HCPA — Residência Médica 2021 (R1)

Prova comentada

95 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 2 — Gabarito A

Paciente com 20 semanas de gestação realizou ultras- sonografia morfológica, que demonstrou presença de ascite fetal e calcificações intestinais e hepáticas. A criança nasceu com 37 semanas, 2.100 g e perímetro cefálico de 38 cm. Apresentou fontanelas amplas. A ultrassonografia transfontanelar revelou calcificações intracranianas e hidrocefalia. A avaliação oftalmológica indicou coriorretinite. Considerando uma infecção do grupo Z-STORCH, qual o provável agente etiológico dessa enfermidade no neonato?

A. Toxoplasma ✓

B. Citomegalovírus

C. Zika vírus

D. Herpes-vírus

COMENTÁRIO OSCELABS

Ascite fetal com calcificacoes intestinais e hepaticas, calcificacoes intracranianas DIFUSAS, hidrocefalia (perimetro cefalico 38 cm, fontanelas amplas) e coriorretinite formam a triade classica de Sabin da toxoplasmose congenita. O citomegalovirus (B) cursa com microcefalia e calcificacoes PERIVENTRICULARES; o Zika (C) da microcefalia grave com desproporcao craniofacial, e o herpes (D) manifesta-se no pos-parto com vesiculas, sepse ou encefalite temporal. Perola: calcificacao difusa + hidrocefalia + coriorretinite = Toxoplasma. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Recém-nascido com 6 horas de vida foi internado no Centro de Tratamento

A. Atresia pulmonar com septo interventricular fechado ✓

B. Coarctação da aorta grave com colapso circulatório

C. Transposição dos grandes vasos com pequena mistura

D. Síndrome da hipoplasia do coração esquerdo

COMENTÁRIO OSCELABS

Cianose grave precoce sem sopro significativo, com radiografia mostrando coracao pequeno e HIPOFLUXO pulmonar, aponta obstrucao a via de saida direita: atresia pulmonar com septo integro, canal-dependente. O ECG fecha o raciocinio — sobrecarga atrial direita (atrio direito hipertenso) e ventricular ESQUERDA (VD hipoplasico, dominancia do VE). Na transposicao (C) ha cardiomegalia com hiperfluxo e desvio para a direita; na coarctacao (B) os pulsos femorais estariam reduzidos e haveria congestao; na hipoplasia do coracao esquerdo (D) espera-se sobrecarga direita e choque. Conduta imediata: prostaglandina E1. Resposta A.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Recém-nascido apresentou taquipneia, gemência e fe bre de 38,5º C com 24 horas de vida. A mãe, com diag nóstico de corioamnionite, teve a bolsa rota 20 horas após o início do trabalho de parto. O parto foi vaginal. O escore de Apgar indicou 9 no 5o minuto, sem necessida de de manobras de reanimação. A equipe neonatal soli citou a realização de hemocultura e leucograma, o qual demonstrou leucocitose. Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

A. Aguardar o resultado da hemocultura para indicar antibioticoterapia.

B. Administrar ampicilina e gentamicina intravenosas, considerando como prováveis agentes etiológicos Streptococcus do grupo B, Lysteria monocytogenes e Escherichia coli. ✓

C. Administrar vancomicina intravenosa, considerando como prováveis agentes etiológicos Streptococcus do grupo B, Lysteria monocytogenes e Staphylococcus aureus.

D. Administrar ceftriaxona intramuscular 1 vez/dia até o resultado do antibiograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Corioamnionite materna, bolsa rota prolongada e RN sintomatico com 24 horas (taquipneia, gemencia, febre, leucocitose) = sepse neonatal PRECOCE. Nao se espera hemocultura (A) em RN sintomatico — a mortalidade e horas-dependente. O esquema empirico classico cobre Streptococcus do grupo B, Listeria e E. coli: ampicilina + gentamicina. Vancomicina (C) nao cobre Gram-negativos, e ceftriaxona (D) e proscrita no neonato por deslocar bilirrubina da albumina (risco de kernicterus) e interagir com calcio. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito B

Que recomendação, dentre as abaixo, deve ser dada a uma mãe que deseja amamentar seu segundo filho, mas tivera o diagnóstico de mamilos curtos por ocasião do aleitamento materno do primeiro filho?

A. Fazer exercícios que aumentem o tamanho dos mamilos durante a gestação.

B. Aprender e utilizar a técnica adequada de amamen tação. ✓

C. Limitar o tempo e a frequência das mamadas.

D. Usar um bico intermediário de silicone no início da amamentação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mamilo curto ou plano NAO impede a amamentacao: o bebe abocanha a arêola e nao o mamilo, e a propria succao molda a protrusao. A intervencao eficaz e ensinar e treinar pega e posicionamento adequados. Exercicios de protrusao (A, manobra de Hoffman) nao tem evidencia de beneficio; limitar tempo e frequencia (C) reduz o estimulo e a producao, agravando o problema; o bico de silicone (D) prejudica a pega, diminui a transferencia de leite e deve ser excecao, nunca recomendacao inicial. Resposta B.

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Em abril de 2020, durante a pandemia da COVID-19, uma mãe, que é enfermeira, fez contato à noite com o pediatra de seu filho de 1 mês de vida por estar preocupada com a febre e a tosse apresentadas há cerca de 3 dias. Relatou que, durante aquele dia, ele recusara a fórmula láctea infantil. A pedido do médico, a mãe forneceu as seguintes informações constantes da Caderneta de Saúde da Criança: idade gestacional do recém-nascido - 39 semanas e 5 dias; parto - cesáreo; peso de nascimento - 3.230 g; comprimento - 49 cm; ín dice de Apgar - 7 (1o minuto) e 9 (5o minuto). Não houve intercorrências no pré-natal. O médico também foi infor mado de que, naquele momento, a contagem de respira ções por minuto era de 70 mpm e de que havia sibilos à ausculta respiratória. Com base no quadro clínico, o que o pediatra deveria recomendar a essa mãe?

A. Agendar uma consulta na primeira hora da manhã seguinte em sua clínica para avaliação do paciente.

B. Administrar paracetamol (via oral) se houver regis tro de temperatura >= a 37,8º C.

C. Administrar fenoterol (inalatório) por saber que o irmão do paciente (4 anos) tem asma e que a medi cação está disponível em casa.

D. Encaminhar o paciente imediatamente para um serviço de emergência hospitalar. Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 3 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 1 mes com febre, tosse ha 3 dias, RECUSA alimentar e frequencia respiratoria de 70 mpm com sibilos preenche varios sinais de gravidade — abaixo de 3 meses, febre e taquipneia ja sao criterio de avaliacao imediata. Agendar consulta para a manha seguinte (A) posterga o atendimento de um lactente em risco de apneia e insuficiencia respiratoria. Antitermico (B) trata sintoma e mascara o quadro; broncodilatador de outra pessoa (C) e prescricao por telefone, sem indicacao e sem seguranca. Encaminhamento imediato a emergencia. Resposta D.

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Lactente de 3 meses de idade, previamente hígido, foi internado por bronquiolite viral aguda por adenovírus na Unidade de Tratamento

A. Bronquiolite obliterante ✓

B. Asma

C. Displasia broncopulmonar

D. Fibrose cística

COMENTÁRIO OSCELABS

Bronquiolite grave por ADENOVIRUS (o agente classicamente associado) evoluindo com dependencia persistente de oxigenio e tiragem apos 4 semanas define bronquiolite obliterante pos-infecciosa — obstrucao fibroproliferativa dos bronquiolos, confirmada por TC de alta resolucao com padrao em mosaico. Displasia broncopulmonar (C) exige prematuridade com necessidade de O2, o que nao ocorreu (36s4d, sem suporte ventilatorio neonatal). Asma (B) nao se diagnostica com O2-dependencia continua aos 3 meses, e fibrose cistica (D) foi afastada pelo teste do pezinho normal e bom crescimento. Resposta A.

QUESTÃO 8 — Gabarito D

Em julho de 2019, um lactente de 7 meses, previamente hígido, foi trazido à Emergência por rinorreia, obstrução nasal e tosse, quadro iniciado há 4 dias. A mãe informou que a criança passara a frequentar a pré-escola (creche) há 1 mês. Ao exame físico, encontrava-se em bom esta do geral, ativo, afebril, com boa perfusão periférica, fre quência cardíaca de 120 bpm e frequência respiratória de 52 mpm com leve tiragem subcostal. A ausculta pul monar revelou estertores crepitantes difusos. A oxime tria de pulso indicou 91%. Neste momento, que exame, dentre os abaixo, deverá ser solicitado para confirmar a hipótese diagnóstica?

A. Radiografia de tórax

B. Imunofluorescência para vírus respiratórios

C. Hemograma com hemocultura

D. Nenhum exame é necessário. . ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 7 meses, em creche, com pródromo de vias aereas superiores evoluindo para taquipneia, tiragem e crepitantes difusos: bronquiolite viral aguda, diagnostico eminentemente CLINICO. Radiografia (A) nao confirma e expoe a radiacao e a antibiotico desnecessario por atelectasias mal interpretadas; pesquisa viral (B) so muda conduta para coorte hospitalar/vigilancia, nao para o diagnostico; hemograma e hemocultura (C) nao tem papel em quadro viral tipico. A saturacao de 91% orienta oxigenoterapia, nao investigacao etiologica. Resposta D.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Menino de 14 meses de idade foi trazido à consulta por palidez cutânea e pica. Em seu histórico, constavam peso de nascimento de 2.110 g e idade gestacional de 34 semanas. A alimentação era variada e havia registro de bom ganho ponderal. Familiares negaram anemia ou uso de medicações no primeiro ano de vida. A tabela abaixo mostra os resultados do hemograma. Exame Resultado Exame Resultado Eritrócitos 2,45 milhões/mm³ Leucócitos totais 6.480/mm³ Hemoglobina 7,9 g/dl Neutrófilos 2.178/mm³ Hematócrito 21% Eosinófilos 570/mm³ VCM 47 fl Basófilos 4/mm³ HCM 22 pg Monócitos 787/mm³ CHCM 25 g/dl Linfócitos 2.941/mm³ RDW 25% Plaquetas 750.000/mm³ Que conduta, dentre as abaixo, é mais adequada consi derando o provável diagnóstico?

A. Prescrever sulfato ferroso por via oral. ✓

B. Prescrever ácido fólico por via oral.

C. Prescrever sacarato de hidróxido férrico por via in travenosa

D. Transfundir concentrado de hemácias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Palidez com PICA, VCM 47 fl, HCM e CHCM baixos, RDW 25% e plaquetose de 750.000 formam o retrato da anemia FERROPRIVA — e o antecedente de prematuridade com baixo peso explica o estoque de ferro esgotado (a profilaxia foi negada). O tratamento e sulfato ferroso por via oral, 3-5 mg/kg/dia de ferro elementar. Acido folico (B) trataria anemia macrocitica. Ferro intravenoso (C) reserva-se a intolerancia ou ma absorcao. Transfusao (D) so com repercussao hemodinamica — a crianca esta compensada e ativa. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Assinale a alternativa que preenche, correta e respecti vamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Para um lactente de 18 meses com diagnóstico de pneumonia bacteriana confirmado por radiografia de tórax, foi indicado tratamen to ambulatorial. O provável agente etiológico seria ..... . Conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde, o antibiótico de primeira escolha seria ....., preferencialmente por ..... dias.

A. Mycoplasma pneumoniae - azitromicina - 5

B. Streptococcus pneumoniae - amoxicilina - 7 ✓

C. Chlamydia trachomatis - claritromicina - 10

D. Staphylococcus aureus - amoxicilina + clavulanato - 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Acima de 2 meses e ate os 5 anos, o agente bacteriano mais frequente da pneumonia comunitaria e o Streptococcus pneumoniae, e a OMS recomenda amoxicilina por via oral como primeira escolha no tratamento ambulatorial, por 7 dias. Mycoplasma (A) predomina em escolares e adolescentes; Chlamydia trachomatis (C) causa pneumonia afebril do lactente jovem (1-3 meses), com tosse coqueluchoide e eosinofilia; S. aureus (D) e agente de pneumonia grave e complicada (pneumatoceles, empiema), nao de tratamento domiciliar. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Qual das recomendações abaixo não faz parte dos “Doze Passos para uma Alimentação Saudável”, do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos, do Ministério da Saúde (2019)?

