromboembolismo venoso, ao contrário da via oral — motivo pelo qual ele é a via preferencial justamente em obesas, diabéticas, hipertensas, dislipidêmicas e em qualquer paciente com risco trombótico aumentado.

A eficácia sobre os sintomas vasomotores é equivalente entre as vias quando se usam doses equipotentes, portanto não é o argumento para a escolha. O efeito endometrial depende do estrogênio que alcança o endométrio e da proteção com progestagênio em paciente com útero — a via de administração não dispensa nem reduz essa necessidade. O risco de câncer de mama associado à terapia hormonal relaciona-se principalmente ao progestagênio utilizado e ao tempo de uso, e não à via do estrogênio, que não confere proteção mamária. Resposta B

QUESTÃO 106 — Gabarito D

Paciente, 23 anos, realiza colpocitologia oncótica com os seguintes resultados: ° Interpretação diagnóstica: Lesão intraepitelial escamosa de alto grau associada a sinais sugestivos de infecção por HPV. e Microbiologia: Bacilos supracitoplasmáticos sugestivos de Gardnerella/Mobiluncus sp. O exame especular desta paciente é apresentado a seguir: Assinale qual substância foi aplicada ao colo uterino.

A. Solução salina.

B. Solução de iodo.

C. Ácido bórico.

D. Ácido acético. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a propedêutica do colo uterino em paciente com citologia de lesão intraepitelial escamosa de alto grau, situação que obriga encaminhamento para colposcopia. Na avaliação colposcópica só duas substâncias são rotineiramente aplicadas ao colo com finalidade diagnóstica: o ácido acético a 3-5% e a solução iodada de Lugol. O ácido acético coagula reversivelmente as proteínas nucleares e citoplasmáticas, abundantes em epitélio com alta relação núcleo-citoplasma, produzindo o clássico acetobranqueamento — tanto mais denso, de bordas nítidas e de instalação rápida quanto maior o grau da lesão, o que é coerente com a HSIL relatada.

A solução salina é usada apenas antes do ácido, para limpeza e estudo do padrão vascular com filtro verde, e não altera a coloração do epitélio. A solução de iodo corresponde ao teste de Schiller, em que o epitélio rico em glicogênio cora em castanho-mogno e a área lesada permanece clara (iodo-negativa, Schiller positivo) — é um teste de contraste em tons de marrom e amarelo, não de branqueamento. O ácido bórico não tem qualquer aplicação na propedêutica do colo: é usado por via vaginal no tratamento de vulvovaginites recorrentes, o que aqui apenas dialoga com o achado microbiológico de vaginose, sem relação com o exame especular. Resposta D

QUESTÃO 107 — Gabarito A

Paciente, 45 anos, queixa-se de perda urinária em pequena quantidade há 3 semanas. Refere cirurgia para correção de incontinência urinária há 3 meses, com controle dos sintomas e micção espontânea. Nega dor. Exame clínico: FC: 80 bpm; FR: 12 ipm; PA: 110x60 mmHg; IMC: 23kg/m². e Abdome: plano, flácido, com palpação de tumoração regular, de consistência cística, dolorosa, 4 cm acima da sínfise púbica. e Ginecológico: pilificação adequada para a idade; especular: conteúdo vaginal habitual, colo uterino epiteliado; toque vaginal: vagina prévia de 2 dedos, elástica, colo regular, tumoração cística, dolorosa, ocupando a pelve e limitando a identificação do útero. Assinale a conduta adequada neste momento.

A. Sondagem vesical. ✓

B. Exame de sedimento e cultura de urina.

C. Ultrassonografia pélvica.

D. Punção guiada por ultrassom. PAG 32/38 Al 1000 Caderno Reserva So 6=] So) o, Mm, mM, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é típico de retenção urinária com incontinência paradoxal (por transbordamento) após cirurgia antiincontinência: a paciente teve controle inicial dos sintomas e, semanas depois, passou a perder urina em pequena quantidade — o padrão do gotejamento por bexiga cronicamente distendida, e não de esforço ou de urgência. O exame confirma: tumoração regular, cística e dolorosa palpável 4 cm acima da sínfise púbica, também identificada ao toque ocupando a pelve. Isso é globo vesical, e a conduta imediata é a sondagem vesical, que é simultaneamente diagnóstica (confirma pelo volume drenado) e terapêutica (alivia a distensão e protege o trato urinário alto), permitindo depois discutir ajuste ou secção do sling.

