



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

118 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

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Paciente com 35 anos de idade, lavrador, feriu-se com uma enxada durante o trabalho. Ao exame verificou-se ferimento cortante profundo na perna direita. Foi feita a limpeza do local do ferimento e realizado curativo oclusivo. Ao ser verificada a carteira de vacinação, viu-se que o paciente tinha sido vacinado contra o tétano com 2 doses de vacina dT (dupla adulto, difteria e tétano) há 12 anos. Com essas informações qual seria a conduta profilática recomendada em relação ao paciente, diante de sua situação vacinal?

A. dT três doses.

B. dT uma dose e soro antitetânico (SAT). ✓

C. dT uma dose.

D. Soro antitetânico (SAT) uma dose.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra profilaxia do tétano em ferimento de alto risco: corte profundo feito com enxada, portanto contaminado com terra e com potencial de conter esporos de *Clostridium tetani*. A conduta depende de dois dados da vinhetagem, o tipo de ferimento e a situação vacinal. O paciente tem apenas 2 doses de dT documentadas, ou seja, esquema incompleto (menos de 3 doses), e a última foi há 12 anos. Pela orientação do Ministério da Saúde, ferimento de alto risco em paciente com esquema vacinal incompleto exige imunização ativa e passiva simultâneas: uma dose de dT agora para completar o esquema, com agendamento das doses restantes, associada ao soro antitetânico (ou à imunoglobulina humana antitetânica, preferível quando disponível), porque a resposta vacinal leva cerca de duas semanas e o paciente está desprotegido neste momento.

A alternativa A erra porque duas doses já estão registradas na carteira; falta completar o esquema, e ainda assim ficaria de fora a proteção imediata. A alternativa C acerta a vacina, mas em ferimento de alto risco com esquema incompleto a vacina isolada não cobre a janela imunológica. A alternativa D oferece apenas proteção passiva, transitória, e mantém o paciente indefinidamente com esquema vacinal incompleto. Resposta B

QUESTÃO 2 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Na última reunião do Conselho Municipal de Saúde (CMS) foi discutido o novo modelo de financiamento federal de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS). O Secretário Municipal de Saúde e os demais conselheiros estavam preocupados com a possibilidade de redução de recebimento dos recursos financeiros federais, caso o município não atendesse às exigências do Ministério da Saúde. Assim, pensando na estrutura de financiamento deste novo Programa, o CMS deliberou que o gestor municipal da saúde deveria agir, rapidamente, reorganizando a APS. Considerando o novo programa de incentivos financeiros federais, a principal medida que o gestor de saúde deve implementar em seu município é:

A. Cadastrar a população para atingir o limite de pessoas por equipe de saúde. ✓

B. Implantar a estratégia consultório na rua para atender a população vulnerável.

C. Avaliar o desempenho de suas equipes por meio de indicadores de saúde.

D. Aumentar a cobertura da Estratégia Saúde da Família em seus municípios. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 2

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o Previne Brasil (Portaria GM/MS 2.979/2019), que substituiu o PAB fixo e o PAB variável no custeio federal da Atenção Primária. O novo modelo tem três componentes: capitação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. O peso financeiro principal está na capitação ponderada, que transfere recurso proporcional ao número de pessoas efetivamente cadastradas nas equipes, ponderado por vulnerabilidade socioeconômica, perfil etário e tipologia rural-urbana, respeitado um teto de pessoas por equipe. Ou seja, município que não cadastra perde repasse mesmo tendo equipe credenciada e implantada, e por isso a medida mais urgente do gestor é ampliar e qualificar o cadastro até o limite de pessoas por equipe.

A alternativa C descreve o segundo componente, o pagamento por desempenho medido por indicadores, de peso financeiro menor e que depende justamente da população cadastrada como denominador. A alternativa B corresponde ao componente de ações estratégicas, incentivo específico e pontual, de menor monta orçamentária. A alternativa D reproduz a lógica antiga de repasse por cobertura populacional estimada e número de equipes habilitadas, exatamente o critério que o novo programa deixou de usar. Resposta A

QUESTÃO 3 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL A médica de família e comunidade (MFC) foi transferida para uma Unidade de Saúde da Família (USF) e após ter sido apresentada à equipe, manifestou interesse em conhecer o território vinculado à USF. Durante o deslocamento pelo território, observou as suas características geográficas, ambientais, os equipamentos sociais disponíveis (creches, escolas, igrejas, associações, organizações não governamentais), a situação de saneamento do bairro e a disponibilidade de transporte público e de energia elétrica. Solicitou também à enfermeira da equipe os dados demográficos, de morbidade e de mortalidade da população adscrita. Ainda, decidiu participar de uma reunião do Conselho Local de Saúde para se apresentar à comunidade. Na reunião semanal da equipe ela propôs, a partir da análise das informações levantadas, a elaboração do planejamento das ações voltado às principais necessidades de saúde daquela população. A atitude da MFC está relacionada ao atributo da Atenção Primária à Saúde denominado

- A. competência cultural.
- B. planejamento estratégico.
- C. primeiro contato.
- D. orientação comunitária. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve reconhecimento do território, levantamento de dados demográficos e de morbimortalidade, identificação dos equipamentos sociais e das condições de saneamento e transporte, participação no Conselho Local de Saúde e, ao final, planejamento das ações a partir das necessidades da população adscrita. Isso é a definição do atributo derivado orientação comunitária, na formulação de Starfield: reconhecer as necessidades de saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos e do contato direto com ela, e planejar e avaliar os serviços em conjunto com essa comunidade.

Competência cultural (A) também é atributo derivado, mas se refere a reconhecer e se adaptar a características culturais específicas de grupos da população, como crenças, valores e língua, o que não é o eixo da descrição. Planejamento estratégico (B) é ferramenta de gestão, e não atributo da APS: a lista é composta por acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, mais os derivados orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Primeiro contato (C) diz respeito à unidade ser porta de entrada acessível e preferencial a cada novo problema de saúde, o que não corresponde à atitude descrita. Resposta D

QUESTÃO 4 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL A agente comunitária de saúde durante a visita domiciliar orienta uma usuária da Unidade de Saúde da Família (USF), beneficiária do Programa Bolsa Família, a levar as suas filhas de 6 meses e 4 anos à USF, para a avaliação da situação vacinal e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, pela equipe de saúde. A mãe confirma que irá à USF e comenta que a filha mais nova perdeu peso neste último mês. A ação da equipe de Saúde da Família no Programa Bolsa Família está relacionada, principalmente, a que princípio do Sistema Único de Saúde?

- A. Universalidade.
- B. Igualdade.
- C. Integralidade.

D. Equidade. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 3 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso mostra a equipe de Saúde da Família atuando sobre as condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, isto é, acompanhamento vacinal e do crescimento e desenvolvimento de crianças de famílias beneficiárias. Trata-se de oferta dirigida a um grupo definido por vulnerabilidade socioeconômica, priorizando quem tem maior necessidade. Tratar de forma desigual os desiguais, em favor do mais vulnerável, é a tradução operacional da equidade no SUS.

Universalidade (A) é o direito de acesso de todos, sem discriminação ou pré-requisito, e não explica a priorização de um grupo específico. Igualdade (B) é o texto literal da Lei 8.080/1990, igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e se refere a não discriminar, enquanto a vinheta descreve uma desigualdade positiva e intencional. Integralidade (C) é o cuidado articulado em ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, nos diferentes níveis de complexidade, e até aparece no acompanhamento oferecido, mas não é o eixo da ação focalizada do programa. Vale a ressalva de que equidade não consta expressamente no rol da Lei 8.080, onde figura como igualdade, ponto que algumas bancas discutem, mas a leitura consagrada e cobrada aqui é a de equidade. Resposta D

QUESTÃO 5 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Na última reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) os secretários de saúde discutiram sobre o modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) a ser implantado na região de saúde. Um dos gestores defendeu a implantação de um modelo dirigido à atenção materno infantil e às doenças infecciosas, com foco em populações em situação de vulnerabilidade. O modelo proposto por um dos gestores trata-se de uma abordagem de APS:

- A. Seletiva, com uma oferta restrita de intervenções custo efetivas. ✓**
- B. Hierarquizada, um nível para o acesso aos demais pontos da rede.
- C. Resolutiva, com amplo espectro de serviços clínicos e preventivos.
- D. Integral, com a perspectiva de atender às necessidades de saúde. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 4

COMENTÁRIO OSCELABS

O gestor descreve o modelo de Atenção Primária seletiva: um pacote restrito e previamente definido de intervenções de baixo custo e alta relação custo-efetividade, dirigido a populações pobres, com foco em saúde materno-infantil e doenças infecciosas. É a leitura que se seguiu a Alma-Ata (1978), consolidada na proposta conhecida como GOBI e depois GOBI-FFF, que reunia acompanhamento do crescimento, reidratação oral, aleitamento materno e imunização. Essa abordagem é criticada por oferecer um cardápio empobrecido de ações aos mais pobres e por não constituir porta de entrada de um sistema de saúde de fato.

A alternativa B descreve a APS entendida como nível hierárquico do sistema, a porta de entrada de menor densidade tecnológica que ordena o acesso aos demais pontos da rede, outra concepção que não é a apresentada. As alternativas C e D descrevem a APS abrangente ou integral: amplo espectro de serviços clínicos e preventivos, resolutividade sobre a maioria dos problemas e resposta às necessidades de saúde de toda a população, exatamente o oposto do recorte por programas e grupos-alvo defendido pelo gestor.

Resposta A

QUESTÃO 6 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Você trabalha como médico em uma unidade de saúde da família e atende um paciente caucasiano de 35 anos, previamente hígido, e que vem sofrendo episódios semanais de cefaleia occipital associados a níveis pressóricos elevados (PAS entre 160 e 180 mmHg, PAD entre 100 e 120 mmHg) nos últimos 3 meses. Vem em uso de losartana 50 mg 1x ao dia regularmente há 1 mês, tendo obtido discreta redução dos níveis pressóricos. No exame físico, você identifica paciente em bom estado geral, com índice de massa corporal = 25, FC = 72bpm, PA = 182 x 122 mmHg, sem outras alterações. O paciente lhe traz os seguintes exames laboratoriais, colhidos na mesma semana da consulta. Resultado Laboratoriais do Paciente Valores de Referência Creatinina: 0,95 mg/dL 0,7-1,3 mg/dL Sódio: 145 mEq/L 135-145 mEq/L Potássio: 3,4 mEq/L 3,5-5,0 mEq/L Glicemia de jejum: 95 mg/dL 70-99 mg/dL Colesterol total: 220 mg/dL < 200 mg/dL Colesterol HDL: 35 mg/dL > 45 mg/dL Triglicérides: 145 mg/dL < 150 mg/dL Urina rotina: pH 6,0; proteína negativa pH 5-7, proteína negativa Resultados laboratoriais do paciente Assinale entre as alternativas abaixo aquela que indica a melhor conduta para esse paciente.

- A. Troca da losartana por amlodipina 10 mg/dia e solicitação de ultrassom doppler de artérias renais.
- B. Aumento da losartana para 100 mg/dia, associação de hidroclortiazida 25 mg/dia e solicitação de curva pressórica.
- C. Aumento da losartana para 100 mg/dia, solicitação de eletrocardiograma e ecocardiograma.

D. Troca da losartana por amlodipina 10 mg/dia, solicitação de aldosterona e atividade de renina plasmáticas. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 5 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 35 anos, previamente hígido, com hipertensão grave e de difícil controle (PA 182 x 122 mmHg apesar de losartana em uso regular) e, no laboratório, hipocalcemia espontânea (K 3,4 mEq/L) sem uso de diurético, sódio no limite superior (145 mEq/L), função renal e urina normais. Hipertensão estágio 3 em paciente jovem, associada a hipocalcemia não provocada e sódio alto-normal, é a apresentação clássica do hiperaldosteronismo primário, causa endócrina mais frequente de hipertensão secundária. O rastreamento é feito pela relação entre aldosterona e atividade de renina plasmática. Como os bloqueadores do sistema renina-angiotensina elevam a renina e podem gerar falso-negativo, a conduta correta é trocar a losartana por um anti-hipertensivo que interfira pouco no eixo, como um bloqueador de canal de cálcio di-hidropiridínico (anlodipino), e então colher os exames.

A alternativa A acerta a troca do fármaco, mas direciona a investigação para estenose de artéria renal, hipótese menos provável neste perfil, sem sopro abdominal, sem piora da função renal e sem edema agudo de pulmão de repetição, e que não explica o achado laboratorial tão bem quanto o hiperaldosteronismo. A alternativa B apenas intensifica o tratamento e ainda acrescenta hidroclorotiazida, que agrava a hipocalcemia e prejudica a interpretação do rastreio hormonal, deixando de investigar causa secundária em jovem com hipertensão estágio 3. A alternativa C solicita eletrocardiograma e ecocardiograma, exames que avaliam lesão de órgão-alvo, mas não respondem à pergunta central do caso, que é a etiologia da hipertensão. Resposta D

QUESTÃO 8 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Mulher de 52 anos, costureira, há 6 meses com dor e parestesias nos dedos mediais da mão direita, especialmente ao realizar atividades manuais, chegando inclusive a deixar cair objetos. Ao exame físico, apresenta perda de sensibilidade tátil dolorosa do 1º ao 3º dedos desta mão, com preservação da força e sem atrofia muscular. Os reflexos tendíneos dos membros superiores encontram-se simétricos, com sinal da Phalen e sinal de Tinel presentes à direita. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

A. Síndrome do túnel do carpo. ✓

B. Síndrome do canal de Guyon (mononeuropatia ulnar).

C. Radiculopatia cervical.

D. Síndrome do desfiladeiro torácico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Quadro típico de compressão do nervo mediano no túnel do carpo: mulher de meia-idade com atividade manual repetitiva, dor e parestesias que pioram com o uso da mão, queda de objetos e hipoestesia do 1º ao 3º dedos, exatamente o território sensitivo do mediano na mão. As manobras provocativas fecham o raciocínio: sinal de Phalen, com flexão sustentada do punho, e sinal de Tinel, por percussão sobre o túnel, ambos positivos à direita. Força preservada, ausência de atrofia e reflexos simétricos indicam doença ainda sem comprometimento motor relevante, já que a atrofia da eminência tenar é sinal tardio.

A síndrome do canal de Guyon (B) é compressão do nervo ulnar no punho e produziria sintomas no 4º e no 5º dedos, sem resposta às manobras do carpo. A radiculopatia cervical (C) cursa com dor cervical irradiada em faixa dermatômica, piora com manobra de Spurling e costuma alterar reflexos e força do segmento correspondente, o que não ocorre aqui. A síndrome do desfiladeiro torácico (D) acomete tipicamente o tronco inferior do plexo braquial, com sintomas na borda medial do antebraço e nos dois últimos dedos, caráter postural e por vezes manifestações vasculares em todo o membro, e não se restringe à distribuição do mediano. Resposta A

QUESTÃO 9 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Menina de 2 anos vem ao consultório do pediatra com queixa de apresentar episódios de coriza, febre, odinofagia e vômitos, diagnosticados como faringites, com frequência de 6 vezes ao ano desde os 8 meses de vida. Refere obstrução nasal, espirros e tosse seca ocasionalmente. Apresenta bom ganho de peso. Nega necessidade de antimicrobianos para tratamento das infecções. Entrou na escola com 6 meses de idade. Calendário vacinal: atualizado, com exceção da vacina contra meningococos ACWY. Baseado neste caso clínico, assinale a alternativa correta. Trata-se de uma paciente com infecções de repetição, provavelmente devido

- A. à doença do refluxo gastroesofágico.
- B. à rinite alérgica.
- C. ao atraso vacinal.

D. à exposição escolar. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 7 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 2 anos em creche desde os 6 meses de vida, com cerca de 6 episódios anuais de infecção de via aérea superior, todos autolimitados, sem necessidade de antimicrobiano, com bom ganho de peso e sem qualquer sinal de alerta para imunodeficiência primária, ou seja, sem infecções por germes oportunistas, sem abscessos profundos, sem pneumonias de repetição e sem falha de crescimento. Essa frequência está dentro do esperado para a idade: pré-escolares saudáveis apresentam em média de 6 a 8 infecções virais por ano, número que pode chegar a mais de 10 no primeiro período de convívio coletivo. O fator explicativo, portanto, é a exposição escolar precoce, com maior circulação de vírus respiratórios.

A doença do refluxo gastroesofágico (A) pode causar sintomas respiratórios crônicos, sibilância ou pneumonia aspirativa, mas não produz episódios febris com odinofagia; os vômitos descritos acompanham os quadros infecciosos. A rinite alérgica (B) explicaria obstrução nasal, espirros e tosse seca, porém é afebril e não causa faringite, podendo no máximo coexistir como comorbidade. O atraso vacinal (C) limita-se à meningocócica ACWY, que não previne faringites virais e não guarda relação com a frequência dos episódios relatados.

Resposta D

QUESTÃO 10 — Gabarito C

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Mulher com 43 anos, G2P2, em consulta na Unidade de Saúde da Família, informa estar bem e que veio apenas pegar pedido para realizar um exame de mamografia para rastreamento do câncer de mama. Nega quaisquer antecedentes pessoais e familiares de alterações mamárias benignas ou malignas. Informa ter engravidado aos 27 e aos 30 anos e ter amamentado seus filhos por 15 meses cada um. Nega uso de qualquer medicação no momento ou no passado. O exame clínico das mamas é normal. Como você orientaria esta mulher de acordo com as diretrizes do SUS?

- A. Forneceria os pedidos de mamografia seguindo a estratégia breast awareness (consciência da mama), uma vez que a mulher demonstra estar consciente para a saúde das mamas.
- B. Forneceria o pedido de mamografia, considerando o rastreamento oportunístico, que oferece o exame a quem busca a unidade de saúde.

C. Orientaria que, neste momento, o rastreamento mamográfico não estaria indicado para sua faixa etária e seu perfil. ✓

- D. Orientaria que com 45 anos seria ofertado o rastreamento na modalidade organizado que convida formalmente as mulheres para o rastreamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a diretriz brasileira de rastreamento do câncer de mama. Pelo Ministério da Saúde e pelo INCA, em mulheres de risco habitual a mamografia de rastreamento é recomendada dos 50 aos 69 anos, com intervalo bienal. A paciente tem 43 anos, é assintomática, tem exame clínico das mamas normal, nega antecedentes pessoais e familiares e não preenche nenhum critério de alto risco, como mutação conhecida, parente de primeiro grau com câncer de mama antes dos 50 anos, câncer de ovário, câncer de mama masculino na família ou radioterapia torácica prévia. A conduta correta é orientar que o rastreamento mamográfico não está indicado agora para essa faixa etária e esse perfil, explicando o balanço entre danos e benefícios (falso-positivo, sobrediagnóstico e biópsias desnecessárias) e mantendo a orientação de procurar a unidade diante de qualquer alteração percebida.

A alternativa A confunde conceitos: breast awareness é a estratégia de estimular a mulher a conhecer as próprias mamas e buscar avaliação diante de mudanças, e não uma indicação de mamografia. A alternativa B nomeia corretamente o rastreamento oportunístico, que é apenas a forma como o exame acaba sendo ofertado na prática do serviço, mas isso não autoriza rastrear fora da faixa etária recomendada. A alternativa D erra a idade: no SUS o rastreamento organizado, com convite formal, se inicia aos 50 anos, e não aos 45, idade que corresponde à recomendação de sociedades médicas, não à diretriz oficial. Resposta C

QUESTÃO 11 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Paciente, sexo feminino, 5 anos de idade, apresenta história de constipação intestinal desde 2 anos de idade. No início evacuava a cada 3 dias, mas este intervalo foi aumentando, atualmente evacua a cada 15 dias, fezes calibrosas, dolorosas, às vezes com estrias de sangue. Nega febre e perda de peso. Apresenta escape fecal diário, há 6 meses. Ao exame físico: peso e estatura no percentil 25. Não apresenta distensão abdominal importante, mas palpa se uma massa em hipogástrio, móvel, chegando a 3 cm abaixo da cicatriz umbilical, não dolorosa. A inspeção do ânus, observou-se pequena fissura anal a 6 horas. Qual sua hipótese diagnóstica?

A. Constipação intestinal crônica funcional. ✓

B. Constipação orgânica secundária a tumor de cólon.

C. Constipação intestinal crônica não retentiva.

D. Pseudo obstrução intestinal crônica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 8

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 5 anos com constipação de longa data, fezes calibrosas e dolorosas, intervalos evacuatórios progressivamente maiores, fissura anal, massa fecal palpável em hipogástrio, móvel e indolor, e escape fecal diário há 6 meses. Esse é o quadro clássico da constipação intestinal crônica funcional com comportamento retentivo: a evacuação dolorosa gera retenção voluntária, que distende o reto, reduz a sensibilidade retal e provoca o escoamento de fezes ao redor do bolo fecal impactado, o chamado escape ou soiling. Os critérios de Roma IV são preenchidos e, decisivo para a questão, não há sinais de alarme: crescimento preservado no percentil 25, sem febre, sem perda de peso, sem distensão abdominal importante e com início após os 2 anos, e não no período neonatal.

Tumor de cólon (B) é raríssimo nessa faixa etária e cursaria com perda ponderal, sintomas sistêmicos e massa endurecida e fixa, não uma massa fecal móvel e indolor. A constipação ou incontinência fecal não retentiva (C) é, por definição, escape fecal sem retenção e sem impactação, justamente o oposto do que se palpa aqui. A pseudo-obstrução intestinal crônica (D) manifesta-se com distensão abdominal importante, vômitos, episódios suboclusivos de repetição e comprometimento nutricional, todos ausentes no caso. Resposta A

QUESTÃO 12 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Criança de 15 meses de idade comparece à sala de vacinas da unidade básica de saúde para atualizar a sua situação vacinal. Antecedentes: saudável, porém há dois meses apresentou reação anafilática após a ingestão de alimento contendo ovo. Recebeu todas as vacinas previstas pelo calendário do Programa Nacional de Imunizações até um ano de idade. Legenda: VOP: vacina oral poliomielite VIP: vacina inativada poliomielite. As vacinas que a criança deverá receber hoje são:

- A. Tríplice bacteriana acelular, hepatite B, H. influenzae tipo B, VOP, hepatite A e tetra viral.
- B. Pentavalente, VOP, hepatite A.
- C. Tríplice bacteriana acelular, hepatite B, H. influenzae tipo B, VIP, hepatite A e tríplice viral.

D. Pentavalente, VOP, hepatite A e tetra viral. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa duas coisas ao mesmo tempo: o calendário do Programa Nacional de Imunizações aos 15 meses e uma falsa contraindicação. Aos 15 meses estão previstos o primeiro reforço da vacina contra difteria, tétano e coqueluche, o primeiro reforço da poliomielite com a vacina oral (VOP, já que as doses do esquema básico são feitas com VIP), a dose de hepatite A e a tetra viral, que cobre sarampo, caxumba, rubéola e varicela e corresponde à segunda dose do componente do sarampo. O ponto central é que anafilaxia prévia ao ovo NÃO contraindica a tríplice ou a tetra viral, produzidas em cultura de fibroblastos de embrião de galinha, com quantidade desprezível de ovoalbumina; a restrição por alergia grave ao ovo recai sobre a febre amarela e, com ressalvas, sobre a influenza.

A alternativa B erra exatamente por omitir a tetra viral, aplicando uma contraindicação que não existe. A alternativa C erra em dois pontos: propõe VIP quando o reforço dos 15 meses é com VOP, e oferece tríplice viral no lugar da tetra viral, deixando a varicela de fora. A alternativa A utiliza a apresentação acelular do componente bacteriano, que na rede pública é reservada a situações especiais definidas pelos CRIE, e desmembra componentes que não são aplicados isoladamente nessa idade na rotina. Registre-se que, na letra do calendário, o reforço dos 15 meses é feito com a DTP e não com a pentavalente, ponto discutível na redação da alternativa apontada pela banca. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Há cerca de quatro meses, segundo descrição de sua esposa, B., 24 anos, começou a apresentar-se mais preocupado e nervoso, com frequência andando de um lado para o outro em casa, sem conseguir ficar parado muito tempo, falando que algo de ruim ia acontecer, sem saber explicar o que era essa coisa ruim; também começou a ter dificuldade para dormir (tanto para iniciar o sono, como acordando no meio da noite com frequência). Depois de cerca de 2 meses com esse quadro, começou a dizer que via e ouvia uma sombra ruim que queria fazer mal para as pessoas da casa e a ter dificuldade para fazer as suas tarefas profissionais, por que não conseguia se concentrar nessas atividades devido ao medo que ficava na cabeça o tempo todo. Depois de 3 meses, começou a descuidar de sua higiene, passando dias sem tomar banho e ficando trancado em seu quarto, às vezes só aceitando a comida por uma fresta da porta e comendo dentro dele. Há 1 semana falou, em um momento, que a esposa queria matá-lo, para ficar sozinho com a casa que tinham comprado. Não apresentou episódios de auto e/ou heteroagressividade. Nunca tinha tido nada parecido antes. O médico do serviço de Atenção Primária à Saúde realizou uma visita domiciliar e, como acompanhava B. desde a infância e ele confiava muito nele, B. aceitou iniciar algum tratamento para ver se conseguia se sentir melhor. Afora estar com a roupa desarrumada e higiene pessoal não muito boa, não foi constatado nenhuma alteração significativa no exame físico, nem descreveu outros sintomas além dos já descritos. Qual é a conduta medicamentosa mais adequada para esse paciente?

- A. Clorpromazina 400 mg/dia e lítio 900 mg/dia.
- B. Prometazina 50 mg/dia e fluoxetina 20 mg/dia.
- C. Clorpromazina 400 mg/dia e fluoxetina 20 mg/dia.

D. Haloperidol 2,5 mg/dia e diazepam 10 mg/dia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 9 ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Homem de 24 anos, sem antecedentes psiquiátricos, com evolução de cerca de 4 meses: iniciou com ansiedade, inquietação psicomotora e insônia inicial e intermediária, evoluiu com alucinações visuais e auditivas, prejuízo do desempenho profissional por falta de concentração, isolamento social, descuido da higiene e, na última semana, delírio persecutório envolvendo a esposa. Trata-se de um primeiro episódio psicótico, sem sintomas de humor proeminentes e sem alteração no exame físico que sugira causa orgânica. O tratamento indicado é antipsicótico, e o haloperidol em dose baixa é a escolha disponível e adequada na Atenção Primária, já que o primeiro episódio costuma responder a doses menores, com menor risco de efeitos extrapiramidais. O benzodiazepínico associado trata a ansiedade intensa, a inquietação e a insônia enquanto o antipsicótico faz efeito, permitindo inclusive manter dose menor do antipsicótico.

A alternativa A associa lítio, estabilizador de humor sem indicação aqui, pois não há episódio maníaco nem depressivo caracterizado, e ainda usa clorpromazina 400 mg/dia, dose alta para paciente virgem de tratamento, com risco de sedação excessiva e hipotensão. A alternativa B propõe prometazina, anti-histamínico sedativo que não trata psicose, deixando o sintoma central sem cobertura. A alternativa C mantém a dose elevada de clorpromazina e acrescenta fluoxetina sem quadro depressivo estabelecido, com risco de piora da ansiedade e dos sintomas psicóticos no início do uso. Resposta D

QUESTÃO 14 — Gabarito B

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Paciente com 60 anos de idade apresentava hipertensão arterial sistêmica há cerca de 30 anos, com tratamento irregular. Há cerca de dois anos, devido a um diagnóstico de cardiopatia hipertensiva, iniciou tratamento. Há dois anos tinha diagnóstico de câncer de próstata e fazia tratamento e acompanhamento regulares. Há dois meses, após exames, foi diagnosticado insuficiência cardíaca congestiva e, hoje, veio ao pronto socorro com quadro de edema agudo de pulmão, vindo a óbito. Ao preencher o atestado de óbito você assinalaria como Causa Básica do Óbito:

A. Neoplasia maligna de próstata.

B. Hipertensão arterial sistêmica. ✓

C. Insuficiência cardíaca congestiva.

D. Edema agudo de pulmão. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 10

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a lógica de preenchimento da declaração de óbito: causa básica é a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos que levou diretamente à morte, e não a que aparece por último. Aqui a sequência é clara: hipertensão arterial de 30 anos com tratamento irregular gerou cardiopatia hipertensiva, que evoluiu para insuficiência cardíaca congestiva, cuja descompensação produziu o edema agudo de pulmão e o óbito. A hipertensão arterial sistêmica é, portanto, a causa básica e ocupa a última linha preenchida da Parte I do atestado.

O edema agudo de pulmão é a causa imediata ou terminal, ou seja, a primeira linha da Parte I, e por definição nunca é a causa básica. A insuficiência cardíaca congestiva é causa consequencial intermediária, anotada entre o edema agudo e a hipertensão, também não sendo o evento que deflagrou a cadeia. A neoplasia maligna de próstata está em tratamento e acompanhamento regulares e não guarda relação causal com a cadeia descrita: ela entra na Parte II como estado mórbido contributivo, o que não a torna causa básica.

Resposta B

QUESTÃO 15 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Em um estudo buscou-se analisar a associação entre a infecção/doença pelo Zika vírus e a ocorrência de microcefalia em recém-nascidos de mães que apresentaram a doença durante a gestação. Os pesquisadores selecionaram um grupo de crianças com microcefalia e um grupo de crianças sem microcefalia, submetendo todos à realização de sorologia (IgG) contra o Zika vírus. Os resultados são mostrados na tabela a seguir: Tabela: Crianças que foram submetidas a sorologia (IgG) contra o Zika vírus. Diante dos resultados, pode se concluir que:

- A. Trata-se de um estudo caso controle e houve associação significativa entre a sorologia positiva contra o Zika vírus e a microcefalia. ✓**
- B. Trata-se de um estudo ecológico e não houve associação significativa entre a sorologia positiva contra o Zika vírus e a microcefalia.
- C. Trata-se de um estudo de coorte e houve associação significativa entre a sorologia positiva contra o Zika vírus e a microcefalia.
- D. Trata-se de um estudo transversal e não houve associação significativa entre a sorologia positiva contra o Zika vírus e a microcefalia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 11

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a identificação do desenho de estudo pelo critério de seleção dos participantes. Os pesquisadores partiram do desfecho já estabelecido, montando um grupo de crianças com microcefalia e outro sem microcefalia, e só depois foram atrás da exposição pretérita por meio da sorologia IgG para Zika. Selecionar por doença e olhar para trás em busca da exposição é a definição de estudo de caso-controle, cuja medida de associação é a razão de chances (odds ratio), que na tabela apresentada mostrou associação estatisticamente significativa entre sorologia positiva e microcefalia.

O estudo ecológico tem a população, e não o indivíduo, como unidade de análise, o que não ocorre aqui, já que cada criança foi individualmente testada. A coorte parte da exposição (gestantes infectadas e não infectadas) e acompanha o surgimento do desfecho, ou seja, o caminho inverso do descrito. O estudo transversal mediria exposição e desfecho simultaneamente em uma amostra única, sem a seleção deliberada de casos e controles feita pelos autores. Além disso, as alternativas B e D erram também na conclusão, pois negam uma associação que os dados sustentam.

Resposta A

QUESTÃO 16 — Gabarito B

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Considere a figura abaixo: TÉTANO ACIDENTAL A observação da figura permite concluir que:

- A. Os elevados índices de cobertura vacinal a partir do final do século XX produziram uma grande imunidade de rebanho, que fez cair a ocorrência da doença no Brasil.
- B. A manutenção de altos níveis de cobertura vacinal no final do século XX e início do século XXI produziu grande impacto na incidência do tétano acidental no Brasil. ✓**
- C. Como o tétano é fortemente associado às condições de vida da população, o coeficiente de incidência independe da cobertura vacinal.
- D. O aumento dos níveis de cobertura vacinal nos últimos anos da série poderá se refletir numa volta do número de casos no mesmo nível observado no início da década de 1990. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 12

COMENTÁRIO OSCELABS

O gráfico apresentado confronta a série histórica de cobertura vacinal antitetânica com o coeficiente de incidência do tétano acidental no Brasil, e a leitura esperada é a relação inversa entre as duas curvas: à medida que a cobertura se manteve alta ao longo do final do século XX e início do século XXI, a incidência da doença caiu de forma expressiva. A conclusão correta é a que descreve exatamente esse impacto da manutenção de altas coberturas sobre a incidência, sem acrescentar mecanismos que não se aplicam ao tétano.