A. Não oferecer alimentos ultraprocessados para a criança.

B. Não oferecer açúcar nem preparações ou produtos que contenham açúcar à criança até os 2 anos de idade.

C. Não adicionar sal no preparo das refeições de crianças com menos de 12 meses de idade. ✓

D. Proteger a criança da publicidade de alimentos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Os Doze Passos do Guia Alimentar para Criancas Brasileiras Menores de Dois Anos (MS, 2019) incluem explicitamente nao oferecer alimentos ultraprocessados (A), nao oferecer acucar nem produtos com acucar ate os 2 anos (B) e proteger a crianca da publicidade de alimentos (D). A recomendacao sobre sal aparece como uso comedido na preparacao dos alimentos da familia, e nao como o enunciado formal de proibicao por faixa etaria de 12 meses. A questao cobra literalidade do documento. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Menino de 3 anos foi trazido à consulta por distensão abdominal progressiva percebida pela mãe há cerca de 2 semanas. Ao exame físico, encontrava-se em ótimo estado geral e ativo, com distensão abdominal impor tante e massa endurecida palpável ocupando todo o he miabdômen direito, com pouco desconforto à palpação. A pressão arterial era de 120/90 mmHg. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e que exame de imagem deve ser realizado imediatamente?

A. Tumor de Wilms - ultrassonografia abdominal ✓

B. Linfoma - ultrassonografia abdominal

C. Apendicite aguda - tomografia computadorizada abdominal

D. Fecaloma - radiografia abdominal

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal endurecida, unilateral, que nao ultrapassa a linha media, em crianca de 3 anos em otimo estado geral e com HIPERTENSAO (secrecao de renina) e o retrato do tumor de Wilms (nefroblastoma). O primeiro exame e a ultrassonografia abdominal com Doppler — define origem renal e pesquisa trombo em veia renal/cava. Linfoma (B) costuma dar massa que cruza a linha media e sintomas B; apendicite (C) e quadro agudo e doloroso; fecaloma (D) nao produz massa petrea nem hipertensao. Perola: palpe com cuidado — manipulacao excessiva pode romper a capsula. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Menina de 6 anos foi trazida à consulta por otalgia. Ao ser realizada a ausculta cardíaca, foi observado um so pro sistólico de alta frequência, vibratório, variável, con cluído antes da segunda bulha, não precedido por esta lido. Dentre os sopros abaixo, qual o mais provável?

A. Sopro pulmonar

B. Sopro pulmonar periférico

C. Zumbido venoso

D. Sopro de Still ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro sistolico ejetivo, de carater vibratorio/musical, que varia com a posicao e termina ANTES da segunda bulha, em crianca assintomatica que consultou por outro motivo, e o sopro inocente de Still — o mais comum entre 2 e 7 anos. O zumbido venoso (C) e CONTINUO, audivel em regiao infraclavicular e desaparece a compressao jugular ou em decubito. O sopro pulmonar periferico (B) e do neonato, com irradiacao para axilas e dorso. O sopro pulmonar (A) e mais rude e nao vibratorio. Ausencia de estalido e de sintomas reforca a benignidade. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito B

Em consulta pediátrica de rotina de um menino de 8 anos, a ausculta cardíaca mostrou ritmo irregular, variando de 75-110 bpm, com períodos curtos de um extremo a outro dessa faixa. Em relação ao ritmo cardíaco, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

A. Extrassístoles atriais bloqueadas, com pausas compensadoras.

B. Arritmia sinusal fisiológica, com variação respirató ria. ✓

C. Doença do nó sinusal, alternando bradicardia e ta quicardia.

D. Síndrome de Wolff-Parkinson-White, a ser confir mada por eletrocardiografia. 4 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Ritmo irregular com variacao ciclica de 75 a 110 bpm, em periodos curtos, em crianca hígida de 8 anos, e arritmia sinusal fisiologica — a frequencia sobe na inspiracao e cai na expiracao, por modulacao vagal. E achado NORMAL e ate marcador de bom tonus autonomico. Extrassistoles bloqueadas (A) produzem pausas, nao aceleracao progressiva; doenca do no sinusal (C) e rara e cursa com sincope; WPW (D) manifesta-se como taquicardia supraventricular paroxistica, nao como variacao respiratoria. Confirma-se pedindo para prender a respiracao: a irregularidade some. Resposta B.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Associe os achados clínicos (coluna da esquerda) aos diagnósticos a que eles estão relacionados (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Hipotonia global, cardiopatia e atra so no desenvolvimento neuropsico motor Dificuldade em ler e escrever Espasticidade, tetraparesia e mi crocefalia Fraqueza, hipotonia e fascicula ções de língua Dificuldade de aprendizagem e manchas café com leite ( ) ( ) ( ) Neurofibromatose Paralisia cerebral Atrofia muscular espinhal A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

A. 1 - 2 - 4

B. 2 - 4 - 3

C. 5 - 3 - 4 ✓

D. 5 - 4 - 3 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A associacao se resolve pelos marcadores patognomonicos. Neurofibromatose: dificuldade de aprendizagem com manchas cafe com leite (item 5). Paralisia cerebral: espasticidade, tetraparesia e microcefalia, lesao ENCEFALICA nao progressiva (item 3). Atrofia muscular espinhal: fraqueza, hipotonia e FASCICULACOES DE LINGUA, sinal de doenca do neuronio motor inferior (item 4). Hipotonia com cardiopatia e atraso (item 1) sugere sindrome de Down, e dificuldade de ler e escrever isolada (item 2), dislexia — nenhum dos dois entra na coluna. Sequencia 5-3-4. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Adolescente de 12 anos, morador de Porto Alegre, sem comorbidades prévias, foi internado devido a pneumonia comunitária com pequeno derrame pleural (não puncio nável). Após 72 horas de tratamento com penicilina cris talina, permanecia febril. A radiografia de tórax foi repeti da e evidenciou aumento do derrame pleural, tendo sido realizada toracocentese, cujo resultado mostrou líquido pleural com aspecto não purulento e predomínio de linfó citos (70%). Considerando a principal hipótese diagnós tica, que outra alteração poderia ser encontrada?

A. Aumento da adenosina deaminase no líquido pleu ral (110 UI/l) ✓

B. Razão proteínas do líquido pleural/proteínas séri cas < 0,5

C. Razão LDH do líquido pleural/LDH sérico < 0,6

D. Aumento do percentual de células mesoteliais no líquido pleural (> 5%)

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumonia que nao responde a 72 horas de penicilina, com derrame que AUMENTA e liquido nao purulento com predominio LINFOCITARIO (70%), aponta tuberculose pleural. O marcador que a sustenta e a adenosina deaminase elevada (>40 UI/l; 110 UI/l e altamente sugestivo). As alternativas B e C descrevem criterios de TRANSUDATO pelos criterios de Light, e o derrame tuberculoso e exsudato rico em proteinas. Celulas mesoteliais acima de 5% (D) falam CONTRA tuberculose, pois a inflamacao granulomatosa reveste a pleura e as reduz. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Paciente feminina, de 14 anos, consultou por cefaleia recorrente e náuseas matinais, com piora progressiva do equilíbrio, quadro iniciado há 2 semanas. A conduta imediata mais recomendada é realizar

A. ressonância magnética de crânio, pela possibilida de de ser uma neoplasia de hemisfério cerebral.

B. tomografia computadorizada de crânio, para pes quisar possível massa expansiva no sistema nervo so central. ✓

C. ressonância magnética de crânio, para investigar possível alteração nos ouvidos médio e interno, responsáveis pelo sistema do equilíbrio.

D. punção lombar para diagnóstico, por haver evidên cias clínicas de hipertensão intracraniana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia recorrente com NAUSEAS MATINAIS (vomito em jato ao acordar, tipico de hipertensao intracraniana) e piora progressiva do EQUILIBRIO em 2 semanas apontam massa expansiva de fossa posterior — em adolescentes, meduloblastoma, astrocitoma cerebelar ou ependimoma. Na conduta IMEDIATA, a tomografia de cranio e o exame disponivel e rapido para afastar lesao expansiva e hidrocefalia; a ressonancia complementa depois. A alternativa A erra a topografia (hemisferio cerebral), C erra a hipotese (labirinto) e a puncao lombar (D) e formalmente CONTRAINDICADA na suspeita de HIC por massa, pelo risco de herniacao. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre coqueluche.

A. Seu agente etiológico é Bordetella pertussis, um cocobacilo Gram-positivo que coloniza a nasofarin ge dos pacientes.

B. A doença é caracterizada por três fases, na seguin te ordem evolutiva e consecutiva: paroxística, ca tarral e de convalescença.

C. Recém-nascidos que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado, com tosse por 5 dias ou mais, independentemente da situação epidemioló gica, devem ser tratados. ✓

D. Eritromicina é considerada, atualmente, o medica mento de primeira escolha tanto para o tratamento como para a quimioprofilaxia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido que teve contato com caso suspeito ou confirmado e apresenta tosse por 5 dias ou mais deve ser tratado — nessa faixa a coqueluche cursa com apneia e alta letalidade, e nao se aguarda confirmacao. A alternativa A erra a coloracao: Bordetella pertussis e cocobacilo Gram-NEGATIVO. B inverte as fases, que seguem a ordem catarral, paroxistica e convalescenca. D esta desatualizada: a azitromicina e hoje a primeira escolha para tratamento e quimioprofilaxia, por melhor adesao e menor toxicidade; a eritromicina em lactentes ainda se associa a estenose hipertrofica de piloro. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito B

Paciente de 15 anos foi admitido no Centro de Trata mento

A. Coma prolongado, ausência de reatividade supra espinhal e respiração agônica

B. Coma não perceptivo, ausência de reatividade su praespinhal e apneia persistente ✓

C. Coma grave (Glasgow 3), pupilas dilatadas e não reagentes e respiração agônica

D. Coma profundo (Glasgow 4), pupilas anisocóricas e apneia persistente

COMENTÁRIO OSCELABS

A Resolucao CFM 2.173/2017 exige, como PRE-REQUISITOS para iniciar a determinacao de morte encefalica, causa conhecida e irreversivel, ausencia de fatores confundidores, temperatura e pressao adequadas e o quadro clinico de coma NAO PERCEPTIVO, ausencia de reatividade supraespinhal e apneia persistente (comprovada no teste de apneia). Respiracao agonica (A e C) significa drive respiratorio presente e EXCLUI o diagnostico. Glasgow 4 e anisocoria (D) implicam resposta motora e reatividade — incompativeis com ME, que exige Glasgow 3 e pupilas fixas. Resposta B.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Considere as assertivas abaixo sobre sífilis. I - O diagnóstico de sífilis primária é feito por pesquisa de Treponema pallidum em campo escuro. II - Gestantes com sífilis e alérgicas a penicilina devem ser dessensibilizadas com penicilina e tratadas com penicilina benzatina. III - O VDRL se torna positivo 30-50 dias após a inocu lação; um resultado negativo não exclui o diagnós tico de sífilis primária. Quais são corretas?

A. Apenas I

B. Apenas III

C. Apenas I e III

D. I, II e III ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As tres assertivas estao corretas. I — na sifilis primaria, com cancro presente e sorologia ainda negativa, a pesquisa direta do Treponema pallidum em campo escuro fecha o diagnostico. II — gestante alergica deve ser DESSENSIBILIZADA e tratada com penicilina benzatina, unica droga que atravessa a placenta em concentracao treponemicida e trata o feto; ceftriaxona ou doxiciclina nao tratam a sifilis congenita. III — o VDRL positiva cerca de 30-50 dias apos a inoculacao, de modo que um resultado negativo na janela imunologica nao afasta sifilis primaria. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito D

A que procedimento corresponde a sequência de imagens abaixo?