O exame de sedimento e a urocultura não resolvem a obstrução e não se sustentam clinicamente: a paciente está afebril, sem dor miccional e sem disúria, e uma eventual infecção seria consequência da retenção, não sua causa. A ultrassonografia pélvica só confirmaria o que já está evidente ao exame físico, atrasando o esvaziamento de uma bexiga em sofrimento. A punção guiada por ultrassom é conduta para coleção ou cisto anexial e, aplicada aqui, significaria puncionar a bexiga distendida — procedimento desnecessário e potencialmente lesivo quando o esvaziamento pode ser feito por via uretral. Resposta A

QUESTÃO 108 — Gabarito A

Paciente de 30 anos, 2G1PN, com 32 semanas, com excesso de trabalho atual, com queixa de dor em baixo ventre há cerca de uma semana, com piora nos últimos dois dias. Relata não estar dormindo bem, com dor e aumento da movimentação fetal à noite, principalmente ao mudar de decúbito. Questionada ativamente, relata dor também junto à vagina, na projeção dos grandes lábios. Ao exame físico, BEG, descorada 1+/4+, hidratada, anictérica, acianótica, eupneica, afebril. PA: 120x80 mmHg; AU: 33 cm; DU ausente; Foco: 144 bpm. Abdome flácido, ruídos hidroaéreos presentes e normais. Ligamento inguinal e pube dolorosos à palpação. Toque: colo grosso, posterior, impérvio, indolor ao toque. “Ê * » RE, À)P NS USE | à ER RS Assinale qual é a estrutura anatômica que pode ser responsabilizada pela origem desta dor.

A. I. ✓

B. II.

C. III.

D. IV.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 32 semanas com dor em baixo ventre que piora à noite e às mudanças de decúbito, irradiada para a região inguinal e para a projeção dos grandes lábios, com ligamento inguinal e púbis doloridos à palpação, útero sem dinâmica, colo impérvio e vitalidade fetal preservada. O quadro é a clássica dor do ligamento redondo do útero, a estrutura indicada no gabarito. O ligamento redondo parte do corno uterino, percorre o canal inguinal e insere-se no tecido subcutâneo do grande lábio — é exatamente esse trajeto que explica a irradiação referida pela paciente. Com o crescimento uterino do segundo e terceiro trimestres, ele se alonga e hipertrofia, e os estiramentos bruscos (mudança de decúbito, movimentação fetal, esforço) desencadeiam dor em pontada, autolimitada e sem repercussão obstétrica.

As demais estruturas assinaladas não reproduzem essa topografia: os ligamentos uterossacros projetam dor para a região sacral e o fundo de saco posterior; os ligamentos cardinais/paramétrios dão dor pélvica lateral profunda, sem irradiação vulvar; e as estruturas de suspensão anexial, com trajeto em direção à parede pélvica lateral e ao retroperitônio, não alcançam o canal inguinal nem o grande lábio. O diagnóstico é clínico e o manejo é conservador — repouso relativo, ajuste postural, calor local e analgesia simples. Resposta A

QUESTÃO 109 — Gabarito B

Gestante de 35 anos, 4G3PN, 37 semanas pela data da última menstruação, com pré-natal irregular, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor em baixo ventre e em região lombar, principalmente quando fica muito tempo em pé. Ao exame físico: IMC: 34 kg/m²; PA: 120x80 mmHg. Região lombar com contratura muscular e sensível à palpação. AU: 41 cm. Foco: 148 bpm. DU ausente. Escava completamente ocupada. Manobra de Leopold demonstra mobilidade. Edema Negativo. Toque: colo grosso, posterior, 2 cm de dilatação. Assinale qual é a melhor conduta.