A alternativa que invoca imunidade de rebanho erra em um ponto conceitual central: o tétano não é doença de transmissão interpessoal, pois decorre da inoculação de esporos de *Clostridium tetani* presentes no solo, de modo que a vacinação protege apenas o indivíduo vacinado e não gera proteção coletiva indireta. Dizer que o coeficiente de incidência independe da cobertura vacinal contraria diretamente o comportamento das curvas, além de reduzir a doença a determinantes sociais. E supor que o aumento recente da cobertura provocaria a volta dos casos aos patamares dos anos 1990 inverte a lógica causal, já que mais vacina significa menos casos.

Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito B

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Um homem de 35 anos, vem à Unidade de Saúde da Família queixando-se de dor no joelho direito ao deambular e sem irradiação. Nega trauma prévio e relata algumas crepitações. O exame não mostrou derrame articular, edema, rubor ou calor. A força e mobilidade estavam preservadas. Você então resolve realizar algumas manobras para investigar a presença de lesões nas estruturas do joelho. Ao exame físico você decide realizar a manobra representada pela figura abaixo. Figura da manobra realizada no exame físico Este teste é mais sensível para avaliar qual estrutura anatômica descrita abaixo?

A. Tendão poplíteo.

B. Ligamento cruzado anterior. ✓

C. Menisco medial.

D. Ligamento colateral lateral. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 13

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve dor mecânica em joelho sem trauma, sem sinais flogísticos e com mobilidade preservada, e a pergunta se restringe a qual estrutura a manobra ilustrada avalia com maior sensibilidade. Entre os testes de instabilidade do joelho, o de maior sensibilidade descrita para a ruptura do ligamento cruzado anterior é o teste de Lachman, realizado com o joelho em cerca de 20 a 30 graus de flexão e tração anterior da tíbia, com sensibilidade em torno de 85 a 95 por cento, superior à da gaveta anterior clássica a 90 graus e ao pivot shift, este último bastante específico porém pouco sensível. É essa a estrutura que a banca cobra.

O tendão poplíteo não dispõe de manobra isolada consagrada no exame físico de rotina e sua lesão isolada é rara, sendo em geral avaliado no contexto do canto posterolateral. O menisco medial é investigado por manobras rotacionais de compressão, como McMurray, Apley e Thessaly, que reproduzem dor ou estalido na interlinha, e não por translação anteroposterior. O ligamento colateral lateral é testado por estresse em varo com o joelho em extensão e a 30 graus de flexão, avaliando abertura da interlinha lateral.

Resposta B

QUESTÃO 18 — Gabarito C

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL D.E.S, 34 anos, sexo feminino, apresenta história de dois episódios depressivos graves há mais de 10 anos, conforme a Classificação Internacional das Doenças-10 (CID 10). Esses episódios depressivos anteriores só melhoraram com o uso de medicação psicotrópica, que nem a paciente, nem seus pais, nem a sua companheira sabem quais foram. Atualmente, está amamentando o seu filho de 3 meses e começou a apresentar humor deprimido e anedonia diariamente, diminuição do apetite, diminuição da motricidade, sonolência excessiva, dificuldade de concentração para realizar as atividades cotidianas e diminuição da autoestima. Nega ideação suicida ou ideias de morte. Está com diminuição da sua capacidade de cuidar da casa e da criança. Qual é a conduta medicamentosa mais adequada para essa paciente?

- A. Amitriptilina 75 mg/dia.
- B. Lítio 900 mg/dia.
- C. Sertralina 50 mg/dia. ✓**
- D. Mirtazapina 60 mg/dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de episódio depressivo no puerpério em mulher que amamenta lactente de 3 meses, com humor deprimido, anedonia, alterações de apetite, sono e concentração e prejuízo funcional, sem ideação suicida. Havendo indicação de tratamento medicamentoso, a escolha na lactação recai sobre os inibidores seletivos da recaptação de serotonina, e a sertralina é o fármaco com melhor perfil documentado de segurança na amamentação, por sua baixa excreção no leite materno e níveis séricos habitualmente indetectáveis no lactente. Iniciar com 50 mg ao dia é a dose padrão de início, com titulação conforme resposta. A amitriptilina é um tricíclico, de eficácia comparável mas com carga muito maior de efeitos anticolinérgicos, sedação, risco cardiotoxico em superdosagem e letalidade em tentativa de suicídio, não sendo primeira linha na depressão puerperal. O lítio é estabilizador de humor indicado no transtorno bipolar, diagnóstico que a vinheta não sustenta, e é classicamente evitado na amamentação por alta passagem para o leite e risco de toxicidade neonatal. A mirtazapina, além de não ser primeira escolha nesse cenário, aparece em dose de 60 mg ao dia, acima do teto terapêutico habitual de 45 mg ao dia.

Resposta C

QUESTÃO 19 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Um senhor de 56 anos, viúvo, trabalhador rural, vem à Unidade de Saúde da Família queixando-se que vem sentindo o olho direito (OD) mais irritado, vermelho e com a sensação de corpo estranho. Nega traumas no olho ou presença de prurido ou secreções. Ao exame, o paciente não apresenta alteração da acuidade visual, nem presença de corpo estranho. A figura abaixo ilustra o olho direito do paciente. Figura do olho direito Qual a hipótese diagnóstica mais provável para o caso clínico apresentado?

- A. Pterígio. ✓**
- B. Hemorragia subconjuntival.
- C. Esclerite.
- D. Pingüícula. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 14

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz trabalhador rural de 56 anos, portanto com exposição crônica à radiação ultravioleta, vento e poeira, queixando-se de olho vermelho, irritação e sensação de corpo estranho, sem prurido, sem secreção, sem trauma e com acuidade visual preservada. Esse conjunto é a apresentação típica do pterígio, proliferação fibrovascular da conjuntiva bulbar que cresce a partir do canto nasal e invade a córnea, cursando com hiperemia e desconforto de corpo estranho e poupando a visão enquanto não atinge o eixo visual.

A hemorragia subconjuntival se apresenta como mancha vermelha homogênea e bem delimitada, de instalação súbita, indolor e sem sensação de corpo estranho, com resolução espontânea em duas a três semanas. A esclerite é quadro doloroso, com dor profunda e intensa que piora à noite e à movimentação ocular, frequentemente associada a doenças reumatológicas sistêmicas e podendo comprometer a acuidade visual, o que não ocorre neste paciente. A pinguécula é lesão amarelada e elevada da conjuntiva bulbar que, por definição, não ultrapassa o limbo nem invade a córnea, sendo em geral assintomática e cursando com sintomas apenas quando inflamada.

Resposta A

QUESTÃO 20 — Gabarito C

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Você trabalha como médico em uma Unidade de Saúde da Família e atende uma paciente de 45 anos, previamente hígida, que procura atendimento queixando-se de uma unha encravada no pé esquerdo há 1 semana. Você observa paciente em bom estado geral, afebril, com supuração no canto interno do hálux direito, flogose local intensa, estendendo-se até a região do metatarso correspondente. Não há outras alterações no exame físico. A paciente relata vacinação completa segundo calendário do Programa Nacional de Imunização, na infância. Legenda: PVP-I Polivinil pirrolidona Iodo. Diante desse quadro clínico, além da limpeza local, assinale a alternativa que contém a melhor conduta para esse caso:

- A. Antissepsia com solução de PVP I, prescrição de cefalexina via oral por 7 dias e 1 dose de reforço da vacina DPT.
- B. Antissepsia com solução de clorexidina, prescrição de clindamicina via oral por 7 dias e 1 dose de reforço da vacina DPT.
- C. Antissepsia com solução de clorexidina, prescrição de sulfametoxazol-trimetoprim via oral por 7 dias e 1 dose de reforço da vacina dT. ✓**
- D. Antissepsia com solução de PVP I, prescrição de amoxicilina + clavulanato via oral por 7 dias e 1 dose de reforço da vacina dT.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de unha encravada evoluída para infecção de partes moles com supuração e celulite ascendente até a região do metatarso, em adulta previamente hígida, com necessidade de decidir três coisas ao mesmo tempo: antisséptico, antibiótico e profilaxia antitetânica. Na ferida aberta com tecido de granulação, prefere-se a clorexidina ao PVP-I, pela menor citotoxicidade sobre o tecido em cicatrização. Sendo infecção purulenta de pele e partes moles, a cobertura deve contemplar *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina de origem comunitária, e o sulfametoxazol-trimetoprim é justamente a opção oral recomendada para esse cenário. Quanto à vacina, adulto recebe dT, e o reforço se impõe porque a última dose foi na infância, com ferimento potencialmente contaminado.

As alternativas com cefalexina e com amoxicilina-clavulanato erram no espectro, pois nenhuma cobre MRSA comunitário em lesão supurada, e a primeira ainda associa PVP-I e vacina inadequada. A clindamicina até teria atividade contra MRSA, mas a alternativa a acompanha da vacina DPT. A DPT, com componente pertussis de células inteiras, é vacina do calendário infantil aplicada até os 6 anos e 11 meses e não deve ser usada como reforço em adultos.

Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Quando se compara a distribuição de malária no Brasil de acordo com a região de ocorrência, verifica-se que aproximadamente 99% dos casos localizam-se na Amazônia. Entretanto, o coeficiente de letalidade na região extra amazônica chega a ser 128 vezes mais elevado. A explicação para isso repousa no seguinte fato:

- A. Subnotificação acentuada de óbitos por malária na região amazônica.
- B. Menos recursos para diagnóstico e tratamento da doença fora da Amazônia.
- C. Casos mais graves são vistos com mais frequência na área fora da Amazônia.

D. Maior probabilidade de retardo no diagnóstico fora da Amazônia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 15 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão explora um paradoxo epidemiológico clássico da malária no Brasil: quase toda a carga de casos está concentrada na Amazônia, região endêmica, mas a letalidade é dezenas de vezes maior fora dela. A explicação está no atraso diagnóstico. Na área endêmica, a suspeição é automática diante de febre, existe rede de diagnóstico com gota espessa e testes rápidos amplamente distribuída e o tratamento é iniciado precocemente, muitas vezes no mesmo dia. Fora da Amazônia, o caso costuma ser importado, o profissional não pensa em malária, o paciente passa por vários serviços com hipóteses alternativas e o diagnóstico só é feito quando já há critérios de gravidade, quando a mortalidade do *Plasmodium falciparum* se eleva de forma abrupta. Subnotificação de óbitos na Amazônia não sustenta a diferença, já que a região dispõe de vigilância específica e ativa para a doença, com notificação compulsória por sistema próprio. Dizer que há menos recursos de diagnóstico e tratamento fora da Amazônia inverte a realidade da oferta assistencial: o que falta é suspeição clínica, não estrutura. E afirmar que os casos são intrinsecamente mais graves fora da região endêmica confunde causa e consequência, pois a gravidade é adquirida ao longo do tempo perdido até o diagnóstico. Resposta D

QUESTÃO 22 — Gabarito C

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Rapidamente após o surgimento da Covid-19, testes de biologia molecular (RT-PCR) foram desenvolvidos para o diagnóstico da infecção por SARS-CoV-2, em pacientes com sintomas clínicos sugestivos da doença. A sensibilidade desses testes oscila ao redor de 60-70% e sua especificidade ao redor de 99%. Com a evolução da pandemia, esses testes passaram a ser usados também para rastreios populacionais, com o intuito de identificar indivíduos com infecção assintomática e isolá-los para conter o avanço da doença. Considerando aspectos epidemiológicos dessa doença, assinale a alternativa que melhor comenta a conduta acima descrita.

- A. A conduta tende a ser inefetiva, pois a especificidade do teste é muito alta para uso em rastreio populacional, ocasionando muitos resultados falsos positivos.
- B. A conduta tende a ser efetiva, uma vez que o percentual de infectados assintomáticos é elevado e esses indivíduos também podem disseminar o vírus.

C. A conduta tende a ser inefetiva, pois a sensibilidade do teste é baixa para uso em rastreio populacional, ocasionando muitos resultados falsos negativos. ✓

- D. A conduta tende a ser efetiva, pois o potencial de disseminação interpessoal do vírus é muito elevado e sua letalidade é relativamente alta.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a lógica de escolha de teste para rastreamento populacional. Um teste destinado a triagem precisa de alta sensibilidade, porque o objetivo é não deixar escapar quem tem a condição; a especificidade é a virtude do teste confirmatório. O RT-PCR para SARS-CoV-2 descrito tem sensibilidade de apenas 60 a 70 por cento, o que significa que cerca de um terço dos infectados receberia resultado negativo. Em rastreio de assintomáticos isso é especialmente danoso, pois o falso-negativo devolve à circulação um indivíduo infectante agora com falsa sensação de segurança, tendendo a tornar a estratégia inefetiva.

A alternativa que atribui à alta especificidade a geração de muitos falsos-positivos inverte o conceito, já que especificidade de 99 por cento é justamente o que reduz os falsos-positivos. As duas alternativas que concluem pela efetividade da conduta discutem apenas características do agente, isto é, alta proporção de assintomáticos, elevada transmissibilidade e letalidade, e ignoram o desempenho do teste, que é o objeto da pergunta. Vale registrar que a limitação apontada é de sensibilidade do método aplicado em massa, e não um argumento contra testar, mas contra confiar em um resultado negativo isolado como critério de liberação.

Resposta C

QUESTÃO 23 — Gabarito A

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Paciente com 28 anos de idade, gestante com quatro meses de idade gestacional, procura unidade de saúde para completar seu esquema vacinal. Observando-se sua carteira de vacinação, verifica-se que a paciente nunca tomou vacina contra febre amarela, sendo que reside em uma área urbana, com alto índice de infestação predial por *Aedes aegypti* (10%), mas sem casos de febre amarela em humanos documentados nos últimos 12 meses. Com essas informações, qual seria a melhor conduta recomendada para a profilaxia da febre amarela?

A. Aguardar o término da gestação e o desmame da criança para indicar a vacina antiamarílica. ✓

B. Indicar a vacinação antiamarílica imediatamente.

C. Aguardar o término da gestação e indicar a vacina antiamarílica.

D. Aguardar o último trimestre da gestação e indicar a vacina antiamarílica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 16

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra febre amarela é de vírus vivo atenuado, o que a contraindica formalmente na gestação e também na mulher que amamenta criança menor de 6 meses, pelo risco de transmissão do vírus vacinal pelo leite e de doença neurológica no lactente. A vacinação só é feita nesses grupos quando o risco de exposição supera o risco da vacina, ou seja, em situação de surto, epidemia ou vigência de transmissão ativa comprovada. No caso apresentado não há casos humanos documentados nos últimos 12 meses, e a alta infestação predial por *Aedes aegypti* não caracteriza risco iminente, uma vez que o ciclo urbano da febre amarela não ocorre no Brasil desde 1942 e a transmissão atual é silvestre, mediada por *Haemagogus* e *Sabethes*. Sendo assim, a conduta é adiar a vacina até o término da gestação e o desmame.

Vacinar imediatamente só se justificaria diante de risco epidemiológico iminente, o que a vineta afasta.

Aguardar apenas o fim da gestação ignora a segunda contraindicação, que é a amamentação de lactente jovem. E indicar a vacina no último trimestre é a pior das opções, pois mantém a aplicação de vírus vivo durante a gestação, exatamente o que se quer evitar.

Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito D

TEMA: MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL Um inquérito soro epidemiológico domiciliar sobre a infecção por SARS-CoV-2 foi implementado em uma amostra de 709 pessoas representativa da população de um município de grande porte, em junho de 2020. Os números obtidos nesse inquérito foram então confrontados com os dados oficiais da Vigilância Epidemiológica municipal sobre a Covid-19, o que deu origem à figura de um iceberg ilustrada abaixo. Proporção de casos notificados e confirmados de Covid-19, segundo apresentação clínica, em relação ao número de infecções por SARS-CoV-2 estimado por dados do inquérito. Considerando essas informações epidemiológicas, assinale a alternativa correta.

- A. A figura indica que os profissionais da saúde da cidade não estão notificando adequadamente os casos de Covid-19, ocasionando a subnotificação e o subdimensionamento da pandemia.
- B. A mortalidade estimada pelo gráfico deve ser superior àquela estimada pelos dados oficiais da vigilância epidemiológica, uma vez que o inquérito incluiu casos não identificados pela mesma.
- C. A letalidade estimada pelo gráfico deve ser superior àquela estimada pelos dados oficiais da vigilância epidemiológica, uma vez que o inquérito incluiu casos não identificados pela mesma.
- D. A figura explica em parte o sucesso da propagação do vírus, uma vez que a grande maioria dos infectados não é detectada pelos serviços de saúde, continuando a disseminá-lo. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 17 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A figura do iceberg confronta as infecções por SARS-CoV-2 estimadas por inquérito sorológico domiciliar com os casos efetivamente notificados e confirmados pela vigilância, e mostra que a porção detectada é a ponta visível de um contingente muito maior de infecções que nunca chegaram ao serviço de saúde. A leitura epidemiológica correta é que essa massa submersa de assintomáticos e oligossintomáticos, que não é identificada nem isolada, segue circulando e transmitindo o vírus, o que ajuda a explicar o sucesso da propagação da doença.

Atribuir o fenômeno à falha de notificação dos profissionais é incorreto, pois o que não foi notificado é justamente o que nunca foi diagnosticado, por ausência de sintomas e por testagem insuficiente, e não por omissão do profissional diante de um caso identificado. Sobre a mortalidade, ela tem como denominador a população total e como numerador os óbitos, de modo que descobrir mais infecções não a altera. Já a letalidade tem os casos no denominador: se o inquérito revela muito mais infectados e o número de óbitos permanece o mesmo, a letalidade real é menor, e não maior, que a estimada pelos dados oficiais, o que derruba a alternativa que a diz superior.

Resposta D

QUESTÃO 25 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Criança eutrófica, negra, com 9 meses de idade e quadro de diarreia com sangue há 7 dias. Fez uso de ceftriaxona por 4 dias. Mãe refere que apesar da melhora da diarreia a criança está urinando menos e está mais irritada há um dia. Exames colhidos no pronto socorro: Hemograma: hemoglobina 6,8 g/dL, hematócrito 21%, leucócitos 17.000/uL, plaquetas 750.000/uL, reticulócitos 4%. Ureia 52 mg/dL e creatinina 1,2 mg/dL. Haptoglobina: 10 mg/dL (valor normal: 40-280 mg/dL). Urina tipo 1: densidade 1,011; pH 8,0; proteínas 150 mg/mL; nitrito negativo; hemácias 4 a 6 por campo; leucócitos 10 a 15 por campo; presença de heme pigmento. Com relação a etiologia da anemia, ela pode ser classificada como:

- A. Ferropriva.
- B. Hemolítica autoimune.
- C. Microangiopática. ✓**
- D. Falciforme. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 18

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de lactente de 9 meses com diarreia sanguinolenta que, ao final da primeira semana, evolui com oligúria, irritabilidade, anemia importante e alteração de função renal, ou seja, o cenário clássico da síndrome hemolítico-urêmica típica, associada a *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga. A anemia dessa síndrome é hemolítica não imune, por fragmentação das hemácias ao atravessarem a microvasculatura ocupada por trombos de fibrina e plaquetas, isto é, hemólise microangiopática. Os exames apoiam isso: hemoglobina de 6,8 com reticulócitos de 4 por cento, portanto medula respondendo, haptoglobina consumida em 10 mg/dL, presença de heme pigmento na urina refletindo hemoglobinúria, e ureia e creatinina elevadas para a idade traduzindo a lesão renal aguda.

A anemia ferropriva é hipoproliferativa, com reticulócitos baixos e haptoglobina normal, e não explica a insuficiência renal. A hemolítica autoimune exigiria Coombs direto positivo e não se encaixa na sequência disenteria seguida de lesão renal, sendo justamente o oposto do mecanismo mecânico aqui envolvido. A anemia falciforme é hemólise crônica, detectada na triagem neonatal e manifesta por crises vaso-oclusivas, não pelo quadro agudo descrito. Registre-se que a contagem de plaquetas de 750.000 destoa da plaquetopenia da tríade clássica, provavelmente por resposta de fase aguda ou fase de recuperação, mas a pergunta se restringe ao mecanismo da anemia, que os demais dados sustentam.

Resposta C

QUESTÃO 26 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Recém-nascido de 15 dias de vida foi internado em uma UTI neonatal com quadro de icterícia, convulsões e insuficiência hepática. Vinha em uso de leite materno exclusivo. Exame físico: mau estado geral, icterícia +++/4, hepatoesplenomegalia, ascite e catarata. Os exames laboratoriais demonstraram: ALT (alanina aminotransferase) = 380 U/L (Valor de referência < 31U/L) AST (aspartato aminotransferase) = 690 U/L (Valor de referência < 30U/L) Gama GT = 200 U/L (Valor de referência = 50U/L) INR (tempo de protrombina) = 2,0 Bilirrubina total = 18,3 mg/dL Bilirrubina direta (BD) = 10,0 mg/dL Proteína total = 6,5 g/dL e albumina = 2,8 g/dL Hemocultura: positiva para *E. coli* Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

A. Colestase familiar intra-hepática progressiva (PFIC).

B. Atresia de vias biliares.

C. Galactosemia. ✓

D. Colestase secundária a sepse por *E.coli*. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 19

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido em aleitamento materno exclusivo que abre, na segunda semana de vida, colestase com insuficiência hepática aguda, catarata, convulsões e sepse por *Escherichia coli* tem a apresentação clássica da galactosemia clássica, por deficiência de galactose-1-fosfato uridiltransferase. A lactose do leite materno é clivada em glicose e galactose; sem a enzima, o galactose-1-fosfato se acumula e produz exatamente o que a vinheta mostra: lesão hepatocelular com AST/ALT muito elevadas, falência de síntese (INR 2,0, albumina 2,8, ascite), hiperbilirrubinemia com componente direto e encefalopatia com crises convulsivas. A catarata decorre do acúmulo de galactitol no cristalino, e a bacteremia por *E. coli* é o achado quase de assinatura da doença, pela inibição da função dos neutrófilos pelos metabólitos da galactose. O tratamento é a suspensão imediata da galactose da dieta. A colestase familiar intra-hepática progressiva tem curso arrastado, não cursa com catarata nem com sepse por gram-negativo, e nos tipos 1 e 2 a gama-GT é normal ou baixa, o oposto dos 200 U/L do caso. A atresia de vias biliares produz colestase progressiva em lactente com bom estado geral, acolia e colúria, sem falência hepática aguda, sem catarata e sem convulsão aos 15 dias. A colestase secundária a sepse por *E. coli* explicaria parte da bilirrubina direta, mas não a catarata nem a coagulopatia com hipoalbuminemia; aqui a infecção é consequência da doença metabólica de base, não a sua causa. Resposta C

QUESTÃO 27 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Lactente, 6 meses, chega no pronto atendimento com queixa de quadro febril há 5 dias. Inicialmente apresentou temperatura de 38-38,5°C a cada 6 horas, que cedia com antitérmico, sem prostração. A febre passou a ocorrer a cada 8 horas e há 1 dia criança está com tosse seca e rinorreia hialina; sem outras queixas. Vacinação em dia, nega contato com pessoas doentes. Ao exame físico: temperatura axilar = 37,8°C; peso = 7 kg (escore-z 0); comprimento = 61 cm (escore-z -2). Sem alterações cardíacas ou na ausculta pulmonar. Exames complementares: hemograma com hemoglobina = 9,9 g/dL; 27.000/uL glóbulos brancos (11% bastões, 55% segmentados e 35% linfócitos) e proteína C reativa de 12 mg/dL (VR = até 0,5 mg/dL). Abaixo está o exame radiológico de tórax. RADIOGRAFIA DE TÓRAX Frente a esse caso, qual conduta a ser tomada?

- A. Internar e tratar por 48 horas com associação de amoxicilina + clavulanato endovenoso na dose de 50 mg/kg/dia cada 12 horas e completar 10 dias por via oral.
- B. Tratar ambulatoriamente com amoxicilina oral na dose 50 mg/kg/dia fracionada em duas tomadas, por 10 dias completos. ✓**
- C. Tratar ambulatoriamente com nebulizações, oseltamivir e azitromicina via oral por 5 dias e retornar para controle.
- D. Internar e tratar por 48 horas com ampicilina endovenosa na dose 150 mg/kg/dia em 4 aplicações; depois completar 10 dias por via oral. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 20

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a decisão entre tratar em casa ou internar uma pneumonia adquirida na comunidade em lactente. O conjunto febre há cinco dias, tosse, leucocitose de 27.000 com 11 por cento de bastões, PCR de 12 mg/dL e a radiografia de tórax solicitada aponta infecção bacteriana típica, cujo agente mais provável nesta faixa etária é o *Streptococcus pneumoniae*. Definido o diagnóstico, o que governa a conduta é a gravidade, e aqui não há nenhum critério de internação: a criança tem mais de 2 meses, está sem prostração, temperatura de 37,8 graus, sem taquipneia para a idade, sem tiragem, sem hipoxemia, sem alteração à ausculta e aceitando dieta. Logo, tratamento ambulatorial com amoxicilina oral 50 mg/kg/dia por 10 dias, com reavaliação em 48 a 72 horas para checar resposta. Internar e usar amoxicilina com clavulanato endovenoso é sobretratamento em dose e em via: o clavulanato só se justifica em falha terapêutica, suspeita de *Haemophilus influenzae* não típavel produtor de betalactamase ou pneumonia aspirativa. Nebulizações com oseltamivir e azitromicina tratariam influenza e germes atípicos, que não combinam com neutrofilia com desvio à esquerda e PCR de 12, além de a azitromicina ter cobertura insuficiente para o pneumococo. Ampicilina endovenosa é o esquema correto para a pneumonia que interna, mas essa criança não preenche indicação de internação. Resposta B

QUESTÃO 28 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Menina de 5 dias de vida, pesando 3100 g, é trazida pela mãe com queixa que, desde há dois dias, notou que a mesma está com a cor da pele mais esbranquiçada e com manchas avermelhadas nas palmas das mãos e pés, além de olhos amarelados. Também, está recusando as mamadas no peito e parece que tem dores. Ao exame encontra-se em regular estado geral, pálida, hidratada, eupneica, chorosa ao toque, com lesões maculo-bolhosas em palmas das mãos e plantas dos pés. Percebe-se a presença de sopro sistólico ++/++++ no mesocárdio, hepatimetria de 8 cm, fígado endurecido e doloroso, baço palpável a 2 cm do rebordo costal esquerdo. Considerando a hipótese diagnóstica prioritária para esse caso, assinale a alternativa que contenha a ação que deve ser tomada inicialmente.

- A. Perguntar se a mãe possui gatos em casa, se faz jardinagem ou se come carnes malcozidas.
- B. Fazer o teste do coraçãozinho.
- C. Verificar os resultados dos testes VDRL feitos durante o pré-natal. ✓**
- D. Verificar o tipo sanguíneo e o resultado do teste de Coombs indireto da mãe.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascida de 5 dias com palidez, icterícia, lesões maculo-bolhosas em palmas e plantas, hepatoesplenomegalia com fígado endurecido e dor à manipulação tem, até prova em contrário, sífilis congênita precoce. O pênfigo sífilítico, com lesões bolhosas palmoplantares, é praticamente exclusivo dessa doença no período neonatal, e o choro ao toque traduz a pseudoparalisia de Parrot, decorrente da osteocondrite sífilítica. Diante dessa hipótese prioritária, a primeira ação é resgatar a sorologia materna: o VDRL do pré-natal, o momento em que positivou, o tratamento realizado e o tratamento do parceiro definem se a criança é caso de sífilis congênita e orientam toda a investigação seguinte (VDRL do sangue periférico da criança, líquido, hemograma e radiografia de ossos longos). Perguntar sobre gatos, jardinagem e carne malcozida investiga toxoplasmose congênita, que cursa com coriorretinite, hidrocefalia e calcificações intracranianas difusas, e não com lesões bolhosas palmoplantares. O teste do coraçãozinho é triagem de cardiopatia crítica canal-dependente, feito entre 24 e 48 horas de vida em recém-nascido assintomático, e não responde ao quadro infeccioso e hemolítico apresentado. Verificar tipagem e Coombs materno investiga doença hemolítica por incompatibilidade, que explicaria icterícia e palidez, mas não as lesões cutâneas, a hepatomegalia endurecida nem a dor óssea, e no recém-nascido o exame de escolha é o Coombs direto. Resposta C

QUESTÃO 29 — Gabarito A

TEMA: PEDIATRIA Uma menina de 9 anos de idade, foi submetida no dia anterior à cirurgia para redução de fratura traumática em tíbia esquerda. Ela se queixa de dor intensa no local da cirurgia. Nas últimas 12 horas não recebeu nenhum medicamento, e há 1 hora recebeu uma dose endovenosa de dipirona (15 mg/kg). Ao exame físico, não há anormalidades na ferida cirúrgica ou no membro acometido, ou em qualquer outro sistema. Assinale a alternativa que contém a conduta imediata mais adequada para este caso.