A. Histerometria

B. Dilatação do colo uterino

C. Aspiração manual intrauterina

D. Colocação de dispositivo intrauterino ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequencia reproduz as etapas da insercao do dispositivo intrauterino: pinçamento do colo com pinça de Pozzi, histerometria para aferir a cavidade e direcao, introducao do aplicador ate o fundo uterino e liberacao do dispositivo com corte dos fios. A histerometria (A) e apenas UMA das etapas, nao o procedimento em si; a dilatacao do colo (B) nao e necessaria para o DIU e integra procedimentos de esvaziamento; a AMIU (C) exigiria canula de Karman conectada a seringa de aspiracao com vacuo, material distinto do aplicador. Resposta D.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Paciente de 45 anos veio ao Ambulatório queixando-se de dor e vermelhidão na mama direita. Havia consultado no Posto de Saúde, tendo-lhe sido prescritas cefalexina por 7 dias e, posteriormente, clindamicina por 14 dias. Como não houve melhora, foi encaminhada para aten dimento em nível terciário. À palpação da axila direita, foram detectados linfonodos fusionados e aderidos. A imagem abaixo reproduz a inspeção estática. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual a se quência de tratamento?

A. Carcinoma de mama papilífero - tratamentos sistê mico e cirúrgico

B. Abscesso mamário - tratamentos cirúrgico e medi camentoso (ciprofloxacino)

C. Mastite - tratamentos medicamentoso (sulfameto xazol + trimetoprima) e cirúrgico

D. Carcinoma inflamatório - tratamentos sistêmico e cirúrgico ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mama difusamente eritematosa e dolorosa em mulher de 45 anos, REFRATARIA a dois cursos de antibiotico (cefalexina e clindamicina), com linfonodos axilares fusionados e aderidos, e carcinoma inflamatorio (T4d) ate prova em contrario — nao mastite. A regra de ouro: mastite fora do puerperio que nao melhora em 1-2 semanas exige biopsia de pele e do parenquima. O tratamento comeca pelo SISTEMICO (quimioterapia neoadjuvante), seguido de mastectomia e radioterapia. Abscesso (B) daria flutuacao e melhora com drenagem; mastite (C) nao produz linfonodos aderidos. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Paciente com amenorreia foi submetida ao teste de pro gesterona, com resultado positivo, ou seja, com sangra mento por via vaginal. Com base nesse resultado, consi dere as assertivas abaixo. I - Os ovários secretam estrógenos em níveis normais, a paciente tem útero e o endométrio é responsivo a esses hormônios. II - Síndrome de Ashermann é uma provável causa da amenorreia. III - O trato genital inferior é competente e permeável. Quais são corretas?

A. Apenas I

B. Apenas III

C. Apenas I e III ✓

D. I, II e III

COMENTÁRIO OSCELABS

Teste da progesterona POSITIVO (sangramento apos a progesterona) prova tres coisas: o endometrio foi previamente preparado por estrogenio endogeno em nivel adequado, portanto o eixo e os ovarios funcionam e o endometrio e responsivo (I), e o trato de saida esta permeavel, pois o sangue exteriorizou (III). Justamente por isso a assertiva II esta errada: na sindrome de Asherman ha destruicao/sinequias do endometrio e o teste seria NEGATIVO, assim como na obstrucao do trato genital inferior. O teste positivo caracteriza anovulacao — a SOP e a causa mais comum. Resposta C.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Paciente de 18 anos veio à consulta para escolha de método contraceptivo. Informou estar namorando há 6 meses um rapaz que reside em outra cidade e que chegará em Porto Alegre em 2 dias, quando ela pre- tende iniciar sua vida sexual. Negou história de doenças e uso de medicamentos. Fizera a vacina quadrivalente para HPV há 6 anos. Referiu estar no primeiro dia da menstruação e que seus períodos são sempre irregulares e acompanhados de cólica intensa. Manifestou seu des- conforto em menstruar, por apresentar muitos sintomas de tensão pré-menstrual (mastalgia, irritação, distensão abdominal, cefaleia). Um tio paterno teve trombose ve- nosa profunda em membro inferior aos 70 anos. Que alternativa de anticoncepção, dentre as abaixo, seria a mais adequada para essa paciente?

A. Anticoncepcional oral combinado, por corrigir o ci clo menstrual, tornando o padrão previsível.
B. Anticoncepção oral com progestágeno isolado, pois a história familiar de trombose contraindica a anti concepção hormonal combinada.
C. Implante subdérmico de etonogestrel ou acetato de medroxiprogesterona de depósito via intramus cular, por terem efeito imediato ou em 24 horas respectivamente, se inserido ou administrado no primeiro dia do ciclo. ✓
D. Sistema intrauterino de levonorgestrel, porque tra taria a dismenorreia e diminuiria os sintomas pré- menstruais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente inicia a vida sexual em 2 DIAS, esta no primeiro dia do ciclo, tem ciclos irregulares, dismenorreia intensa e sintomas pre-menstruais importantes — quer um metodo de alta eficacia com protecao imediata e que reduza o sangramento. Implante de etonogestrel (efeito imediato se inserido nos primeiros 5 dias) ou medroxiprogesterona de deposito (protecao em 24 horas) atendem exatamente a isso. A alternativa A propoe justamente manter o padrao menstrual que a incomoda; B usa como contraindicacao uma historia familiar irrelevante (tio, parente de 2o grau, aos 70 anos, nao contraindica combinado); o SIU-LNG (D) leva ate 7 dias para eficacia. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Paciente de 27 anos, que se submetia a avaliações gi necológicas anuais na Unidade Básica de Saúde, sem registro de qualquer anormalidade até agora, trouxe à consulta o resultado do exame citopatológico cervical, que revelou lesão intraepitelial de baixo grau. A conduta mais adequada é

A. repetir o exame citopatológico em 6 meses. ✓
B. realizar biópsia de colo uterino.
C. realizar o teste de Schiller.
D. encaminhar a paciente para colposcopia e biópsia de colo uterino.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesao intraepitelial de BAIXO grau (LSIL) tem alta taxa de regressao espontanea, sobretudo em mulheres jovens. Pelas Diretrizes Brasileiras (INCA), em paciente com 25 anos ou mais a conduta e repetir a citologia em 6 meses; encaminha-se a colposcopia apenas se a segunda citologia mantiver alteracao. Biopsia direta (B) e colposcopia imediata (D) sao sobretratamento nesse cenario, com risco de procedimentos excisionais desnecessarios em mulher que ainda podera gestar. O teste de Schiller (C) e inespecifico e nao orienta conduta isoladamente. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Paciente de 48 anos, G2C1P1, consultou por vir apresen tando perda urinária insensível, mais à noite. Informou que, logo após um esforço, eventualmente também ocor ria perda urinária. Ao exame, o IMC era de 30,4 kg/m2 e havia distopia à manobra de Valsalva, com classificação pelo POP Q de Ba +1, C -4 e Bp +2. Que tratamento, dentre os abaixo, deve ser recomendado?

A. Prescrever oxibutinina por via oral ✓

B. Realizar treinamento da musculatura pélvica

C. Realizar implante de sling retropúbico

D. Realizar implante de sling transobturador 6 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

A queixa dominante e perda urinaria INSENSIVEL, pior a noite — padrao de bexiga hiperativa/urgeincontinencia; a perda ocasional ao esforco caracteriza incontinencia mista com predominio de urgencia. O tratamento farmacologico do componente irritativo e o antimuscarinico (oxibutinina). O treinamento da musculatura pelvica (B) atua principalmente no componente de esforco e no prolapso. Os slings (C e D) sao cirurgias para incontinencia de ESFORCO e podem inclusive agravar sintomas de urgencia — nao se opera antes de tratar o componente predominante. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Paciente de 56 anos, G2P2, com menopausa aos 52 anos, submeteu-se a uma histerectomia laparoscópica por miomatose uterina e sangramento uterino não res ponsivo a tratamento clínico. No 1o dia pós-operatório, apresentou febre (38o C). Qual a provável causa da fe bre?

A. Infecção da ferida operatória

B. Infecção urinária

C. Tromboflebite pélvica

D. Atelectasia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre nas primeiras 24-48 horas de pos-operatorio, sobretudo apos anestesia geral, e classicamente atribuida a ATELECTASIA e a resposta inflamatoria a agressao cirurgica (liberacao de citocinas). A regra dos 'W' cronologicos ajuda: pulmao nas primeiras 48h, urina no 3o-5o dia, ferida a partir do 5o-7o dia e tromboflebite/trombose apos o 5o dia. Assim, infeccao de ferida (A), infeccao urinaria (B) e tromboflebite pelvica (C) sao precoces demais para o 1o dia. Conduta: fisioterapia respiratoria e deambulacao, nao antibiotico. Resposta D.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Paciente de 48 anos, G2P2, consultou por dor pélvica iniciada há 2 meses. Informou ter ciclos menstruais de 40 dias há 6 meses e ter realizado ligadura tubária há 12 anos. Negou uso de medicamentos. O IMC era de 25 kg/m2. O exame especular estava normal, mas havia dor à palpação da fossa ilíaca direita ao exame bima nual do abdômen. O toque vaginal revelou aumento de volume dos anexos direitos com leve dor à palpação e útero de tamanho e consistência normais. A ultrassono grafia demonstrou ovário direito aumentado, com nódulo hipoecoico de 6 cm. Os exames laboratoriais indicaram CA-125 de 15 U/ml (valor de referência: <= 35 U/ml), LDH de 350 UI/l (valor de referência: 140-280 UI/l), b-hCG de 45 mUI/ml (valor de referência: < 5 mUI/ml) e TSH de 3,4 mU/l (valor de referência: 0,3-4 mU/l). Qual o diag nóstico mais provável?

A. Endometrioma

B. Cistoadenoma mucoso

C. Disgerminoma ✓

D. Teratoma maduro

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa ovariana SOLIDA hipoecoica de 6 cm com LDH elevado (350) e beta-hCG discretamente elevado (45) e CA-125 NORMAL aponta tumor de celulas germinativas: o disgerminoma tem a LDH como marcador classico e pode produzir hCG por celulas sinciciotrofoblasticas isoladas. Endometrioma (A) e cistico com conteudo em vidro fosco e tipicamente eleva CA-125; cistoadenoma mucinoso (B) e cistico multiloculado e volumoso; teratoma maduro (D) e cistico heterogeneo com gordura e calcificacoes e nao eleva LDH. Perola: em massa solida, os marcadores decidem. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Considere as assertivas abaixo sobre carcinoma epider moide de colo uterino. I - As neoplasias intraepiteliais cervicais de alto grau apresentam percentual significativo de progressão para neoplasias invasoras, justificando-se, assim, o tratamento dessas lesões quando diagnosticadas. II - A disseminação do carcinoma de colo de útero é principalmente hematogênica para pulmão e fígado. III - O estadiamento do tumor não tem impacto na so brevida livre de doença. Quais são corretas?

A. Apenas I ✓

B. Apenas II

C. Apenas III

D. Apenas I e II

COMENTÁRIO OSCELABS

Apenas a assertiva I esta correta: as NIC de alto grau (NIC 2/3) tem risco significativo de progressao para carcinoma invasor, o que justifica tratar toda lesao de alto grau diagnosticada — e a base do rastreamento organizado. A assertiva II inverte a biologia do tumor: a disseminacao do carcinoma epidermoide de colo e predominantemente por CONTIGUIDADE (paramétrios, vagina, bexiga, reto) e por via LINFATICA; a hematogenica e tardia. A III contraria o principio mais solido da oncologia ginecologica — o estadiamento (FIGO) e o principal determinante de sobrevida e de escolha terapeutica. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre dosagem e período ideal de administração de ácido fólico para pacientes que pretendem engravidar.

A. Todas as pacientes devem utilizar 5 mg/dia, por via oral, por pelo menos 30 dias antes da concepção e até a 12a semana de gestação.

B. Pacientes com filho com defeito do tubo neural em gestação anterior devem receber 4 mg/dia, por via oral, por pelo menos 30 dias antes da concepção e até a 12a semana de gestação. ✓

C. Pacientes que não apresentam fator de risco para malformações do tubo neural devem receber pelo menos 1 mg/dia, por via oral, desde a concepção até o final da gestação.