A. Indicar analgesia endovenosa e reavaliação.

B. Avaliar peso fetal no ultrassom obstétrico. ✓

C. Aguardar trabalho de parto espontâneo.

D. Orientar afastamento laborativo. TEXTO PARA AS QUESTÕES 110 E 111 Paciente de 20 anos, primigesta, 40 semanas, admitida em trabalho de parto com contrações dolorosas rítmicas há 4 horas. Ao exame físico: AU: 38 cm. DU: 3 contrações/10 minutos. Foco: 148 bpm, com acelerações transitórias. Dorso à esquerda, escava completamente ocupada, sulco cervical bem nítido no polo inferior do dorso. Toque: colo médio, medianizado, pérvio para 3 cm, bolsa íntegra.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante obesa (IMC 34), multípara, com 37 semanas e pré-natal irregular, apresenta altura uterina de 41 cm — muito acima do esperado para a idade gestacional. A dor lombar com contratura muscular ao ficar em pé é apenas a consequência mecânica da sobrecarga; o dado que mais pesa e que precisa ser esclarecido antes de qualquer decisão sobre a via de parto é a discrepância entre a altura uterina e a idade gestacional, que levanta suspeita de macrosomia fetal (com diabetes gestacional não rastreado, dado o pré-natal irregular) ou de polidrâmnio. Por isso a conduta é a ultrassonografia obstétrica com estimativa de peso fetal e avaliação do líquido amniótico, que orienta o rastreamento metabólico, o planejamento da assistência ao parto e o preparo para distocia de ombro.

Indicar analgesia endovenosa e reavaliar trata o sintoma e ignora o achado semiológico central, além de ser desproporcional para dor musculoesquelética. Aguardar o trabalho de parto espontâneo, sem estimar o peso fetal, expõe a paciente a um parto sem preparo diante de risco real de desproporção. Orientar afastamento laborativo pode até ser medida acessória para a lombalgia, mas não responde à suspeita clínica principal nem altera o desfecho obstétrico. Resposta B

QUESTÃO 110 — Gabarito C

Assinale qual das alternativas contraindica a tentativa de parto vaginal.

A.

B.

C. ✓

D. PAG 33/38 Al 1000 Caderno Reserva So =] Vo 0 o, o, a Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve primigesta a termo, já em franco trabalho de parto, com feto único, dorso à esquerda, escava completamente ocupada, boa vitalidade (foco de 148 bpm com acelerações transitórias) e dinâmica adequada. Nesse contexto, o que se cobra é reconhecer, entre as situações apresentadas, a única em que a estática ou a atitude fetal inviabiliza mecanicamente o parto por via vaginal. Vale a regra clássica da mecânica do parto: apresentação cefálica fletida e deflexões extremas com mento anterior conseguem transpor o canal, porque oferecem diâmetros compatíveis com a bacia; já a situação transversa (apresentação córnica) e a deflexão de segundo grau (apresentação de frente) apresentam ao estreito superior diâmetros incompatíveis com a pelve materna — a frente oferece o occipitomentoniano, de cerca de 13,5 cm, o maior diâmetro cefálico — e configuram indicação formal de cesárea em feto de termo com peso habitual.

As demais alternativas correspondem a condições que permitem a prova de trabalho de parto, exigindo apenas vigilância da progressão e da vitalidade fetal, e não contraindicam a tentativa de parto vaginal em uma paciente que já evolui com colo medianizado, pérvio para 3 cm e bolsa íntegra. O detalhe semiológico do sulco cervical bem nítido no polo inferior do dorso é justamente o sinal palpatório que sugere deflexão da cabeça fetal e deve acender esse alerta. Resposta C

QUESTÃO 111 — Gabarito D

A paciente entra em trabalho de parto alguns dias depois e observa-se, no período expulsivo, após a exteriorização do polo cefálico, a retração do mesmo contra o períneo materno entre as contrações, conforme fotografia a seguir: Assinale a alternativa correta que representa a melhor conduta neste momento.

A.

B.

C.

D. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A retração do polo cefálico contra o períneo materno logo após seu desprendimento, entre as contrações, é o sinal da tartaruga — tradução clínica da distocia de ombro, emergência obstétrica em que o ombro anterior fica impactado atrás da sínfise púbica. O tempo é curto e a sequência de manobras é padronizada: pedir ajuda, evitar tração excessiva e sistematizada sobre a cabeça, e iniciar pela manobra de McRoberts (hiperflexão e leve abdução das coxas sobre o abdome materno), associada à pressão suprapúbica; essa combinação retifica a coluna lombossacra, horizontaliza a sínfise e resolve a maioria dos casos, sem necessidade de manobras internas.