A. Administrar uma dose de analgésico opioide. ✓

B. Solicitar avaliação imediata do ortopedista.

C. Solicitar uma radiografia do membro acometido.

D. Administrar uma dose de anti-inflamatório não esteroidal. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 21

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a aplicação da escada analgésica no pós-operatório pediátrico. A menina refere dor intensa após redução de fratura de tíbia, já recebeu dipirona endovenosa em dose adequada há uma hora, tempo suficiente para o pico de ação do analgésico simples por essa via, e permanece com dor. O exame físico é rigorosamente normal, o que afasta as complicações que exigiriam outra conduta. Dor intensa que não responde a analgésico não opioide é indicação formal de subir para o degrau seguinte da escada da OMS, ou seja, administrar opioide, mantendo a dipirona como analgésico de base. Dor mal controlada em criança não é achado a se observar: é evento adverso que atrasa reabilitação e deve ser tratado de imediato. Solicitar avaliação imediata do ortopedista faria sentido se houvesse sinais de síndrome compartimental, como dor desproporcional com parestesia, dor à extensão passiva, membro tenso, palidez ou déficit de pulso, ou de complicação da ferida, e nada disso está presente. Radiografia do membro não trata a dor e não tem justificativa com exame local normal no primeiro dia de pós-operatório. Anti-inflamatório não esteroidal é adjuvante útil na dor óssea, mas pertence ao mesmo degrau da dipirona e é insuficiente para uma dor já classificada como intensa e refratária ao analgésico simples. Resposta A

QUESTÃO 30 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Criança de 5 anos de idade com peso estimado de 20 Kg, foi atropelada por uma moto. Segundo equipe do resgate, criança foi encontrada no cenário, inconsciente, com escala de coma de Glasgow de 7, com múltiplas escoriações no corpo e hematoma subgaleal temporal à esquerda, sendo então prontamente intubada e transferida para sala de urgência de hospital terciário. Ao exame: criança intubada, sedada, pupilas mióticas e bradifotorreagentes, ventilada com bolsa valva-máscara com fluxo de 10 litros de oxigênio/min. Subitamente, durante a monitorização, nota-se frequência cardíaca 160 bpm, pressão arterial 70 x 40 mmHg, saturação de O₂ 85%, pulsos periféricos finos e centrais palpáveis, tempo de enchimento capilar de 4-5 segundos. Na ausculta pulmonar, o murmúrio vesicular está reduzido em hemitórax direito e hipertimpânico à percussão. Escolha qual das alternativas abaixo define melhor a condição de deterioração constatada na sala de urgência:

A. Choque distributivo.

B. Choque obstrutivo. ✓

C. Choque hipovolêmico hemorrágico.

D. Choque neurogênico. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 22

COMENTÁRIO OSCELABS

Politraumatizado pediátrico intubado que deteriora de forma súbita com taquicardia, hipotensão, dessaturação e má perfusão, e que ao exame apresenta murmúrio vesicular reduzido e percussão hipertimpânica em hemitórax direito, tem pneumotórax hipertensivo, protótipo do choque obstrutivo. O mecanismo é mecânico: o ar sob pressão colapsa o pulmão, desvia o mediastino e reduz o retorno venoso, de modo que o coração fica sem pré-carga apesar da volemia. A ventilação com pressão positiva, iniciada após a intubação, é o gatilho clássico para a conversão de um pneumotórax simples em hipertensivo, o que explica a instalação abrupta durante a monitorização. O diagnóstico é clínico e a conduta é descompressão imediata por punção seguida de drenagem torácica, sem esperar radiografia. O choque distributivo, seja séptico, anafilático ou por outra causa, cursa com vasodilatação, extremidades quentes e enchimento capilar rápido, além de não produzir achado unilateral de ausculta e percussão. O choque hipovolêmico hemorrágico é plausível no politrauma e pode coexistir, mas não explica a assimetria à ausculta, o hipertimpanismo nem a queda súbita da saturação logo após a instalação da ventilação com pressão positiva. O choque neurogênico, apesar do trauma cranioencefálico e do Glasgow 7, se manifesta por hipotensão com bradicardia e pele quente, o contrário da taquicardia com pulsos finos e enchimento capilar de 4 a 5 segundos descritos. Resposta B

QUESTÃO 31 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Mãe traz menino de 15 anos de idade ao consultório para solicitar atestado médico para a prática intensiva de basquete (5 vezes por semana; 2 horas por treino). Refere que ele é assintomático, e sempre foi alto e magro. No exame físico geral você detecta que o paciente tem pé chato, mede 190 cm, com envergadura de 200 cm e tem sinal de polegar e punhos, conforme figura anexa. O exame físico cardiovascular demonstra frequência cardíaca de 70 batimentos por minuto, pressão arterial em repouso de 110 x 70 mmHg e a ausculta evidencia 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros. SINAL DE POLEGAR E PUNHOS Baseado nestas informações, a conduta mais adequada seria:

A. Não liberação pelo risco de hipertensão pulmonar.

B. Liberação para atividade física.

C. Não liberação pelo risco de arritmia.

D. Não liberação pelo risco de dissecação de aorta. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 23

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente alto e magro, com envergadura de 200 cm para 190 cm de altura (relação maior que 1,05), pé plano e sinais do polegar (Steinberg) e do punho (Walker-Murdoch) positivos preenche vários dos critérios sistêmicos de Ghent para síndrome de Marfan. A pergunta não é sobre o diagnóstico, e sim sobre liberação para esporte intensivo, e nesse cenário a complicação que manda é a aórtica: a fragilidade da média por deficiência de fibrilina-1 predispõe a dilatação da raiz da aorta, dissecação e ruptura, risco que aumenta com o esforço físico vigoroso e com o pico hipertensivo do exercício. Por isso o paciente não deve ser liberado para treino intensivo antes da avaliação cardiológica com ecocardiograma para medir a raiz da aorta, e mesmo depois esportes de alta intensidade e de contato permanecem contraindicados. Hipertensão pulmonar não é complicação característica de Marfan, cujas manifestações pulmonares são o pneumotórax espontâneo e as bolhas apicais. Liberar sem investigação ignora o achado de exame físico que motivou a questão e expõe o adolescente ao evento fatal. Arritmia é o mecanismo de morte súbita da cardiomiopatia hipertrófica e das canalopatias, não o risco principal aqui, ainda mais com ausculta normal, frequência de 70 bpm e pressão arterial normal. Resposta D

QUESTÃO 32 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Menina de 12 anos de idade com diagnóstico de asma desde os 2 anos de idade, sem uso de medicações de forma contínua. Chega ao pronto socorro com tosse, chiado, dispneia e vômitos há 1 dia. Exame físico: temperatura axilar: 36,7°C; frequência respiratória: 38 rpm; frequência cardíaca: 118 bpm; Sat O₂ 91%; pico de fluxo expiratório 40% do predito. Dispneia moderada com tiragens intercostais, de fúrcula e sibilos expiratórios. Consciente e acianótica. O tratamento inicial ideal para essa paciente seria o β 2 agonista de ação curta inalatório

A. em doses elevadas e repetidas e, caso não haja resposta na primeira hora, corticoide endovenoso.

B. em doses elevadas e repetidas associado ao brometo de ipratrópio e corticoide endovenoso. ✓

C. em doses habituais e repetidas e, caso não haja resposta na primeira hora, corticoide endovenoso.

D. em doses habituais e repetidas associado à aminofilina endovenosa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente asmática sem controle de manutenção chega com exacerbação que, pelos parâmetros objetivos, é grave: saturação de 91 por cento, pico de fluxo expiratório de 40 por cento do predito, frequência respiratória de 38 e uso de musculatura acessória com tiragem de fúrcula. Nessa faixa de gravidade, o tratamento inicial preconizado pelas diretrizes de asma é a tríade broncodilatador de curta ação inalatório em doses altas e repetidas na primeira hora, brometo de ipratrópio associado ao beta-2 (benefício demonstrado justamente nas crises moderadas a graves, reduzindo internação) e corticoide sistêmico administrado precocemente, na primeira hora, porque seu efeito só aparece após 4 a 6 horas e postergar significa atrasar a resolução da inflamação. A primeira alternativa acerta a dose do beta-2, mas erra ao condicionar o corticoide à falta de resposta em uma hora: na crise grave ele é de indicação imediata, não de resgate. Doses habituais de beta-2 são insuficientes para uma paciente com pico de fluxo em 40 por cento do predito, o que já invalida a terceira opção, que ainda repete o erro de retardar o corticoide. A aminofilina endovenosa foi abandonada no manejo da crise por eficácia adicional pequena e margem terapêutica estreita, com risco de arritmia e vômitos, e vem aqui somada a doses insuficientes de broncodilatador. Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito A

TEMA: PEDIATRIA Gestação de 36 semanas evoluiu com trabalho de parto. Após amniorrexe espontânea foi observado hemoâmnio e indicado parto cesárea. Recém-nascido (RN) trazido ao berço devido hipotonia e apneia. Após os passos iniciais foi realizada ventilação com balão e máscara com ar ambiente por 30 segundos e com oxigênio titulado até 60%, além de revisada a técnica de ventilação. Como não houve melhora da frequência cardíaca e da respiração, optado por intubação orotraqueal. Após 30 segundos, foi revisada a técnica de ventilação e confirmada a posição correta da cânula, entretanto o RN permanecia em apneia e com frequência cardíaca de 50 bpm. Segundo as recomendações atuais, assinale a conduta imediata mais adequada.

- A. Iniciar massagem cardíaca sincronizada com ventilação, com FiO2 de 100%, por 60 segundos. ✓**
- B. Aumentar a FiO2 para 100% e realizar 40 a 60 ventilações por minuto por mais 30 segundos.
- C. Aguardar a leitura da oximetria de pulso para reavaliar a frequência cardíaca.
- D. Administrar adrenalina endovenosa na dose de 0,01 mg/kg. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 24

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso segue o algoritmo de reanimação neonatal em recém-nascido de 36 semanas com asfixia perinatal por provável sangramento (hemoâmnio). A sequência foi corretamente cumprida: passos iniciais, ventilação com balão e máscara por 30 segundos, revisão de técnica com oxigênio titulado, e depois intubação diante da falha. A regra é clara: se, após 30 segundos de ventilação adequada por cânula traqueal com oxigênio, a frequência cardíaca permanecer abaixo de 60 bpm, indica-se massagem cardíaca coordenada com a ventilação, na relação 3 compressões para 1 ventilação, com FiO2 de 100 por cento, mantida por 60 segundos antes de nova avaliação da frequência cardíaca. É exatamente a situação descrita, com FC de 50 bpm e apneia apesar de cânula bem posicionada. Apenas aumentar a FiO2 e ventilar por mais 30 segundos deixa de tratar a bradicardia que já configura falha da ventilação isolada e atrasa o suporte circulatório. Aguardar a leitura da oximetria não se sustenta porque, na reanimação, é a frequência cardíaca que guia as decisões, e o sinal do oxímetro é lento e pouco confiável em baixo débito. A adrenalina só entra depois, se a frequência cardíaca continuar abaixo de 60 bpm após os 60 segundos de massagem bem executada com ventilação por cânula, preferencialmente por via venosa umbilical. Resposta A

QUESTÃO 34 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Paciente de 6 meses de idade, sexo masculino, vem à consulta de puericultura sem queixas no momento. Durante o exame físico você percebe sopro cardíaco sistólico de 2+/6 em bordo esternal esquerdo alto, sem irradiações e desdobramento fixo de B2. Ganho de peso limítrofe e restante do exame físico sem alterações. Qual a hipótese diagnóstica mais adequada a este caso?

- A. Persistência do canal arterial.
- B. Sopro inocente.
- C. Comunicação interventricular.
- D. Comunicação interatrial. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente assintomático com sopro sistólico suave em borda esternal esquerda alta, ou seja, em foco pulmonar, acompanhado de desdobramento fixo da segunda bulha e ganho ponderal limítrofe, tem comunicação interatrial. O achado que fecha o raciocínio é o desdobramento fixo de B2: o shunt esquerda-direita em nível atrial mantém sobrecarga de volume constante no ventrículo direito, prolongando a ejeção pulmonar e retardando o fechamento da valva pulmonar independentemente da respiração. O sopro, aliás, não é gerado pelo defeito atrial em si, e sim pelo hiperfluxo através da valva pulmonar, o que explica ser sistólico, suave e de foco pulmonar. A persistência do canal arterial produz sopro contínuo, em maquinaria, em região infraclavicular esquerda, com pressão divergente e pulsos amplos. O sopro inocente é, por definição, achado de criança hígida, com segunda bulha normal e sem repercussão sobre o crescimento, o que não é o caso diante do desdobramento fixo e do ganho de peso limítrofe. A comunicação interventricular gera sopro holossistólico rude, frequentemente com frêmito, em borda esternal esquerda baixa e irradiação em barra, sem alterar o comportamento respiratório da segunda bulha. Resposta D

QUESTÃO 35 — Gabarito A

TEMA: PEDIATRIA Menino branco, 7 anos, queixa-se de aumento de volume e dificuldade para mover o joelho direito, principalmente pela manhã, há 7 semanas. Ao exame, o médico nota que criança manca e observa presença de edema e limitação de movimentos em joelho direito. Não há outras queixas, nem outras alterações ao exame físico. Os únicos exames laboratoriais alterados são: FAN positivo (1:160) e ASLO = 600U Todd (normal até 300U). A hipótese diagnóstica mais provável para esse menino é:

A. Artrite idiopática juvenil. ✓

B. Febre reumática.

C. Lúpus eritematoso sistêmico.

D. Artrite séptica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 25

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino com monoartrite de joelho há sete semanas, com rigidez matinal e sem manifestações sistêmicas, preenche o critério temporal e clínico da artrite idiopática juvenil, na forma oligoarticular, que é justamente a mais comum em pré-escolares e escolares e exige artrite por pelo menos seis semanas em até quatro articulações, com exclusão de outras causas. O FAN positivo em título baixo reforça o subtipo e, mais importante, sinaliza risco aumentado de uveíte anterior crônica assintomática, o que obriga rastreamento oftalmológico periódico com lâmpada de fenda. A febre reumática não se sustenta: o ASLO elevado apenas documenta contato prévio com estreptococo e não é critério de atividade, e a artrite da doença é poliarticular, migratória, de grandes articulações, muito dolorosa, com resposta dramática a salicilato e duração de dias em cada articulação, jamais sete semanas fixa em um joelho. O lúpus eritematoso sistêmico exigiria manifestações sistêmicas e critérios adicionais, imunológicos e clínicos, além de um FAN de 1:160 isolado, título baixo e inespecífico em criança, ser insuficiente para o diagnóstico. A artrite séptica é quadro agudo, de horas a poucos dias, com febre, dor intensa, impotência funcional quase total e provas inflamatórias elevadas, incompatível com sete semanas de evolução e exames sem alteração inflamatória. Resposta A

QUESTÃO 36 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Uma criança de três anos foi avaliada com queixa de atraso na fala. Ainda não falava, compreendia comandos verbais simples e, pouco frequentemente, apontava ou conduzia o responsável pela mão para ter suas solicitações atendidas. Marcos motores grosseiros foram adquiridos dentro da normalidade. Na escola, nos espaços públicos, tendia ao isolamento. Apresentava ainda hipersensibilidade aos estímulos auditivos, agitação, irritabilidade, dificuldades com mudanças na rotina e rompantes de comportamento e estereotipias motoras. Qual a principal hipótese diagnóstica para esse paciente?

A. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

- B. Deficiência auditiva.
- C. Transtorno da linguagem.

D. Transtorno do espectro autista. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 26 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A criança descrita reúne, aos três anos, os dois domínios exigidos pelo DSM-5 para transtorno do espectro autista. No domínio da comunicação social há ausência de fala, uso pobre e pouco frequente de gestos comunicativos, com o padrão típico de conduzir o adulto pela mão como instrumento, e tendência ao isolamento na escola e em espaços públicos. No domínio dos comportamentos restritos e repetitivos há estereotípias motoras, hipersensibilidade a estímulos auditivos e sofrimento diante de mudanças na rotina, com rompantes de comportamento. Marcos motores grosseiros normais reforçam que o atraso é qualitativo e social, não global. O transtorno do déficit de atenção e hiperatividade não explica estereotípias, isolamento social nem a alteração sensorial, e nessa idade a agitação isolada é achado inespecífico. A deficiência auditiva é afastada por dois dados diretos da vinheta: a criança compreende comandos verbais simples e é hipersensível a sons. O transtorno da linguagem cursa com atraso de fala isolado, mantendo intenção comunicativa, contato social, uso de gestos e brincadeira simbólica preservados, exatamente o que está comprometido aqui. Ainda assim, avaliação audiológica formal faz parte da investigação inicial de todo atraso de fala. Resposta D

QUESTÃO 37 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Menino, 13 anos, apresenta dor abdominal, náuseas e vômitos há 6 horas. Tem poliúria, polidipsia e perda ponderal há 3 semanas. Ao exame: regular estado geral, desidratado, afebril, agitado, frequência respiratória 22 ipm, frequência cardíaca 102 bpm, pressão arterial 108 x 62 mmHg (adequada para idade e estatura), tempo de enchimento capilar de 2 segundos, pulsos amplos, sem alterações na ausculta pulmonar e cardíaca ou no exame do abdome e da genitália. Exames laboratoriais: Hemoglobina 15 g/dL; hematócrito 45%; leucócitos 13.000/uL; plaquetas 250.000/uL pH venoso: 7,29; pO₂ 38; pCO₂ 29; HCO₃ 14; base excess 6; Sat O₂ 68% Sódio: 136 mmol/L Potássio: 3,6 mmol/L Cloro: 102 mmol/L Glicemia: 495 mg/dL Cetonemia: 4,8 mmol/L (valor normal < 3) Ureia: 37 mg/dL Creatinina: 0,72 mg/dL Qual é a conduta inicial mais adequada para esse paciente?

- A. Reposição de bicarbonato.
- B. Aplicação de insulina.
- C. Administração de antibiótico.

D. Hidratação endovenosa. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 27 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com poliúria, polidipsia e perda de peso há três semanas que chega com dor abdominal, vômitos e desidratação, apresentando glicemia de 495 mg/dL, pH venoso de 7,29, bicarbonato de 14 e cetonemia de 4,8 mmol/L, tem cetoacidose diabética, provável abertura de diabetes tipo 1. A gravidade é leve a moderada pelo pH e pelo bicarbonato, mas a criança está desidratada, com pulsos e enchimento capilar ainda preservados. O primeiro passo do tratamento é sempre a reposição volêmica endovenosa com solução isotônica, que restaura a perfusão renal, reduz os hormônios contrarreguladores, melhora a acidose e por si já derruba a glicemia. A insulina é indispensável, mas entra depois, em geral uma a duas horas após o início da hidratação, em infusão contínua de 0,05 a 0,1 U/kg/h, sem bolus; iniciá-la antes da expansão agrava a queda osmótica abrupta, favorece o edema cerebral e pode precipitar hipocalemia grave, cuidado especialmente pertinente com potássio de 3,6, já no limite inferior. O bicarbonato está proscrito nessa faixa de pH, sendo reservado a situações excepcionais com pH abaixo de 6,9, pois se associa a edema cerebral, acidose paradoxal do sistema nervoso central e hipocalemia. Antibiótico não tem lugar em paciente afebril e sem foco infeccioso, pois a leucocitose de 13.000 é reação de estresse esperada na própria cetoacidose. Resposta D

QUESTÃO 38 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Menina de 15 meses apresenta febre alta há uma semana, dois picos diários de até 39°C. Nesse período fez uso de ibuprofeno e amoxicilina por conta própria. Há dois dias refere conjuntivite bilateral não purulenta e edema de mãos. Nega alterações urinárias ou digestivas. Durante o exame físico você nota criança irritada, apesar de bom estado geral, com língua avermelhada, lesões de pele (foto abaixo) e gânglio fibroelástico de 2 cm cervical à direita. Pai trabalha em uma metalúrgica, na qual já tinham sido afastados dois funcionários com suspeita da Covid-19. Qual o tratamento imediato de escolha para essa paciente?

A. Pulso de metilprednisolona 30 mg/kg dose única.

B. Imunoglobulina humana 2 g/kg dose única. ✓

C. Tocilizumabe 12 mg/kg dose única.

D. Vancomicina e ceftriaxona em doses habituais, empiricamente. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 28

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com febre alta há uma semana somada a conjuntivite bilateral não purulenta, alteração de mucosa oral (língua avermelhada, em framboesa), exantema, edema de mãos e linfonodo cervical de 2 cm preenche os critérios clássicos de doença de Kawasaki: febre por cinco dias ou mais associada a pelo menos quatro dos cinco critérios principais. A irritabilidade desproporcional ao estado geral é o dado clínico que reforça a suspeita nessa faixa etária. O tratamento imediato de escolha é imunoglobulina humana endovenosa 2 g/kg em dose única, idealmente até o décimo dia de febre, associada a AAS: é a intervenção que reduz a incidência de aneurisma de artéria coronária de cerca de 25% para menos de 5%. Vale notar que, mesmo que o contexto epidemiológico do pai levantasse a hipótese de síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica pós-Covid, a terapia inicial continuaria sendo a imunoglobulina na mesma dose. O pulso de metilprednisolona não é primeira linha, ficando reservado a casos refratários à imunoglobulina ou de alto risco para aneurisma. O tocilizumabe é um bloqueador de IL-6 usado em tempestade de citocinas refratária, jamais como terapia inicial de Kawasaki. Vancomicina com ceftriaxona trataria sepse bacteriana ou choque tóxico, mas o conjunto de conjuntivite não purulenta, edema de extremidades e adenomegalia única com bom estado geral não sustenta esse diagnóstico, e a antibioticoterapia prévia por conta própria não explica o quadro. Resposta B

QUESTÃO 39 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Uma menina de 5 meses de idade foi amamentada exclusivamente ao seio até 15 dias atrás, pois a mãe voltou a trabalhar em tempo integral, inclusive ficando 3 dias por semana fora da cidade. No momento a criança fica com a avó e está recebendo leite de vaca pasteurizado sem diluição, cerca de 120 ml por mamada, a cada 3 horas, também de madrugada. A criança pesa 6 Kg, tem desenvolvimento adequado e não tem queixas. Você orienta a mãe que a fórmula infantil é mais adequada do que o leite de vaca, na falta do leite materno. Como você orientaria o preparo da fórmula infantil para esta lactente?

A. Preparar 120 ml de fórmula infantil diluindo 3 medidas do pó nesse volume de água.

B. Preparar 150 a 180 ml de fórmula infantil diluindo 5 medidas do pó em 150 ml ou 6 medidas em 180 ml de água. ✓

C. Preparar 150 a 180 ml de fórmula infantil diluindo 3 medidas do pó em 150 ml ou 4 medidas em 180 ml de água.

D. Preparar 120 ml de fórmula infantil diluindo 4 medidas do pó nesse volume de água.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o preparo correto de fórmula infantil de partida em pó, tema de puericultura em que dois parâmetros precisam estar certos ao mesmo tempo: a diluição e o volume. A diluição padronizada pelos fabricantes e recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria é de uma medida rasa do pó para cada 30 mL de água tratada e fervida, de modo que 150 mL exigem 5 medidas e 180 mL exigem 6 medidas. Quanto ao volume, um lactente de 5 meses e 6 kg que não recebe leite materno deve receber cerca de 150 a 180 mL por mamada, seis a sete vezes ao dia, o que fecha exatamente com a alternativa oficial. A alternativa A erra duas vezes: mantém volume de 120 mL, insuficiente para a idade, e ainda subdilui o pó (3 medidas para 120 mL equivalem a uma medida para 40 mL), gerando fórmula hipocalórica e hipoproteica. A alternativa C mantém a proporção errada em ambas as opções (3 medidas em 150 mL e 4 em 180 mL correspondem a uma medida para 50 e 45 mL), com o mesmo risco de oferta energética insuficiente e ganho ponderal inadequado. A alternativa D acerta a proporção (4 medidas para 120 mL), mas perpetua o volume pequeno, herdado do esquema improvisado da avó, abaixo do necessário para a idade. Reforce sempre que fórmula concentrada demais também é erro, por sobrecarga renal de soluto. Resposta B

QUESTÃO 40 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA A escola solicitou à família de um aluno de oito anos uma avaliação médica por dificuldade de aprendizagem. A criança, desde a alfabetização, apresentava dificuldades na leitura e na escrita. Filho único, família nega problemas pré ou perinatais, genéticos ou médicos pregressos; teve marcos do desenvolvimento adequados. Dois tios e um primo maternos apresentaram histórico escolar semelhante. Atualmente, mesmo com reforço escolar há mais de 1 ano, permanece com leitura lenta, pausada, com esforço e dificuldade para compreensão de texto, inclusive de frases simples. Copia, mas escreve apenas letras ou sílabas, com erros. Não apresenta dificuldade para aprendizagem de matemática, artes ou para prática de atividade física. A avaliação do comportamento adaptativo estava dentro da normalidade. Na avaliação pela escala SNAP IV: pela professora pontuou 3 para desatenção e 1 para hiperatividade; pelos pais, 2 para desatenção e 1 para hiperatividade. Baseado nos dados acima, qual seria o diagnóstico inicial mais provável?

A. Transtorno do déficit de atenção e impulsividade.

B. Transtorno específico de aprendizagem. ✓

C. Transtorno do desenvolvimento da coordenação.

D. Deficiência intelectual ligada ao X. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 29

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve uma criança de oito anos com dificuldade persistente e específica em leitura e escrita, mantida apesar de mais de um ano de reforço escolar, com marcos do desenvolvimento adequados, comportamento adaptativo normal, desempenho preservado em matemática, artes e atividade física e forte agregação familiar pela linha materna. Esse é o desenho exato do transtorno específico da aprendizagem com prejuízo na leitura (dislexia) pelos critérios do DSM-5: dificuldade persistente por pelo menos seis meses apesar de intervenção dirigida, habilidade acadêmica substancialmente abaixo do esperado para a idade, início nos anos escolares e não explicada por deficiência intelectual, déficit sensorial, adversidade psicossocial ou instrução inadequada. O transtorno do déficit de atenção não se sustenta porque a escala SNAP IV foi pontuada muito abaixo do ponto de corte, tanto por professora quanto por pais, exigindo ao menos seis itens sintomáticos em um domínio, e porque o prejuízo é restrito à leitura e à escrita, não global. O transtorno do desenvolvimento da coordenação é um quadro motor, e a criança tem desempenho normal em atividade física e artes, além de copiar adequadamente. A deficiência intelectual ligada ao X é afastada pelo comportamento adaptativo normal, pelos marcos de desenvolvimento adequados e pelo desempenho preservado nas demais áreas acadêmicas, ainda que a história familiar masculina seja tentadora. Resposta B

QUESTÃO 41 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Menino com 4 anos de idade, chega ao pronto socorro acompanhado da mãe que refere que o mesmo acorda queixando-se de dor de cabeça seguida de vômitos, há 20 dias. Há dois dias com piora importante. Ao exame físico: regular estado geral, sonolento, abertura ocular apenas quando solicitado, resposta verbal confusa, localiza dor (escala de coma de Glasgow de 12). Frequência cardíaca 56 bpm, pressão arterial sistêmica 123 x 82 mmHg (braço esquerdo, manguito apropriado para idade, valor acima do percentil 95+12 para idade e estatura). Sem outras alterações ao exame físico. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Meningoencefalite.
- B. Síndrome da criança espancada.
- C. Tumor em fossa posterior. ✓**
- D. Intoxicação exógena.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 4 anos com cefaleia que a acorda pela madrugada, seguida de vômitos, evoluindo em 20 dias com rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 12) é o retrato da hipertensão intracraniana subaguda. Os sinais vitais fecham o raciocínio: bradicardia (56 bpm) associada a hipertensão arterial acima do percentil 95 mais 12 mmHg configura a tríade de Cushing, resposta reflexa à elevação da pressão intracraniana. Em pediatria, a maioria dos tumores de sistema nervoso central é infratentorial, e uma lesão de fossa posterior (meduloblastoma, astrocitoma cerebelar pilocítico ou ependimoma) obstrui o quarto ventrículo, causa hidrocefalia e produz exatamente esse padrão de cefaleia matinal, vômitos e rebaixamento progressivo. Meningoencefalite cursa com febre, sinais meníngeos e evolução em dias, não em três semanas com exame físico sem outras alterações. A síndrome da criança espancada produziria hematoma subdural, mas o enunciado descreve ausência de outras alterações ao exame, sem equimoses, fraturas ou lesões em estágios distintos, e a evolução insidiosa em vigília não é típica. Intoxicação exógena tem curso agudo e costuma cursar com alteração pupilar, instabilidade e depressão neurológica súbita, não com três semanas de cefaleia matinal progressiva e tríade de Cushing. Resposta C

QUESTÃO 42 — Gabarito A

TEMA: PEDIATRIA Menino de 9 anos de idade, com história de edema palpebral há 3 dias e urina avermelhada há 1 dia. Mãe refere que há 2 semanas seu filho utilizou amoxicilina, para dor de garganta, por 5 dias. Exame físico: peso 27 kg, estatura 129 cm, edema palpebral e de membros inferiores ++/4+, frequência cardíaca 70 bpm, pressão arterial 120 x 80 mmHg. Exames laboratoriais: ureia 60 mg/dL, creatinina 1,0 mg/dL Hemograma: hemoglobina 10 g/dL, hematócrito 30%, leucócitos 12.000/uL e plaquetas 200.000/uL Urina tipo1: densidade 1,018 e pH 5, proteína +++, campo tomado por hemácias e leucócitos. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Glomerulonefrite aguda pós-infecciosa. ✓**
- B. Nefrite intersticial aguda.
- C. Síndrome nefrótica idiopática.
- D. Infecção do trato urinário. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 30

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é uma síndrome nefrítica clássica: hematúria macroscópica (urina avermelhada com campo tomado por hemácias), edema palpebral e de membros inferiores, hipertensão arterial (120 x 80 mmHg em menino de 9 anos e 129 cm está acima do percentil 95) e queda de função renal (ureia 60 mg/dL e creatinina 1,0 mg/dL, valor alto para a massa muscular dessa idade). O elo epidemiológico está no antecedente de faringoamigdalite tratada duas semanas antes, período de latência típico da glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica, que é de uma a três semanas após infecção de orofaringe e de três a seis semanas após piodermite. A proteinúria de três cruzes é subnefrótica nesse contexto e não muda o diagnóstico. Nefrite intersticial aguda induzida por amoxicilina cursaria com febre, exantema e eosinofilia, com leucocitúria estéril e proteinúria discreta, mas não produz hematúria macroscópica com edema e hipertensão. Síndrome nefrótica idiopática exigiria proteinúria maciça com hipoalbuminemia e edema generalizado, tipicamente sem hipertensão, sem hematúria macroscópica e sem azotemia. Infecção do trato urinário se manifestaria com disúria e febre, com leucocitúria e cultura positiva, e não explica edema, hipertensão nem elevação de escórias. Resposta A

QUESTÃO 43 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Criança de 1 ano, vítima de acidente por submersão, é admitida na sala de emergência inconsciente, em apneia e sem pulso central. É iniciada massagem cardíaca imediatamente, colocado coxim sob o ombro, feita aspiração de vias aéreas superiores e fornecidas ventilações com bolsa-valva e máscara. A monitorização cardíaca mostra o seguinte: ELETROCARDIOGRAMA Qual é a conduta indicada?

- A. Administrar lidocaína 1 mg/kg endovenosa.
- B. Realizar cardioversão sincronizada com 1 J/kg.
- C. Administrar amiodarona 5 mg/kg endovenosa.

D. Realizar desfibrilação com 2 J/kg. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Parada cardiorrespiratória em criança de 1 ano vítima de submersão, com as manobras iniciais corretamente executadas (compressões, via aérea permeável e ventilação com bolsa-valva-máscara), e a decisão terapêutica depende exclusivamente do ritmo identificado no monitor. Como a conduta oficial é o choque não sincronizado, o traçado corresponde a um ritmo chocável, ou seja, fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso, situação em que o PALS determina desfibrilação imediata com 2 J/kg na primeira carga, seguida de retomada imediata das compressões por dois minutos e nova checagem, com 4 J/kg na segunda tentativa. Cardioversão sincronizada com 1 J/kg está indicada em taquiarritmia com pulso e instabilidade hemodinâmica, e é impossível sincronizar em fibrilação ventricular, além de a criança estar sem pulso central. Amiodarona 5 mg/kg é antiarrítmico adjuvante, administrado apenas após o segundo ou terceiro choque em fibrilação refratária, jamais antes da desfibrilação, porque nenhuma droga reverte fibrilação ventricular. Lidocaína 1 mg/kg é alternativa à amiodarona na mesma situação de refratariedade, com a mesma limitação de ordem: não substitui o choque. O erro clássico da questão é medicar antes de desfibrilar. Resposta D

QUESTÃO 44 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Mãe de lactente de seis meses vem para consulta de puericultura e pergunta como deve cuidar dos dentinhos do bebê que estão nascendo, pois o irmão mais velho teve várias cáries antes dos dois anos de idade. Qual orientação é a mais adequada?

- A. Profilaxia com fluoreto tópico pelo dentista a partir da erupção do primeiro dente.
- B. Suspender oferta de leite materno durante a noite para evitar cáries.

C. Escovação com dentifício fluoretado a partir da erupção do primeiro dente. ✓

- D. Iniciar oferta de água de abastecimento público, que é fluoretada. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 31

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre prevenção primária de cárie na primeira infância, tema em que a recomendação mudou nos últimos anos e ainda gera confusão. A conduta atual da Sociedade Brasileira de Pediatria, alinhada às sociedades de odontopediatria e ao Ministério da Saúde, é iniciar a escovação com dentífrico fluoretado (concentração de pelo menos 1000 ppm de flúor) já na erupção do primeiro dente, duas vezes ao dia, usando quantidade equivalente a um grão de arroz cru até os 3 anos, o que garante efeito tópico protetor com risco desprezível de fluorose. O histórico de cárie precoce no irmão aumenta o risco da criança e reforça a indicação. A aplicação tópica profissional de flúor pelo dentista é medida complementar, útil em crianças de alto risco, mas não substitui a escovação diária domiciliar e não é a orientação inicial à mãe. Suspender o leite materno noturno é orientação equivocada: a recomendação é manter o aleitamento até os 2 anos ou mais, associando higiene bucal, e não existe evidência que justifique interromper mamadas noturnas para prevenir cárie. Oferecer água de abastecimento fluoretada não tem papel preventivo comparável ao dentífrico, porque o mecanismo de proteção do flúor é essencialmente tópico, e aos 6 meses a introdução de água acompanha a alimentação complementar, não sendo estratégia anticárie. Resposta C

QUESTÃO 45 — Gabarito C

TEMA: PEDIATRIA Avó materna refere que criança de 8 anos de idade iniciou, há 3 dias, com disúria, sem febre. Notou que nos últimos meses criança vem apresentando mudanças no comportamento, choro frequente, recusa-se a brincar com os amigos e por várias noites tem acordado com medo e assustada. Há 1 ano pais se separaram. Avó refere que nos últimos 6 meses criança já recebeu orientação para tratamento de infecção urinária por 3 vezes. Ao exame, nota-se hiperemia vulvar, com presença de lesão ulcerada em região de pequenos lábios à direita, aparentemente indolor, sem fissura anal ou outras lesões. Qual alternativa apresenta a melhor conduta?