D. Pacientes em uso de carbamazepina devem receber 0,4 mg/dia, por via oral, por pelo menos 30 dias an tes da concepção e até a 12a semana de gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A suplementacao de acido folico e estratificada por RISCO. Para a populacao geral, 0,4 mg/dia (400 mcg) desde pelo menos 30 dias antes da concepcao ate a 12a semana. Para ALTO risco — filho previo com defeito do tubo neural, uso de anticonvulsivantes, diabetes, obesidade — a dose sobe para 4-5 mg/dia. A alternativa A generaliza a dose alta para todas; C eleva indevidamente a dose de baixo risco e prolonga ate o fim da gestacao; D comete o erro oposto e mais perigoso, prescrevendo dose baixa a paciente em carbamazepina, que e justamente alto risco. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Que tratamento, dentre os abaixo, é o mais adequado para toxoplasmose congênita confirmada durante a ges tação?

A. Espiramicina

B. Espiramicina e ácido fólico

C. Pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico ✓

D. Pirimetamina, sulfadiazina e azitromicina

COMENTÁRIO OSCELABS

Quando a infeccao FETAL esta confirmada (PCR em liquido amniotico ou achados ultrassonograficos), o objetivo deixa de ser prevenir a transmissao e passa a ser tratar o feto: o esquema triplice e pirimetamina + sulfadiazina + acido FOLINICO. A espiramicina (A e B) nao atravessa bem a placenta e serve apenas a gestante com infeccao aguda e feto ainda nao infectado. O acido folico (B) nao substitui o folinico — o folinico protege a medula materno-fetal sem antagonizar a pirimetamina, e a troca gera mielotoxicidade ou perda de eficacia. Azitromicina (D) nao integra o esquema padrao. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Analise a variedade de posição da apresentação fetal reproduzida na figura. Que fórceps, dentre os abaixo, está indicado?

A.

B.

C. ✓

D.

COMENTÁRIO OSCELABS

A escolha do forceps decorre diretamente da variedade de posicao e da altura da apresentacao. Em variedades TRANSVERSAS, que exigem rotacao, indica-se o forceps de Kielland, cuja articulacao deslizante e curvatura pelvica minima permitem corrigir o assinclitismo e girar a cabeca. Em variedades diretas (occipito-pubica ou sacra), com cabeca insinuada e baixa, usa-se o Simpson. O forceps de Piper e exclusivo para a cabeca derradeira na apresentacao pelvica. Aplicar o instrumento errado para a variedade e a principal causa de trauma materno e fetal. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre indução do trabalho de parto.

A. Tanto o uso da sonda de Foley como o de miso prostol são opções para o amadurecimento do colo em gestantes a termo com colo desfavorável e his tórico de 1 cesariana.

B. A indução eletiva do trabalho de parto antes de 39 semanas de gestação deve ser desencorajada quando se objetiva a redução da prematuridade tar dia iatrogênica. ✓

C. Para induzir o parto em paciente com 22 semanas de gestação, deve-se utilizar ocitocina em dose in ferior à usada em gestante no 3o trimestre.

D. Na indução do trabalho de parto com ocitocina, deve-se atentar para a ocorrência de hipertonia uterina, definida como mais de 5 contrações em 10 minutos durante 30 minutos. Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A inducao ELETIVA antes de 39 semanas deve ser desencorajada justamente porque produz prematuridade tardia iatrogenica — os recem-nascidos de 37-38 semanas tem mais desconforto respiratorio, hipoglicemia e internacao em UTI neonatal. A alternativa A erra ao permitir misoprostol com cesariana previa: prostaglandinas sao CONTRAINDICADAS pelo risco de rotura uterina, restando a sonda de Foley. C inverte a fisiologia — o utero do 2o trimestre tem poucos receptores de ocitocina e exige doses MAIORES. D confunde os conceitos: mais de 5 contracoes em 10 minutos e TAQUISSISTOLIA, nao hipertonia. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Paciente de 35 anos, G2P0Ab1, com IMC de 48 kg/m2 e 14 semanas de amenorreia, veio à consulta pré-natal com resultados de exames de rotina, dentre eles glice mia de jejum de 132 mg/dl e hemoglobina glicada de 6,7%. Sem queixas atuais, negou história de doenças crônicas. Qual o diagnóstico mais provável e qual a con duta adequada?

A. Diabetes gestacional - Não há necessidade de exame diagnóstico complementar.

B. Diabetes na gestação - Solicitar imediatamente teste oral de tolerância à glicose 75g-2h com 3 me didas de glicemia (jejum, 1 hora e 2 horas).

C. Suspeita de diabetes gestacional precoce - Confir mar com teste oral de tolerância à glicose 75g-2h com 3 medidas de glicemia (jejum, 1 hora e 2 ho ras) entre a 24a e a 28a semanas.

D. Diabetes na gestação - Não há necessidade de exame diagnóstico complementar. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 132 mg/dl (>= 126) e hemoglobina glicada de 6,7% (>= 6,5%) com 14 semanas preenchem criterios de DIABETES franco, e nao de diabetes gestacional — trata-se de diabetes previo so agora diagnosticado ('diabetes na gestacao' ou overt diabetes). O diagnostico ja esta FECHADO: nao ha necessidade de TOTG, que seria inclusive arriscado pela sobrecarga de glicose. As alternativas B e C erram ao pedir teste confirmatorio, e a A erra ao rotular como gestacional uma hiperglicemia que ja atinge o limiar de diabetes fora da gestacao. Conduta: dieta, monitorizacao e insulina se necessario, alem de rastreio de lesao de orgao-alvo. Resposta D.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

Paciente encontra-se na 14a semana de sua 5a gesta ção, até o momento sem intercorrências. Em seu his tórico, constavam dois abortamentos, com 17 e 19 se manas. Em duas outras gestações, havia apresentado modificação do colo uterino sem dor associada, chegan do ao hospital com dilatação avançada (7-8 cm), o que ocasionou partos prematuros, com 22 e 23 semanas. Não tem filhos vivos. Os exames de pré-natal estavam normais. Com relação à prevenção da prematuridade, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

A. Realizar medida do colo uterino.

B. Realizar cerclagem cervical. ✓

C. Indicar inserção de pessário cervical.

D. Recomendar manutenção de repouso domiciliar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois abortamentos tardios (17 e 19 semanas) e dois partos com 22 e 23 semanas apos modificacao cervical INDOLOR, com chegada ao hospital ja com 7-8 cm, desenham a incompetencia istmocervical classica. Com essa historia obstetrica, a indicacao de cerclagem e pela HISTORIA (eletiva, entre 12 e 16 semanas) — a paciente esta com 14 semanas, momento ideal. Medir o colo (A) e a estrategia para indicacao secundaria, em quem ainda nao preenche criterio historico; o pessario (C) nao tem evidencia consistente nesse cenario; repouso (D) nao previne prematuridade e aumenta risco tromboembolico. Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito C

Paciente com 22 semanas de sua 3a gestação, até o momento sem intercorrências, procurou o Centro Obs tétrico com queixa de desconforto abdominal. Em seu histórico, constavam partos com 32 e 28 semanas de gestação. Já havia realizado 4 consultas no pré-natal. Exames laboratoriais recentes mostraram urocultura ne gativa, anti-HIV negativo e hemoglobina de 10 g/dl. Ao exame, os batimentos cardiofetais estavam presentes. O toque vaginal revelou colo com orifício interno fecha do. Considerando o quadro, qual, dentre as abaixo, é a prescrição mais adequada?

A. Sulfato ferroso oral

B. Sulfato ferroso oral e progesterona oral

C. Sulfato ferroso oral e progesterona vaginal ✓

D. Sulfato ferroso intravenoso e progesterona vaginal

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 22 semanas com DOIS partos pre-termo previos tem indicacao formal de progesterona por via VAGINAL para prevencao de prematuridade — a via vaginal atinge o utero por efeito de primeira passagem uterina, enquanto a via oral (B) sofre metabolismo hepatico e nao demonstrou eficacia. A hemoglobina de 10 g/dl caracteriza anemia leve na gestacao, tratada com sulfato ferroso ORAL; ferro intravenoso (D) reserva-se a intolerancia, ma absorcao ou anemia grave proxima ao parto. Prescrever apenas ferro (A) desperdicaria a janela de prevencao. Resposta C.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre hepatites na gesta ção.

A. Não há necessidade de triagem sorológica para he patite B na primeira metade da gestação.

B. A imunização está indicada em qualquer trimestre da gestação quando o HBsAg for negativo e o anti-HBs for não reagente. ✓

C. Deve-se realizar triagem sorológica para hepatite A em todas as gestantes.

D. Só há indicação de imunoprofilaxia (vacina e imu noglobulina) para recém-nascido pré-termo, filho de gestante com infecção crônica pelo vírus da he patite B e HBeAg positivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina contra hepatite B e de virus inativado, segura em QUALQUER trimestre, e esta indicada sempre que a gestante for suscetivel — HBsAg negativo com anti-HBs nao reagente. A alternativa A contraria o pre-natal basico: a triagem com HBsAg e obrigatoria na primeira consulta e repetida no 3o trimestre. C nao procede — nao se faz rastreio sorologico universal para hepatite A. D restringe indevidamente a imunoprofilaxia: TODO recem-nascido de mae HBsAg positiva recebe vacina + imunoglobulina nas primeiras 12 horas, independentemente do HBeAg e da idade gestacional. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre gestação gemelar e avaliação por ultrassonografia (US).

A. A US realizada entre a 11a e a 13a semanas mais 6 dias é a mais adequada para definir a corionicidade e estimar o risco de alterações cromossômicas. ✓

B. A presença do sinal do lambda define gestação ge melar monocoriônica.

C. A presença de apenas um saco gestacional com dois embriões à US realizada com 8 semanas indi ca gestação gemelar dicoriônica monoamniótica.

D. O seguimento da gestação gemelar dicoriônica por US é mais frequente do que o da monocoriônica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ultrassonografia de 11 a 13 semanas e 6 dias e a janela nobre da gemelaridade: define a CORIONICIDADE (sinal do lambda ou do T), mede a translucencia nucal e estima risco de aneuploidias — depois disso a corionicidade fica muito mais dificil de determinar. B inverte os sinais: o lambda indica DIcorionica; o T, monocorionica. C erra por definicao — um unico saco gestacional com dois embriões e MONOcorionica. D inverte o seguimento: a monocorionica exige vigilancia mais frequente (a cada 2 semanas) pelo risco de sindrome de transfusao feto-fetal. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Ultrassonografia obstétrica de uma paciente indicou gestação de 8 semanas, compatível com a data da úl tima menstruação (DUM). Após 6 semanas, procurou a Emergência por apresentar cólicas abdominais e san gramento vaginal. Ao exame físico, foram identificados colo uterino fechado e sangramento oriundo do interior do colo uterino. Nova ultrassonografia mostrou um em brião de 8 semanas e 5 dias, sem atividade cardíaca. Com base nessas informações, assinale a assertiva cor reta.

A. Trata-se de ameaça de abortamento, havendo ne cessidade, por ser uma gestação inicial, de nova ultrassonografia em 1 semana para confirmar o diagnóstico.

B. A idade gestacional do feto apresenta erro supe rior a 10 dias em relação à DUM, sinalizando que a DUM está incorreta.

C. Para induzir a evacuação dos produtos da gesta ção, devem ser administrados 400 mcg de miso prostol, por via vaginal, 3 horas antes do procedi mento, considerando tratar-se de uma gestação com cerca de 8 semanas. ✓

D. Para induzir a evacuação dos produtos da gesta ção, devem ser administrados misoprostol e oci tocina, considerando tratar-se de gestação de 14 semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Embrião medindo 8 semanas e 5 dias SEM atividade cardiaca em gestacao que deveria ter 14 semanas = abortamento RETIDO, com diagnostico ja fechado (comprimento cabeca-nadega acima de 7 mm sem BCF). O preparo cervical com misoprostol 400 mcg por via vaginal cerca de 3 horas antes do esvaziamento reduz laceracao e perfuracao. A alternativa A confunde com ameaca de abortamento, que pressupoe embrião VIVO. B atribui a discrepancia a erro de DUM, quando a USG previa era compativel — a diferenca reflete a parada do desenvolvimento. D dimensiona o utero como de 14 semanas, mas o conteudo e de 8. Resposta C.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Para que grupo de pacientes, dentre os abaixo, as pro vas de coagulação estão indicadas como exame pré-operatório?