As condutas que devem ser descartadas nesse momento são exatamente as que agravam o quadro ou perdem tempo: pressão de fundo uterino (manobra de Kristeller) aumenta a impactação do ombro e o risco de ruptura uterina; tração intensa ou lateralização forçada do polo cefálico produz lesão do plexo braquial e fratura de clavícula sem desimpactar o ombro; e indicar cesárea ou aguardar nova contração com o polo já exteriorizado é inviável, pois o feto está em hipóxia progressiva pela compressão do cordão. A conduta correta é a manobra de primeira linha para distocia de ombro, representada na alternativa oficial. Resposta D

QUESTÃO 112 — Gabarito B

Primigesta de 20 anos de idade, com 25 semanas de gravidez, com queixa de náuseas, vômitos, dor abdominal e mal-estar há cerca de 12 horas. Ao exame físico: REG, corada, desidratada 2+/4+, anictérica, acianótica, afebril. FR: 20 ipm, FC: 108 bpm, PA: 120x70 mmHg. Abdome flácido, descompressão brusca negativa. AU: 28 cm. BCF: 160 bpm. DU ausente. Traz os exames colhidos no início do pré-natal, conforme tabela a seguir: Hemograma Sorologias Hb 11,3 g/dL | Toxoplasmose IgG + Ht 32,1% IgM - Leucócitos 7.600/mm³ | Rubéola IgG + Plaquetas 240.000/mm³ IgM - Hepatite B Anti-Hbs + Ag Hbs- Anti-Hbc - HIV Negativo Anti-treponema Negativo Bioquímicos Glicemia (jejum) 130 mg/dL TSH 1,6 mU/mL Assinale qual é a melhor hipótese diagnóstica neste momento.

A. Apendicite.

B. Cetoacidose diabética. ✓

C. Hiperêmese gravídica.

D. Esteatose hepática aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Primigesta de 25 semanas com náuseas, vômitos, dor abdominal, mal-estar, desidratação 2+/4+, taquicardia e taquipneia — e, nos exames do início do pré-natal, glicemia de jejum de 130 mg/dL, valor que já preenche critério de diabetes mellitus diagnosticado na gestação (diabetes franco, jejum maior ou igual a 126 mg/dL), evidentemente não tratado. A soma de hiperglicemia não tratada com quadro agudo de vômitos, dor abdominal, desidratação e taquipneia aponta para cetoacidose diabética, que na gestação é mais precoce e mais grave: a resistência insulínica hormonal, a lipólise acelerada do jejum e a alcalose respiratória fisiológica reduzem a reserva tampão, de modo que a cetoacidose pode ocorrer mesmo com glicemias pouco elevadas (cetoacidose euglicêmica). A taquipneia com FR de 20 ipm traduz a compensação respiratória da acidose metabólica, e o sofrimento fetal é frequente — o BCF de 160 bpm já está no limite superior.

A apendicite é improvável: abdome flácido, descompressão brusca negativa, ausência de febre e dor difusa sem migração para a fossa ilíaca. A hiperêmese gravídica é diagnóstico de exclusão, tem início no primeiro trimestre e costuma ceder até a 20ª semana, não se instalando de forma aguda às 25 semanas em paciente previamente bem. A esteatose hepática aguda da gravidez ocorre tipicamente no terceiro trimestre e cursa com icterícia, hipoglicemia, coagulopatia e insuficiência hepática — a paciente está anictérica e com hiperglicemia. Resposta B

QUESTÃO 113 — Gabarito C

Paciente, 26 anos, refere ter palpado tumor na mama direita e está preocupada com a possibilidade de ser câncer. Nuligesta, uso de contraceptivo hormonal oral combinado, sem comorbidades ou uso de medicamentos. Assinale qual é a forma adequada de palpação das mamas.

- A. Paciente sentada em frente ao examinador, com elevação dos membros superiores acima da cabeça.
- B. Paciente sentada em frente ao examinador, com os membros superiores ao longo do tronco e as mãos espalmadas nas cristas ilíacas.