- A. Orientar banho de assento com permanganato de potássio para tratamento da vulvovaginite e, após o tratamento, colher exames de urina.
- B. Solicitar exame de urina rotina e cultura de urina e agendar retorno para checar exames.
- C. Encaminhar para atendimento multidisciplinar para avaliação de profilaxia e/ou tratamento de infecções sexualmente transmissíveis e coleta de sorologias. ✓**
- D. Coletar swab da secreção vaginal, iniciar antibioticoterapia para tratamento de infecção urinária e encaminhar para avaliação psicológica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 32

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta central não é urológica: é de proteção à criança. Menina de 8 anos com três tratamentos de infecção urinária em seis meses, disúria, mudança comportamental com choro frequente, retraimento social e despertares noturnos com medo, e ao exame uma lesão ulcerada indolor em pequenos lábios, reúne sinais de alerta fortes para violência sexual, sendo a úlcera genital indolor altamente sugestiva de infecção sexualmente transmissível (cancro duro sífilítico como principal hipótese). Nessa situação, a conduta é encaminhar para atendimento multidisciplinar em serviço de referência para avaliar profilaxia e tratamento de IST, coletar sorologias (sífilis, HIV, hepatites B e C) e acionar a rede de proteção, lembrando que a notificação ao Conselho Tutelar e à vigilância epidemiológica é compulsória e imediata. Tratar como vulvovaginite com banho de assento de permanganato mascara a lesão, atrasa a investigação e deixa a criança exposta ao agressor. Pedir apenas urina rotina e cultura com retorno agendado ignora a lesão genital e todos os sinais comportamentais, repetindo o erro dos três atendimentos anteriores. Coletar swab, tratar infecção urinária e encaminhar à psicologia até reconhecer parte do problema, mas não oferece profilaxia de IST, não coleta sorologias e, sobretudo, não aciona a proteção legal exigida por lei. Resposta C

QUESTÃO 46 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Uma paciente com 13 anos e 6 meses procura atendimento para avaliar seu desenvolvimento. Estuda no 7º ano com bom rendimento. Nega tratamento atual. Nega internações hospitalares ou cirurgias prévias. Refere alergia respiratória controlada e diversos episódios de otite média prévios. Desde os 9 anos de idade apresenta frequentes episódios de cefaleia bi-temporal intensa. Nega menarca e sua pubarca ocorreu há 2 anos. Tem uma irmã de 16 anos que é saudável, assim como seus pais, que não são consanguíneos e medem 164 cm (mãe) e 176 cm (pai). Apresenta peso de 39 kg (P10), estatura total de 144 cm, estatura sentada de 87 cm e seu estágio puberal (Tanner) é M1 P2. Trouxe dados de sua curva de crescimento (abaixo). Em avaliação em UBS haviam sido solicitados os exames complementares com seus resultados demonstrados abaixo (observação: VR = valor de referência normal para a idade): Idade óssea = 11 anos; TSH = 5,6 mUI/mL (VR = 0,5 a 4,5); LH = 16 mUI/mL (VR = 0,4 a 8); FSH = 35 mUI/mL (VR = 4,5 a 10). CURVA DE CRESCIMENTO Além de anamnese e exame físico mais detalhados, diante dos dados apresentados acima, qual a conduta mais adequada para esta paciente nesse momento?

- A. Solicitar dosagem de IGF 1, T4L, cortisol, prolactina e exame de ressonância magnética do encéfalo.
- B. Observar a evolução clínica nos próximos 4 a 6 meses e reavaliá-la com novo exame de TSH e idade óssea.
- C. Solicitar exame ultrassonográfico da tireoide.

D. Solicitar exame citogenético (cariótipo). CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 33 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente de 13 anos e 6 meses com baixa estatura (144 cm, bem abaixo do alvo genético calculado a partir de pais de 164 e 176 cm), ausência total de telarca (Tanner M1) com pubarca já presente há 2 anos, desproporção corporal sugerida pela relação entre estatura sentada e estatura total, otites médias de repetição e TSH discretamente elevado. O dado laboratorial que fecha o raciocínio é o par LH 16 e FSH 35, ambos francamente elevados: trata-se de hipogonadismo hipergonadotrófico, ou seja, falência gonadal primária, com a hipófise gritando para uma gônada que não responde. Em menina com baixa estatura e falência ovariana, o diagnóstico obrigatório a excluir é síndrome de Turner, e o exame que confirma é o cariótipo, incluindo pesquisa de mosaicismos. A investigação do eixo hipotálamo-hipofisário com IGF-1, T4 livre, cortisol, prolactina e ressonância de encéfalo seria a linha correta se as gonadotrofinas estivessem baixas ou normais, apontando causa central, o que a cefaleia poderia sugerir, mas o FSH elevado localiza a lesão na gônada. Observar por 4 a 6 meses é inaceitável: ausência de telarca aos 13 anos já define atraso puberal, e há confirmação laboratorial de falência ovariana. Ultrassom de tireoide não muda conduta imediata, já que o TSH levemente alterado é achado secundário, ainda que a tireoidite autoimune seja comorbidade frequente na própria síndrome de Turner. Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito B

TEMA: PEDIATRIA Você avalia ambulatoriamente uma adolescente com 12 anos de idade, estatura de 151 cm (P50) e peso de 42 kg (P50), estágio de Tanner M3P2 e diagnóstico de diabetes melito tipo 1 há 5 anos. Seu esquema de insulinização está demonstrado na tabela abaixo. Sua concentração atual de HbA1c é 8,9% e seu perfil glicêmico da última semana está demonstrado no gráfico abaixo. ESQUEMA DE INSULINIZAÇÃO E PERFIL GLICÊMICO DA ÚLTIMA SEMANA Com base nas metas glicêmicas e de HbA1c, qual é a conduta terapêutica mais indicada nessa consulta para essa paciente nesse momento?

- A. Reduzir a dose insulina NPH noturna.
- B. Aumentar a dose insulina NPH noturna. ✓**
- C. Aumentar a dose de insulina NPH e de insulina regular da manhã.
- D. Manter esse esquema de insulina e orientar importância da adesão ao tratamento. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 34

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com diabetes melito tipo 1 há 5 anos e HbA1c de 8,9%, valor acima da meta recomendada para crianças e adolescentes, que é inferior a 7,5% pelas diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes e da ADA para a maioria dos pacientes. Portanto, manter o esquema não é opção, e a questão pede qual componente da insulinização ajustar. Como a resposta oficial é aumentar a NPH noturna, o padrão predominante no perfil apresentado é a hiperglicemia da madrugada e do jejum, faixa horária coberta justamente pela NPH aplicada à noite: corrigir a glicemia de jejum é o primeiro passo do ajuste, porque ela ancora todo o perfil do dia seguinte. Reduzir a NPH noturna seria a conduta oposta, indicada apenas se houvesse hipoglicemia de madrugada, com ou sem hiperglicemia de rebote (fenômeno Somogyi), o que não é o padrão que justifica a resposta. Aumentar simultaneamente NPH e regular da manhã atuaria sobre as glicemias do meio da tarde e do pós-café, não sobre o jejum, e ainda expõe a paciente a hipoglicemia no período escolar. Manter o esquema apenas reforçando adesão é inércia terapêutica: adesão e contagem de carboidratos sempre devem ser revistas, mas não substituem o ajuste de dose diante de A1c fora da meta. Resposta B

QUESTÃO 48 — Gabarito D

TEMA: PEDIATRIA Lactente, masculino, 7 meses de idade, vem à consulta no Posto de Saúde com queixa de recusa de alimentos e dificuldade de ganhar peso há 4 meses, logo após o desmame. Mãe trabalha na lavoura e criança é cuidada por uma vizinha. Aceita pequenos volumes da mamadeira, em torno de 2 vezes ao dia, bebendo várias mamadeiras de chá e 2 a 3 colheres de papa de arroz com caldo de feijão, uma vez ao dia. Gestação e parto sem intercorrências. Peso de nascimento: 3280 gramas. Ao exame: pálido, ativo, hidratado. Subcutâneo escasso, musculatura hipotr fica, sem edema. Peso: 5950 gramas (peso esperado: 8450 g). Comprimento: 64 cm (comp. esperado: 70 cm). Estatura/idade = 91,5%; Peso/estatura para idade = 87,5%. Faça a avaliação do estado nutricional dessa criança.

- A. Desnutrição proteico-calórica de II  grau, kwashiorkor, secundária, crônica.
- B. Desnutrição proteico-calórica de I grau, marasmo, primária, aguda.
- C. Desnutrição proteico-calórica de I  grau, marasmo, secundária, aguda.

D. Desnutrição proteico-calórica de II  grau, marasmo, primária, crônica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A avaliação nutricional aqui exige classificar quatro atributos. Gravidade pelo critério de Gomez, que usa a relação peso para idade: 5950 g sobre 8450 g esperados corresponde a cerca de 70%, faixa entre 60% e 75%, ou seja, desnutrição de segundo grau. Forma clínica: subcutâneo escasso, musculatura hipotr fica e ausência de edema definem marasmo, e a ausência de edema já elimina kwashiorkor de saída. Etiologia: não há doença de base, gestação e parto foram normais e o peso de nascimento era adequado, com o déficit começando exatamente após o desmame, com dieta baseada em chá e pequenas quantidades de papa de arroz, portanto desnutrição primária, de causa alimentar e social. Tempo de evolução: o comprimento também está comprometido (64 cm para 70 cm esperados, estatura para idade de 91,5%), e o déficit estatural indica agressão nutricional prolongada, caracterizando desnutrição crônica pelo critério de Waterlow. A alternativa A acerta o grau, mas erra a forma clínica (exige edema) e a etiologia. A alternativa B erra o grau (primeiro grau seria peso para idade entre 75% e 90%) e chama de aguda um quadro com nanismo nutricional instalado. A alternativa C repete o erro de grau e de tempo de evolução e ainda classifica como secundária, sem qualquer doença de base descrita. Resposta D

QUESTÃO 49 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Secundigesta, 26 anos, 26 semanas de gestação, índice de massa corpórea de 39 kg/m², pré-natal sem intercorrências. Há dois dias iniciou com mialgia, coriza e dor de garganta e hoje teve febre de 38°C e "falta de ar". Ao exame está com pressão arterial de 140/90 mmHg, pulso de 110 bpm, frequência respiratória de 35 irpm, saturação O₂ em ar ambiente de 93%, ausculta pulmonar: diminuição do murmúrio vesicular em bases pulmonares. Exame obstétrico: altura uterina de 30 cm, dinâmica uterina ausente, frequência cardíaca fetal de 146 bpm. Após a internação, coleta de exames e cateter nasal com O₂, esta gestante deve ser tratada com:

- A. Oseltamivir, heparina profilática e antibiótico endovenoso. ✓**
 - B. Corticoide via oral, heparina terapêutica e antibiótico via oral.
 - C. Anticoagulante via oral, heparina profilática e corticoide endovenoso.
 - D. Antibiótico via oral, heparina terapêutica e oseltamivir. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021
- 35

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 26 semanas com síndrome gripal de dois dias que evoluiu com febre, dispneia, frequência respiratória de 35 irpm e saturação de 93% em ar ambiente preenche critério de síndrome respiratória aguda grave, e gestação com obesidade (IMC 39) coloca essa paciente em dois grupos de risco simultâneos. O tripé terapêutico correto é oseltamivir empírico, iniciado o mais precocemente possível e sem aguardar confirmação laboratorial, porque em gestante com SRAG o benefício é maior quanto menor o tempo até a primeira dose; antibiótico endovenoso, já que em paciente internada e hipoxêmica não se pode excluir pneumonia bacteriana ou coinfeção, e a via oral é insegura em quem está taquipneico; e heparina em dose profilática, pela soma de gestação, obesidade, processo inflamatório agudo e imobilidade no leito. Corticoide via oral com heparina em dose terapêutica erra a via e a dose: anticoagulação plena exige evento tromboembólico documentado e aumenta risco hemorrágico obstétrico. Anticoagulante oral está formalmente contraindicado na gestação, pelo risco teratogênico da varfarina e pela falta de segurança dos DOACs, e ainda seria redundante com a heparina. Antibiótico por via oral em paciente com SRAG internada é subtratamento, e a heparina terapêutica repete o erro anterior. Vale registrar que o ponto do corticoide é discutível: em Covid-19 confirmada com hipoxemia, corticoide sistêmico passou a ser indicado, mas na alternativa ele vem acoplado a via oral e anticoagulação plena, o que a inviabiliza. Resposta A

QUESTÃO 50 — Gabarito D

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Multigesta, 27 anos, G4P2A1 (parto há 18 meses), com 22 semanas e 3 dias de gestação, veio encaminhada da rede básica por apresentar exames positivos para sífilis. Durante a anamnese, disse que não se lembrava de ter apresentado lesões tegumentares típicas da sífilis. Seu exame treponêmico foi reagente e o VDRL de 1/16. Por sua vez, o parceiro também negou lesões tegumentares compatíveis com sífilis e sua sorologia para sífilis foi negativa. Considerando o parceiro desta gestante, qual é a melhor conduta?

- A. Não tratar o parceiro visto que sua sorologia foi negativa.
- B. Não tratar o parceiro e observar o aparecimento de lesões da sífilis.
- C. Tratar o parceiro como se fosse sífilis latente tardia.
- D. Tratar o parceiro com a mesma dose indicada para tratar sífilis recente. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o manejo da parceria sexual de gestante com sífilis, ponto em que a prova costuma separar quem decora sorologia de quem entende controle de transmissão. A gestante tem teste treponêmico reagente e VDRL 1/16 sem história de lesão, ou seja, sífilis latente de duração ignorada, que nela é tratada como latente tardia. Para o parceiro, porém, o Ministério da Saúde recomenda tratamento presuntivo (epidemiológico) mesmo com sorologia não reagente, com penicilina benzatina 2.400.000 UI em dose única, isto é, a mesma dose usada na sífilis recente. A razão é dupla: a sorologia negativa pode significar apenas janela imunológica de infecção precoce, e a parceria não tratada é a principal fonte de reinfecção da gestante, o que reabre o risco de sífilis congênita mesmo após ela ter sido adequadamente tratada. A alternativa A erra ao usar a sorologia negativa como salvo-conduto, ignorando a janela imunológica e o tratamento presuntivo. A alternativa B repete o mesmo equívoco e ainda propõe conduta expectante num contexto em que a espera custa a saúde do feto. A alternativa C aplica o esquema de latente tardia (2.400.000 UI semanais por três semanas), reservado a quem tem diagnóstico confirmado de sífilis de duração longa ou ignorada, e não ao parceiro assintomático com sorologia negativa. Resposta D

QUESTÃO 51 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Multigesta (G4P3A0), 28 anos, 36semanas e 4 dias de gestação, segue em pré-natal de alto risco por hipertensão arterial crônica e retorna para consulta. Refere boa movimentação fetal, nega queixas de qualquer natureza. Está em uso de alfametildopa 1,5 grama/dia. Ao exame: bom estado geral, corada, hidratada, afebril, pressão arterial de 150/100 mmHg. Exame obstétrico: altura uterina de 34 cm e frequência cardíaca fetal de 144 bpm, com movimentos fetais. Exames laboratoriais: relação proteína/creatinina de 580 mg, creatinina 0,56 mg/dL, AST (aspartato aminotransferase) 37 U/L, concentração de hemoglobina de 12,5 g/dL, plaquetas: 180.000/mm³, bilirrubinas totais de 0,34 mg/dL. Cardiotocografia: feto ativo. Nesse caso, escolha a alternativa com as melhores condutas.

A. Associar nifedipina retard e agendar indução com 39 semanas.

B. Manter metildopa e induzir trabalho de parto com 37 semanas. ✓

C. Prescrever hidralazina endovenosa e parto cesárea.

D. Orientar curva de pressão arterial e agendar retorno para 1 semana. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 36

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hipertensa crônica que, com 36 semanas e 4 dias, passa a apresentar proteinúria significativa: a relação proteína/creatinina de 580 mg/g está muito acima do ponto de corte de 300 mg/g, o que caracteriza pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão arterial crônica. Não há sinais de gravidade: a pressão de 150/100 mmHg não atinge o limiar de 160/110 mmHg, as plaquetas estão em 180.000/mm³, a AST em 37 U/L, a creatinina em 0,56 mg/dL, não há sintomas de iminência de eclâmpsia e a vitalidade fetal está preservada (cardiotocografia com feto ativo, altura uterina compatível). Nesse cenário, a conduta consagrada é manter o anti-hipertensivo em uso, com controle pressórico ambulatorial ou hospitalar, e resolver a gestação a partir de 37 semanas, porque a partir daí o risco materno de manter a gravidez supera o benefício fetal de prolongá-la, e não existe indicação de cesárea. A alternativa A propõe a espera até 39 semanas, prazo válido para hipertensa crônica bem controlada e sem proteinúria, não para quem já tem doença sobreposta. A alternativa C usa hidralazina endovenosa, reservada à crise hipertensiva (níveis iguais ou superiores a 160/110 mmHg), e indica cesárea sem qualquer indicação obstétrica. A alternativa D mantém conduta expectante ambulatorial e simplesmente ignora a proteinúria que mudou o diagnóstico. Resposta B

QUESTÃO 52 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Secundigesta (1 parto vaginal prévio), com 39 semanas, chega para avaliação em trabalho de parto na fase ativa da dilatação. O toque vaginal revela colo centrado, curto, dilatado 7 cm, feto em ODP (occipito direita posterior), em -1, bolsa íntegra. Escolha a alternativa que contém tempos do mecanismo de parto mais provável, nesse caso.

A. Rotação interna de 135 graus no sentido horário, hipomóclio por deflexão e rotação externa anti-horária. ✓

B. Rotação interna de 225 graus no sentido anti-horário, hipomóclio em deflexão e rotação externa-horária.

C. Insinuação por flexão, rotação interna de 45 graus no sentido anti-horário e hipomóclio por deflexão.

D. Insinuação por assinclitismo, rotação interna de 135 graus no sentido-horário e hipomóclio em flexão.

CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 37

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os tempos do mecanismo de parto em variedade de posição posterior. Com o feto em ODP (occipito direita posterior), o occipital está no quadrante posterior direito da bacia e precisa percorrer um arco maior para alcançar a sínfise púbica: a rotação interna é de 135 graus, e não os 45 graus das variedades anteriores nem os 90 graus das transversas. Ao migrar de ODP para occipito-púbica pelo trajeto mais curto e mais frequente (ODP para ODT, depois ODA e finalmente OP), a rotação se dá no sentido horário. Uma vez sob a púbis, o desprendimento cefálico ocorre por deflexão, tendo a região suboccipital apoiada na arcada púbica como hipomóclio, e em seguida vem a restituição, ou rotação externa, que devolve a cabeça à posição de origem e portanto se faz no sentido inverso, anti-horário, acompanhando a rotação interna do diâmetro biacromial. A alternativa B inverte o sentido e propõe 225 graus, arco que não corresponde ao trajeto habitual, e ainda coloca a rotação externa no mesmo sentido da interna. A alternativa C descreve rotação de 45 graus, característica das variedades anteriores como ODA e OEA, incompatível com a posição descrita. A alternativa D coloca o assinclitismo como mecanismo de insinuação (ele é um acessório de acomodação, não o tempo principal, que é a flexão) e atribui o hipomóclio à flexão, quando o desprendimento cefálico se faz por deflexão. Resposta A

QUESTÃO 53 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Secundigesta, 23 anos, com 35 semanas e 3 dias de idade gestacional, portadora de diabetes mellitus tipo 1 e nefropatia diabética, retorna à consulta de pré-natal sem queixas clínicas ou obstétricas. Em tratamento regular com controle nutricional e insulino-terapia em esquema basal / bolus de múltiplas doses diárias. Exame físico: bom estado geral, hipocorada (+/++++), hidratada, pressão arterial 110/70 mmHg, frequência cardíaca 82 bpm, frequência respiratória 16 irpm, afebril. Exame obstétrico: feto único, longitudinal, cefálico, altura uterina de 31 cm, atividade uterina ausente, frequência cardíaca fetal de 130 bpm, sem desacelerações, movimentação fetal presente. A avaliação ultrassonográfica do momento evidencia feto único, cefálico, dorso a direita, perfil biofísico fetal 8/8, peso fetal no percentil 6 para idade gestacional, medida de maior bolsão amniótico de 1,6 cm, Dopplervelocimetria evidenciando diástole zero de artéria umbilical e índice de pulsatilidade na artéria cerebral média no percentil 3 para idade gestacional. A análise do perfil glicêmico da última semana está demonstrada no quadro a seguir: PERFIL GLICÊMICO Considerando-se este caso clínico, a conduta mais adequada no momento é:

A. Programação da resolução da gestação com 37 semanas de idade gestacional.

B. Internação hospitalar para ajuste das doses de insulina e reavaliação do perfil glicêmico.

C. Indicação imediata de resolução da gravidez e controle glicêmico intraparto. ✓

D. Dopplervelocimetria diária de artérias umbilicais, cerebral média fetal e ducto venoso. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 38

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de restrição de crescimento fetal com insuficiência placentária grave em gestante diabética tipo 1 com nefropatia, cenário clássico de doença vascular materna repercutindo no feto. Os dados que decidem a conduta são o peso fetal no percentil 6, o oligoâmnio (maior bolsão de 1,6 cm, abaixo dos 2 cm), a centralização hemodinâmica com índice de pulsatilidade da cerebral média no percentil 3 e, sobretudo, a diástole zero na artéria umbilical com 35 semanas e 3 dias. Diástole zero traduz obliteração de mais de 70% do leito vascular viloso e é indicação de resolução da gestação a partir de 34 semanas, exatamente porque o intervalo entre a alteração do Doppler arterial e a deterioração aguda é imprevisível. O perfil biofísico 8 e a cardiotocografia sem desacelerações apenas informam que ainda não houve descompensação aguda, não autorizam esperar. Como a paciente é diabética tipo 1 em esquema basal-bólus, o controle glicêmico intraparto com infusão contínua é parte obrigatória da conduta, para evitar hipoglicemia neonatal. A alternativa A adia a resolução para 37 semanas, prazo aplicável à restrição com Doppler normal ou apenas com aumento do índice de pulsatilidade umbilical, e expõe o feto ao risco de óbito. A alternativa B trata o perfil glicêmico como problema principal quando o que está em jogo é o comprometimento fetal. A alternativa D propõe vigilância seriada, estratégia válida para centralização isolada em idade gestacional precoce, na qual se ganha maturidade, e não para diástole zero já com 35 semanas. Resposta C

QUESTÃO 54 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Primigesta, 24 anos, com gestação de 27 semanas, procura pronto atendimento devido urgência miccional, disúria e “cheiro forte na urina” há 5 dias e dor lombar à direita há 1 dia. A gestante relata episódios prévios de “cistite” tratados com antibióticos variados. Ela procurou unidade básica de saúde há 2 dias, quando recebeu a prescrição de norfloxacin. Relata que não apresentou melhora do quadro. Exame físico: temperatura 37,8°C, descorada (+/4+), Giordano positivo à direita. Restante do exame físico geral e obstétrico normal. Qual alternativa é mais adequada após internação dessa paciente?

A. Prescrever cefuroxima e solicitar ultrassonografia renal e de vias urinárias. ✓

B. Continuar o tratamento e solicitar urina tipo 1 e urocultura com antibiograma.

C. Solicitar urocultura com antibiograma para reiniciar tratamento orientado por cultura.

D. Encaminhar imediatamente a paciente para avaliação por urologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve pielonefrite aguda na gestação: disúria e urgência miccional há cinco dias, dor lombar à direita, febre de 37,8 graus e Giordano positivo. O ponto que a questão quer é o que fazer depois de internar. O tratamento é antibiótico parenteral empírico e imediato, e a cefuroxima é opção adequada e segura na gestação. A investigação por imagem se justifica porque não se trata de um episódio isolado: há relato de infecções urinárias de repetição tratadas com antibióticos variados e falha da norfloxacin prescrita há dois dias, combinação que obriga a procurar fator estrutural, como litíase, dilatação além da fisiológica da gestação, malformação do trato urinário ou abscesso renal, e a ultrassonografia de rins e vias urinárias é o exame inicial por ser inócuo ao feto. Vale registrar ainda que quinolonas não são a escolha na gravidez. A alternativa B mantém um esquema que já se mostrou ineficaz, o que é inaceitável em infecção com repercussão sistêmica. A alternativa C acerta ao pedir urocultura, mas erra gravemente ao condicionar o início do tratamento ao resultado da cultura: a urocultura é colhida antes do antibiótico, e o antibiótico começa na sequência, sem espera. A alternativa D transfere a responsabilidade para o urologista quando o quadro é clínico, de manejo obstétrico, e a avaliação especializada só entraria se a imagem mostrasse obstrução ou coleção. Resposta A

QUESTÃO 55 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Nuligesta, 25 anos, procura pronto atendimento com cólicas intensas em hipogástrio há 1 dia e sangramento vaginal moderado há 2 horas. A última menstruação da paciente foi há cerca de 2 meses. Nega doenças e tem usado preservativo em suas relações sexuais. Exame físico: descorada (+), pressão arterial 90/50 mmHg, frequência cardíaca 100 bpm. Exame especular: moderada quantidade de sangue em vagina. Toque vaginal: útero aumentado compatível com 9 semanas e colo pérvio 1 polpa. O teste imunológico para o diagnóstico da gravidez está mostrado abaixo (Figura). **TESTE IMUNOLÓGICO PARA O DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ DA PACIENTE** Qual é a conduta mais adequada?

A. Ultrassonografia transvaginal.

B. Aspiração manual intrauterina. ✓

C. Prescrição de progesterona via oral.

D. Repouso físico relativo e abstinência sexual. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 39

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de abortamento em curso (inevitável), e o dado que fecha o diagnóstico está no toque: colo pérvio para uma polpa digital em paciente com atraso menstrual de cerca de dois meses, útero aumentado compatível com nove semanas, cólicas intensas e sangramento moderado, somados ao teste de gravidez apresentado na questão. Colo aberto significa que a gestação não é mais viável e que não há conduta expectante possível diante de sangramento com repercussão hemodinâmica incipiente (pressão de 90/50 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e palidez). A conduta é o esvaziamento uterino, e com útero compatível com até 12 semanas a aspiração manual intrauterina é a técnica de escolha, por ser mais segura, mais rápida e com menor risco de perfuração e de sinéquias do que a curetagem. A alternativa A propõe exame de imagem que não mudaria a conduta, já que o diagnóstico é clínico e o colo está aberto, e ainda atrasa o tratamento de uma paciente com sinais de instabilidade. A alternativa C usa progesterona, recurso discutível e restrito à ameaça de abortamento, situação em que o colo está fechado. A alternativa D oferece repouso e abstinência, orientação de ameaça de abortamento, sem qualquer efeito sobre um processo já irreversível. Resposta B

QUESTÃO 56 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Multigesta (G4P2A1), 37 anos, interna na fase ativa do trabalho de parto espontâneo, com 37,5 semanas. Exame físico geral normal, altura uterina 37 cm. A evolução do trabalho de parto, até às 20h, está demonstrada no partograma (Figura 1). Nesse momento, a equipe decidiu por monitorizar o feto continuamente devido à ausculta de desacelerações de sua frequência cardíaca (Figura 2).

FIGURA 1: REGISTRO GRÁFICO DA EVOLUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO FIGURA 2:

CARDIOTOCOGRAFIA INTRAPARTO OBTIDA ÀS 20 HORAS Qual alternativa tem diagnósticos nesse cenário clínico?

A. Período expulsivo prolongado com asfixia fetal.

B. Trabalho de parto eutócico com suspeita de sofrimento fetal. ✓

C. Distocia funcional com vitalidade fetal esperada para expulsivo.

D. Evolução normal do trabalho de parto com boa vitalidade fetal. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 40

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede que se leia separadamente duas coisas que os candidatos costumam misturar: a progressão mecânica do trabalho de parto, que se avalia no partograma, e a vitalidade fetal, que se avalia na cardiotocografia. O enunciado já entrega uma pista decisiva: a equipe passou a monitorizar o feto continuamente porque auscultou desacelerações da frequência cardíaca fetal, ou seja, existe suspeita de comprometimento da vitalidade. Do lado do partograma, a paciente é multípara que internou em fase ativa espontânea com 37,5 semanas e evoluiu até as 20 horas sem que o enunciado descreva qualquer intercorrência de progressão. A alternativa que reúne evolução dentro do esperado com traçado fetal preocupante é justamente a que fala em trabalho de parto eutócico com suspeita de sofrimento fetal. Repare no termo suspeita: a cardiotocografia é exame de rastreamento, tem alto valor preditivo negativo e baixa especificidade, por isso ela levanta a hipótese e não firma diagnóstico. A alternativa A afirma asfixia fetal, diagnóstico que exige comprovação por gasometria e repercussão neonatal, e ainda supõe período expulsivo prolongado, o que dependeria de dilatação total documentada. A alternativa C fala em distocia funcional, que exigiria alteração da curva de dilatação ou de descida no partograma, e contradiz a si mesma ao afirmar vitalidade esperada diante de desacelerações. A alternativa D nega a alteração que motivou a monitorização contínua. Resposta B

QUESTÃO 57 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Primigesta, 18 anos, com 34 semanas de gestação, retorna em consulta pré-natal, em Unidade Básica de Saúde, com resultado de ultrassonografia obstétrica realizada há 3 dias. É tabagista e tem índice de massa corporal no primeiro trimestre de 17 kg/m². Está assintomática, com exames da rotina laboratorial normais. A ultrassonografia mostrou peso fetal estimado no percentil 12, índice de pulsatilidade (IP) na artéria umbilical no percentil 91 e IP na artéria cerebral média no percentil 15, maior bolsa de líquido amniótico no percentil 25. Na consulta de hoje não foram percebidos movimentos fetais. O exame físico geral e restante do exame obstétrico são normais. Qual é a conduta imediata mais adequada neste momento?

- A. Auscultar o feto após estímulo mecânico ou vibroacústico. ✓**
- B. Solicitar nova ultrassonografia obstétrica com Doppler em uma semana.
- C. Encaminhar a paciente ao serviço de referência de urgência.
- D. Agendar avaliação dessa gestante em pré-natal de alto risco.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa hierarquia de condutas: diante de uma queixa aguda, primeiro se confirma que o feto está vivo, depois se decide o resto. A gestante tem fatores de risco para insuficiência placentária (tabagismo e índice de massa corporal de 17 kg/m²) e uma ultrassonografia sugestiva de restrição de crescimento, com peso estimado no percentil 12 associado a índice de pulsatilidade da artéria umbilical no percentil 91, situação em que os critérios de Delphi já classificam restrição mesmo com peso acima do percentil 10. Mas o achado que muda a consulta de hoje é outro: não foram percebidos movimentos fetais. A conduta imediata, factível na própria unidade básica, é auscultar o feto, se necessário após estímulo mecânico ou vibroacústico, porque a resposta de aceleração da frequência cardíaca ao estímulo confirma vitalidade e reorganiza toda a decisão seguinte. A alternativa B agenda reavaliação para daqui a uma semana e simplesmente ignora a queixa do dia. A alternativa C encaminha à urgência antes mesmo de checar o batimento cardíaco fetal com o recurso disponível ali, transferindo uma paciente sem a informação que define a urgência. A alternativa D é correta como seguimento, já que a restrição de crescimento indica pré-natal de alto risco, mas não responde ao que a pergunta cobra, que é a conduta imediata. Resposta A

QUESTÃO 58 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Primigesta, 18 anos, 29 semanas de gestação, internada no centro obstétrico para inibir trabalho de parto com terbutalina e anti-inflamatório. Exame físico geral normal. Apesar da medicação, a paciente mantém atividade uterina de 4 contrações moderadas/10 minutos, frequência cardíaca fetal de 160 bpm, com movimentos fetais. Toque vaginal: colo fino, centrado, 6 cm dilatado, pélvico, bolsa íntegra. Há 3 dias, foi iniciada betametasona, em dose única diária, repetida por dois dias consecutivos. Quais são as melhores condutas nesse momento?