A. Para hipertensos

B. Para hepatopatas ✓

C. Para o grupo com indicação de cirurgia abdominal

D. Para o grupo com idade > 70 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

Exames pre-operatorios devem ser dirigidos pela historia e pelo exame fisico, e nao pedidos em bloco. As provas de coagulacao (TP/RNI, TTPa, plaquetas) tem indicacao quando ha risco real de coagulopatia: HEPATOPATIA (reducao da sintese de fatores dependentes de vitamina K), uso de anticoagulante, historia pessoal ou familiar de sangramento e doenca renal. Hipertensao (A), tipo de cirurgia isoladamente (C) e idade acima de 70 anos (D) nao justificam a solicitacao — geram exames falsamente alterados, adiamentos e custo sem impacto em desfecho. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Paciente de 76 anos, portadora de cardiopatia hiperten siva, foi submetida a uma cirurgia de prótese de quadril à direita. Na sala de recuperação pós-anestésica, apre sentou dor (8 pontos na Escala Visual Analógica de Dor). Que regime analgésico, dentre os abaixo, é mais indica do?

A. Morfina intravenosa (0,05 mg/kg, a cada 3 horas) e dose de resgate de 50% da dose calculada, até de 1 em 1 hora se houver dor nos intervalos, e dipirona (1 g intravenosa, a cada 6 horas) ✓

B. Tenoxicam intravenoso (40 mg, de 12 em 12 horas) e morfina intravenosa (0,05 mg/kg, a cada 3 horas)

C. Dipirona intravenosa (30 mg/kg, de 6 em 6 horas) e tramadol intravenoso (50 mg, a cada 8 horas)

D. Codeína (1 g) e paracetamol (500 mg, a cada 6 ho ras) por via oral

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor de forte intensidade (EVA 8) na sala de recuperacao apos artroplastia de quadril exige opioide FORTE titulado, com dose de resgate disponivel, associado a analgesico nao opioide — analgesia multimodal com morfina e dipirona. A alternativa B acrescenta AINE (tenoxicam) a uma idosa de 76 anos com cardiopatia hipertensiva, combinacao de risco para lesao renal aguda, sangramento e descompensacao. C oferece tramadol, opioide fraco, insuficiente para EVA 8 e com risco de nausea e convulsao no idoso. D traz dose absurda de codeina e via oral inadequada no pos-operatorio imediato. Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Assinale a alterativa que contempla uma ação periope ratória prevista nos programas de recuperação precoce, também chamados de ERAS/ACERTO.

A. Analgesia por cateter peridural em cirurgias abdo minais videolaparoscópicas

B. Reposição hídrica vigorosa

C. Administração de maltodextrina (50 g, por via oral) 2 horas antes da cirurgia ✓

D. Analgesia baseada em opioides

COMENTÁRIO OSCELABS

Os protocolos ERAS/ACERTO substituiram o jejum prolongado pela abreviacao com bebida rica em CARBOIDRATO (maltodextrina) ate 2 horas antes da cirurgia, o que reduz resistencia insulinica, desconforto e tempo de internacao, sem aumentar risco de broncoaspiracao. As demais alternativas descrevem exatamente o que o protocolo combate: reposicao hidrica vigorosa (B) gera edema intestinal e ileo, a analgesia baseada em OPIOIDES (D) e substituida por estrategia poupadora de opioides, e a peridural (A) e reservada a laparotomias, nao a cirurgias videolaparoscopicas. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre acesso venoso cen tral.

A. O transdutor ultrassonográfico indicado na punção ecoguiada é o convexo de baixa frequência, por facilitar a identificação de estruturas superficiais.

B. A presença de incompressibilidade venosa pelo transdutor ultrassonográfico é critério para seleção de outro sítio de punção. ✓

C. A veia jugular interna localiza-se em posição ante rolateral à artéria carótida comum na minoria dos casos.

D. O acesso venoso femoral é indicado preferencial mente ao subclávio, por apresentar menor risco de infecção.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uma veia que NAO colaba a compressao com o transdutor esta trombosada — e criterio para abandonar o sitio e puncionar outro, evitando embolizacao e falha de acesso. A alternativa A erra o transdutor: usa-se o LINEAR de alta frequencia, que resolve melhor estruturas superficiais; o convexo serve para estruturas profundas. C inverte a anatomia — a jugular interna e anterolateral a carotida comum na MAIORIA dos casos. D contraria a prevencao de infeccao de corrente sanguinea: o acesso femoral tem MAIOR risco infeccioso e trombotico, ficando como ultima escolha. Resposta B.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Paciente masculino, de 60 anos, com histórico de hiper tensão arterial sistêmica, tabagismo e claudicação inter mitente não limitante, veio à consulta para avaliação de aneurisma de aorta infrarrenal identificado à ultrassono grafia abdominal. Com base nesse quadro, assinale a assertiva correta.

A. Presença de trombos murais é indicativo de anti coagulação profilática com antagonistas do fator X ativado ou heparina de baixo peso molecular.

B. Indicação de intervenção cirúrgica depende do diâmetro do aneurisma, mesmo em pacientes sin- tomáticos.

C. Ausência de pulsos femorais palpáveis é critério de intervenção cirúrgica precoce pelo risco de isque mia crítica em membros inferiores.

D. Angiotomografia computadorizada abdominal é o método de imagem de escolha para o planejamen to terapêutico. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na avaliacao de aneurisma de aorta abdominal, a angiotomografia e o exame de escolha para o planejamento terapeutico — define diametro real, colo proximal, extensao, relacao com as renais e anatomia iliaca, decidindo entre reparo aberto e endovascular. A alternativa A esta errada porque trombo mural e achado esperado e NAO indica anticoagulacao. B inverte a regra: em paciente SINTOMATICO a indicacao cirurgica independe do diametro. C transforma um achado cronico compensado (claudicacao nao limitante) em criterio de urgencia; isquemia critica exige dor de repouso ou lesao trofica. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Paciente de 60 anos apresentou quadro de colecistite aguda, tendo sido submetida a colecistectomia por vi deolaparoscopia. No 2o dia pós-operatório, foram cons tatadas icterícia, temperatura de 38º C e dor abdominal no hipocôndrio direito. Os demais sinais vitais estavam normais. A conduta mais adequada é realizar

A. colangiorressonância magnética para diagnóstico de cálculo ou lesão de via biliar. ✓

B. laparoscopia para drenagem de coleção no leito hepático.

C. antibioticoterapia guiada por antibiograma da bile, coletada por punção da vesícula biliar no transope ratório.

D. papilotomia endoscópica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Icterícia, febre e dor em hipocondrio direito no 2o dia apos colecistectomia videolaparoscopica levantam duas hipoteses que mudam totalmente a conduta: coledocolitiase residual ou LESAO iatrogenica de via biliar. A colangiorressonancia e o exame nao invasivo que define a anatomia biliar e diferencia as duas antes de qualquer intervencao. Laparoscopia (B) sem diagnostico e exploracao as cegas; antibiotico guiado por bile colhida no intraoperatorio (C) nao existe como estrategia; papilotomia (D) e terapeutica e so se justifica depois de confirmado calculo — em lesao de via biliar seria inutil e arriscada. Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Paciente masculino, de 60 anos, vinha, há 1 mês, apre sentando dor no hipocôndrio direito associada a icterícia obstrutiva e emagrecimento de 3 kg, sem outras comor bidades. O exame do marcador tumoral CA 19-9 indicou 79 UI/l (normal até 37 UI/l). A tomografia computadoriza da abdominal para estadiamento mostrou lesão sólida hipodensa na cabeça do pâncreas de 2,7 cm com conta to inferior a 180º (1 cm de extensão) com a veia mesen térica superior. A conduta mais adequada é realizar

A. ressonância magnética do abdômen superior com contraste para complementar estadiamento.

B. drenagem da via biliar por endoscopia.

C. quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes.

D. duodenopancreatectomia com linfadenectomia. Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 9 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de cabeca de pancreas de 2,7 cm com contato INFERIOR a 180 graus com a veia mesenterica superior, sem irregularidade de contorno, e classificado como RESSECAVEL (borderline exige contato maior que 180 graus, deformidade do vaso ou envolvimento arterial). A conduta e a duodenopancreatectomia (Whipple) com linfadenectomia. Ressonancia adicional (A) nao muda o estadiamento ja definido pela TC. Drenagem biliar (B) e reservada a colangite, prurido incoercivel ou espera prolongada. Neoadjuvancia (C) e para doenca borderline ou localmente avancada. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Assinale a alternativa que preenche, correta e respecti vamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente de 62 anos foi submetido a duodenopancreatecto mia com preservação do piloro por adenocarcinoma do pâncreas. No 6o dia pós-operatório, encontrava-se afebril e era alimentado por son da nasoenteral posicionada durante a cirurgia e por dieta líquida por via oral. Apresentou dor epigástrica próxima à incisão cirúrgica. Nas últimas 24 horas, por dreno colocado no leito cirúrgico, ocorreu dre nagem de 250 ml. Os sinais vitais estavam estáveis. Exames labora toriais revelaram leucocitose com 5% de bastões, amilase sérica de 200 UI/l e bilirrubina sérica de 2 mg/dl; no líquido do dreno, amilase de 5.250 UI/l e bilirrubina de 1,8 mg/dl. Diante dessa evolução pós- operatória, estaria indicada como medida nutricional ....., além de ....., considerando o diagnóstico de ..... .

A. nutrição parenteral total (NPT) - jejunostomia - fístula entérica

B. manutenção da dieta por sonda nasoenteral (SNE) - tomografia computadorizada abdominal - fístula pancreática ✓

C. jejunostomia - administração de enzimas pancreá ticas - insuficiência pancreática

D. NPO - colangiopancreatografia por ressonância magnética - fístula biliar

COMENTÁRIO OSCELABS

Amilase no liquido do dreno de 5.250 UI/l — mais de tres vezes o limite superior serico — a partir do 3o dia pos-operatorio define FISTULA PANCREATICA, complicacao mais temida da duodenopancreatectomia. O paciente esta afebril e estavel, entao a conduta e conservadora: manter a nutricao ENTERAL pela sonda nasoenteral (que preserva a barreira intestinal e nutre distalmente a anastomose) e solicitar tomografia para procurar colecao drenavel. NPT com jejunostomia (A) e sobretratamento; enzimas pancreaticas (C) tratariam insuficiencia exocrina, nao fistula; a bilirrubina do dreno (1,8) nao sugere fistula biliar (D). Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre obstruções intestinais congênitas do duodeno em recém-nascidos.

A. As estenoses duodenais congênitas são mais fre quentes do que as atresias duodenais.

B. Anomalias congênitas associadas ocorrem em 45-65% dos casos, sendo que a trissomia do 21 (síndrome de Down) é observada em quase meta de dos pacientes. ✓

C. As obstruções duodenais ocorrem mais comumen te antes da papila duodenal (papila de Vater).

D. As estenoses duodenais congênitas apresentam o sinal clássico da dupla bolha, com dilatação do estômago e duodeno e com ausência de gases no intestino distal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas obstrucoes duodenais congenitas, anomalias associadas ocorrem em 45-65% dos casos, e a trissomia do 21 e a mais frequente, presente em quase metade dos pacientes — por isso toda atresia duodenal impoe cariotipo e ecocardiograma. A alternativa A inverte a frequencia: a ATRESIA e mais comum que a estenose. C erra a topografia — a maioria das obstrucoes e DISTAL a papila de Vater, o que explica o vomito BILIOSO tipico. D atribui a estenose o sinal da dupla bolha com ausencia de gas distal, que e caracteristico da atresia completa; na estenose ainda ha gas no intestino distal. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Sobre o empiema pleural na idade pediátrica, é correto afirmar que

A. Haemophilus influenzae é o germe mais comumen te isolado no líquido pleural.

B. a fase aguda ou exsudativa é caracterizada por lí quido claro e fácil expansão pulmonar; a fase fibri nopurulenta é caracterizada por pulmão não expan sível após drenagem do líquido pleural.