C. Paciente em decúbito dorsal, com elevação dos membros superiores acima da cabeça. ✓

- D. Paciente em decúbito dorsal, com os membros superiores ao longo do corpo. PAG 34/38 AI 1000 Caderno Reserva So 6=] So 0 o, pr o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra semiologia mamária. O exame das mamas tem duas etapas com posicionamentos distintos: a inspeção, feita com a paciente sentada, e a palpação, feita em decúbito dorsal. Para palpar, a posição adequada é a paciente deitada com o membro superior do lado examinado elevado acima da cabeça — assim o tecido mamário se distribui em camada fina e uniforme sobre a parede torácica, o que permite comprimi-lo contra os arcos costais com a polpa dos dedos e detectar nódulos pequenos, exatamente o que se busca nessa paciente de 26 anos com nódulo palpável (que, pela idade e características, sugere fibroadenoma, mas exige exame sistemático e imagem complementar).

A posição sentada de frente para o examinador com os braços elevados acima da cabeça pertence à inspeção dinâmica, usada para evidenciar retrações e assimetrias, não à palpação. A posição sentada com as mãos espalmadas nas cristas ilíacas é a manobra de contração do peitoral, também da inspeção dinâmica, que realça abaulamentos e retrações. O decúbito dorsal com os membros superiores ao longo do corpo mantém a mama espessa e móvel sobre o gradil, dificulta a compressão contra o plano ósseo e deixa o prolongamento axilar mal exposto, reduzindo a sensibilidade do exame. Resposta C

QUESTÃO 115 — Gabarito B

A orientação deverá envolver quais vacinas ao longo do pré-natal, além da influenza já tomada durante campanha vacinal?

- A. Tríplice viral, covid-19 e DTPa.
- B. Hepatite B, covid-19 e DTPa. ✓**
- C. Hepatite B, tríplice viral e DTPa.
- D. Hepatite B, tríplice viral e covid-19.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o calendário vacinal do pré-natal. Além da influenza, já tomada, a gestante deve receber hepatite B, covid-19 e dTpa. A hepatite B é indicada para toda gestante não imunizada, em três doses, protegendo mãe e recém-nascido da transmissão vertical. A vacina de covid-19 está recomendada em qualquer idade gestacional, por ser a gestação condição de risco para forma grave. A dTpa é a vacina-chave do pré-natal: aplicada a partir da 20ª semana, em toda gestação, o componente pertussis gera anticorpos maternos que passam pela placenta e protegem o lactente contra coqueluche nos primeiros meses, antes que ele complete o próprio esquema.

As demais alternativas erram por incluir a tríplice viral, que é vacina de vírus vivo atenuado e, portanto, formalmente contraindicada na gestação — sarampo, caxumba e rubéola devem ser vacinados no pré-concepcional ou no puerpério, jamais durante a gravidez. Por esse motivo, todas as opções que trazem tríplice viral estão automaticamente incorretas, restando apenas a combinação de hepatite B, covid-19 e dTpa. Resposta B

QUESTÃO 116 — Gabarito C

O alvo de idade gestacional para o parto, caso a gravidez não tenha intercorrência, é de:

- A. 34 semanas.
- B. 36 semanas.
- C. 37 semanas. ✓**
- D. 40 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o momento de resolução de uma gestação de alto risco por doença materna crônica, sem intercorrência até o momento. O raciocínio é sempre o mesmo balanço: de um lado a morbidade da prematuridade iatrogênica, de outro o risco crescente das complicações tardias da doença materna (pré-eclâmpsia sobreposta, restrição de crescimento fetal, descolamento prematuro de placenta e óbito fetal), que sobe de forma acentuada perto do termo completo. As diretrizes de ACOG e FEBRASGO fixam esse ponto de equilíbrio no termo precoce, a partir de 37 semanas, quando a maturidade pulmonar e neurológica já é adequada e não há mais benefício em prolongar a exposição fetal a um ambiente uteroplacentário sabidamente comprometido. Trinta e quatro semanas é prematuridade franca e só se justifica diante de complicação grave e instalada, como pré-eclâmpsia com critérios de gravidade, sofrimento fetal ou doença materna descontrolada. Trinta e seis semanas ainda é pré-termo tardio e impõe morbidade respiratória e de adaptação neonatal sem ganho materno demonstrado. Quarenta semanas ultrapassa a janela de segurança e devolve a gestante exatamente à faixa de risco de pré-eclâmpsia sobreposta e óbito fetal que se pretendia evitar. Resposta C

QUESTÃO 117 — Gabarito A

Considerando os resultados fetais, qual seria a proposta para o controle ideal da pressão arterial ao longo da gravidez?