A. Penicilina cristalina, sulfato de magnésio e cesárea. ✓

B. Novo ciclo de corticosteroides e parto cesárea.

C. Atosiban, penicilina cristalina e cerclagem de urgência.

D. Analgesia de parto, ocitocina endovenosa e assistência ao parto vaginal. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 41

COMENTÁRIO OSCELABS

O cenário é de trabalho de parto prematuro estabelecido e irreversível: com 29 semanas, a paciente mantém quatro contrações moderadas em dez minutos apesar da terbutalina e já está com seis centímetros de dilatação e colo fino e centrado. Acima de quatro a cinco centímetros a tocólise perde sentido, porque não interrompe mais o processo. Assumido o parto, três medidas se impõem. Profilaxia para estreptococo do grupo B com penicilina cristalina, indicada em todo parto prematuro com menos de 37 semanas sem cultura negativa recente. Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, indicado abaixo de 32 semanas para reduzir paralisia cerebral. E a via de parto: o toque revela apresentação pélvica, e prematuro em apresentação pélvica tem indicação de cesárea, pelo risco de retenção de cabeça derradeira e de prolapso de cordão. A alternativa B propõe novo ciclo de corticosteroide três dias após o primeiro, quando a dose de resgate só se cogita após intervalo de sete a quatorze dias, e ainda omite a profilaxia para estreptococo e a neuroproteção. A alternativa C insiste em tocólise com atosiban num colo de seis centímetros e acrescenta cerclagem, formalmente contraindicada em trabalho de parto estabelecido. A alternativa D conduz para parto vaginal com ocitocina um feto pélvico de 29 semanas, exatamente o contrário do recomendado. Resposta A

QUESTÃO 59 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Primípara, 4º dia de puerpério após cesárea por feto pélvico na 36ª de gestação, está no alojamento conjunto. O recém-nascido pesou 2400 gramas, nasceu em boas condições e está com a mãe. Hoje, a paciente reclamou de muita dor mamária. Sem outras queixas. A paciente fez mamoplastia de aumento há dois anos. Exame físico: temperatura 38,0°C (oral), dor, hiperemia leve e aumento de volume em ambas as mamas. Fissuras em complexo aréolo mamilar à esquerda (Figura abaixo). Palpação: mamas endurecidas em ambos os quadrantes externos, expressão láctea positiva bilateral. O restante do exame físico está normal. EXAME DAS MAMAS DA PACIENTE DEMONSTRANDO HIPEREMIA E LESÕES NO COMPLEXO ARÉOLO MAMILAR. Quais são as melhores condutas para o caso?

A. Analgésico e ordenha mamária. ✓

B. Clindamicina oral e compressas mornas.

C. Cabergolina e enfaixamento mamário.

D. Oxacilina endovenosa e compressas frias. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 42

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de ingurgitamento mamário no quarto dia de puerpério, período da apojadura, e não de mastite. O que sustenta esse diagnóstico é o conjunto: acometimento bilateral e simétrico dos quadrantes externos, hiperemia leve, expressão láctea positiva nas duas mamas e ausência de repercussão sistêmica além da temperatura de 38 graus, que no ingurgitamento pode ocorrer pela estase láctea e caracteriza a chamada febre do leite. Mastite tende a ser unilateral, com área endurecida bem delimitada, hiperemia intensa, dor desproporcional e quadro geral comprometido. A conduta, portanto, é analgesia e esvaziamento das mamas por ordenha, mantendo a amamentação em livre demanda e corrigindo a pega, que é o que produziu as fissuras descritas no complexo aréolo-mamilar. A alternativa B introduz antibiótico oral para um quadro sem infecção estabelecida e propõe compressas mornas, que aumentam a produção e podem agravar o ingurgitamento (o calor, quando usado, é apenas breve e antes da ordenha, enquanto as compressas frias entram entre as mamadas). A alternativa C suprime a lactação com cabergolina e enfaixamento numa mãe de recém-nascido de 2400 gramas que está amamentando, o que é o oposto do desejado. A alternativa D reserva oxacilina endovenosa, que pertence ao tratamento da mastite grave ou do abscesso, para um quadro que ainda se resolve com esvaziamento. Resposta A

QUESTÃO 60 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Tercigesta, 37 anos, com 10 semanas de gravidez, sem doenças, apresenta a você um motivo de grande apreensão em consulta pré-natal. Ela sente muita fome e não quer ganhar muito peso nessa gestação. Mas, se preocupa em colocar seu filho em risco se engordar pouco. Não lembra o peso pré-gestacional. Hoje, ela pesa 68 kg e tem índice de massa corpórea de 25,6 kg/m². Para que essa mulher ganhe o mínimo peso necessário, qual é a recomendação de ganho de peso semanal e total permitido, respectivamente, nessa gestação?

- A. 440 gramas e 12,5 kg
- B. 230 gramas e 7,0 kg ✓**
- C. 300 gramas e 9,0 kg
- D. 400 gramas e 11,5 kg

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a recomendação de ganho ponderal na gestação segundo o estado nutricional, tema do Institute of Medicine incorporado pelo Ministério da Saúde. Sem o peso pré-gestacional, usa-se o índice de massa corporal aferido no primeiro trimestre, e aos 25,6 kg/m² essa gestante é classificada como sobrepeso (faixa de 25,0 a 29,9 kg/m²). Para sobrepeso, o ganho total recomendado vai de 7,0 a 11,5 kg, e o ganho semanal no segundo e terceiro trimestres fica entre 0,23 e 0,33 kg. Como o enunciado pede explicitamente o mínimo necessário, a resposta é o limite inferior de cada faixa: 230 gramas por semana e 7,0 kg no total, valores que atendem à preocupação da paciente de não engordar demais sem colocar o feto em risco de restrição de crescimento. A alternativa A traz 440 gramas por semana e 12,5 kg, que são os valores mínimos da faixa de baixo peso (12,5 a 18,0 kg), classificação que não é a dessa gestante. A alternativa C apresenta números intermediários que não correspondem ao piso de nenhuma das categorias. A alternativa D traz 400 gramas por semana e 11,5 kg: o total é o teto do sobrepeso, e não o mínimo, e o ganho semanal corresponde à faixa da gestante eutrófica. Resposta B

QUESTÃO 61 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Paciente de 22 anos iniciou atividade sexual há 6 meses e veio à consulta ginecológica para iniciar contracepção. Foi colhida a citologia para rastreo de câncer do colo uterino e o resultado apontou amostra satisfatória com células escamosas e metaplásicas e anormalidades em células escamosas compatíveis com lesão intraepitelial de baixo grau. O manejo adequado para esta paciente deve incluir:

- A. Prescrever a vacina para HPV (papilomavírus humano) e realizar colposcopia.
- B. Encaminhar parceiro para exame e repetir citologia em seis meses.

C. Orientações de uso de preservativo e nova citologia em três anos. ✓

- D. Solicitar sorologias para Infecções sexualmente transmissíveis e realizar biópsia no colo uterino. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 43

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o manejo da lesão intraepitelial escamosa de baixo grau em mulher com menos de 25 anos, e a idade é o dado que comanda a resposta. As diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero determinam que a citologia só se inicia aos 25 anos, em mulheres que já tiveram atividade sexual, justamente porque nessa faixa etária a infecção pelo HPV é altamente prevalente e a regressão espontânea da lesão de baixo grau é a regra, enquanto a intervenção sobre o colo de uma paciente jovem traz risco obstétrico futuro. Aos 22 anos, com lesão de baixo grau, a conduta preconizada é orientação e repetição da citologia em três anos, junto com aconselhamento sobre uso de preservativo, sem encaminhamento para colposcopia. A alternativa A leva a paciente à colposcopia, indicada nessa faixa etária apenas se a citologia mostrar lesão de alto grau ou atipias mais graves, e usa a vacina como se fosse terapêutica, quando ela é profilática e não trata lesão existente. A alternativa B encaminha o parceiro, prática sem qualquer respaldo no controle do câncer de colo, e adota o intervalo de seis meses, que é a recomendação para mulheres a partir dos 25 anos. A alternativa D pede biópsia sem colposcopia prévia, que é quem dirige o sítio a ser biopsiado, e acrescenta sorologias que não fazem parte do manejo dessa alteração citológica. Resposta C

QUESTÃO 62 — Gabarito D

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher de 51 anos, nulípara, menopausa há 1 ano, retorna à consulta na unidade básica de saúde para checar mamografia de rastreamento. Tem como antecedente uma tia avó com história de câncer de mama e fez uso de contraceptivo hormonal combinado por 20 anos. Há um ano retirou o sistema intrauterino de levonorgestrel que vinha usando como método contraceptivo nos últimos 5 anos. Não apresenta alteração detectável no exame físico. O laudo da mamografia vem descrito como BI-RADS® 3 e apresenta a imagem abaixo. Mamografia no tempo zero, 6 e 12 meses Considerando a história clínica e a imagem, assinale a alternativa que contenha a conduta mais adequada, segundo orientações do Ministério da Saúde.

- A. Manter seguimento rotineiro com mamografia anual.
- B. Solicitar ultrassonografia mamária complementar.
- C. Encaminhar para realização de análise histopatológica.

D. Realizar nova mamografia em seis meses. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 44 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o significado prático da categorização BI-RADS em rastreamento mamográfico. BI-RADS 3 quer dizer achado provavelmente benigno, com probabilidade de malignidade inferior a 2%: não é caso de biópsia, mas também não é caso de devolver a mulher para o intervalo habitual de rastreamento. A recomendação do Ministério da Saúde para essa categoria é controle radiológico semestral, ou seja, repetir a mamografia em seis meses e manter o seguimento em intervalos curtos até completar três anos de estabilidade, quando a lesão passa a ser considerada benigna (BI-RADS 2). Nada na história muda essa conduta: tia-avó com câncer de mama não configura história familiar de alto risco (que exige parente de primeiro grau, idade jovem ao diagnóstico ou câncer bilateral/masculino), e o uso prolongado de contraceptivo combinado ou de SIU-LNG não é critério para antecipar investigação invasiva.

A alternativa A trata a paciente como se ela fosse BI-RADS 1 ou 2, abandonando o controle curto que é exatamente o que define a categoria 3. A alternativa B propõe ultrassonografia complementar, exame útil para caracterizar nódulo palpável ou mama densa, mas que não é o método de acompanhamento recomendado de uma lesão já classificada como provavelmente benigna na mamografia, e cujo resultado não alteraria a necessidade do controle semestral. A alternativa C indica estudo histopatológico, conduta reservada às categorias 4 e 5, em que o risco de malignidade é substancialmente maior; biopsiar um BI-RADS 3 é sobretratamento, com custo e morbidade desnecessários. Resposta D

QUESTÃO 63 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher de 58 anos, menopausa há 5 anos. Há 3 meses com queixa de sangramento vaginal de discreta intensidade em episódios irregulares que duram um a dois dias. O exame especular e a ultrassonografia estão representados nas figuras. EXAME ESPECULAR E ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL Qual a melhor conduta?

A. Histerectomia total.

B. Biópsia ambulatorial. ✓

C. Citologia cervical.

D. Terapêutica progestagênica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 45

COMENTÁRIO OSCELABS

Toda mulher na pós-menopausa com sangramento uterino tem câncer de endométrio como hipótese até prova em contrário, e essa paciente de 58 anos, com menopausa há cinco anos e sangramentos irregulares há três meses, é o retrato do quadro. O passo obrigatório é obter tecido endometrial para estudo histopatológico, e a forma mais adequada de fazer isso no primeiro momento é a amostragem ambulatorial (biópsia de endométrio por cânula de aspiração tipo Pipelle ou histeroscopia com biópsia dirigida), procedimento de baixo custo, sem necessidade de centro cirúrgico e com alta acurácia para carcinoma endometrial. Diagnóstico primeiro, tratamento depois: é isso que a alternativa correta traduz.

A histerectomia total (A) inverte essa ordem, expondo a paciente a uma cirurgia de grande porte antes de se saber sequer se há neoplasia e, se houver, qual o tipo e o grau histológico, informação que define a extensão do estadiamento cirúrgico. A citologia cervical (C) é exame de rastreamento do colo uterino, tem sensibilidade muito baixa para doença endometrial e um resultado normal não afasta carcinoma de endométrio, de modo que não serve como investigação de sangramento pós-menopausa. A terapêutica progestagênica (D) é conduta de sangramento uterino anormal disfuncional em mulheres na menacme; usada aqui, apenas interromperia o sangramento e mascararia por meses uma neoplasia potencialmente curável em estágio inicial. Resposta B

QUESTÃO 64 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher, 27 anos, está em uso do sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) há 2 anos. Não tem comorbidades e nem gestação anterior. Comparece à unidade básica de saúde pois apresentou teste de gestação positivo e fez ultrassonografia transvaginal que mostrou gestação tópica de 7 semanas e presença de SIU-LNG intrauterino. Está preocupada sobre o que deve ser feito diante do fato de estar grávida com um SIU-LNG intrauterino. Além de encaminhar a paciente para pré-natal, orientar sinais de alerta de infecção e abortamento, qual alternativa contém a(s) conduta(s) mais adequada(s) baseada(s) nas evidências mais atualizadas?

- A. Manter o SIU-LNG, sem necessidade de associar medicação.
- B. Retirada do SIU-LNG imediatamente independente do fio estar visível.

C. Retirada do SIU-LNG imediatamente se o fio estiver visível. ✓

- D. Manter o SIU-LNG e prescrever progesterona micronizada oral. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 46

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é o manejo de gestação intrauterina com dispositivo intrauterino in situ. A presença do SIU-LNG dentro da cavidade durante a gravidez aumenta o risco de abortamento tardio, corioamnionite, rotura prematura de membranas e parto pré-termo, e essas complicações caem de forma significativa quando o dispositivo é retirado precocemente. Por isso, a conduta baseada em evidência é remover o SIU-LNG no primeiro trimestre desde que o fio esteja visível ao exame especular, situação em que a tração é simples e o risco do procedimento é baixo. Se o fio não estiver visível, a retirada exigiria instrumentação da cavidade ou histeroscopia, com risco de perda gestacional maior do que o de manter o dispositivo, e a conduta passa a ser expectante, com vigilância de sinais de infecção e de abortamento, exatamente as orientações já citadas no enunciado.

A alternativa A erra ao manter o dispositivo mesmo com fio acessível, desperdiçando a única intervenção que comprovadamente reduz desfechos adversos nessa situação. A alternativa B ignora a condicional do fio e indica a remoção a qualquer custo, o que transforma um procedimento seguro em manobra invasiva quando o fio não é visualizado. A alternativa D acrescenta progesterona micronizada oral, sem indicação aqui: não há história de abortamento de repetição nem insuficiência lútea documentada, e a progesterona não neutraliza o risco infeccioso ligado ao corpo estranho intracavitário. Resposta C

QUESTÃO 65 — Gabarito D

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher de 23 anos, G3P1A2, procura unidade básica de saúde com história de lesão na vulva, sensação de dor leve no local e corrimento associado. Mantém atividade sexual regular sem uso de preservativo, apenas contraceptivo hormonal combinado. Refere que as lesões surgiram há pouco mais de um mês. Não sabe referir se houveram vesículas em qualquer momento do quadro. Durante o exame físico, foi visto a seguinte lesão. IMAGEM DA LESÃO Com base nas informações descritas e na imagem, assinale a alternativa que contenha a opção mais adequada neste momento, conforme o Ministério da Saúde.

- A. Aciclovir, azitromicina, penicilina.
- B. Ceftriaxona, doxiciclina, metronidazol.
- C. Aciclovir, ceftriaxona, metronidazol.

D. Doxiciclina, penicilina, ciprofloxacina. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 47 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de úlcera genital com mais de quatro semanas de evolução, e é essa cronologia que comanda a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde. Diante de úlcera com mais de quatro semanas, o PCDT de IST orienta tratar empiricamente as causas possíveis e, em paralelo, investigar linfogranuloma venéreo, donovanose e neoplasia, além de solicitar sorologias e testar para HIV. O esquema completo precisa cobrir sífilis, com penicilina benzatina, cancroide, com ciprofloxacino (alternativa à azitromicina), e as úlceras crônicas por *Chlamydia trachomatis* L1-L3 e por *Klebsiella granulomatis*, ambas tratadas com doxiciclina por tempo prolongado. O aciclovir não entra porque a paciente descreve lesão persistente há mais de um mês, com dor apenas leve e sem relato de vesículas, quadro que não corresponde ao herpes genital, cuja lesão é vesicular, muito dolorosa e autolimitada em uma a duas semanas.

A alternativa A cobre sífilis e cancroide, mas inclui aciclovir sem indicação e, principalmente, deixa de fora a doxiciclina, ou seja, não trata linfogranuloma nem donovanose, justamente as etiologias que a duração prolongada obriga a cobrir. A alternativa B é o esquema de doença inflamatória pélvica (ceftriaxona, doxiciclina e metronidazol), condição que exige dor pélvica e sinais ao toque, ausentes aqui, e que não trata sífilis. A alternativa C mistura antiviral com esquema de cervicite/DIP e também não cobre sífilis, erro grave em úlcera genital. Resposta D

QUESTÃO 66 — Gabarito B

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher de 69 anos, queixando-se de discreto aumento do volume abdominal há quatro meses. Ao exame ginecológico palpa-se massa endurecida e aderida de 7 cm de diâmetro em região anexial esquerda. O CA 125 é de 380 UI/ml e a ultrassonografia transvaginal está representada na figura. ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL Qual é a melhor conduta?

A. Complementar com ressonância da pelve.

B. Indicar avaliação cirúrgica. ✓

C. Repetir a avaliação em três meses.

D. Realizar biópsia da lesão com agulha grossa. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 48

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade idade pós-menopausa avançada, massa anexial sólida, endurecida e fixa de 7 cm e CA-125 de 380 UI/ml define alta probabilidade de neoplasia maligna epitelial de ovário. Nesse cenário o que se busca não é mais confirmar a suspeita, e sim tratar: a laparotomia com estadiamento cirúrgico completo e citorredução é simultaneamente o método diagnóstico definitivo e o principal determinante de prognóstico, já que a sobrevida depende do volume de doença residual ao final da cirurgia. Indicar avaliação cirúrgica, em serviço com oncologia ginecológica, é portanto a conduta que muda desfecho.

Complementar com ressonância de pelve (A) pode refinar a caracterização da lesão, mas em uma massa já clinicamente e sonograficamente suspeita, com marcador muito elevado, o exame não altera a indicação operatória e apenas adia o tratamento. Repetir a avaliação em três meses (C) é conduta aceitável para cisto simples, unilocular e de baixo risco em mulher assintomática, o oposto deste caso, e aqui significaria permitir progressão de estágio. A biópsia percutânea com agulha grossa (D) é formalmente evitada na suspeita de câncer de ovário potencialmente ressecável, pelo risco de ruptura capsular e disseminação de células tumorais pelo trajeto da agulha, com upstaging iatrogênico; ela fica reservada aos casos de doença irresssecável ou de paciente sem condições cirúrgicas, quando é necessário confirmar histologia antes de quimioterapia neoadjuvante. Resposta B

QUESTÃO 67 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Paciente com 44 anos, G3P3A0 (3PN), refere ciclos menstruais regulares, procura atendimento ginecológico referindo que há 4 meses iniciou com polaciúria, noctúria, sensação de esvaziamento vesical incompleto, além de urgência miccional associado. Ao exame físico foi observado o descrito abaixo: Hg: HIATO GENITAL; Cp: CORPO PERINEAL; Cvt: COMPRIMENTO DA VAGINA TOTAL; POP-Q: PELVIC ORGAN PROLAPSE QUANTIFICATION SYSTEM Após descartar infecção urinária qual a melhor conduta para esta paciente neste momento?

A. Colporrafia anterior e posterior e imipramina 25 mg oral por dia.

B. Cirurgia de sling e solifenacina 5 mg oral por dia.

C. Eletroestimulação transcutânea e oxibutinina 5 mg oral por dia. ✓

D. Treinamento vesical e perineal com cones vaginais. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 49

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto urgência miccional, polaciúria, noctúria e sensação de esvaziamento incompleto, com urocultura negativa, caracteriza síndrome da bexiga hiperativa, e não incontinência urinária de esforço nem prolapso sintomático. O tratamento inicial dessa síndrome é multimodal: medidas comportamentais e fisioterapia do assoalho pélvico associadas a um antimuscarínico. A eletroestimulação atua modulando o reflexo miccional e inibindo as contrações não inibidas do detrusor, sendo a modalidade fisioterápica com melhor racional para urgência, e a oxibutinina, antimuscarínico clássico, bloqueia os receptores M2/M3 do detrusor, reduzindo urgência e frequência. A alternativa correta é justamente a que combina essas duas frentes.

A alternativa A propõe correção cirúrgica de prolapso, que não é a queixa da paciente, somada à imipramina, antidepressivo tricíclico de uso restrito e com perfil de efeitos adversos cardiovasculares e anticolinérgicos que o coloca em linhas posteriores. A alternativa B indica sling, cirurgia desenhada para incontinência urinária de esforço, quadro que a paciente não apresenta, e que não trata urgência, podendo inclusive agravá-la ao aumentar a resistência uretral. A alternativa D contempla apenas terapia conservadora com cones vaginais, recurso voltado ao ganho de força muscular na incontinência de esforço, e deixa a paciente sem o componente farmacológico dirigido ao detrusor. Vale registrar que a terapia comportamental isolada é defensável como primeiro passo em bexiga hiperativa, o que torna o descarte da alternativa D discutível; a banca, porém, privilegiou o esquema que soma fisioterapia dirigida à urgência e antimuscarínico. Resposta C

QUESTÃO 68 — Gabarito A

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Paciente 22 anos, G1P0A0, tempo de amenorreia de 8 semanas e 2 dias, dá entrada na unidade de emergência com queixa de sangramento vaginal há 4 horas. Ao exame a paciente está em bom estado geral, descorada +/-, afebril, pressão arterial = 110/50 mmHg, frequência cardíaca = 90 bpm. Especular: presença de sangue em fundo de saco com saída ativa pelo orifício externo do colo em pequena quantidade. Ao toque, o colo está amolecido, fechado. O útero é globoso, amolecido e palpável 2 centímetros acima da sínfise púbica. Foi realizado exame ultrassonográfico transvaginal (imagem abaixo). IMAGEM 1 IMAGEM 2 Qual a conduta terapêutica mais adequada no momento?

A. Dilatação cervical seguida de vácuo-aspiração uterina. ✓

B. Dilatação cervical seguida de curetagem uterina fracionada.

C. Misoprostol e vácuo-aspiração uterina.

D. Repouso físico e sexual e antiespasmódicos. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 50

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto de virada da vinheta é o exame físico: com oito semanas de amenorreia o útero deveria ser intrapélvico, e aqui ele está globoso e palpável dois centímetros acima da sínfise púbica, isto é, maior do que o esperado para a idade gestacional, associado a sangramento vaginal com colo fechado. Esse é o quadro clássico de doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme), e o tratamento é o esvaziamento uterino por vácuo-aspiração, precedido de dilatação cervical, seguido de seguimento seriado do beta-hCG. A aspiração é o método de escolha porque esvazia rapidamente uma cavidade com útero amolecido e muito vascularizado, com menor risco de perfuração e de sinéquias do que a raspagem instrumental.

A curetagem fracionada (B) é técnica de investigação de patologia endometrial e cervical em ginecologia, não de esvaziamento gestacional, e a raspagem com cureta em útero molar amolecido aumenta o risco de perfuração e de lesão da camada basal. O misoprostol antes do esvaziamento (C) é evitado na suspeita de mola, pelas contrações vigorosas e pelo risco de embolização de tecido trofoblástico e de disseminação, além de ser desnecessário quando se pode dilatar e aspirar de imediato. A conduta expectante com repouso e antiespasmódicos (D) corresponde ao manejo de ameaça de abortamento com embrião vivo e não resolve nem investiga uma gestação molar, condição com potencial de evolução para neoplasia trofoblástica. Resposta A

QUESTÃO 69 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Paciente de 68 anos, tratada de câncer de mama esquerda há 8 anos. Foi submetida à cirurgia conservadora, radioterapia adjuvante e utilizou tamoxifeno por 60 meses. Em mamografia de rotina foi encontrado uma lesão nodular de 0,5 cm de diâmetro BI-RADS® 5 no quadrante superolateral da mama direita. A biópsia percutânea confirmou carcinoma ductal invasor grau 2 do subtipo triplo negativo. A axila e fossa supraclavicular estão livres. Ultrassonografia da axila direita sem alterações. Não há sinais radiológicos ou clínicos de recorrência local na mama esquerda. Qual o tratamento local mais adequado?

A. Quadrantectomia + linfadenectomia axilar + radioterapia.

B. Mastectomia radical modificada + linfadenectomia axilar.

C. Setorectomia + biópsia do linfonodo sentinela + radioterapia. ✓

D. Mastectomia radical modificada + biópsia do linfonodo sentinela.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de um segundo tumor primário na mama contralateral, e não de recidiva: carcinoma ductal invasor de 0,5 cm (T1a), triplo-negativo, em mama direita nunca operada nem irradiada, com axila clinicamente e ultrassonograficamente negativa. Nesse cenário a cirurgia conservadora é oncológicamente equivalente à mastectomia em sobrevida global, desde que seguida de radioterapia da mama, e o estadiamento axilar deve ser feito por biópsia do linfonodo sentinela, padrão para axila negativa. Por isso o tratamento local adequado é setorectomia com margens livres, pesquisa do linfonodo sentinela e radioterapia complementar. O subtipo triplo-negativo indica quimioterapia sistêmica, mas não contraindica a preservação da mama nem exige cirurgia mais radical.

A alternativa A acerta a conservação, mas impõe linfadenectomia axilar a uma axila negativa, procedimento que não acrescenta sobrevida e cujo custo é linfedema, parestesia e limitação funcional do membro. A alternativa B combina mastectomia radical modificada com esvaziamento axilar, dois sobretratamentos simultâneos em um tumor subcentimétrico com axila livre. A alternativa D ainda indica mastectomia, injustificável aqui, já que a mama direita não recebeu radioterapia prévia (o antecedente de irradiação é da mama esquerda) e a relação entre o volume tumoral e o volume mamário é claramente favorável à conservação. Resposta C

QUESTÃO 70 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Mulher de 28 anos, nuligesta, parou o uso de anticoncepcional há 2 anos para engravidar após 10 anos de uso, mas desde então está em amenorreia. Refere menarca aos 12 anos, com ciclos regulares, sem dismenorreia. Ao Exame físico: Índice de massa corporal = 22 Kg/m²; exame ginecológico com mucosa pálida e com redução do pregoamento vaginal. Foram solicitados exames complementares: FSH (hormônio folículo-estimulante) = 76 mIU/ml (VN = 2,8 a 10,5 mIU/ml); TSH (hormônio estimulador da tireoide) = 1,2 mIU/ml (VN = 0,4 a 4,0 mIU/ml); PRL (prolactina) = 12,0 ng/dl (VN < 25ng/dl). Espermiograma do parceiro: normal. Histerossalpingografia: trompas pervias bilateralmente. Ultrassonografia transvaginal: útero com 12 cm³ de volume, espessura endometrial com 3 mm, ovário direito = 2,3 cm³ e ovário esquerdo = 1,8 cm³. Cariótipo: 46XX (60%), 45X0 (40%). Rastreio para outras doenças negativo. Qual a conduta mais adequada?

- A. Indução de ovulação com indutores orais para coito programado.
- B. Estimulação de ovulação com gonadotrofinas para fertilização in vitro.

C. Fertilização in vitro com oócitos de doadora anônima. ✓

- D. A gestação deve ser contraindicada. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 51

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de insuficiência ovariana prematura: amenorreia com hipoestrogenismo evidente ao exame (mucosa pálida, perda do pregoamento vaginal, endométrio de 3 mm, ovários diminutos) e FSH de 76 mIU/ml, ou seja, hipogonadismo hipergonadotrófico. O cariótipo em mosaico 45X0/46XX identifica a causa, disgenesia gonadal em mosaico (síndrome de Turner em mosaico), com depleção folicular acelerada. Com o eixo já em falência gonadal e reserva folicular exaurida, a única via realista para gestação é a fertilização in vitro com oócitos de doadora, preparando o endométrio com estrogênio e progesterona, tal como a alternativa correta propõe. A indução de ovulação com indutores orais (A), como citrato de clomifeno ou letrozol, depende de eixo hipotálamo-hipófise-ovário íntegro e de folículos responsivos; com FSH de 76 não há substrato sobre o qual atuar. A estimulação com gonadotrofinas (B) esbarra no mesmo obstáculo: administrar mais FSH exógeno a ovários sem folículos não gera resposta. Contraindicar a gestação (D) extrapola: em mulheres com Turner a preocupação legítima é o risco cardiovascular, sobretudo dilatação e dissecação de aorta, o que exige avaliação cardiológica e de imagem antes da gravidez, e não a proibição automática, ainda mais em mosaico com rastreio de outras doenças negativo, como informa o enunciado. Resposta C

QUESTÃO 71 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Adolescente de 13 anos e 6 meses procurou atendimento ginecológico porque nunca menstruou. Paciente refere ausência do desenvolvimento das mamas e apresenta pilificação em axilas e vulva desde os 9 anos. Nega sangramento vaginal. Não teve sexarca e nega outras queixas. Exame físico: mucosas coradas, Pressão arterial: 100/70 mmHg, estatura no percentil 50, índice de massa corporal: 21 kg/m², Tanner M1 P3, genitália externa feminina e pré-púbere. Qual(is) possível(is) causa(s) justificariam o desenvolvimento puberal desta paciente?

- A. Hiperplasia adrenal congênita ou hiperprolactinemia.
- B. Trata-se de desenvolvimento puberal normal.

C. Disgenesia gonadal ou hipogonadismo hipogonadotrófico. ✓

- D. Malformação mulleriana ou feminilização testicular.

COMENTÁRIO OSCELABS

A adolescente tem 13 anos e 6 meses e permanece Tanner M1, ou seja, sem telarca. Como o desenvolvimento mamário deve iniciar até os 13 anos, o quadro é de atraso puberal, e o achado que orienta o raciocínio é a dissociação entre a mama e os pelos: a pubarca (P3) está presente desde os 9 anos porque a adrenarca depende de androgênios da suprarrenal, eixo independente do gonadal, enquanto a ausência de telarca revela falta de estrogênio ovariano. Falta de estrogênio significa falha em algum ponto do eixo, e as duas grandes categorias são exatamente as citadas na alternativa correta: hipogonadismo hipergonadotrófico por disgenesia gonadal (Turner e variantes, com gônada em fita) e hipogonadismo hipogonadotrófico (deficiência de GnRH ou de gonadotrofinas, como na síndrome de Kallmann, tumores e lesões hipotálamo-hipofisárias). A dosagem de FSH e LH é o exame que separa os dois.

A alternativa A não explica o quadro: a hiperplasia adrenal congênita cursa com excesso androgênico, virilização e pubarca precoce, e a hiperprolactinemia produz tipicamente amenorreia secundária e galactorreia em quem já puberou. A alternativa B ignora o limite etário e trata como fisiológico um atraso que já demanda investigação. A alternativa D reúne causas de amenorreia primária com caracteres sexuais secundários presentes: na malformação mülleriana os ovários funcionam e a mama é normal, e na insensibilidade androgênica completa há mamas desenvolvidas com pelos escassos ou ausentes, o inverso do que se descreve aqui. Resposta C

QUESTÃO 72 — Gabarito C

TEMA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA Você está atendendo por telemedicina duas mulheres que desejam orientação para iniciar um método contraceptivo. Mulher 1: 19 anos, nuligesta, sem doenças e vícios. Sem antecedentes mórbidos na família. Deseja iniciar anel vaginal. Data da última menstruação: há 3 dias. Mulher 2: 23 anos, G1P1A0, sem doenças e vícios. Sem antecedentes mórbidos na família. Deseja iniciar implante de etonogestrel. Data da última menstruação: há 6 dias. Assinale a alternativa que contém o que deve ser realizado (de exame físico e/ou complementar considerados essenciais) em cada mulher, antes de iniciar o método desejado, de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde (2018).

- A. Mulher 1: exame ginecológico; Mulher 2: aferir a pressão arterial.
- B. Mulher 1: nada; Mulher 2: exame ginecológico.

C. Mulher 1: aferir a pressão arterial; Mulher 2: nada. ✓

- D. Mulher 1: teste urinário de gravidez; Mulher 2: teste urinário de gravidez. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 52

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa quais avaliações a Organização Mundial da Saúde considera essenciais antes de iniciar um contraceptivo, distinguindo o que é imprescindível do que é apenas desejável ou faz parte de boa prática geral de saúde. Para métodos hormonais combinados, como o anel vaginal da Mulher 1, a aferição da pressão arterial é a única medida classificada como essencial, porque a hipertensão altera a categoria de elegibilidade do estrogênio (níveis elevados levam a categorias 3 ou 4 pelo risco cardiovascular e tromboembólico). Para métodos exclusivamente de progestagênio, como o implante de etonogestrel da Mulher 2, nenhum exame físico ou complementar é considerado essencial, já que a segurança do progestagênio isolado não depende de nenhuma triagem prévia obrigatória.