C. tomografia computadorizada de tórax deve ser realizada em todas as crianças com empiema para avaliação do líquido pleural e das complicações pulmonares secundárias a infecção pulmonar.

D. coleções loculadas parapneumônicas devem ser tratadas agressivamente com drenagem pleural e fibrinolíticos ou com decorticação por videotoracos copia. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Coleções parapneumonicas LOCULADAS ja passaram da fase de simples drenagem: exigem tratamento agressivo com dreno associado a fibrinolitico intrapleural ou decorticacao por videotoracoscopia, quanto mais precoce melhor o resultado funcional. A alternativa A esta desatualizada — apos a vacina conjugada, o Streptococcus pneumoniae e o agente mais isolado, nao o Haemophilus. B troca as fases: a loculacao e a dificuldade de expansao caracterizam a fase fibrinopurulenta e a organizada, nao a exsudativa. C generaliza indevidamente a tomografia, que fica reservada a falha terapeutica ou suspeita de complicacao. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre paralisia facial.

A. O nervo facial é o mais acometido por paralisias. ✓

B. Os ramos centrais (zigomático e bucal) têm pior prognóstico de recuperação do que os extremos (temporal, marginal da mandíbula e cervical).
C. Para etiologias iatrogênicas e traumáticas, a explo ração do nervo deve ser programada em 6 meses após o trauma.
D. Os enxertos de nervo são preferíveis às anastomo ses primárias, quando se analisa prognóstico de reconstrução.

COMENTÁRIO OSCELABS

O nervo facial e o nervo mais frequentemente acometido por paralisia, seja idiopatica (paralisia de Bell), traumatica, infecciosa ou iatrogenica — sua longa trajetoria em canal osseo estreito o torna vulneravel a edema e compressao. B inverte o prognostico: os ramos centrais (zigomatico e bucal) recuperam MELHOR, por conta das anastomoses entre si, enquanto temporal e marginal da mandibula sao terminais e recuperam pior. C atrasa perigosamente a exploracao: em secao traumatica ou iatrogenica reconhecida, o reparo deve ser PRECOCE, idealmente em ate 72 horas. D inverte a hierarquia — a anastomose primaria sem tensao supera o enxerto. Resposta A.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre ferimentos cutâneos.

A. Na cicatrização por terceira intenção, a ferida é dei xada aberta até a completa resolução.
B. Nos ferimentos por mordedura de cão, o antibiótico deve incluir cobertura para germes Gram-negati vos. ✓
C. Nos ferimentos em membros inferiores, retiram-se os pontos entre 5-7 dias após a sutura.
D. Prescreve-se restringir a exposição solar por até 1 mês após uma sutura, a fim de se evitar a hiper pigmentação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mordedura de cao contamina a ferida com flora oral mista, incluindo Pasteurella multocida (cocobacilo Gram-NEGATIVO), Capnocytophaga e anaerobios — por isso o antibiotico de escolha e amoxicilina com clavulanato, com cobertura obrigatoria de Gram-negativos, alem de avaliar profilaxia antirrabica e antitetanica. A alternativa A descreve a segunda intencao, nao a terceira (que e o fechamento primario tardio de ferida contaminada). C erra o prazo: em membros inferiores, area de maior tensao, os pontos saem entre 10 e 14 dias. D subestima a fotoprotecao, que deve durar de 6 a 12 meses para evitar hiperpigmentacao da cicatriz. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Vítima de trauma penetrante de tórax por projétil de arma de fogo foi trazida à Emergência. Apresentava ori fício de entrada no hemitórax direito, no nível da linha axilar média no quinto espaço intercostal, e de saída no hemitórax esquerdo, no nível da linha axilar posterior no oitavo espaço intercostal. Não havia murmúrio vesicular à direita. O paciente estava intubado, com pressão arte rial de 70/30 mmHg. O raio X de tórax (paciente sentado) evidenciou hemitórax direito opacificado, com desvio do mediastino contralateral. Foi inserido um dreno torácico à direita (toracostomia com drenagem fechada), tendo ocorrido a saída de 1.700 ml de sangue em menos de 1 hora, com manutenção do sangramento de 600 ml/h pelo dreno nas 2 horas seguintes. A tomografia compu tadorizada de tórax, realizada após estabilização hemo dinâmica, demonstrava, além de derrame pleural mo derado à direita (hemotórax residual), uma perfuração do esôfago torácico. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. Deveria ter sido realizada, como conduta inicial, to mografia computadorizada de tórax antes da ado ção de qualquer outra medida.
B. Deveria ter sido realizada toracocentese diagnósti ca e terapêutica antes da drenagem torácica.

C. O paciente tem indicação de toracotomia explora dora. ✓

D. A autotransfusão deve ser implementada. 10 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Drenagem imediata de 1.700 ml seguida de 600 ml/h por 2 horas preenche com folga os criterios de HEMOTORAX MACICO do ATLS (mais de 1.500 ml de saida inicial ou acima de 200 ml/h por 2-4 horas) — indicacao formal de toracotomia. Some-se a isso a perfuracao de esofago torácico, que por si so exige exploracao e reparo pelo risco de mediastinite. A alternativa A adia a descompressao em paciente chocado para levar ao tomografo; B propoe toracocentese diante de hemotorax volumoso com desvio de mediastino, quando o correto e drenagem em selo d'agua; e a autotransfusao (D) esta contraindicada por contaminacao com conteudo esofagico. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre queimaduras de via aérea por inalação de calor, fumaça ou agente químico.

A. O dano persistente normalmente começa na região subglótica e se estende para a traqueia, com gra dual diminuição da injúria à jusante. ✓

B. Os pacientes frequentemente apresentam dano persistente na faringe e laringe supraglótica após o término da reação inflamatória aguda.

C. Normalmente, a porção da via aérea mais compro metida é a brônquica distal.

D. O tratamento cirúrgico precoce com ressecção da área comprometida traz resultados vantajosos em relação ao tratamento conservador.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na lesao inalatoria, o calor e dissipado eficientemente na via aerea superior, de modo que o dano PERSISTENTE, apos ceder a fase inflamatoria aguda, concentra-se na regiao subglotica e na traqueia, decrescendo progressivamente em direcao distal. Por isso B esta errada: faringe e laringe supraglotica costumam se recuperar apos a fase aguda. C contraria a fisica do trauma termico — os bronquios distais sao protegidos, salvo inalacao de vapor ou agentes quimicos. D propoe ressecao precoce, conduta inexistente: o tratamento e de suporte, com indicacao precoce de via aerea definitiva ANTES que o edema a inviabilize. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Paciente jovem, vítima de trauma raquimedular no nível de C6, deu entrada na Emergência com frequência cardíaca de 60 bpm e pressão arterial de 40/20 mmHg. Para estabilizar hemodinamicamente o paciente, deve- se

A. realizar transfusão de sangue.

B. realizar infusão rápida de Ringer-lactato.

C. administrar vasopressor. ✓

D. administrar metilprednisolona em altas doses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trauma raquimedular em C6 com hipotensao grave (40/20 mmHg) e frequencia cardiaca de apenas 60 bpm — ausencia da taquicardia compensatoria — caracteriza CHOQUE NEUROGENICO por perda do tonus simpatico abaixo da lesao. Nao ha perda volemica, e sim vasoplegia: apos reposicao criteriosa, o tratamento e o VASOPRESSOR (noradrenalina), eventualmente com atropina para a bradicardia. Transfusao (A) sem sangramento nao corrige vasoplegia; infusao rapida e macica (B) gera edema pulmonar e medular; e a metilprednisolona em altas doses (D) foi abandonada por ausencia de beneficio e excesso de infeccao e sangramento. Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre fissura anal em mu lheres.

A. Pode ser tratada com sucesso através de aplicação tópica de pomadas à base de nitratos. ✓

B. Está associada a uma diminuição da atividade do músculo esfíncter anal interno.

C. É mais frequentemente localizada na linha média anterior.

D. Tem pico de incidência por volta de 60 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A fissura anal cronica decorre de HIPERTONIA do esfincter anal interno, que reduz a perfusao da comissura posterior e impede a cicatrizacao. O tratamento clinico busca justamente relaxar esse esfincter — a esfincterotomia quimica com pomada de nitrato (dinitrato de isossorbida) ou bloqueador de canal de calcio cicatriza boa parte dos casos. Por isso B esta errada ao falar em DIMINUICAO da atividade esfincteriana. C inverte a topografia: a localizacao tipica e a linha media POSTERIOR (fissura anterior isolada, mais comum em mulheres, ainda assim e minoria e obriga a pensar em doenca de Crohn). D erra o pico, que ocorre entre 30 e 50 anos. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Paciente de 50 anos, com hipertensão arterial em uso de diurético, sem outras comorbidades ou cirurgias pré vias, tem achado incidental de lesão sólida, de 3 cm no maior diâmetro (50% exofítica), no polo superior do rim esquerdo, sugestiva de neoplasia primária renal. Ava liação complementar confirmou doença restrita ao rim. Considerando essa apresentação clínica, que opção te rapêutica, dentre as abaixo, é a mais adequada para o paciente?

A. Vigilância ativa

B. Terapia ablativa (crioterapia)

C. Nefrectomia parcial ✓

D. Nefrectomia radical

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa renal solida de 3 cm, exofitica e restrita ao rim, e um T1a — cenario em que a nefrectomia PARCIAL (cirurgia poupadora de nefrons) e o padrao-ouro, com sobrevida oncologica equivalente a radical e preservacao de funcao renal, o que importa muito em hipertenso de 50 anos. Vigilancia ativa (A) reserva-se a idosos frageis ou com expectativa de vida limitada. A crioterapia (B) fica para quem nao tem condicoes cirurgicas, com maior taxa de recidiva local. A nefrectomia radical (D) e sobretratamento aqui e aumenta risco de doenca renal cronica e eventos cardiovasculares. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre hiperplasia prostática benigna (HPB).

A. A prevalência da doença aumenta com a idade, mas o desenvolvimento de sintomas secundários à HPB regride com o passar do tempo.

B. A obstrução ao fluxo urinário devido à HPB possui um componente estático (epitelial) e um compo nente dinâmico (músculo liso). ✓

C. Mesmo tendo sua origem na zona de transição, hi perplasia de próstata é um fator de risco para câncer de próstata.

D. Os sintomas de armazenamento (irritativos) do tra to urinário inferior podem ter outras origens além da HPB; por outro lado, os sintomas obstrutivos (jato fraco, por exemplo) sempre são causados pelo crescimento da próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

A obstrucao da hiperplasia prostatica benigna tem dois componentes: o ESTATICO, dado pela massa epitelial e estromal, e o DINAMICO, dado pelo tonus do musculo liso mediado por receptores alfa-1. Isso explica toda a farmacologia da doenca — alfabloqueadores atuam no dinamico com alivio em dias, e inibidores da 5-alfa-redutase reduzem o estatico em meses. A alternativa A erra ao dizer que os sintomas regridem com o tempo. C confunde topografias: a HPB nasce na zona de TRANSICAO e o cancer na PERIFERICA, e a HPB nao e fator de risco. D absolutiza: sintomas obstrutivos tambem decorrem de bexiga hipocontratil ou estenose de uretra. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito D

A diferenciação entre síncope verdadeira e convulsões de origem epiléptica exige uma história detalhada do episódio de perda de consciência. Que informação(ões) da história clínica, dentre as abaixo, aponta(m) tratar-se mais provavelmente de um quadro sincopal, e não de um de origem neurológica?