- A. Normalização da PA no 1º trimestre. ✓**
- B. Normalização da PA no 3º trimestre.
- C. Manutenção da PA < 160x100 mmHg ao longo da gravidez, sem indicação de normalização.
- D. Redução em 20% da PA média, independentemente da idade gestacional.

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado cobra o alvo pressórico da gestante hipertensa sob a ótica do resultado fetal, e a chave é lembrar que o desfecho perinatal se decide cedo, na janela da placentação. A invasão trofoblástica das artérias espiraladas se completa por volta de 20 semanas; se a pressão já está normalizada desde o primeiro trimestre, o leito placentário se estabelece sob perfusão adequada, o que se traduz em menos restrição de crescimento, menos pré-eclâmpsia sobreposta e menos prematuridade. O ensaio CHAP consolidou que o controle estrito, com alvo abaixo de 140x90 mmHg, reduz desfechos adversos sem prejudicar o crescimento fetal, sepultando o receio antigo de que normalizar a pressão hipoperfundiria a placenta. Normalizar apenas no terceiro trimestre chega tarde: a placentação já se consumou e a restrição de crescimento, uma vez instalada, não se reverte com anti-hipertensivo. Manter alvo permissivo abaixo de 160x100 mmHg é o paradigma antigo, que protege apenas a mãe de lesão de órgão-alvo e deixa o feto exposto ao leito placentário mal perfundido. Reduzir 20% da pressão arterial média é regra de emergência hipertensiva, para evitar queda abrupta de perfusão em quadro agudo, e não meta de pré-natal — além de ignorar que o alvo aqui é um valor absoluto, não um percentual. Resposta A

QUESTÃO 118 — Gabarito D

Considere que a paciente veio para consulta neste dia (10/12/2023). Toda a rotina pré-natal foi realizada adequadamente com resultados dentro dos parâmetros de normalidade. Assinale qual é o próximo exame para avaliação fetal que deve ser solicitado, de acordo com a idade gestacional.

- A. Ecografia com Doppler de artérias uterinas.
- B. Ecografia morfológica.
- C. Ecografia de colo uterino.

D. Ecocardiograma fetal. PAG 36/38 AI 1000 Caderno Reserva So o PO 0 o, o, o, Processo Seletivo aos Programas de Residência Médica — Áreas Básicas e de Acesso Direto — Edital: COREME/FM/AD nº 01/2023 — PROVA A1 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa o calendário do pré-natal: cada método de avaliação fetal tem uma janela ideal definida, e a resposta é simplesmente qual janela ainda está aberta na idade gestacional da consulta, já tendo sido cumprida adequadamente toda a rotina anterior. O Doppler de artérias uterinas serve à predição de pré-eclâmpsia e de restrição de crescimento e é realizado entre 11 e 14 semanas e, sobretudo, entre 20 e 24 semanas — janela já vencida. A ultrassonografia morfológica de segundo trimestre tem janela de 20 a 24 semanas e, pelo enunciado, já foi feita com resultado normal. A medida ecográfica do colo uterino, para predição de parto prematuro, é feita na mesma janela de 20 a 24 semanas e perde utilidade prática depois disso, já que a conduta profilática com progesterona depende do diagnóstico precoce do colo curto. O ecocardiograma fetal é o único cuja janela ótima é mais tardia, entre 26 e 28 semanas, quando as câmaras e as vias de saída já têm dimensão suficiente para o estudo detalhado das conexões e do fluxo, e é exame de rotina no seguimento da gestação de alto risco por doença materna crônica. Resposta D

QUESTÃO 119 — Gabarito C

A paciente retorna em consulta com 32 semanas de gravidez, com queixa de aumento de conteúdo vaginal há 1 dia. Refere que teve perda urinária espontânea há 4 horas e que, desde então, sente a vagina úmida. Em avaliação obstétrica, tem-se o seguinte achado: Considerando o diagnóstico observado, assinale qual é a conduta profilática imediata em relação ao uso de ampicilina.