O exame ginecológico, presente nas alternativas A e B, não é exigência para iniciar nenhum desses métodos, e condicioná-lo ao acesso é uma barreira reconhecidamente injustificada pela OMS. O teste urinário de gravidez (D) também não é essencial: a gravidez pode ser razoavelmente excluída por critérios clínicos, e ambas estão nos primeiros dias após a menstruação, dentro da janela em que o início é seguro. Registre-se apenas que, iniciando com seis dias de data da última menstruação, a Mulher 2 deve usar método de barreira por sete dias, detalhe de orientação que não altera a resposta. Resposta C

QUESTÃO 73 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL No período de preparo para o enfrentamento da pandemia de Covid-19, houve priorização para tratamento cirúrgico dos pacientes com necessidades que configurassem urgência ou emergência, visando garantir a capacidade hospitalar adequada para atender a um fluxo antecipado de pacientes com Covid-19. Dentre os quatro casos apresentados, nas circunstâncias da pandemia de Covid 19, qual seria incluído como alta priorização para tratamento cirúrgico, com disponibilidade de anestesia geral, nos próximos 7 dias?

- A. Mulher, 34 anos, para reconstrução do trânsito intestinal após peritonite por trauma fechado, ressecção parcial de jejuno e íleo, há 2 meses, estável, em nutrição parenteral total hospitalar. ✓**
- B. Mulher, 25 anos, disfagia progressiva de líquidos para sólidos com acalasia idiopática do esôfago e megaesôfago grau III, emagrecida, atendida mediante encaixe de urgência no ambulatório.
- C. Homem, 61 anos, dor epigástrica, plenitude pós prandial, síndrome consumptiva há 1 mês com vômitos alimentares, desidratado, oligúrico, admitido há 8 horas na sala de urgência.
- D. Homem, 63 anos, síndrome consumptiva há 2 meses, colestase há 15 dias com neoplasia de confluência biliopancreática localmente avançada, aguardando início de quimioterapia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede triagem cirúrgica em cenário de recursos restritos: entre quatro pacientes, qual realmente precisa de sala e anestesia geral nos próximos sete dias. A resposta olha para quem já está consumindo recurso hospitalar de forma indefinida e cuja única saída é a cirurgia. A mulher de 34 anos está internada há dois meses, estável, dependente de nutrição parenteral total, ou seja, ocupa leito, cateter central e equipe, com risco cumulativo de infecção de corrente sanguínea, hepatopatia associada à NPT e exposição nosocomial ao SARS-CoV-2. A reconstrução do trânsito intestinal é o que interrompe essa dependência, permite alta e devolve o leito ao sistema, motivo pelo caso ser priorizado apesar de parecer eletivo à primeira vista.

A acalasia com megaesôfago grau III (B) é doença crônica, de anos de evolução, que pode ser temporizada com dilatação endoscópica e suporte nutricional até a normalização da agenda. O homem de 61 anos (C) chegou há oito horas desidratado e oligúrico com obstrução de esvaziamento gástrico; a prioridade imediata dele é clínica (reposição volêmica, correção hidroeletrólítica, sonda nasogástrica) e ainda faltam diagnóstico histológico e estadiamento antes de qualquer decisão operatória, além de a via endoscópica ou de nutrição enteral poder resolver a obstrução. O paciente com neoplasia biliopancreática localmente avançada (D) não é candidato a ressecção, aguarda quimioterapia e resolve a colestase por drenagem biliar endoscópica ou percutânea, procedimentos que não exigem sala cirúrgica com anestesia geral. Resposta A

QUESTÃO 74 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 18 anos, vítima de trauma torácico fechado (colisão carro com ônibus), com fratura costal única (oitavo arco costal direito), foi tratado com drenagem pleural fechada por pneumotórax. Apresentou boa resolução e expansão pulmonar, e o dreno foi retirado após 24 horas, seguida de alta hospitalar. Retornou ao serviço de emergência após 5 dias da alta com queixa de dor pleurítica e picos febris (não medidos). A radiografia de tórax mostra nível hidroaéreo à direita. A tomografia de tórax é compatível com hemotórax coagulado. Qual a conduta mais adequada?

- A. Videotoracosopia ou VATS (Video Assisted Thoracoscopic Surgery). ✓**
- B. Toracotomia póstero-lateral com decorticação pulmonar e pleurectomia para controle de sangramento.
- C. Dreno pleural calibroso (36F) utilizando o mesmo orifício da drenagem prévia e colocado em irrigação contínua e aspiração à vácuo.
- D. Passagem de dreno pleural tipo CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 53

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra o manejo do hemotorax retido (coagulado) pos-traumático, complicação clássica da drenagem pleural insuficiente ou precocemente retirada: o dreno saiu em 24 horas, sobrou sangue coagulado na cavidade e, cinco dias depois, o paciente volta com dor pleurítica, febre e nível hidroaéreo, ou seja, coleção em vias de infectar. A conduta consagrada e a evacuação cirúrgica precoce por videotoracoscopia, idealmente na janela dos primeiros 3 a 7 dias do trauma, quando o coágulo ainda não organizou e a limpeza da cavidade é simples; essa estratégia reduz empiema, encarceramento pulmonar e tempo de internação, e é a recomendação das diretrizes de trauma torácico. A toracotomia postero-lateral com decorticação e pleurectomia (B) é reservada ao fracasso da videotoracoscopia ou ao empiema já organizado em fase tardia, além de não existir aqui sangramento ativo a controlar, e sua morbidade é desproporcional para o momento. A nova drenagem com dreno calibroso pelo mesmo orifício, com irrigação e aspiração (C), falha porque coágulo organizado não passa por tubo, por maior que seja o calibre, e a irrigação continua não é conduta padrão e ainda arrisca contaminar a cavidade. A alternativa D propõe igualmente uma nova drenagem tubular, esbarrando na mesma limitação mecânica: dreno drena líquido, não coágulo. Resposta A

QUESTÃO 75 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 33 anos, politraumatizado grave e com trauma contuso em laringe. Está em terapia intensiva e em ventilação mecânica há 4 semanas através de cânula de traqueostomia com balonete (a traqueostomia foi realizada no quinto dia de ventilação mecânica). Nas últimas 24 horas, apresentou dois episódios de sangramento vivo quando realizada a aspiração pela cânula de traqueostomia e desinsuflado o balonete (estimados em 50ml de volume de sangue vivo em cada episódio). Qual a causa provável do sangramento observado?

A. Doença pulmonar associada à ventilação mecânica (FiO₂ = 100%).

B. Erosão da artéria inominada (fístula tráqueo-inominada). ✓

C. Tecido de granulação no óstio do traqueostoma associado ao trauma de laringe.

D. Erosão da veia jugular interna ou de ramo arterial carotídeo. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 54

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vivo, volumoso e autolimitado pela cânula de traqueostomia depois de semanas de ventilação mecânica e o cenário clássico da fístula tráqueo-inominada, causada por erosão da artéria inominada (tronco braquiocéfico) pelo balonete hiperinsuflado ou pela ponta da cânula sobre a parede anterior da traqueia. Os dois episódios de cerca de 50 mL de sangue vivo são o chamado sangramento sentinela, que precede a hemorragia maciça e obriga a investigação e a abordagem imediatas, geralmente com hiperinsuflação do balonete ou compressão digital do tronco contra o esterno como manobra de contenção até a esternotomia. A doença pulmonar associada à ventilação mecânica com FiO₂ elevada (A) causa lesão alveolar difusa e eventualmente escarro hemoptoico, jamais jatos de sangue arterial vivo repetidos. O tecido de granulação no traqueostoma (C) é complicação frequente, mas produz sangramento em pequena monta, tipo raiado, sem esse volume. A erosão de jugular interna ou de ramo carotídeo (D) é improvável pela relação anatômica: quem cruza a traqueia anteriormente, na altura do balonete de uma traqueostomia, é a artéria inominada, e não os vasos laterais do pescoço. Resposta B

QUESTÃO 76 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 67 anos, tabagista (70 anos-maço) e com tosse crônica. Radiografia de tórax atual com nódulo pulmonar de 2,5 cm no lobo superior esquerdo. Queixa-se de aumento na intensidade da tosse e hemoptóicos. Broncoscopia foi normal com biópsia transbrônquica negativa e citologia do lavado broncoalveolar negativo para células neoplásicas (aguarda cultura para micobactérias e fungos).

RADIOGRAFIA DE TÓRAX Seguindo o planejamento diagnóstico, qual a conduta mais adequada?

- A. Punção biópsia aspirativa do nódulo ou biópsia tecidual transtorácica, pois é necessário o diagnóstico definitivo. ✓**
- B. Aguardar as culturas finais para o bacilo da tuberculose, porém iniciar imediatamente esquema de tratamento específico.
- C. Toracotomia com lobectomia pulmonar pela possível malignidade do nódulo, evitando os riscos de implantes tumorais na tentativa de biópsia transtorácica.
- D. Iniciar prova terapêutica para tuberculose, pois os indícios clínicos são fortes bem como os achados radiológicos. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 55

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 67 anos, tabagista pesado com 70 anos-maço, tosse que piora e hemoptóicos, com nódulo pulmonar solido de 2,5 cm no lobo superior esquerdo: pela idade, pela carga tabagica, pelo tamanho e pela localizacao em lobo superior, a probabilidade pre-teste de malignidade e alta e o caso exige diagnostico tecidual. Como a broncoscopia com biopsia transbronquica e o lavado foram negativos e nódulo periferico tem baixo rendimento por via endoscopica, o proximo passo logico e a puncao aspirativa ou a biopsia transtoracica guiada por imagem, que fecha o diagnostico com boa acuracia e morbidade aceitavel (pneumotorax como principal complicacao). Aguardar culturas e ja iniciar esquema para tuberculose (B) inverte a logica diagnostica e trata as cegas uma lesao com alta suspeicao de cancer, perdendo tempo de estadiamento. A toracotomia com lobectomia de imediato (C) sujeita o paciente a uma ressecao anatomica sem confirmacao histologica; o risco de implante tumoral no trajeto da agulha e raro e nao justifica a inversao. A prova terapeutica para tuberculose (D) tem o mesmo defeito, com o agravante de nao existirem no enunciado criterios epidemiologicos ou baciloscopicos que sustentem essa hipotese como mais provavel que neoplasia. Resposta A

QUESTÃO 77 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 62 anos vítima de traumatismo crânio-encefálico por queda há cerca de uma hora, foi intubada na cena do trauma. À chegada no pronto-socorro, encontra-se com Glasgow de 8T e apresenta anisocoria com pupila esquerda midriática. Realizada tomografia computadorizada de crânio (vide figura). TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO Além de elevação da cabeceira a 30 graus, qual a medida clínica mais adequada a ser tomada antes do tratamento cirúrgico definitivo?

- A. Hiperventilação.
- B. Administração de solução hiperosmolar. ✓**
- C. Hipotermia controlada.
- D. Corticoterapia com dexametasona. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 56

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com traumatismo cranioencefálico grave (Glasgow 8T) e anisocoria com midriase a esquerda: o quadro traduz hipertensão intracraniana com hernia de uncus comprimindo o III nervo craniano do lado da lesão, uma emergência neurocirúrgica. Enquanto se prepara a craniotomia descompressiva ou a drenagem do hematoma, o objetivo é reduzir a pressão intracraniana rapidamente sem comprometer a perfusão cerebral, e a medida clínica de escolha, ao lado da cabeceira elevada a 30 graus, e a terapia hiperosmolar com manitol ou solução salina hipertônica, que desloca água do parênquima edemaciado para o intravascular. A hiperventilação (A) reduz a pressão por vasoconstrição, mas ao custo de isquemia; hoje é apenas medida de resgate transitória diante de sinais de herniação iminente e não a conduta preferencial. A hipotermia controlada (C) não demonstrou benefício em desfecho no traumatismo cranioencefálico nos ensaios clínicos e traz coagulopatia e arritmia. A dexametasona (D) está formalmente contraindicada no trauma de crânio, pois o estudo CRASH mostrou aumento de mortalidade; corticoide serve para edema vasogênico de tumor, não para edema citotóxico do trauma. Resposta B

QUESTÃO 78 — Gabarito C

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 70 anos, desenvolveu quadro pneumônico e insuficiência respiratória com necessidade de ventilação mecânica e cuidados de terapia intensiva. Após 7 dias foi submetido à traqueostomia em segundo anel traqueal. Com relação à traqueostomia, qual a alternativa correta?

- A. Durante a ventilação mecânica, é preferível manter a cânula plástica com
- B. Quando houver condições de alta hospitalar, a cânula plástica com
- C. Para decanulação, realiza-se a retirada da cânula e fechamento da fístula com microporagem, desde que o paciente tenha mantido a cânula ocluída por 24h. ✓**
- D. A traqueostomia em segundo anel traqueal não é o mais adequado. Sempre que possível, deve ser realizada em anéis mais inferiores, especialmente em crianças, a fim de se evitar a estenose subglótica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 57

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os cuidados práticos com a traqueostomia, e a alternativa correta descreve o protocolo de decanulação: antes de retirar a cânula, faz-se um teste de oclusão, e o paciente que tolera a cânula ocluída por cerca de 24 horas, respirando por via alta, com tosse eficaz, deglutição segura e sem necessidade de aspirações frequentes, pode ser decanulado; o traqueostoma é então fechado com curativo oclusivo (microporagem), fechando por segunda intenção em poucos dias, sem necessidade de sutura. As alternativas A e B tratam da escolha da cânula e do balonete, e não correspondem à prática corrente: durante a ventilação mecânica o balonete precisa permanecer insuflado com sistema de alto volume e baixa pressão, com controle da pressão do cuff para evitar isquemia da mucosa e estenose, enquanto no paciente estável, já sem ventilação mecânica e com proteção de via aérea, a tendência é progredir para cânula sem balonete ou de menor calibre. A alternativa D inverte a anatomia de segurança: a traqueostomia ideal é justamente entre o segundo e o terceiro anel; muito alta, junto a cricoide, causa estenose subglótica, e muito baixa aproxima a cânula do tronco braquiocefálico, aumentando o risco de fístula traqueo-inominada. Resposta C

QUESTÃO 79 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem de 68 anos com queixa de dor em membro inferior direito ao deambular há 10 anos. Relata que a distância que conseguia andar está diminuindo progressivamente e, há 1 mês, relata "escurecimento" progressivo em extremidade do hálux direito e piora da dor no pé que ocorre, agora, mesmo em repouso. Ao exame vascular, apresenta cianose fixa em extremidade do hálux direito e cianose não fixa dos demais artelhos deste pé, sem saída de secreção ou outros sinais flogísticos. Pulsos femorais presentes, porém pulsos poplíteo, tibial posterior e pedioso ausentes à direita e diminuídos à esquerda. **PÉ DIREITO** Qual a conduta?

- A. Amputação do hálux, antibioticoterapia e revascularização em segundo tempo se não houver cicatrização.
- B. Amputação do hálux seguido de arteriografia para programar revascularização.
- C. Cirurgia de urgência para realização de tromboembolotomia à Fogarty.

D. Arteriografia para programação de revascularização. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 58 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Claudicação intermitente de longa data que evoluiu para dor em repouso e necrose do hálux caracteriza isquemia crítica de membro (Fontaine IV, Rutherford categoria 5), com lesão trófica já estabelecida e sem sinais de infecção ativa, uma vez que não há secreção nem flogose. O exame localiza a doença em setor femoropoplíteo-distal (femoral presente, poplíteo e distais ausentes), e o princípio de tratamento é claro: primeiro restabelecer o fluxo, depois tratar a lesão. Por isso o passo correto é a arteriografia para mapear o leito e programar a revascularização, aberta ou endovascular. Amputar o hálux antes de revascularizar (A e B) condena o coto a não cicatrizar, porque falta perfusão para consolidar a ferida, e a alternativa A ainda acrescenta antibiótico sem infecção documentada, além de deixar a revascularização como plano de resgate. A tromboembolotomia de urgência com cateter de Fogarty (C) e conduta de oclusão arterial aguda embólica, quadro de horas com quinta sintomatologia clássica, e não serve para doença aterosclerótica crônica com estenoses difusas e circulação colateral desenvolvida ao longo de dez anos. Resposta D

QUESTÃO 80 — Gabarito C

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem com quadro de dor de início súbito associado a parestesia, frialdade e cianose de membro inferior esquerdo há cerca de 2 horas. Ao exame, apresenta-se levemente sudoreico, em bom estado geral, com ritmo cardíaco irregular, hemodinamicamente estável (FC: 100 bpm e PA: 130 x 80 mmHg), porém com cianose não fixa do joelho para baixo, frialdade de todo o membro e ausência de pulsos femoral, poplíteo e distais. Quais medidas clínicas devem ser realizadas até tratamento cirúrgico definitivo?

- A. Fibrinólise sistêmica por via endovenosa periférica associado a vasodilatador periférico e analgesia.
- B. Antiagregação plaquetária, analgesia, estatinas e uso de terapia hiperbárica com oxigênio.

C. Anticoagulação plena, analgesia e manter membros em proclive enfaixados sem compressão. ✓

- D. Anticoagulação profilática, analgesia, meias elásticas compressivas e elevação dos membros.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor súbita com parestesia, frialdade, cianose e ausência de pulsos desde a femoral, em paciente com ritmo cardíaco irregular, e oclusão arterial aguda de provável origem embólica por fibrilação atrial; a cianose não fixa e a preservação relativa da sensibilidade colocam o membro em categoria viável/marginalmente ameaçada (Rutherford I a IIa), o que dá tempo para preparar o tratamento cirúrgico. Até a embolectomia, a conduta clínica se apoia em três pilares: anticoagulação plena com heparina, que impede a propagação do trombo distal e protege o leito de saída, analgesia adequada e proteção do membro, mantido em posição neutra, aquecido passivamente e enfaixado sem qualquer compressão para evitar lesão de pele isquêmica. A fibrinólise sistêmica (A) não é a rotina, tem alto risco hemorrágico e, quando indicada, é dirigida por cateter em casos selecionados; vasodilatador não vence obstrução mecânica. Antiagregação, estatina e câmara hiperbárica (B) são medidas crônicas ou adjuvantes sem papel na oclusão aguda. A alternativa D erra em dose e em posição: anticoagulação profilática é insuficiente, e meia compressiva e elevação do membro reduzem ainda mais a perfusão arterial, sendo condutas de doença venosa. Resposta C

QUESTÃO 81 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 65 anos, em pós-operatório de cirurgia de colocação de prótese total de quadril, evoluindo com boa recuperação clínica, iniciando fisioterapia e deambulação assistida já no primeiro dia de pós-operatório. Qual a conduta mais adequada em relação à profilaxia do tromboembolismo venoso?

- A. Medidas mecânicas com fisioterapia assistida e uso de meias elásticas compressivas por 3 meses.
- B. Heparina não fracionada em doses profiláticas por 7 a 10 dias.
- C. Anticoagulação profilática com warfarina por 30 dias.

D. Heparinas de baixo peso molecular ou anticoagulantes orais diretos por 4 a 6 semanas. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 59 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Artroplastia total de quadril é uma das cirurgias de maior risco tromboembólico da ortopedia, e o fato de o paciente deambular no primeiro dia não dispensa profilaxia farmacológica, porque o estado pro-trombótico persiste por semanas após o procedimento. As diretrizes recomendam heparina de baixo peso molecular ou anticoagulante oral direto (rivaroxabana, apixabana, dabigatrana) por período estendido, entre 4 e 6 semanas (até 35 dias), justamente porque boa parte dos eventos ocorre depois da alta. A profilaxia apenas mecânica com fisioterapia e meia elástica (A) é reservada a quem tem contraindicação absoluta a anticoagulação, e isoladamente é inferior nesse cenário. A heparina não fracionada por 7 a 10 dias (B) peca duplamente: o tempo é curto para artroplastia de quadril e a heparina não fracionada exige múltiplas aplicações diárias com mais risco de trombocitopenia induzida. A varfarina por 30 dias (C) até figura como alternativa histórica em algumas diretrizes, mas exige controle de INR, tem início lento e interações, não sendo a escolha preferencial diante das opções atuais. Resposta D

QUESTÃO 82 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 33 anos, há 4 meses apresenta dor do tipo contínua-intermitente (duração de cerca de 1 hora) no hipocôndrio direito e epigástrio. No último mês, passou por 2 atendimentos em Unidade Básica de Saúde e uma passagem em Unidade de Pronto Atendimento com diagnóstico clínico e de imagem de colelitíase. Há 16 horas apresenta dor contínua no mesmo local, defesa involuntária à palpação superficial e profunda, sem febre e disfunções orgânicas. Foi encaminhada para hospital de urgência na vigência da pandemia de Covid-19. O hemograma, a amilaseemia, as aminotransferases e as bilirrubinas estavam normais. A ultrassonografia abdominal foi repetida e iniciou-se jejum, hidratação, antibiótico e procedeu-se à colecistectomia por videolaparoscopia. ULTRASSOM PEÇA CIRÚRGICA Com base na conduta adotada, qual a alternativa correta?

- A. A repetição da ultrassonografia foi desnecessária, o tratamento indicado foi oportuno, mas o acesso por laparotomia ou percutâneo seriam mais adequados em função da pandemia.
- B. Tratava-se de cólica ou dor biliar mantida sem infecção aguda e o tratamento com dieta hipogordurosa, anti-inflamatórios e antiespasmódicos seriam mais adequados.
- C. As necessidades de atendimento pela pandemia e os riscos de disseminação do vírus pela videolaparoscopia justificariam a opção pelo tratamento com analgésicos e antibioticoterapia.

D. Tratava-se de colecistite aguda branda, o tratamento indicado foi oportuno, bem como o acesso por videolaparoscopia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 60 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com colelitíase conhecida que passa de crises de dor biliar autolimitadas para dor contínua há 16 horas com defesa involuntária no hipocondrio direito tem colecistite aguda; como não há febre, leucocitose, alteração de função hepática nem disfunção orgânica, trata-se de colecistite aguda leve, grau I das Tokyo Guidelines. Nesse cenário, o tratamento indicado é a colecistectomia videolaparoscópica precoce, na mesma internação, idealmente dentro das primeiras 72 horas de sintomas, com menor taxa de conversão, menor tempo de internação e menor risco de recorrência do que a estratégia de esfriar e operar depois. A pandemia não mudou essa indicação: com medidas de proteção e cuidado na evacuação do pneumoperitônio, a via laparoscópica seguiu recomendada, de modo que laparotomia ou colecistostomia percutânea por causa do vírus (A) representam retrocesso técnico, e a percutânea é reservada ao doente grave sem condição cirúrgica. Postergar para analgésico e antibiótico apenas pelo risco teórico de aerossol (C) submete a paciente a nova crise e a complicações. A alternativa B erra o diagnóstico: cólica biliar dura em geral menos de 6 horas e cede, não cursa com defesa involuntária mantida, e tratamento clínico com dieta e antiespasmódico deixaria uma vesícula inflamada evoluindo. Resposta D

QUESTÃO 83 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem, 49 anos, com dor no andar superior do abdome, amilaseemia de admissão de 2.460 U/dl (valor de referência até 160 U/dl), há 72 horas em tratamento com jejum, hidratação e analgesia em hospital de média complexidade, sem Unidade de Terapia Intensiva. As frequências cardíacas e respiratória estão em 106 batimentos e 26 incursões respiratórias por minuto, a amilaseemia elevou-se para 4.280 U/dl, o hematócrito está em 55% (valor de referência de 36 a 46%), os glóbulos brancos de 16.000/ml (valor de referência de 4.000 a 10.000/ml), a ureia e creatinina, respectivamente, de 150 (valor de referência de 16 a 40 mg/dL) e 2,8 (valor de referência de 0,6 a 1,2 mg/dL), as bilirrubinas totais de 6,4 mg/dl (valor de referência de 0,2 a 1,0 mg/dl) e bilirrubina direta de 4,4 mg/dl. Após tomografia de abdome (que mostrou coleções peripancreáticas), foi solicitada a transferência para hospital terciário. TOMOGRAFIA DE ABDOME Quais os achados que podem justificar o encaminhamento para o hospital terciário?

- A. A leucocitose, a hiperbilirrubinemia e a amilaseemia.
- B. As coleções peripancreáticas, a amilaseemia e a leucocitose.
- C. As coleções peripancreáticas e a hiperbilirrubinemia.

D. A hemoconcentração e a azotemia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 61 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite aguda com 72 horas de evolução e a pergunta é o que, entre os achados, indica gravidade e justifica cuidado terciário com terapia intensiva. Os marcadores validados aqui são a hemoconcentração, com hematócrito de 55%, que traduz sequestro de líquido para o terceiro espaço e hipovolemia, e a azotemia, com ureia de 150 e creatinina de 2,8, que sinaliza lesão renal, ou seja, falência orgânica que, se persistente por mais de 48 horas, define pancreatite grave pela classificação de Atlanta revisada. Hematócrito elevado e ureia em ascensão nas primeiras 48 horas são classicamente os melhores preditores laboratoriais de necrose e de evolução desfavorável, e ambos entram em escores como BISAP e Ranson. A amilase (presente em A e B) não guarda relação com gravidade nem com prognóstico, e seu valor absoluto ou sua elevação ao longo dos dias não deve ser usado para decidir nível de cuidado. A leucocitose (A e B) é apenas parte da resposta inflamatória sistêmica, inespecífica. As coleções peripancreáticas (B e C) são achado esperado na fase precoce e, isoladamente, não definem gravidade, e a hiperbilirrubinemia (A e C) aponta componente obstrutivo biliar a esclarecer, mas não é critério prognóstico. Resposta D

QUESTÃO 84 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem de 26 anos, previamente hígido, vítima de trauma abdominal fechado, foi admitido em choque hipovolêmico e tratado mediante laparotomia mediana com esplenectomia, enterorrafia de lesão jejunal e síntese fascial de parede abdominal com sutura contínua. Durante visita beira leito de enfermaria, no sétimo dia de pós-operatório, já em boas condições gerais, apresentou saída de grande quantidade de líquido pela incisão cirúrgica ao se levantar. FERIDA OPERATÓRIA Qual é o diagnóstico e a abordagem com melhor resultado para o paciente e menor custo para o sistema de saúde?

- A. Seroma de pele e subcutâneo; retirada de alguns pontos e curativos oclusivos e absorventes.
- B. Hematoma da loja esplênica; exame de imagem e drenagem percutânea.
- C. Infecção de ferida operatória; remoção dos pontos da pele e aplicação de terapia por pressão negativa.

D. Deiscência da ferida operatória; palpção, exploração digital e resutura da parede abdominal.

CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 62 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Saída súbita e volumosa de líquido claro pela incisão mediana no sétimo dia de pós-operatório, ao esforço de se levantar, e o quadro clássico de deiscência aponeurotica: o líquido serossanguinolento cor de água de carne que escoa pela ferida e o sinal de alarme de que a sutura contínua da fascia se rompeu, ainda que a pele possa estar aparentemente íntegra. O diagnóstico se confirma a beira do leito, pela palpação e exploração digital da ferida, que encontra a falha fascial e eventualmente alças subjacentes, e o tratamento é a resutura da parede abdominal, conduta única que resolve o problema, evita evisceração e custa menos ao sistema do que tentativas conservadoras prolongadas. Seroma de pele e subcutâneo (A) drena em pequena quantidade, sem esse escoamento súbito ao esforço, e a retirada de pontos apenas expõe a falha. Hematoma da loja esplênica (B) não se exterioriza pela incisão dessa forma e a drenagem percutânea não trata parede. Infecção de ferida (C) traria hiperemia, calor e secreção purulenta, e terapia por pressão negativa e cura e não corrige defeito fascial, sendo recurso do abdome que não pode ser fechado. Resposta D

QUESTÃO 85 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem de 62 anos foi resgatado pelo Corpo de Bombeiros do segundo andar de um prédio em chamas e levado para o setor de emergência de um hospital. Um familiar relatou que o paciente ficou preso por alguns minutos no cômodo que pegou fogo. Ao exame, apresentava queimaduras em face e outras características que podem ser vistas na figura. Qual a conduta que deve ser tomada mais precocemente?

- A. Máscara de oxigênio com FiO₂ a 80%.

B. Intubação orotraqueal e ventilação com FiO₂ a 100%. ✓

C. Reposição volêmica com cristaloides e curativo com sulfadiazina de prata.

D. Reposição volêmica com coloides e curativo com nitrato de cério. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 63

COMENTÁRIO OSCELABS

Vítima resgatada de incêndio em ambiente fechado, confinada por alguns minutos, com queimaduras de face, e o retrato da lesão inalatória: o edema de via aérea superior progride rapidamente nas primeiras horas e pode transformar uma via aérea permeável em obstrução completa. Pelo ABCDE do ATLS, a prioridade é o A e o B, e a conduta mais precoce é a intubação orotraqueal preventiva, feita antes que o edema torne o procedimento impossível, seguida de ventilação com FiO₂ de 100%, que também reduz a meia-vida da carboxi-hemoglobina de cerca de 4 horas para menos de 1 hora na intoxicação por monóxido de carbono, previsível nesse cenário. A máscara com FiO₂ de 80% (A) não protege a via aérea que vai edemaciarse e oferece oxigenação inferior à necessária para deslocar o monóxido. Reposição volêmica com cristaloides e curativo com sulfadiazina de prata (C) integram o tratamento da queimadura, mas vem depois de garantida a via aérea, e o mesmo vale para coloides com nitrato de cério (D), que ainda erra ao eleger coloide na fase inicial, quando a reanimação segue fórmula com cristalóide. Resposta B

QUESTÃO 86 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 81 anos portadora de um tumor cutâneo doloroso e de crescimento progressivo na região do punho há 1 ano, conforme visto na figura. TUMOR NO PUNHO Qual o diagnóstico mais provável?

A. Carcinoma basocelular.

B. Verruga vulgar.

C. Melanoma.

D. Carcinoma espinocelular. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 64 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumor cutâneo doloroso, de crescimento progressivo em um ano, localizado em área cronicamente fotoexposta (punho/dorso do antebraço) de uma paciente de 81 anos é o retrato clínico do carcinoma espinocelular. O CEC surge do dano actínico acumulado, muitas vezes sobre ceratose actínica ou cicatriz, cresce em semanas a meses formando nódulo endurecido, ceratósico e ulcerado, e é caracteristicamente sintomático, com dor e sangramento ao contato, porque infiltra a derme e estruturas nervosas. É também o câncer de pele não melanoma com real potencial de metástase linfática, o que obriga a examinar as cadeias regionais e a tratar com margens adequadas.

O carcinoma basocelular predomina no terço superior da face, cresce de forma indolente por anos, tem aspecto perolado com telangiectasias e é tipicamente indolor, o que não combina com a dor e a progressão descritas. A verruga vulgar é lesão viral por HPV, pequena, ceratósica e autolimitada, sem comportamento tumoral expansivo e doloroso por um ano. O melanoma se apresenta como lesão pigmentada com assimetria, bordas irregulares, cores variadas e diâmetro crescente, e não como tumor doloroso de partes moles do punho nessa evolução. Resposta D

QUESTÃO 87 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Recém-nascido de 2 dias de vida, sexo aparentemente feminino (anomalia anorretal complexa), encaminhado de outro serviço. Na admissão: bom estado geral, hidratado (com soro de manutenção via endovenosa), corado, eupneico, afebril. Ao exame físico: genitália de fenótipo feminino, porém com orifício perineal único, anterior, próximo ao clitóris, com saída de urina em gotejamento. Ausência de orifício anal. Abdome globoso, indolor e sem resistência à palpação. Presença de massa palpável em hipogástrio e flanco esquerdo. Considerando o provável diagnóstico, como podemos interpretar o achado de massa palpável?