A. Pródromo com aura repetitiva, incluindo déjà vu, e sensação de cheiro desagradável.

B. Episódio com mordedura nos lados da língua e in continência urinária.

C. Perda de consciência e de memória por vários mi nutos.

D. Mioclonia assimétrica, que ocorre após perda de consciência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mioclonias breves, assimetricas e que ocorrem APOS a perda de consciencia caracterizam a sincope convulsiva — a hipoperfusao cerebral desinibe estruturas subcorticais, sem crise epileptica verdadeira. Os demais itens sao marcadores de origem neurologica: aura com deja vu e alucinacao olfatoria (A) indica crise focal do lobo temporal; mordedura LATERAL da lingua e incontinencia (B) sao classicas de crise tonico-clonica; e perda prolongada de consciencia com amnesia por varios minutos (C) corresponde ao estado pos-ictal — na sincope, a recuperacao e rapida e o paciente se reorienta em segundos. Resposta D.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Em pacientes com doença renal em estágio final, que anormalidade, dentre as abaixo, é a responsável pela hipertensão arterial observada?

A. Nefroesclerose

B. Expansão de volume vascular ✓

C. Hiperaldosteronismo secundário

D. Hiperparatireoidismo Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Na doenca renal em estagio final, a hipertensao e predominantemente VOLUME-dependente: a perda de funcao excretora causa retencao de sodio e agua com expansao do volume intravascular. A prova pratica disso e clinica — a pressao cai com ultrafiltracao, restricao de sal e ajuste do peso seco, mais do que com anti-hipertensivos. A nefroesclerose (A) e consequencia e nao causa primaria nesse estagio; o hiperaldosteronismo secundario (C) tem papel menor e a renina costuma estar baixa nesses pacientes hipervolemicos; e o hiperparatireoidismo (D) responde pela doenca ossea e pela calcificacao vascular, nao pelo nivel pressorico. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Paciente de 42 anos foi transferida da Unidade de Pronto-atendimento para o hospital por quadro de dor precordial de início há 14 horas, seguido de dispneia progressiva e alteração do sensório. Tinha história de tabagismo ativo. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 86/50 mmHg, frequência cardíaca de 98 bpm, ritmo regular, estertores em mais da metade dos campos pulmonares e enchimento capilar > 3 segundos. O eletrocardiograma realizado está reproduzido abaixo. A conduta para esse caso deve incluir administração de

A. AAS e inibidores P2Y12, nitroglicerina intravenosa e trombolítico.

B. AAS e inibidores P2Y12 e infusão de soro fisiológico e inotrópico dobutamina.

C. AAS e inibidores P2Y12 e noradrenalina e realização de angioplastia primária. ✓

D. antiagregantes plaquetários, implante de marca-passo cardíaco e realização de angioplastia primária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor precordial ha 14 horas com estertores em mais da metade dos campos, PA 86/50, enchimento capilar lentificado e alteracao do sensorio = infarto com CHOQUE CARDIOGENICO (Killip IV). Nessa situacao a revascularizacao e mandatoria INDEPENDENTEMENTE do tempo de evolucao, e a angioplastia primaria e superior; para sustentar a perfusao ate a sala, usa-se noradrenalina, alem da dupla antiagregacao. A alternativa A e perigosa: nitrato reduz ainda mais a pre-carga e a pressao, e o trombolitico e inferior a angioplastia no choque. B propoe soro em paciente congesto. D indica marca-passo sem bradiarritmia documentada. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Paciente de 62 anos, com diabetes melito tipo 2 em uso de glibenclamida (20 mg/dia) e metformina (2 g/dia), vinha em acompanhamento ambulatorial, sem complicações crônicas do diabetes (a hemoglobina glicada era de 7,2%). Foi inter nado para tratamento de sepse urinária. Os resultados dos exames laboratoriais e das glicemias capilares das primeiras 24 horas após a internação encontram-se nas tabelas abaixo. Exame Resultado Glicemia capilar Hematócrito 36% Antes do café Antes do almoço Antes do jantar Às 22 horas Hemoglobina 12 g/dl Primeiro dia 245 mg/dl 304 mg/dl 352 mg/dl 309 mg/dl Leucócitos totais 13.500/mm3 Segundo dia 301 mg/dl Bastões 10% Creatinina TFG 2,5 mg/dl 26,5 ml/min/1,73m2 Ureia 112 mg/dl Qual a conduta mais adequada para o tratamento da hiperglicemia intra-hospitalar?

A. Manter a glibenclamida e a metformina e associar insulina regular 6 UI antes das refeições se a glicemia for > 200 mg/dl.

B. Manter a metformina e associar insulina NPH 0,2 UI/kg de peso às 22 horas.

C. Suspender os anti-hiperglicemiantes orais e prescrever insulina regular 6 UI antes das refeições se a glicemia for > 200 mg/dl.

D. Suspender os anti-hiperglicemiantes orais e prescrever insulina 0,3-0,4 UI/kg de peso distribuída em basal (NPH) e prandial (regular) fixa antes das refeições. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente septico, com TFG de 26 ml/min e glicemias acima de 300, exige suspender os orais e usar insulina. A metformina esta contraindicada com TFG abaixo de 30 (risco de acidose lactica) e a glibenclamida acumula na insuficiencia renal, causando hipoglicemia prolongada. O esquema recomendado no hospitalizado e BASAL-BOLUS, com 0,3-0,4 UI/kg divididas em NPH basal e regular prandial, ajustado diariamente. Manter os orais (A e B) perpetua o risco; e a insulina apenas por escala movel conforme glicemia (C) e a classica sliding scale isolada, estrategia reativa e comprovadamente inferior, com mais variabilidade glicemica. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Paciente de 58 anos foi trazido à Emergência por náuseas, constipação e emagrecimento de 5 kg em 2 meses. Nos últimos 3 dias, passou a apresentar confusão mental. Sem doenças prévias conhecidas, vinha fazendo uso de complexo vitamínico de farmácia de manipulação há 1 ano, pois lera na internet que “vitaminas retardam o envelhecimento”. A avaliação laboratorial inicial revelou hemoglobina de 13,5%, leucograma sem particularidades, AST de 18 U/l, ALT de 22 U/l, ureia de 60 mg/dl, creatinina de 2,2 mg/dl, albumina de 3,8 mg/dl, cálcio corrigido de 13,4 mg/dl e fósforo de 2,1 mg/dl. Qual o primeiro passo na investigação diagnóstica?

A. Solicitação de proteinogramas sérico e urinário

B. Dosagem de 25 OH vitamina D

C. Dosagem de paratormônio ✓

D. Realização de tomografias de tórax e abdômen I aVR V1 V4 II aVL V2 V5 III aVF V3 V6 12 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Calcio corrigido de 13,4 mg/dl com fosforo BAIXO, injuria renal e confusao mental caracteriza hipercalcemia grave sintomatica. O primeiro passo da investigacao, apos iniciar hidratacao, e dosar o PARATORMONIO — ele divide o diagnostico em duas grandes vias: PTH elevado ou inapropriadamente normal (hiperparatireoidismo primario) e PTH SUPRIMIDO (malignidade, intoxicacao por vitamina D ou A, granulomatoses). So depois de suprimido o PTH e que fazem sentido o proteinograma (A), a dosagem de vitamina D (B) e as tomografias em busca de neoplasia (D). O fosforo baixo, aqui, ate sugere via PTH-dependente. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito B

Paciente de 79 anos solicitou a seu clínico, em telecon sulta, orientações para prevenção de constipação. Ela, que já havia apresentado episódio de fecaloma, en contrava-se bastante receosa, pois reiniciará em breve tratamento quimioterápico para mieloma múltiplo. Que esclarecimento, dentre os abaixo, deve ser transmitido à paciente?

A. A primeira linha de tratamento é o uso de enemas.

B. Medicamentos como ondansetrona e talidomida podem agravar a constipação. ✓

C. O uso de fibras solúveis está contraindicado.

D. O uso de antidepressivos pode auxiliar na preven ção da constipação.

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente reune varios fatores de constipacao: idade avancada, mieloma multiplo (que causa hipercalcemia e pode dar neuropatia) e quimioterapia. Entre as drogas, ondansetrona (antagonista 5-HT3, potente constipante) e talidomida (esteio do tratamento do mieloma, com constipacao como efeito adverso classico) devem ser antecipadas ao paciente. A alternativa A inverte a escada terapeutica — enema e resgate, nao primeira linha, que e dieta, hidratacao e laxativo osmotico. C erra ao contraindicar fibras soluveis. D inverte o efeito: antidepressivos, sobretudo triciclicos, PIORAM a constipacao pelo efeito anticolinergico. Resposta B.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

Todas as alternativas abaixo contemplam fatores de ris co potencialmente associados a aumento da incidência de câncer de intestino, exceto uma. Assinale-a.

A. Uso de aspirina e de anti-inflamatórios não esteroi dais ✓

B. Obesidade e consumo elevado de produtos proces sados

C. Polipose adenomatosa familiar e polipose juvenil

D. Doença inflamatória intestinal e doença celíaca

COMENTÁRIO OSCELABS

Aspirina e anti-inflamatorios nao esteroidais estao associados a REDUCAO do risco de adenomas e de cancer colorretal, por inibicao da COX-2 — tanto que o AAS chegou a ser discutido como quimioprofilaxia em populacoes selecionadas. Portanto e a excecao pedida. Os demais itens sao fatores de risco reconhecidos: obesidade e consumo de carne processada (B), sindromes de polipose hereditaria (C) e doenca inflamatoria intestinal, cujo risco cresce com a duracao e a extensao da colite; a doenca celiaca (D) associa-se sobretudo a linfoma de intestino delgado, mas integra o rol de risco intestinal. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Paciente de 51 anos, sem doenças prévias conhecidas, chegou à Emergência confuso, com queixa de dor e aumento do volume abdominal há aproximadamente 10 dias. Ao exame físico, foram observadas aranhas vas- culares no tórax e icterícia. Estava febril (temperatura axilar de 39,2º C) e desorientado no tempo e no espa- ço. Havia ascite volumosa. Resultados de exames labo- ratoriais realizados por ocasião da admissão indicaram bilirrubina total de 4,5 mg/dl, creatinina de 0,8 mg/dl e RNI de 1,9. A análise do líquido amarelo-citrino obtido na paracentese abdominal demonstrou gradiente albu- mina soro-ascite > 1,1, proteínas totais de 1,3 g/dl e 580 neutrófilos/mm3. A conduta mais adequada é pres- crever

A. dieta hipoproteica, cefalosporina de terceira ou quarta geração, lactulose, rifaximina e infusão in travenosa de albumina e diuréticos.

B. dieta hipoproteica, carbapenêmicos, lactulose, ri faximina e infusão intravenosa de albumina e diu réticos.

C. dieta normoproteica, cefalosporina de terceira ou quarta geração, lactulose e infusão intravenosa de albumina. ✓

D. dieta normoproteica, carbapenêmicos, lactulose e infusão intravenosa de albumina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrótico com ascite e 580 neutrofilos/mm3 no liquido (corte de 250) tem PERITONITE BACTERIANA ESPONTANEA, e a confusao mental configura encefalopatia hepatica precipitada pela infeccao. O tratamento: cefalosporina de 3a geracao (cefotaxima) como esquema empirico da PBE comunitaria, albumina intravenosa (1,5 g/kg no D1 e 1 g/kg no D3, que reduz sindrome hepatorrenal e mortalidade), lactulose para a encefalopatia e dieta NORMOPROTEICA — a restricao de proteina foi abandonada por agravar o catabolismo muscular. Isso elimina A e B, que restringem proteina; carbapenemico (D) fica para PBE nosocomial ou falha terapeutica. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Paciente de 40 anos procurou a Emergência por apre sentar uma ferida na perna (imagem abaixo), que vinha com aumento progressivo há 2 meses. Informou ser portador de artrite reumatoide há 3 anos e manter bom controle da doença com o uso de imunomoduladores sistêmicos, sem outras comorbidades. Referiu que a le são, localizada na região pré-tibial, começara como uma “espinha que se abriu e virou ferida”, com crescimen to centrífugo e dor intensa no local. Ao exame físico, a temperatura axilar era de 36,5º C, a pressão arterial de 110/70 mmHg, a frequência cardíaca de 70 bpm e a fre quência respiratória de 20 mpm. Encontrava-se em bom estado geral, lúcido, orientado e coerente, com mucosas úmidas e coradas. As extremidades estavam aquecidas, e os pulsos periféricos, palpáveis. Ao exame dermatoló gico, observou-se úlcera de bordas violáceas, submina das (mais largas na profundidade do que na superfície) e descoladas, envolvida por discreto halo eritematoso e centro granuloso com restos necróticos, medindo 10 cm em seu maior diâmetro. Qual o diagnóstico mais provável e qual a abordagem terapêutica inicial adequada?