- A. Aguardar pesquisa de Streptococcus do grupo B para introdução de ampicilina endovenosa.
- B. Manter ampicilina endovenosa por 48 horas, sem reiniciar se entrar em trabalho de parto.

C. Manter ampicilina endovenosa por 48 horas; reiniciar se entrar em trabalho de parto. ✓

- D. Manter ampicilina endovenosa por 7 dias; reiniciar se entrar em trabalho de parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

A perda súbita de líquido seguida de sensação de umidade vaginal persistente em gestante de 32 semanas, com o achado obstétrico correspondente, configura rotura prematura de membranas ovulares pré-termo, e a pergunta é objetiva sobre o esquema de antibiótico de latência. O objetivo dele é duplo: prolongar o período de latência, ganhando tempo para a corticoterapia antenatal, e prevenir infecção materno-fetal, incluindo a doença estreptocócica neonatal precoce. O esquema clássico validado pelo estudo do NICHD usa ampicilina endovenosa por 48 horas, associada à eritromicina, seguida de amoxicilina por via oral até completar sete dias de tratamento — ou seja, endovenoso apenas nas primeiras 48 horas. Como esse curso de latência não substitui a profilaxia intraparto, se a paciente entrar em trabalho de parto a ampicilina endovenosa deve ser reiniciada. Aguardar a pesquisa de estreptococo do grupo B está errado porque na amniorrexe a antibioticoterapia é imediata e empírica, e com status desconhecido a gestante é tratada como colonizada. Suspender em 48 horas sem reiniciar deixa o recém-nascido desprotegido justamente no momento de maior risco de transmissão vertical, a passagem pelo canal de parto. Manter sete dias de ampicilina endovenosa confunde a duração total do tratamento com a via: os sete dias existem, mas os cinco últimos são por via oral. Resposta C

QUESTÃO 120 — Gabarito A

Uma hora após a admissão, a paciente apresenta queixa de dor em baixo ventre, com contrações irregulares. Os exames laboratoriais demonstram Hb: 11,8 g/dl; Ht: 32,2%; leucócitos: 15.000/mm³; PCR: 20. Considerando boa vitalidade fetal, assinale qual é a conduta obstétrica.

A. Indicar o parto imediato. ✓

B. Parto após corticoterapia.

C. Inibição de trabalho de parto.

D. Controle clínico e laboratorial. PAG 37/38 Al Caderno Reserva 1000 Pas] =] =) o, a! mM, 1/0 RM 2024 1º Fase - Prova Objetiva 0/0 1100 So) =] [o fem) DO “acerto hêserva A Caderno Reserva “o, o, a

COMENTÁRIO OSCELABS

Uma hora após a admissão por amniorrexe pré-termo, a gestante evolui com dor em baixo ventre, contrações e resposta inflamatória laboratorial (leucócitos de 15.000 e PCR elevada): o conjunto aponta infecção intra-amniótica, e é esse diagnóstico que reorganiza toda a conduta. Na rotura prematura de membranas, o manejo expectante só se sustenta enquanto não houver infecção; uma vez suspeitada a corioamnionite, o útero passa a ser o foco infeccioso, e o tratamento é a resolução da gestação somada a antibiótico de amplo espectro, independentemente da idade gestacional e mesmo com boa vitalidade fetal — vitalidade preservada não afasta infecção e a deterioração materna e fetal, com sepse, atonia e endometrite, é rápida. Adiar o parto para completar o ciclo de corticoide expõe mãe e feto a mais 24 a 48 horas de infecção ativa; o corticoide pode até ser aplicado, mas não justifica postergar a resolução. Inibir o trabalho de parto é formalmente contraindicado na corioamnionite e na amniorrexe com infecção, pois significaria manter o conceito dentro do foco. Controle clínico e laboratorial é conduta de quem ainda não fechou o diagnóstico, e aqui a associação de dor uterina, contrações e resposta inflamatória em membranas rotas já o fecha. Vale registrar que os critérios formais de infecção intra-amniótica exigem febre materna, não relatada no enunciado, o que torna o ponto discutível — a banca valorizou o restante do conjunto clínico-laboratorial. Resposta A