A. Metrocolpos.

B. Hidronefrose. ✓

C. Bexigoma.

D. Fecaloma. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 65

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascida com genitália feminina e orifício perineal único anterior, por onde sai urina em gotejamento, e ausência de orifício anal define cloaca persistente, a forma mais complexa de anomalia anorretal, na qual reto, vagina e uretra desembocam em um canal comum. O ponto cobrado é a repercussão urológica: até nove em cada dez pacientes com malformação anorretal alta têm anomalia do trato urinário associada (refluxo vesicoureteral, displasia, obstrução da junção, rim único), e o canal comum drena mal, mantendo estase e pressão retrógrada. Massa palpável que ocupa hipogástrio e se estende ao flanco esquerdo, ou seja, para a loja renal, traduz um rim aumentado por hidronefrose, e não uma estrutura restrita à pelve na linha média. O bexigoma é afastado porque a urina escoar continuamente em gotejamento pelo canal comum, não havendo retenção com globo vesical em linha média. O fecaloma não se forma em uma criança de dois dias com ânus imperfurado e abdome indolor, sem resistência e sem quadro obstrutivo instalado. O metrocolpos daria massa hipogástrica mediana, e não expansão para o flanco. Vale registrar que o metrocolpos é a massa classicamente descrita na cloaca e costuma ser a causa da própria hidronefrose por compressão do trígono, de modo que o ponto é discutível; a localização em flanco esquerdo é o dado que sustenta a resposta oficial. Resposta B

QUESTÃO 88 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 28 anos, nuligesta, procura atendimento médico com queixas de cefaleia, perda visual gradual e ganho de peso progressivo sem resposta a dietas. Sua última menstruação foi há 4 meses, e referia ter apresentado alguns episódios de galactorreia espontânea. Exame físico: peso de 99,2 kg, altura de 1,75 m, índice de massa corporal: 32,4 kg/m², PA: 120x70 mmHg (deitada e em ortostase), FC: 72 bpm, fossa supraclavicular preenchida, ausência de giba ou pletora facial, ausculta pulmonar e cardíaca normais, abdome globoso e sem estrias violáceas, sem galactorreia à expressão mamária. Investigação laboratorial trouxe os seguintes resultados: hemoglobina: 11,3; hematócrito: 35%; plaquetas: 396.000; glicemia: 85,77 mg/dl; colesterol total: 176,26; triglicérides: 95,03; HDL: 39,93; LDL: 117; ureia: 28; creatinina: 0,79; sódio: 140; potássio: 3,99; prolactina: 78 ng/ml (VR: de 5 a 26) normal e diluída; FSH: 3,49 mUI/ml (VR: de 3,0 a 8,0), T4 livre: 0,82 ng/dl (VR: 0,7 a 1,48); TSH: 1,81 (VR: 0,35 a 4,94). Sua ressonância magnética de sela túrcica é mostrada na figura. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SAGITAL RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CORONAL Qual o diagnóstico provável e o tratamento inicial?

A. Prolactinoma - antagonista dopaminérgico.

B. Prolactinoma - cirurgia transefenoidal.

C. Macroadenoma não secretor - radioterapia.

D. Macroadenoma não secretor - cirurgia transesfenoidal. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 66 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne síndrome tumoral selar (cefaleia e perda visual progressiva por compressão quiasmática) com hipogonadismo hipogonadotrófico (amenorreia de quatro meses com FSH no limite inferior) e uma prolactina apenas discretamente elevada, de 78 ng/ml, confirmada com diluição da amostra. Esse conjunto é a assinatura do macroadenoma clinicamente não funcionante com hiperprolactinemia por efeito haste: a massa comprime a haste hipofisária, interrompe a chegada da dopamina inibitória e a prolactina sobe pouco, tipicamente abaixo de 100 a 150 ng/ml. Um prolactinoma do tamanho de um macroadenoma cursaria com prolactina de centenas a milhares de ng/ml; a diluição feita no laboratório justamente exclui o efeito gancho, que poderia mascarar um valor altíssimo. Com defeito visual instalado por compressão do quiasma, o tratamento inicial é a descompressão cirúrgica por via transesfenoidal.

As alternativas A e B erram no diagnóstico, e A ainda erra na farmacologia, pois o tratamento do prolactinoma é feito com agonistas dopaminérgicos (cabergolina, bromocriptina) e não com antagonistas, que aliás elevam a prolactina. B propõe cirurgia para prolactinoma, reservada apenas à falha ou intolerância ao agonista. C acerta o diagnóstico, mas a radioterapia é terapia adjuvante para resíduo ou recidiva, tem efeito lento ao longo de meses a anos e não alivia a compressão visual em tempo hábil. Resposta D

QUESTÃO 89 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Lactente de 6 meses, sexo masculino, foi admitido na unidade de pronto-atendimento com história de dor abdominal em cólicas, intensa, com período de acalmia. Nega antecedentes mórbidos. Associado à dor, refere vômitos, palidez e sudorese fria de extremidades. Ao exame físico: regular estado geral, com dor na ocasião do exame, afebril. Abdome globoso, discreto timpanismo à percussão, ruídos hidro aéreos com timbre metálico, sem sinais de irritação peritoneal. Sinal de Dance positivo. Na fralda, há evacuações com muco e sangue (vide figura). EVACUAÇÕES COM MUCO E SANGUE. Qual a conduta mais adequada?

A. Enema opaco. ✓

B. Colonoscopia.

C. Laparotomia.

D. Observação. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 67

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de seis meses com dor abdominal em cólica intensa e intervalos de acalmia, vômitos, palidez e sudorese, massa em salsicha traduzida pelo sinal de Dance (sensação de vazio na fossa ilíaca direita) e evacuação com muco e sangue, a clássica geleia de framboesa, tem intussuscepção intestinal até prova em contrário, geralmente ileocólica e idiopática nessa faixa etária. O exame físico não mostra sinais de irritação peritoneal e a criança não está em choque, portanto não há sinal de isquemia transmural ou perfuração. Nesse cenário, a conduta é a redução não cirúrgica guiada por imagem, e o enema opaco é ao mesmo tempo confirmação diagnóstica (imagem em taça ou em mola) e tratamento, com taxa de sucesso alta quando realizado precocemente.

A colonoscopia não tem papel diagnóstico nem terapêutico na intussuscepção e ainda acrescenta risco de perfuração em alça isquêmica. A laparotomia fica reservada para peritonite, perfuração, instabilidade hemodinâmica ou falha da redução por enema, nenhuma delas presente aqui. A observação é inaceitável, pois a alça invaginada evolui para isquemia e necrose em poucas horas. Resposta A

QUESTÃO 90 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 68 anos, hipertensa e diabética, com quadro de perda súbita de consciência, foi trazida diretamente ao pronto-socorro. Apresentava pressão arterial de 240 x 160 mmHg, frequência cardíaca de 100 bpm e frequência respiratória de 20 ipm. Ao exame neurológico, não esboçava mobilização de nenhum dos quatro membros. Suas pupilas estavam puntiformes, fracamente reagentes à luz e apresentava ausência dos reflexos córneo-palpebrais e óculo-cefálico, porém com reflexo de tosse presente. Evoluiu rapidamente para respiração apneustica, necessitando de intubação. Sua tomografia de crânio mostrou acidente vascular cerebral hemorrágico. Qual a localização mais provável desta hemorragia?

A. Bulbo.

B. Ponte. ✓

C. Putame.

D. Tálamo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Coma súbito em paciente hipertensa com pressão de 240 x 160 mmHg, tetraplegia, pupilas puntiformes fracamente reagentes, perda dos reflexos córneo-palpebral e óculo-cefálico e respiração apnêustica compõe uma síndrome de tronco encefálico, e o padrão descrito localiza a lesão na ponte. A miose puntiforme com fotorreação preservada resulta da interrupção das vias simpáticas descendentes com preservação do núcleo de Edinger-Westphal; a abolição do reflexo corneano (V-VII) e do óculo-cefálico (vestíbulo-oculares no fascículo longitudinal medial) marca acometimento pontino; a tetraplegia decorre da secção dos tratos corticoespinhais antes da decussação; e a respiração apnêustica é o padrão respiratório de lesão pontina. A hemorragia pontina é a forma mais grave da hemorragia intraparenquimatosa hipertensiva.

O bulbo é sede excepcional de hemorragia hipertensiva primária e sua lesão aboliria os reflexos de tosse e o drive respiratório de imediato, mas a tosse está presente. O putame é o sítio mais frequente da hemorragia hipertensiva, porém cursa com hemiparesia contralateral, desvio conjugado do olhar para o lado da lesão e pupilas normais, sem perda dos reflexos de tronco. O tálamo dá hemiparesia e hemi-hipoestesia contralaterais e desvio do olhar para baixo e para dentro, com pupilas mióticas, mas não produz tetraplegia com abolição de reflexos pontinos e respiração apnêustica. Resposta B

QUESTÃO 91 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Paciente de 25 anos foi trazido à sala de urgência após ter sido vítima de espancamento há cerca de 8 horas. Sua avaliação inicial confirmou diagnóstico de traumatismo raquimedular cervical, sem outras lesões traumáticas. Após 2 horas de internação, passou a apresentar quadro clínico compatível com insuficiência respiratória. Qual a conduta?

A. Somente cricotireoidostomia, intubação contraindicada.

B. Intubação orotraqueal ou nasotraqueal. ✓

C. Traqueostomia de emergência.

D. Ventilação não invasiva até realização de tratamento cirúrgico definitivo. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 68

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com traumatismo raquimedular cervical que evolui, após duas horas, com insuficiência respiratória tem falência ventilatória por comprometimento da musculatura intercostal e, conforme o nível, do próprio diafragma (C3 a C5), agravada pelo edema medular ascendente das primeiras horas. Trata-se de indicação formal de via aérea definitiva, e o ATLS é explícito: lesão de coluna cervical não contraindica intubação. O procedimento é feito com estabilização manual em linha, retirando temporariamente a parte anterior do colar, de preferência com sequência rápida e videolaringoscopia ou laringoscopia cuidadosa, sem hiperextensão do pescoço; a via nasotraqueal é alternativa no paciente em respiração espontânea, desde que não haja suspeita de fratura de base de crânio.

A cricotireoidostomia é técnica de resgate para via aérea difícil ou falha de intubação, não a primeira escolha, e afirmar que a intubação está contraindicada é justamente o erro conceitual que a questão cobra. A traqueostomia de emergência é mais demorada, mais sangrenta e não é o procedimento inicial no pronto-socorro. A ventilação não invasiva é inadequada em falência ventilatória progressiva com risco de aspição e de piora neurológica, e não existe tratamento cirúrgico que restaure a ventilação de imediato. Resposta B

QUESTÃO 92 — Gabarito B

TEMA: CIRURGIA GERAL Criança de 4 anos ingeriu um prego por volta das 14 horas. Foi atendida em Unidade de Pronto Atendimento e submetida à radiografia simples (vide figura). Em seguida, foi encaminhada com o exame para tratamento definitivo em hospital terciário, onde foi admitida assintomática às 22 horas.

RADIOGRAFIA SIMPLES Qual a próxima conduta?

A. Observação por 24 a 48 horas.

B. Repetir a radiografia simples. ✓

C. Endoscopia digestiva de urgência (em até 12 horas).

D. Endoscopia digestiva de emergência (em 2 a 6 horas). CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021
69

COMENTÁRIO OSCELABS

Ingestão de corpo estranho pontiagudo por criança de quatro anos, com radiografia realizada oito horas antes da chegada ao hospital terciário e paciente agora assintomática. Toda a conduta em corpo estranho depende de duas variáveis, o tipo do objeto e a sua localização atual, e a segunda mudou de valor com o tempo decorrido: em oito horas o objeto pode ter migrado do esôfago para o estômago ou já ter ultrapassado o piloro. Como a decisão entre retirada endoscópica e acompanhamento clínico se apoia exatamente nessa localização, a próxima conduta é repetir a radiografia simples, exame barato, rápido e capaz de localizar um objeto radiopaco, antes de indicar qualquer procedimento sob anestesia geral.

Observar por 24 a 48 horas sem imagem atualizada é arriscado, porque objeto pontiagudo retido no esôfago exige remoção imediata pelo risco de perfuração e mediastinite, e a criança pode estar assintomática mesmo com o objeto impactado. Indicar endoscopia de urgência ou de emergência sem saber onde o objeto está pode submeter a criança a anestesia e a um procedimento desnecessário se o corpo estranho já estiver além do piloro, situação em que a conduta passa a ser expectante com controle radiológico. Resposta B

QUESTÃO 93 — Gabarito D

TEMA: CIRURGIA GERAL Criança de 2 anos é levado à consulta com queixa de pé chato (sic). A mãe nega que a criança se queixe de dor ou tenha diminuição da atividade. Ao exame, o pé é flexível e não existem outras deformidades ou doenças associadas. Qual a melhor conduta?

A. Indicar o uso de palmilha específica com elevação do arco plantar longitudinal.

B. Acompanhar a criança semestralmente e indicar o tratamento caso comecem a aparecer sintomas como dor e cansaço do pé.

C. Indicar o uso de calçado tipo

D. Orientar a mãe quanto a tendência de melhora espontânea e sugerir uma reavaliação após os 6 anos de idade. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de dois anos com pé plano flexível, assintomático, sem dor, sem limitação funcional e sem deformidades ou doenças associadas. O arco plantar longitudinal só se estrutura ao longo dos primeiros anos de vida: até os cinco ou seis anos o coxim gorduroso plantar e a frouxidão ligamentar fisiológica da idade tornam o pé aparentemente plano na maioria das crianças, e a resolução espontânea é a regra. A conduta correta é, portanto, tranquilizar a família explicando a história natural e reavaliar após os seis anos, idade em que a persistência da deformidade ou o surgimento de dor passariam a ter significado clínico. O que exige investigação é o pé plano rígido, que sugere coalizão tarsica, astrágalo vertical ou doença neuromuscular, e não é o caso aqui, já que o pé é flexível.

Palmilhas com elevação do arco longitudinal não alteram a formação do arco nem a história natural, como demonstraram ensaios clínicos comparando crianças tratadas e não tratadas, e apenas geram custo e medicalização. O calçado ortopédico específico tem o mesmo problema, sem eficácia comprovada. O acompanhamento semestral aguardando sintomas transforma uma variação fisiológica em doença sob vigilância, com consultas desnecessárias e ansiedade familiar, quando o intervalo razoável de reavaliação é apenas depois dos seis anos. Resposta D

QUESTÃO 94 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Homem de 31 anos vítima de ferimento por arma de fogo há 3 anos com destruição de L5 evoluindo com bexiga neurogênica e dificuldade para promover o esvaziamento vesical. Faz uso de sonda vesical de demora (SVD) com sistema aberto (sem extensão e bolsa coletora acoplados) e ocluído, que é aberto a cada 6 horas para promover o esvaziamento vesical. No último ano, apresentou 5 episódios de infecção urinária febril, tendo sido dois deles tratados em ambiente hospitalar para antibioticoterapia endovenosa. Há 6 meses, começou a apresentar perda urinária adjacente a SVD antes de promover o esvaziamento vesical, necessitando utilizar forro ou fralda. A ultrassonografia do aparelho urinário evidenciou rins sem dilatação e bexiga de boa capacidade com paredes finas, creatinina de 0,8 mg/dl, proteína C reativa de 2,5 mg/L e cultura de urina positiva para E. coli. Preocupado com as infecções e perdas urinárias, o paciente deseja orientação. Qual a melhor conduta?

A. Retirar a sonda vesical de demora e iniciar cateterismo intermitente limpo. ✓

B. Trocar a sonda vesical de demora e reduzir o intervalo para promover o esvaziamento vesical para 4 horas (ao invés de 6 horas).

C. Trocar a sonda vesical de demora e instalar o sistema fechado, utilizando bolsa coletora com extensão de sonda.

D. Retirar a sonda vesical e passar a promover o esvaziamento vesical por manobra de Credé a cada 4 horas.

CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 70

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesado medular com bexiga neurogênica mantido em sonda vesical de demora há três anos, com cinco infecções urinárias febris no último ano e perda urinária periuretral, tem na própria sonda a causa do problema. O cateter permanente coloniza-se por biofilme em poucos dias, mantém bacteriúria universal e favorece ITU sintomática, litíase, estenose e erosão uretral e, a longo prazo, carcinoma vesical. A ultrassonografia mostra rins sem dilatação e bexiga de boa capacidade com paredes finas, e a creatinina é normal, ou seja, o trato urinário superior está preservado e o reservatório é adequado; esse é exatamente o cenário em que o cateterismo intermitente limpo, padrão-ouro de esvaziamento na bexiga neurogênica, pode substituir a sonda com menos infecção sintomática e menos complicação uretral. A urocultura positiva isolada, sem febre e com PCR de 2,5 mg/L, é bacteriúria assintomática e não se trata.

Reduzir o intervalo de abertura para quatro horas mantém o corpo estranho intravesical e o biofilme, que são a origem das infecções. Instalar sistema fechado com bolsa coletora de fato reduz infecção em relação ao sistema aberto, mas conserva a sonda permanente, opção de pior desfecho no uso crônico. A manobra de Credé gera esvaziamento contra esfíncter fechado, com altas pressões vesicais, refluxo vesicoureteral e risco de deterioração renal, sendo contraindicada como método de rotina. Resposta A

QUESTÃO 95 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Lactente masculino de 9 meses, foi admitido na unidade de pronto atendimento com história de distensão abdominal e febre há 4 dias. Associado ao quadro, refere parada da eliminação de gases e fezes. Antecedentes: nascido a termo, sem comorbidades. Refere atraso na eliminação do mecônio e constipação intestinal desde o período neonatal. Ao exame físico: regular estado geral, desidratado +1/+4, febril. Abdome: distendido, timpânico à percussão e tenso à palpação. A radiografia de abdome é mostrada na figura. RADIOGRAFIA SIMPLES DO ABDOME Qual a conduta imediata mais adequada neste momento?

A. Lavagem intestinal. ✓

B. Laparotomia (abaixamento de cólon).

C. Laparotomia (colostomia).

D. Colonoscopia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 71

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de nove meses com atraso na eliminação do mecônio e constipação desde o período neonatal, que agora abre quadro de distensão abdominal, febre, parada de eliminação de gases e fezes, desidratação e abdome tenso, tem enterocolite associada à doença de Hirschsprung, a complicação mais temida e a principal causa de morte nessa doença. O segmento agangliônico funciona como obstrução funcional, a estase leva a supercrescimento bacteriano, translocação e inflamação da mucosa proximal, com risco de sepse e perfuração. A conduta imediata é a descompressão do cólon por lavagem intestinal com sonda retal calibrosa e soro fisiológico morno, associada a jejum, hidratação venosa e antibioticoterapia de amplo espectro com cobertura para anaeróbios. A confirmação diagnóstica por biópsia retal vem depois, com a criança estabilizada. O abaixamento de cólon é o tratamento definitivo e eletivo, jamais realizado na vigência de enterocolite aguda, quando a inflamação e a instabilidade elevam muito o risco de deiscência. A colostomia é reservada à falha da descompressão clínica, à perfuração ou ao paciente que não estabiliza, e não é o primeiro passo. A colonoscopia não descomprime adequadamente e acrescenta risco de perfuração em cólon inflamado e distendido. Resposta A

QUESTÃO 96 — Gabarito A

TEMA: CIRURGIA GERAL Mulher de 74 anos, hipertensa, obesa e diabética, apresenta queixa de dor em peso e edema vespertino em membros inferiores. Ao exame físico vascular, apresenta varizes tronculares de membros inferiores, edema discreto perimaleolar e dermite ocre bilateral. Possui pequena úlcera (1 x 1 cm) em face maleolar medial em perna direita sem sinais flogísticos. Pulsos em membros inferiores amplos e simétricos. Quais as medidas terapêuticas recomendadas neste caso?

A. Meias elásticas, tratamento cirúrgico de varizes, perda de peso. ✓

B. Cilostazol, ácido acetil-salicílico, tratamento cirúrgico de varizes, perda de peso.

C. Revascularização de membros inferiores, meias elásticas e venotônicos.

D. Venotônicos, posição de Trendelenburg e cilostazol. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 72

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente idosa, obesa, com dor em peso, edema vespertino, varizes tronculares, dermite ocre e úlcera em face maleolar medial, com pulsos amplos e simétricos, tem insuficiência venosa crônica avançada, classe C6 da CEAP, com úlcera venosa ativa. O detalhe dos pulsos amplos é decisivo porque afasta doença arterial obstrutiva periférica e libera com segurança a terapia compressiva. O tratamento se apoia em três pilares presentes na alternativa correta: compressão elástica, que é a medida de maior impacto na cicatrização da úlcera venosa e na prevenção de recidiva; correção cirúrgica do refluxo venoso superficial, que reduz de forma significativa a taxa de recorrência da úlcera, como demonstrado no ensaio ESCHAR; e perda de peso, já que a obesidade aumenta a pressão venosa ambulatorial e perpetua a hipertensão venosa.

Cilostazol e ácido acetilsalicílico são fármacos da doença arterial periférica e da claudicação intermitente, sem indicação em paciente com pulsos amplos. Revascularização de membros inferiores pressupõe isquemia, que não existe neste caso. Venotônicos são apenas adjuvantes sintomáticos e não substituem a compressão, e associá-los a cilostazol repete o erro do tratamento arterial, além de a simples posição de declive dos membros ser medida acessória, incapaz de tratar isoladamente uma úlcera venosa. Resposta A

QUESTÃO 97 — Gabarito B

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 36 anos, apresenta dispneia aos moderados esforços há 4 meses com palpitações taquicárdicas há 2 meses. Refere reumatismo na infância, sem outras comorbidades. Não faz uso de medicações contínuas. FIGURAS Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual figura representa a ausculta cardíaca esperada para esta paciente?

A. Figura a

B. Figura b ✓

C. Figura c

D. Figura d CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 73 QUESTÃO 420 TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 45 anos, portador de hipertensão arterial há 5 anos em tratamento com hidroclorotiazida, enalapril e anlodipino em doses máximas retorna para seguimento com monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Queixa-se de episódios de elevação de pressão arterial em domicílio, apesar da aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e nega uso de outras medicações. Exame físico sem alterações, PA: 143 x 91 mmHg, FC 73 bpm, peso de 80 Kg, altura 1,6 m. MAPA (figura) com média das pressões em 24 horas de 135 x 86 mmHg. Qual a condição clínica mais provável neste caso? A - Síndrome da apnéia obstrutiva do sono. B - Feocromocitoma. C - Estenose de artéria renal. D - Hipertireoidismo. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 74

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com antecedente de febre reumática na infância que evolui com dispneia progressiva aos esforços e palpitações taquicárdicas, sugerindo fibrilação atrial por dilatação do átrio esquerdo, tem como principal hipótese a estenose mitral reumática, sequela valvar mais característica da doença. A ausculta esperada é a de uma valva mitral espessada que abre mal e fecha com força: primeira bulha hiperfonética, estalido de abertura logo após a segunda bulha e, a seguir, sopro diastólico de baixa frequência em ruflar, mais audível no foco mitral com o paciente em decúbito lateral esquerdo, com reforço pré-sistólico enquanto houver ritmo sinusal. O intervalo entre a segunda bulha e o estalido é inversamente proporcional à gravidade, ou seja, quanto mais grave a estenose, mais precoce o estalido.

A figura correta é, portanto, aquela em que o sopro ocupa a diástole, isto é, o intervalo entre a segunda e a primeira bulhas, com primeira bulha reforçada e estalido de abertura. Os demais traçados representam padrões incompatíveis com a hipótese: sopro holossistólico entre a primeira e a segunda bulhas, típico de insuficiência mitral; sopro mesossistólico em crescendo-decrescendo, próprio da estenose aórtica; e sopro protodiastólico aspirativo decrescente logo após a segunda bulha, característico da insuficiência aórtica, que não reproduz o ruflar com reforço pré-sistólico. Resposta B

QUESTÃO 98 — Gabarito A

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 80 anos, em acompanhamento irregular por DPOC muito grave. Refere piora da dispneia aos esforços e edema de membros inferiores há 1 ano. Exame físico: BEG; murmúrio vesicular reduzido globalmente sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. FR: 24 ipm. Saturação O₂: 85%. Edema de membros inferiores (3+/4+) frio e depressível. Estase jugular a 90 graus. Qual o elemento fisiopatológico responsável pela piora recente?

A. Alta resistência vascular pulmonar. ✓

B. Hiperinsuflação pulmonar.

C. Hipervolemia.

D. Disfunção de ventrículo esquerdo. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 75

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de DPOC muito grave que passou a apresentar sinais de falência ventricular direita: estase jugular a 90 graus, edema frio e depressível 3+/4+ e piora da dispneia, ou seja, cor pulmonale. O elo fisiopatológico é a hipoxemia crônica (saturação de 85%) somada à destruição do leito capilar pulmonar pelo enfisema. A vasoconstrição pulmonar hipóxica sustentada, o remodelamento arteriolar e a redução da área vascular total elevam a resistência vascular pulmonar, produzindo hipertensão pulmonar do grupo 3 e sobrecarga pressórica crônica do ventrículo direito, que dilata, falha e congesta o território sistêmico. Repare que a congestão do paciente é toda sistêmica, sem qualquer sinal de congestão pulmonar. A hiperinsuflação pulmonar explica o murmúrio vesicular globalmente reduzido e a dispneia basal, mas é achado estrutural crônico e não justifica o surgimento de edema e turgência jugular. A hipervolemia existe, porém é consequência da falência do ventrículo direito e da ativação neuro-hormonal com retenção renal de sódio, não a causa primária da piora. A disfunção de ventrículo esquerdo cursaria com estertores, ortopneia e congestão pulmonar, ausentes numa ausculta descrita sem ruídos adventícios. Resposta A

QUESTÃO 99 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 42 anos, etilista, refere tosse produtiva com expectoração amarela escura há 18 dias. Há 15 dias com febre diária aferida (38,5°C). Há 2 dias teve um acesso de tosse que culminou em expectoração de grande volume de secreção amarela escura de odor pútrido. FIGURAS Qual radiografia de tórax é mais compatível com essa história clínica?

A. Figura A

B. Figura B

C. Figura C

D. Figura D CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 76 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta desenha um abscesso pulmonar: etilista (fator de risco clássico para rebaixamento de consciência e broncoaspiração), evolução arrastada de 18 dias com febre diária e, no ponto-chave, vômitica — eliminação súbita de grande volume de secreção de odor pútrido, marca da flora anaeróbia da cavidade oral que drenou para a árvore brônquica. Nessa história, a radiografia compatível é a que documenta lesão cavitária de paredes espessas com nível hidroaéreo, tipicamente em segmento posterior de lobo superior ou segmento superior de lobo inferior, que são as regiões dependentes na aspiração. É exatamente esse o padrão da figura escolhida pela banca. As demais figuras erram porque exibem padrões que não comportam vômitica: uma consolidação homogênea sem cavitação corresponde a pneumonia não complicada e não drena conteúdo purulento em grande volume; uma opacidade com apagamento do seio costofrênico e curva ascendente traduz derrame pleural, cuja expressão clínica seria dor pleurítica e não expectoração pútrida maciça; e uma opacidade sólida homogênea sem nível hidroaéreo não tem comunicação com o brônquio, requisito indispensável para o episódio descrito. Resposta D

QUESTÃO 100 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 17 anos, apresenta desde os 6 meses de idade lesões de pele recidivantes e pruriginosas. Há 1 ano as lesões estão menos frequentes, porém ainda se intensificam no inverno. O quadro atual é o mostrado na figura: Qual é a condição médica mais associada ao diagnóstico desta paciente?

A. Síndrome metabólica.

B. Doença celíaca.

C. Hipotireoidismo.

D. Rinite alérgica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 77 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesões pruriginosas e recidivantes iniciadas aos 6 meses de vida, com curso crônico, remissão parcial na adolescência e piora no inverno, compõem o quadro clássico de dermatite atópica, cujo diagnóstico é clínico pelos critérios de Hanifin e Rajka. A condição mais associada é a rinite alérgica, porque a dermatite atópica é a porta de entrada da chamada marcha atópica: a barreira cutânea deficiente (mutações de filagrina) permite sensibilização a aeroalérgenos e resposta Th2 sistêmica, e a maioria das crianças atópicas desenvolve depois rinite alérgica e, em menor proporção, asma. Síndrome metabólica é a comorbidade classicamente ligada à psoríase, doença inflamatória de mecanismo Th17 e apresentação em placas eritematodescamativas em superfícies extensoras, não flexurais. Doença celíaca associa-se à dermatite herpetiforme, com vesículas intensamente pruriginosas em cotovelos, joelhos e nádegas e depósito de IgA nas papilas dérmicas. Hipotireoidismo cursa com xerose e pele infiltrada, mas não guarda relação epidemiológica com a atopia; entre as autoimunes, as ligadas à dermatite atópica seriam alopecia areata e vitiligo, e ainda assim com força de associação muito menor. Resposta D

QUESTÃO 101 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 52 anos, em tratamento para hanseníase (poliquimioterapia multibacilar) há 2 meses. Buscou atendimento queixando-se de que há 5 dias houve piora aguda das lesões cutâneas pré existentes (foto), perda de sensibilidade em 4º e 5º quirodáctilos da mão direita e dor em choque irradiando do cotovelo até a mão direita. Qual a conduta terapêutica imediata mais adequada para este caso?

A. Iniciar talidomida via oral.

B. Suspende a poliquimioterapia multibacilar.

C. Iniciar prednisona via oral. ✓

D. Instaurar poliquimioterapia substitutiva. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 78

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente está em poliquimioterapia multibacilar há 2 meses e apresenta, de forma aguda, exacerbação inflamatória das lesões cutâneas preexistentes acompanhada de neurite: perda de sensibilidade em 4º e 5º quirodáctilos e dor em choque irradiada do cotovelo à mão, ou seja, acometimento do nervo ulnar. Esse conjunto define reação hansênica tipo 1 (reação reversa), fenômeno de hipersensibilidade celular tardia com aumento da resposta Th1 contra antígenos micobacterianos, típico dos pacientes borderline e frequente nos primeiros meses de tratamento. Como há neurite instalada, trata-se de urgência: qualquer atraso significa dano axonal irreversível e incapacidade permanente. A conduta é corticoterapia sistêmica, prednisona 1 a 2 mg/kg/dia via oral, com desmame lento e imobilização do membro. A talidomida é o tratamento da reação tipo 2 (eritema nodoso hansênico) e não controla neurite da reação reversa. Suspender a poliquimioterapia é erro conceitual: estados reacionais não são falha nem efeito adverso do esquema, que deve ser mantido integralmente. Esquema substitutivo é reservado a intolerância medicamentosa ou resistência comprovada, situações que não estão descritas aqui. Resposta C

QUESTÃO 102 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 56 anos, relata que há 4 semanas surgiram lesões nodulares, eritematosas e levemente dolorosas em membro superior direito (fotografia). As lesões surgiram após trauma com espinho na mão direita, enquanto trabalhava com jardinagem. Nega doenças e uso de medicamentos. Habita a zona urbana e nega viagens recentes. Considerando o diagnóstico mais provável, qual o tratamento mais adequado?

- A. Sulfametoxazol + trimetoprim.
- B. Cefalotina.

C. Itraconazol. ✓

D. Antimoniato de N metilglucamina. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 79

COMENTÁRIO OSCELABS

Inoculação traumática por espinho durante jardinagem, seguida semanas depois de nódulos eritematosos e pouco dolorosos que ascendem em rosário pelo membro superior, é o retrato da esporotricose linfocutânea, micose subcutânea causada pelo complexo *Sporothrix*. O padrão esporotricóide de progressão ao longo do trajeto linfático, a evolução subaguda de 4 semanas e a ausência de toxemia sustentam o diagnóstico clínico-epidemiológico. O tratamento de escolha na forma cutânea e linfocutânea do paciente imunocompetente é o itraconazol 100 a 200 mg/dia por via oral, mantido por 3 a 6 meses, isto é, até cerca de um mês após a resolução clínica das lesões. Sulfametoxazol com trimetoprim seria a escolha para nocardiose cutânea, que também pode assumir disposição esporotricóide, mas costuma acompanhar inoculação com material contaminado por solo em pacientes com algum grau de imunossupressão e não responde a antifúngico. Cefalotina cobre estafilococo e estreptococo, agentes de linfangite aguda com febre, dor intensa e evolução em dias, incompatível com o curso indolente descrito. Antimoniato de N-metilglucamina trata leishmaniose tegumentar, cuja lesão típica é úlcera de bordas elevadas em moldura e cujo risco epidemiológico exige exposição em área de mata, expressamente negada. Resposta C

QUESTÃO 103 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 32 anos, inicia tratamento de tuberculose pulmonar com rifampicina + isoniazida + pirazinamida + etambutol (RIPE), 5 comprimidos em jejum, associado a vitamina B6. Após 3 semanas de tratamento, retorna com dor em hipocôndrio direito, contínua, de intensidade 6 em 10, náusea e um episódio de vômito. Relata também astenia e artralgia nos últimos 5 dias. Exame físico: peso: 72 Kg; dor à palpação profunda de hipocôndrio direito, sem outras alterações. Qual a conduta mais adequada?

- A. Diminuir a dose das medicações.
- B. Orientar tomada de RIPE com refeição e observar.
- C. Associar inibidor de bomba de prótons.

D. Suspender RIPE e dosar aminotransferases. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Três semanas após iniciar o esquema RIPE, o paciente desenvolve dor contínua em hipocôndrio direito com dor à palpação profunda, náusea, vômito, astenia e artralgia. Esse é o quadro prodrômico de hepatotoxicidade medicamentosa, o efeito adverso maior mais temido do esquema, para o qual contribuem isoniazida, pirazinamida e rifampicina. Diante de sintomas de hepatite induzida por droga, a conduta é interromper imediatamente o esquema e dosar aminotransferases e bilirrubinas para estratificar o dano: retoma-se o tratamento, droga a droga, quando ALT e AST caem abaixo de duas vezes o limite superior da normalidade, e a suspensão está formalmente indicada quando as transaminases ultrapassam três vezes o limite com sintomas ou cinco vezes sem sintomas. Diminuir a dose é erro grave: subdose não reduz de forma segura a hepatotoxicidade e seleciona resistência do bacilo. Orientar a tomada com refeição pode aliviar intolerância gástrica leve, porém reduz a absorção da rifampicina e, sobretudo, deixa correr uma possível lesão hepática sem investigação. Associar inibidor de bomba de prótons trataria dispepsia, mascarando sintomas de hepatite e retardando o diagnóstico. Resposta D

QUESTÃO 104 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 62 anos, com cirrose hepática associada ao álcool, refere ganho ponderal de 8 Kg nos últimos 3 meses. Na última semana, apresentou redução do volume urinário e dor abdominal difusa, que associa ao aumento do volume do abdome. Evacuação uma vez ao dia. Ao exame, abdome globoso, com sinal do piparote positivo. Edema de membros inferiores ++/4+. Exames laboratoriais: creatinina: 1,1 mg/dL (VR: 0,7-1,5); sódio: 136 mEq/L (VR: 135-145); potássio: 4,8 mEq/L (VR: 3,5-5,0); albumina: 3,1 g/dL (VR: 3,5-4,8); bilirrubina total: 4,5 mg/dL (VR: 0,8-1,2 mg/dL); bilirrubina direta: 3,2 mg/dL (VR: até 0,4 mg/dL); INR: 1,4 (VR: até 1,3). Paracentese diagnóstica: glóbulos brancos: 530/mm³, com 85% de neutrófilos. Além do tratamento com antibiótico, qual a conduta mais adequada neste momento?

- A. Furosemida.
- B. Espironolactona.

C. Albumina. ✓

D. Lactulose. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 80

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente é cirrótico descompensado com ascite volumosa (piparote positivo) e a paracentese diagnóstica fecha peritonite bacteriana espontânea: 530 leucócitos com 85% de neutrófilos correspondem a 450 polimorfonucleares por mm³, acima do corte diagnóstico de 250/mm³, independentemente da cultura. Além da antibioticoterapia com cefalosporina de terceira geração, a medida com benefício demonstrado em mortalidade é a infusão de albumina, 1,5 g/kg nas primeiras 6 horas e 1 g/kg no terceiro dia, porque expande o volume circulante efetivo e previne a síndrome hepatorenal, exatamente o desfecho que o paciente já ameaça ao reduzir o volume urinário. Furosemida está contraindicada neste momento: diurético de alça na vigência de infecção e oligúria agrava a hipovolemia efetiva e precipita lesão renal. Espironolactona é a base do tratamento da ascite não complicada, mas também deve ser suspensa durante a PBE com disfunção renal em curso, e não trata o problema agudo. Lactulose é o tratamento da encefalopatia hepática, e não há qualquer alteração de nível de consciência ou flapping descritos, além de o paciente evacuar normalmente. Resposta C

QUESTÃO 105 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 45 anos, obeso e tabagista, queixa-se de pirose pós-prandial associada a regurgitações amargas há 3 meses. Atribui piora dos sintomas a ingestão de alimentos gordurosos, refrigerantes e bebidas alcóolicas. Alívio parcial com uso de antiácidos. Qual o principal mecanismo fisiopatológico considerando a hipótese diagnóstica mais provável? Qual o principal mecanismo fisiopatológico considerando a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Aperistalse do corpo do esôfago.
- B. Hipersecreção gástrica.
- C. Aceleração no esvaziamento gástrico.
- D. Relaxamento transitório de esfíncter esofágico. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pirose pós-prandial e regurgitação ácida ou amarga por 3 meses, com piora após alimentos gordurosos, refrigerantes e álcool e alívio parcial com antiácido, em homem obeso e tabagista, definem doença do refluxo gastroesofágico pelos sintomas típicos. O principal mecanismo fisiopatológico é o relaxamento transitório do esfíncter esofágico inferior, isto é, episódios de relaxamento prolongado não relacionados à deglutição, mediados por reflexo vagal desencadeado pela distensão do fundo gástrico. É por isso que refeições volumosas e gordurosas, bebidas gaseificadas e álcool pioram o quadro, e é o mecanismo predominante na maioria dos pacientes, sobretudo naqueles sem hipotonia basal do esfíncter ou hérnia hiatal volumosa. Aperistalse do corpo do esôfago é achado manométrico de acalasia e de esclerose sistêmica, cursando com disfagia progressiva e regurgitação de alimento não digerido, e não com pirose ácida. Hipersecreção gástrica caracteriza a síndrome de Zollinger-Ellison, situação rara que cursa com úlceras múltiplas e diarreia; a secreção ácida da maioria dos refluxadores é normal. Aceleração do esvaziamento gástrico é o oposto do que ocorre: quando há alteração motora gástrica na DRGE, ela é retardo do esvaziamento, que aumenta a distensão do fundo e favorece o refluxo. Resposta D

QUESTÃO 106 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 32 anos, refere taquicardia, tremor em extremidades, perda de peso, agitação psicomotora, hiperdefecação há 4 meses. Exame físico: PA = 150 x 80 mmHg, FC = 110 bpm, pele quente e úmida, tireoide difusamente aumentada em cerca de 4 vezes, sem nódulos delimitados. Vide fotos: Qual é a fisiopatologia da doença neste caso?

- A. Secreção autônoma de TSH.
- B. Resistência ao hormônio tireoidiano.
- C. Mutação somática no receptor de TSH.

D. Anticorpo anti receptor de TSH. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 81 ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Mulher jovem com tireotoxicose franca de 4 meses (taquicardia, tremor, emagrecimento, agitação, hiperdefecação, pele quente e úmida, PA divergente) e bócio difuso, homogêneo, aumentado quatro vezes e sem nódulos delimitados: é doença de Graves, causa mais comum de hipertireoidismo em adultos jovens, ainda mais quando o exame acrescenta manifestações extratireoidianas. A fisiopatologia é autoimune e depende de autoanticorpo contra o receptor de TSH (TRAb estimulador), imunoglobulina que se liga ao receptor e o ativa de forma contínua, fora do controle do eixo hipotálamo-hipófise, produzindo hiperplasia glandular difusa e síntese hormonal aumentada; o mesmo antígeno compartilhado pelos fibroblastos orbitários explica a orbitopatia. Secreção autônoma de TSH corresponde ao tireotropinoma, tumor hipofisário raríssimo, no qual o TSH vem alto ou inapropriadamente normal com T4 livre elevado. Resistência ao hormônio tireoidiano cursa com hormônios elevados sem TSH suprimido e habitualmente sem tireotoxicose clínica plena. Mutação somática ativadora do receptor de TSH é o mecanismo do adenoma tóxico e do bócio multinodular tóxico, que exigiriam nódulos delimitados ao exame, expressamente ausentes. Resposta D

QUESTÃO 107 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 25 anos, queixa-se de ganho de peso, fraqueza e apresentou fratura em coluna vertebral após queda da própria altura há 2 meses. Está em amenorreia há 6 meses. Exame físico: peso: 90 Kg, estatura: 1,65 m; índice de massa corporal: 33 kg/m², plethora facial, preenchimento da fossa supraclavicular. PA = 170 x 100 mmHg. FC = 92 bpm. Abdome globoso com estrias violáceas medindo 1,5 cm, equimoses em membros inferiores. Qual é a investigação inicial para a principal hipótese diagnóstica?

A. Dosagem sérica de cálcio e 25 OH vitamina D.

B. Tomografia computadorizada de abdome.

C. Cortisol plasmático após 1 mg de dexametasona. ✓

D. Ressonância magnética de sela túrcica. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 82

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com ganho de peso centrípeto, plethora facial, preenchimento de fossas supraclaviculares, estrias violáceas largas (1,5 cm), equimoses, fraqueza proximal, hipertensão, amenorreia e fratura vertebral por trauma mínimo apresenta um conjunto de sinais discriminantes de síndrome de Cushing. Fratura osteoporótica aos 25 anos é sinal de alarme e reforça a hipótese. A investigação inicial é bioquímica e visa provar o hipercortisolismo, não localizá-lo: os testes de triagem aceitos são o cortisol plasmático após 1 mg de dexametasona overnight (falha de supressão abaixo de 1,8 mcg/dL), o cortisol livre urinário de 24 horas e o cortisol salivar à meia-noite, sendo necessários dois testes alterados para confirmação. Dosagem de cálcio e 25-OH vitamina D investiga causas metabólicas de fratura, mas não contempla o quadro sindrômico completo. Tomografia de abdome só faz sentido depois de confirmado o hipercortisolismo e documentado ACTH suprimido, apontando origem adrenal. Ressonância de sela túrcica é a etapa de localização da doença ACTH-dependente e, se pedida antes, esbarra na alta prevalência de incidentalomas hipofisários, levando a diagnóstico e cirurgia equivocados. Resposta C

QUESTÃO 108 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Paciente de 35 anos previamente hígido apresenta quadro súbito de cefaleia intensa e explosiva durante um jogo de futebol com os amigos, sendo imediatamente levado ao pronto socorro. Está sonolento mas responde ao ser questionado. Refere ter a dor de cabeça mais forte de sua vida e que está enxergando dobrado. Ao exame apresenta pressão arterial de 190 x 120 mmHg, está sonolento e apresenta oftalmoparesia e midríase no olho esquerdo. A tomografia (sem contraste) inicial é mostrada na figura. Qual a conduta imediata mais adequada?

A. Dexametasona endovenosa.

B. Manitol endovenoso.

C. Angiografia cerebral. ✓

D. Punção diagnóstica do líquido cefalorraquidiano. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 83

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia súbita, explosiva, descrita como a pior da vida, durante esforço físico, com rebaixamento do nível de consciência e pico hipertensivo, é hemorragia subaracnóidea até prova em contrário; a diplopia com oftalmoparesia e midríase à esquerda indica paralisia do III nervo craniano, sinal que aponta aneurisma de artéria comunicante posterior comprimindo o nervo. Com a tomografia sem contraste já realizada e o diagnóstico estabelecido, o passo imediato é definir a anatomia do aneurisma pela angiografia cerebral digital, exame padrão-ouro que identifica o saco aneurismático e permite o tratamento no mesmo tempo por embolização, ou orienta a clipagem cirúrgica. A urgência se justifica porque o ressangramento nas primeiras 24 a 72 horas é a complicação de maior letalidade e só é evitado excluindo o aneurisma da circulação.

Dexametasona não tem papel na hemorragia subaracnóidea, pois o edema aqui não é vasogênico peritumoral. Manitol é medida pontual de resgate na hipertensão intracraniana com sinais de herniação, o que não está descrito, e não substitui o tratamento da causa. Punção líquórica só se indica quando a tomografia é negativa e a suspeita clínica persiste, para buscar xantocromia; com sangramento já documentado, é desnecessária e potencialmente perigosa. Resposta C

QUESTÃO 109 — Gabarito A

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 65 anos, tabagista 50 anos maço, queixa de dispneia aos esforços há 3 anos, com piora intensa há 3 dias. Exame físico: MEG, corado, consciente e orientado; MV presente, sibilos difusos, Saturação de O₂ de 80% ar ambiente, FR: 30 ipm. Instalado oxigênio suplementar através do dispositivo abaixo (foto) a 15 L/min, com aumento da saturação de O₂ para 97%. O paciente evoluiu com piora do nível de consciência, acordando apenas aos estímulos dolorosos. Qual é a alteração gasométrica esperada nesse momento?

A. pCO₂: 90 mmHg ✓

B. HCO₃: 15 mEq/L

C. pO₂: 60 mmHg

D. pH: 7,45 CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 84

COMENTÁRIO OSCELABS

Tabagista de 50 anos-maço com dispneia crônica, sibilos difusos e insuficiência respiratória tem exacerbação de DPOC, e o dispositivo usado foi máscara não reinalante a 15 L/min, ou seja, oxigênio em alta fração inspirada. A saturação subiu de 80% para 97% e, logo depois, o paciente rebaixou o nível de consciência, respondendo apenas à dor: isso é narcose por gás carbônico. Nos retentores crônicos, a oferta liberal de oxigênio eleva a pCO₂ por três mecanismos — reversão da vasoconstrição pulmonar hipóxica com piora da relação ventilação-perfusão e aumento do espaço morto, efeito Haldane (a hemoglobina oxigenada carrega menos CO₂) e, em menor grau, redução do estímulo ventilatório hipóxico. A gasometria esperada, portanto, mostra hipercapnia grave, compatível com pCO₂ de 90 mmHg e acidose respiratória. HCO₃ de 15 mEq/L indicaria acidose metabólica; no DPOC retentor crônico o bicarbonato está elevado por compensação renal. pO₂ de 60 mmHg é incompatível com saturação de 97%, que na curva de dissociação da hemoglobina corresponde a valores bem superiores, sobretudo com máscara a 15 L/min. pH de 7,45 é alcalino e contradiz a retenção aguda de CO₂, que necessariamente acidifica o sangue. Resposta A

QUESTÃO 110 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 55 anos, etilista crônico de 1 litro de destilado/dia, apresenta perda da memória e quedas frequentes. Exame físico: ataxia de marcha e nistagmo, sem alterações de sensibilidade periférica. Exames laboratoriais: hemograma [Hb: 12 g/dL, Ht: 36%, VCM: 93 fL (VN: 80-95), HCM: 32 pg (VN: 27-33), plaquetas: 160.000/mm³], bilirrubina total 1,2 mg/dL (VN: 0,2-1,2). Qual é a deficiência vitamínica mais provável?

- A. Niacina.
- B. Piridoxina.
- C. Tiamina. ✓**
- D. Cianocobalamina.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade de confusão/perda de memória, ataxia de marcha e alteração oculomotora (nistagmo) em etilista crônico é a encefalopatia de Wernicke, causada por deficiência de tiamina (vitamina B1), cujo estoque corporal dura poucas semanas e se esgota rapidamente no etilista por baixa ingestão, má absorção e consumo aumentado. O caso reforça o diagnóstico ao mostrar hemograma praticamente normal e ausência de alteração de sensibilidade periférica, o que afasta as demais hipovitaminoses. O tratamento é tiamina parenteral antes de qualquer aporte de glicose, sob risco de precipitar ou agravar o quadro. A niacina (B3) causa pelagra, com a tríade dermatite fotossensível, diarreia e demência — não há lesão cutânea nem diarreia aqui, e a demência da pelagra não cursa com ataxia e nistagmo isolados. A piridoxina (B6) produz neuropatia periférica sensitiva, anemia sideroblástica (microcítica) e convulsões, e o paciente tem sensibilidade preservada e VCM normal. A cianocobalamina (B12) daria anemia megaloblástica com VCM elevado e degeneração combinada subaguda, com perda de sensibilidade vibratória e proprioceptiva — e o VCM está em 93 fL, dentro da normalidade, sem qualquer déficit sensitivo. Resposta C

QUESTÃO 111 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 82 anos. A esposa relata que o paciente, há dois anos, vem apresentando distúrbio de atenção e alucinações visuais bem detalhadas, episódios de esquecimento, especialmente para informações recentes, chegando a se perder em trajeto usual. Ao exame físico observa-se bradicinesia, tremores de extremidades e rigidez muscular. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Demência fronto temporal.
- B. Demência vascular.
- C. Demência por corpúsculos de Lewy. ✓**

D. Demência da doença de Parkinson. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 85

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne os três achados centrais da demência com corpos de Lewy: flutuação da atenção e do estado de alerta, alucinações visuais bem formadas e detalhadas, e parkinsonismo (bradicinesia, rigidez e tremor), somados ao declínio cognitivo com prejuízo de memória recente e desorientação topográfica. O critério temporal (regra de um ano) é o que fecha o raciocínio: quando o quadro cognitivo/neuropsiquiátrico abre a doença e o parkinsonismo aparece junto ou até um ano depois, o diagnóstico é demência por corpúsculos de Lewy; grande sensibilidade a neurolepticos e transtorno comportamental do sono REM completam o quadro clínico típico. A demência fronto temporal cursa com desinibição, apatia e alteração precoce de comportamento ou linguagem, com memória e habilidades visuoespaciais relativamente poupadas no início, sem alucinações visuais estruturadas. A demência vascular tem curso em degraus, com correlação a eventos cerebrovasculares e sinais focais/piramidais, não descritos aqui. A demência da doença de Parkinson exigiria parkinsonismo estabelecido por mais de um ano antes do declínio cognitivo, o que não ocorre neste paciente, no qual sintomas cognitivos e alucinações abriram o quadro. Resposta C

QUESTÃO 112 — Gabarito B

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 78 anos, portadora de fibromialgia há 2 anos, com bom controle dos sintomas com o uso de amitriptilina 50 mg ao dia. Há uma semana teve queda da própria altura e traumatismo no joelho direito, quando foi prescrito tramadol 100 mg ao dia. Há cinco dias vem apresentando visão turva, rubor facial, taquicardia, boca seca e estado confusional. Qual é a alteração fisiológica do envelhecimento que melhor explica estes sintomas?

- A. Diminuição do número de receptores dopaminérgicos.
- B. Diminuição do número de receptores colinérgicos. ✓**
- C. Aumento da sensibilidade dos receptores adrenérgicos.
- D. Aumento da sensibilidade dos receptores serotoninérgicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é uma síndrome anticolinérgica em idosa polimedicada: visão turva por midríase e paralisia da acomodação, rubor facial, taquicardia, xerostomia e delirium surgiram após somar tramadol à amitriptilina, um antidepressivo tricíclico com potente ação antimuscarínica e clássico dos critérios de Beers como inapropriado no idoso. A alteração fisiológica do envelhecimento que explica essa vulnerabilidade é a redução do número de neurônios e de receptores colinérgicos centrais, com queda da reserva colinérgica; com menos receptores disponíveis, um mesmo bloqueio muscarínico produz efeito clínico muito maior no idoso do que no jovem, e o delirium é a expressão mais típica dessa perda de reserva. A diminuição de receptores dopaminérgicos também ocorre no envelhecimento, mas se traduz em parkinsonismo e sensibilidade a antipsicóticos, não nesta toxidrome. Os receptores adrenérgicos, ao contrário do afirmado, tornam-se menos responsivos com a idade (resposta beta-adrenérgica reduzida), o que não geraria boca seca nem visão turva. O aumento da sensibilidade serotoninérgica levaria à síndrome serotoninérgica, que cursa com clônus, hiper-reflexia, hipertermia, agitação e diarreia — achados ausentes na descrição, que é puramente antimuscarínica. Resposta B

QUESTÃO 113 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 28 anos, há seis meses apresenta lombalgia de ritmo inflamatório e há três meses apresenta dor em joelho direito e calcanhares. Exame: bom estado geral; edema, hiperemia e calor em calcanhares e tuberosidade tibial direita; teste de Patrick positivo bilateralmente. Qual destas manifestações é mais provável ocorrer nesse paciente?

- A. Nefrite intersticial.

B. Dor testicular.

C. Uveíte anterior. ✓

D. Livedo reticular. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 86

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem com lombalgia de ritmo inflamatório por seis meses, entesite de calcâneos e da tuberosidade tibial e teste de Patrick (FABERE) positivo bilateralmente, sugerindo acometimento sacroilíaco, configura uma espondiloartrite axial, fortemente associada ao HLA-B27. Nesse grupo de doenças, a manifestação extra-articular mais frequente é a uveíte anterior aguda, que ocorre em cerca de um quarto a um terço dos pacientes ao longo da evolução, tipicamente unilateral, recorrente e alternante, com dor ocular, hiperemia periceratídica e fotofobia — motivo pelo qual toda queixa ocular nesse paciente deve ser encaminhada como urgência oftalmológica. A nefrite intersticial não faz parte do espectro habitual; o acometimento renal das espondiloartrites, quando existe, é tardio e raro (nefropatia por IgA ou amiloidose secundária). A dor testicular por orquite remete à poliarterite nodosa e a síndromes febris periódicas, não à espondiloartrite. O livedo reticular é achado de vasculites de médio vaso, síndrome do anticorpo antifosfolípide e colagenoses, sem relação com entesite e sacroilíte. Resposta C

QUESTÃO 114 — Gabarito C

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 70 anos, queixa-se de dor muscular difusa há 4 meses, mais importante na região cervical, ombros e quadris, associada a rigidez matinal superior a 45 minutos. Refere que no último mês evoluiu com limitação da amplitude de movimentos do quadril e dificuldade para realizar suas atividades domésticas habituais. Refere ainda hiporexia e perda ponderal de 2 kg nesse período. Ao exame físico, apresenta força muscular apendicular preservada. Exames laboratoriais: VHS: 70 mm/1ª hora (VR: até 15), Fator reumatoide: 7,1 IU/mL (VR: < 10,8). Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Artrite reumatoide.

B. Polimiosite.

C. Polimialgia reumática. ✓

D. Fibromialgia. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 87

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher acima de 50 anos com dor e rigidez matinal prolongada (superior a 45 minutos) em cintura escapular e pélvica, associada a sintomas constitucionais e velocidade de hemossedimentação muito elevada, é o retrato da polimialgia reumática. O ponto de ancoragem do diagnóstico é a dissociação entre queixa e exame: há dor e limitação funcional importantes, mas a força muscular apendicular está preservada, o que exclui miopatia verdadeira; provas inflamatórias elevadas com fator reumatoide normal completam o quadro, e a resposta rápida e dramática a doses baixas de corticoide funciona como teste terapêutico. É obrigatório rastrear sintomas de arterite de células gigantes (cefaleia temporal, claudicação de mandíbula, amaurose), condição que coexiste em parte dos casos. A artrite reumatoide cursaria com poliartrose periférica simétrica de pequenas articulações de mãos e punhos, com sinovite ao exame, e aqui o fator reumatoide é normal e não há artrite descrita. A polimiosite dá fraqueza proximal objetiva e progressiva com elevação de enzimas musculares, e não dor com força preservada. A fibromialgia é dor difusa crônica com sono não reparador, sem perda ponderal, sem hiporexia e com provas inflamatórias normais — incompatível com VHS de 70 mm. Resposta C

QUESTÃO 115 — Gabarito A

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 40 anos, encaminhada devido a febre, confusão mental e petéquias. Informa quadro de diarreia e faringite há 03 meses, com resolução espontânea. Hemograma: Hb: 7,0 g/dL, Ht: 20%, VCM: 92 fL, leucócitos: 8.000/uL, plaquetas: 9.000/uL (esfregaço do sangue periférico abaixo), contagem de reticulócitos: 140.000/uL (VR: 30.000-95.000), creatinina: 1,1 mg/dL (VR: <1,3), ureia: 36 mg/dL (VR < 37). ESFREGAÇO DO SANGUE PERIFÉRICO Qual é o tratamento mais adequado?

A. Plasmaférese. ✓

B. Transusão de plaquetas.

C. Prednisona e Imunoglobulina.

D. Eculizumabe. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 88

COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto febre, alteração neurológica (confusão mental), plaquetopenia grave com petéquias, anemia com reticulocitose indicando hemólise e função renal preservada compõe a púrpura trombocitopênica trombótica, microangiopatia trombótica por deficiência adquirida de ADAMTS13, com consumo de plaquetas na microcirculação e fragmentação eritrocitária — motivo pelo qual o esfregaço de sangue periférico é o exame decisivo para documentar a microangiopatia. Trata-se de emergência hematológica: a conduta é plasmaférese (troca plasmática terapêutica) imediata, que remove o autoanticorpo e repõe a enzima, reduzindo a mortalidade de mais de 90% para cerca de 10 a 20%, habitualmente associada a corticoide. A transfusão de plaquetas é justamente o que não se deve fazer, pois alimenta a trombose microvascular e pode agravar os fenômenos isquêmicos, ficando reservada a sangramento com risco de vida. Prednisona com imunoglobulina é o tratamento da púrpura trombocitopênica imune, que cursa com plaquetopenia isolada, sem hemólise, sem febre e sem sintomas neurológicos. Eculizumabe é a terapia da síndrome hemolítico-urêmica atípica, mediada por complemento, na qual a lesão renal é proeminente — e aqui creatinina e ureia estão normais. Resposta A

QUESTÃO 116 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem, 19 anos, informa febre diária de 38°C, associada a astenia e fadiga há 2 meses. Exame físico: baço palpável a 4 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma: Hb: 9,6 g/dL, Ht: 28%; VCM: 82 fL, leucócitos: 3.000/uL, plaquetas: 100.000/uL. Mielograma demonstra pequenas estruturas ovaladas dentro do macrófago (figura). Qual é o tratamento inicial mais adequado?

A. Esquema RIPE.

B. Sulfametoxazol + trimetoprima.

C. Itraconazol.

D. Anfotericina B. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 89 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre arrastada por dois meses, astenia, esplenomegalia volumosa e pancitopenia em jovem, com mielograma mostrando pequenas estruturas ovaladas no interior de macrófagos, é o quadro clássico de parasitose intracelular do sistema mononuclear fagocitário, sendo a leishmaniose visceral (calazar) a hipótese principal e a histoplasmose disseminada o diferencial imediato. Entre as opções apresentadas, a anfotericina B é a única droga com atividade contra ambas: no calazar, a anfotericina B lipossomal é a escolha do Ministério da Saúde e é obrigatória em situações especiais e em qualquer caso com sinais de gravidade, incluindo as citopenias importantes; na histoplasmose disseminada grave, a indução também é feita com anfotericina B, ficando o azólico apenas para consolidação ou formas leves. O esquema RIPE trata tuberculose, que pode dar febre e pancitopenia, mas cujo agente é um bacilo álcool-ácido resistente identificado por baciloscopia e cultura, não por estruturas ovaladas fagocitadas. Sulfametoxazol com trimetoprima cobre pneumocistose, nocardiose e paracoccidioidomicose leve, sem papel nesse cenário. Itraconazol seria opção apenas em micose endêmica de forma leve a moderada ou como consolidação, jamais como tratamento inicial de paciente com pancitopenia e febre prolongada. Resposta D

QUESTÃO 117 — Gabarito D

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 25 anos, previamente sem comorbidades e com exames recentes normais, refere diminuição de volume urinário, alteração do aspecto da urina e edema em membros. Exame físico: PA = 156 x 90 mmHg; edema de membros inferiores 2+/4+, sem outras alterações. Exames: creatinina: 2,3mg/dL, ureia: 68 mg/dL, albumina: 3,1 g/dL, urina I: proteína 150 mg/dL, hemácias 300 por campo. Entre as opções abaixo, qual exame seria mais importante na elucidação diagnóstica?

- A. Ultrassonografia renal com doppler.
- B. Fração de excreção de sódio.
- C. Hemograma completo.

D. Biópsia renal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, previamente hígida, que abre quadro com oligúria, urina de aspecto alterado, edema, hipertensão, hematuria expressiva (300 hemácias por campo), proteinúria e injúria renal com creatinina de 2,3 mg/dL tem uma síndrome nefrítica com perda rápida de função renal, o que impõe pensar em glomerulonefrite rapidamente progressiva. Nenhum exame não invasivo distingue as causas possíveis (glomerulonefrite proliferativa por lúpus, vasculite associada a ANCA, doença ant membrana basal, nefropatia por IgA), e o tratamento é radicalmente diferente entre elas; por isso a biópsia renal é o exame decisivo, definindo o padrão histológico, a presença de crescentes, a atividade versus cronicidade e, portanto, a indicação de imunossupressão. A ultrassonografia com doppler serve para excluir obstrução, avaliar dimensões e o eixo vascular, mas não caracteriza a glomerulopatia. A fração de excreção de sódio diferencia azotemia pré-renal de necrose tubular aguda e é enganosa nas glomerulonefrites, nas quais costuma vir baixa. O hemograma completo pode dar pistas de contexto, mas não estabelece o diagnóstico etiológico da lesão glomerular. Resposta D

QUESTÃO 118 — Gabarito A

TEMA: CLINICA MÉDICA Homem de 45 anos, com diagnóstico recente de diabetes mellitus, refere história familiar positiva para doença renal crônica dialítica na família (pais e irmãos, também diabéticos). Encontra-se assintomático e sem alterações no exame físico. Exames laboratoriais: creatinina 0,6 mg/dL (taxa de filtração glomerular estimada = 141 mL/min/1,73m²) e ultrassonografia com discreto aumento de dimensões de ambos os rins. Entre os exames abaixo, qual é o exame mais importante no momento?

A. Relação albumina/creatinina urinária. ✓

- B. Urina rotina.
- C. Proteinúria de 24 horas.
- D. Dismorfismo eritrocitário. CADERNO DE PROVA ACESSO DIRETO R1 - 2021 90

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem com diabetes recém-diagnosticado, assintomático, com creatinina baixa e filtração glomerular estimada de 141 mL/min/1,73m² e rins discretamente aumentados à ultrassonografia está no estágio de hiperfiltração glomerular, a fase mais precoce da doença renal do diabetes, quando ainda não há qualquer perda funcional detectável pela creatinina. O exame indicado nesse momento é a relação albumina/creatinina em amostra isolada de urina, que detecta albuminúria moderadamente aumentada (30 a 300 mg/g), o marcador mais precoce de lesão renal, corrige a variação da concentração urinária, dispensa coleta cronometrada e deve ser feito anualmente — com maior razão diante de forte história familiar de doença renal crônica dialítica. A urina rotina só detecta proteína pela fita em valores bem mais altos, tipicamente acima de 300 a 500 mg/dia, deixando escapar a fase inicial. A proteinúria de 24 horas mede proteína total, é menos sensível para albuminúria incipiente e está sujeita a erro de coleta. O dismorfismo eritrocitário serve para caracterizar hematúria de origem glomerular, e o paciente não tem hematúria nem quadro nefrítico. Resposta A

QUESTÃO 119 — Gabarito B

TEMA: CLINICA MÉDICA Mulher, 67 anos, previamente hipertensa e diabética em tratamento regular, refere dor precordial em aperto de forte intensidade com irradiação para braço esquerdo com duração de 30 minutos após ser informada do falecimento do filho. Atendida 24 horas após o início do quadro, mantendo episódios recorrentes de dor. Exame físico: BEG, chorosa; FC = 53 bpm, PA = 96 x 74 mmHg; estertores pulmonares até terço médio bilateralmente, FR = 24 irpm, satO₂ = 94%. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos com sopro holossistólico mitral 3+/6+. Eletrocardiograma abaixo. Submetida a cateterismo cardíaco com coronariografia sem lesões obstrutivas e ventriculografia apresentada abaixo. ECG E VENTRICULOGRAFIA Qual a fisiopatologia da hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Infiltração inflamatória miocárdica difusa.
- B. Liberação de catecolaminas em paciente suscetível. ✓**
- C. Ulceração de placa aterosclerótica em artéria descendente anterior.
- D. Vasoespasmo coronariano difuso.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial típica prolongada desencadeada por estresse emocional agudo intenso, em mulher idosa, com sinais de congestão pulmonar, sopro sistólico mitral e coronariografia sem lesões obstrutivas, é a apresentação clássica da cardiomiopatia induzida por estresse (síndrome de Takotsubo), diagnóstico confirmado justamente pelo contraste entre alteração eletrocardiográfica e de contratilidade segmentar à ventriculografia e artérias coronárias livres. A fisiopatologia aceita é a descarga maciça de catecolaminas em paciente suscetível, tipicamente mulher na pós-menopausa, levando a atordoamento miocárdico por toxicidade direta, disfunção microvascular e obstrução dinâmica da via de saída, com disfunção que ultrapassa o território de uma única coronária e é reversível em semanas. Infiltração inflamatória miocárdica difusa corresponde à miocardite, que se relaciona a pródromo viral e não a gatilho emocional agudo com esse padrão de recuperação. Ulceração de placa aterosclerótica na descendente anterior é a fisiopatologia do infarto com supradesnivelamento, formalmente excluída pela coronariografia sem lesões obstrutivas. Vasoespasmo coronariano difuso define a angina de Prinzmetal, com dor em repouso, supra transitório que reverte com nitrato e sem a disfunção segmentar extensa e persistente aqui documentada. Resposta B