A. Pioderma gangrenoso - uso de corticosteroide sis têmico ✓

B. Úlcera de origem neuropática infectada - debrida mento cirúrgico com uso de amoxicilina + clavula nato por via oral

C. Úlcera de origem isquêmica - cirurgia de revascula rização imediata

D. Úlcera de origem venosa infectada - uso de amoxi cilina + clavulanato por via oral

COMENTÁRIO OSCELABS

Ulcera de crescimento rapido, muito dolorosa, com bordas VIOLACEAS e subminadas, halo eritematoso e fundo necrotico-granuloso, iniciada como pustula que ulcerou, em paciente com artrite reumatoide, e pioderma gangrenoso — dermatose neutrofilica associada a doencas autoimunes e inflamatorias intestinais. O tratamento inicial e imunossupressao, com corticosteroide sistemico (ou ciclosporina). Ponto critico: ha PATERGIA, de modo que desbridamento cirurgico (B) agrava a lesao. Pulsos palpaveis e extremidades aquecidas afastam causa isquemica (C), e o aspecto e a topografia nao correspondem a ulcera venosa (D), que tem bordas rasas e dor leve. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito D

Paciente de 70 anos, com diagnóstico prévio de doença pulmonar obstrutiva crônica GOLD III, procurou a Emergência por piora do padrão da dispneia (mMRC 2 para 3) e tosse seca. Vinha fazendo uso frequente do broncodilatador inalatório nos últimos 5 dias. À admissão, apresentava-se lúcido, taquipneico (frequência respira- tória de 30 mpm), taquicárdico (110 bpm), afebril, com pressão arterial de 120/70 mmHg e oximetria digital de 88%. A gasometria arterial em ar ambiente revelou pH de 7,32, PaCO2 de 47 mmHg e PaO2 de 60 mmHg. O leucograma indicou 12 mil leucócitos/mm3, com 3% de bastões, 60% de neutrófilos e 4% de eosinófilos, sem linfopenia. A dosagem da proteína C reativa mostrou 10 mg/dl. Que alternativa, dentre as abaixo, oferece o manejo mais adequado para o caso?

A. Broncodilatador e ventilação não invasiva

B. Broncodilatador, glicocorticoide e ventilação não in vasiva

C. Broncodilatador, antibioticoterapia e ventilação não invasiva

D. Broncodilatador, antibioticoterapia, glicocorticoide e ventilação não invasiva ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbacao de DPOC GOLD III com pH 7,32 e PaCO2 47 mmHg define acidose respiratoria — indicacao formal de VENTILACAO NAO INVASIVA, que reduz intubacao e mortalidade. A ela somam-se broncodilatador de curta acao e corticoide sistemico (5 dias, prednisona 40 mg), que encurta a recuperacao. O antibiotico se sustenta pela leucocitose com PCR de 10 mg/dl, marcador de exacerbacao de perfil bacteriano. As demais alternativas contemplam apenas parte do pacote: A omite corticoide e antibiotico, B omite antibiotico e C omite o corticoide, justamente o componente que acelera a melhora funcional. Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Paciente de 62 anos, tabagista, vinha apresentando episódios de hemoptise há 1 mês. Imagem da radio grafia de tórax anteroposterior está reproduzida ao lado. Que conduta, dentre as propostas, é a mais adequada?

A. Realizar drenagem do pneumotórax à esquerda.

B. Solicitar tomografia computadorizada de tórax para melhor avaliação de opacidade nodular projetada sobre o lobo superior direito, devido à possibilidade de neoplasia. ✓

C. Solicitar ressonância magnética de tórax com gadolínio para melhor avaliação de massa pa ratraqueal à esquerda no mediastino.

D. Solicitar ultrassonografia de tórax para melhor avaliação da cavidade pleural direita, devido à obstrução do seio costofrênico desse lado, que pode corresponder à presença de derrame pleural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 62 anos, TABAGISTA, com hemoptise ha 1 mes e opacidade nodular projetada em lobo superior direito reune três fatores que obrigam a excluir neoplasia pulmonar — a radiografia levanta a suspeita, mas quem caracteriza tamanho, bordas, invasao e linfonodos mediastinais e a tomografia de torax com contraste, que ainda orienta o metodo de biopsia. As demais alternativas partem de leituras incompativeis com a descricao: nao ha pneumotorax a drenar (A); a ressonancia com gadolinio (C) e ruim para parenquima pulmonar, ficando reservada a suspeita de invasao de plexo ou parede; e ultrassonografia (D) so avalia derrame e nao caracteriza nodulo. Resposta B.

QUESTÃO 72 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre a ocorrência de coa gulopatia no pós-operatório de cirurgia vascular de gran de porte.

A. No pós-operatório imediato, a coagulopatia é fre quentemente dilucional e/ou causada por reversão incompleta da heparina administrada durante a ci rurgia. ✓

B. Tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) pro- longado e índice da RNI aumentado não são compa tíveis com coagulação intravascular disseminada ou fibrinólise primária.

C. A gravidade da coagulopatia independe do nível de fibrinogênio.

D. Avaliação do sistema de coagulação por medição do TTPa, avaliação da RNI, contagem de plaquetas e dosagem de fibrinogênio devem ser feitas pre ferencialmente após a reposição de componentes sanguíneos.

COMENTÁRIO OSCELABS

No pos-operatorio imediato de cirurgia vascular de grande porte, a coagulopatia e tipicamente DILUCIONAL (reposicao volumosa de cristaloide e concentrado de hemacias sem fatores) e/ou por reversao incompleta da heparina usada no intraoperatorio — daí a utilidade do TCA e da protamina. B esta errada porque TTPa e RNI prolongados sao exatamente o que se espera em CIVD e fibrinolise primaria. C ignora que o fibrinogenio e o primeiro fator a cair em sangramento macico e determina a gravidade. D inverte a logica: os exames devem ser colhidos ANTES da reposicao, para guiar quais componentes transfundir. Resposta A.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Paciente de 36 anos consultou por fadiga de instalação gradual. Vinha apresentando hipermenorreia nos últimos meses. A revisão de sistemas foi normal, assim como o exame físico completo. Informou ter vários familiares com diagnóstico de talassemia; sua história médica, po rém, não revelou qualquer particularidade. O hemogra ma realizado mostrou hemoglobina de 9,5% e VCM de 74 fl. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. Se a ferritina estiver baixa, é inequívoco o diagnós tico de anemia ferropriva. ✓

B. A talassemia maior pode estar presente mesmo sem esplenomegalia nesse caso.

C. A saturação da transferrina baixa confirma o diag nóstico de talassemia.

D. As talassemias habitualmente apresentam ferritina baixa.

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia microcitica (VCM 74) com HIPERMENORREIA aponta perda cronica de ferro. A ferritina e o marcador mais especifico de deposito: se estiver baixa, o diagnostico de ferropenia e inequivoco, mesmo com historia familiar de talassemia (a ferropenia pode inclusive coexistir com traco talassemico). B esta errada porque talassemia MAIOR se manifesta na infancia com anemia transfusao-dependente e visceromegalia, nao aos 36 anos com quadro leve. C confunde os marcadores — saturacao de transferrina baixa indica ferropenia, nao talassemia. D inverte o padrao: nas talassemias a ferritina e normal ou ALTA, pela hemolise e pela sobrecarga. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre particularidades do uso de fármacos no idoso.

A. Devido ao aumento de gordura corporal, o volume de distribuição de certos medicamentos, como dia zepam, está diminuído.

B. O decréscimo da taxa de filtração glomerular que ocorre no envelhecimento fisiológico diminui a con centração plasmática de vários medicamentos, como lítio.

C. Medicamentos com carga anticolinérgica alta (por exemplo, antidepressivos tricíclicos, anti-histamíni cos) podem ser usados com segurança em idosos nas mesmas doses prescritas para adultos jovens.

D. A prescrição em cascata ocorre quando uma rea- ção adversa de uma medicação é interpretada co- mo uma nova condição médica e tratada desne- cessariamente com um novo medicamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A cascata iatrogenica de prescricao ocorre quando um efeito adverso e interpretado como doenca nova e tratado com outro farmaco — por exemplo, edema por bloqueador de canal de calcio tratado com diuretico, que causa incontinencia, tratada com anticolinergico, que causa delirium. E o conceito central da desprescricao no idoso. A alternativa A inverte a farmacocinetica: mais gordura corporal AUMENTA o volume de distribuicao de lipossoluveis como o diazepam, prolongando sua meia-vida. B tambem inverte — a queda da filtracao glomerular AUMENTA a concentracao plasmatica do litio. C contraria os criterios de Beers, que desaconselham carga anticolinergica alta. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito C

Paciente de 40 anos foi trazido à Emergência por vir apre sentando, há 3 dias, febre de 39,5o C, tosse não produti va, cansaço intenso, alteração do olfato e, no último dia, dispneia progressiva. Relatou contato próximo no traba lho (distância de menos de 2 m) com possível caso de COVID-19 há 1 semana. Que teste diagnóstico, dentre os abaixo, é o mais adequado para COVID-19, devendo ser realizado quando da avaliação na Emergência?

A. Cultura viral de aspirado da secreção nasofaríngea

B. Teste sorológico (IgA/IgM e IgG)

C. RT-PCR em amostra de secreção coletada por swab nasofaríngeo ✓

D. Imunofluorescência direta em amostra de secreção coletada por swab nasofaríngeo 14 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente no 3o dia de sintomas, ou seja, no pico de carga viral, deve ser testado com RT-PCR em swab de nasofaringe — metodo de referencia para diagnostico da fase aguda, com melhor sensibilidade na primeira semana. A sorologia (B) so positiva a partir da segunda semana e serve a inquerito epidemiologico, nao a decisao de isolamento na emergencia. A cultura viral (A) exige laboratorio de biosseguranca elevada e nao e ferramenta assistencial. A imunofluorescencia direta (D) e util para virus respiratorios classicos como VSR e influenza, mas tem baixa sensibilidade para SARS-CoV-2. Resposta C.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Paciente de 60 anos, com hipertensão arterial e dislipidemia, em uso de hidroclorotiazida (25 mg/dia), deitou sentindo-se bem às 22 horas e acordou, às 6 horas da manhã seguinte, com hemiparesia direita e afasia. Em 30 minutos, houve recuperação completa dos sintomas. Foi trabalhar e, às 12 horas, os mesmos sintomas voltaram a ocorrer, tendo sido levado à Emergência às 14 horas. À admissão, a pressão arterial era de 200/70 mmHg, e o escore do NIHSS, de 17. Imagem da tomografia computadorizada de crânio encontra-se reproduzida ao lado. Com base no quadro e na imagem, o paciente tem

A. contraindicação à trombólise intravenosa porque a pressão arterial está elevada, devendo receber antiagregante plaquetário na Emergência.

B. contraindicação à trombólise intravenosa porque está fora de janela terapêutica, devendo receber antiagregante plaquetário na Emergência.

C. contraindicação à trombólise intravenosa porque há um trombo na artéria cerebral média esquerda.

D. indicação de trombólise intravenosa com rtPA. Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 13 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que decide a questao e o relogio: o deficit do despertar reverteu COMPLETAMENTE em 30 minutos (ataque isquemico transitorio) e o quadro atual comecou as 12 horas, com chegada as 14 horas — portanto 2 horas de evolucao, dentro da janela de 4,5 horas para trombolise intravenosa, com NIHSS de 17 justificando plenamente o tratamento. A pressao de 200/70 (A) nao contraindica: exige reducao para abaixo de 185/110 antes do rtPA, e nao abstencao. B erra o marco temporal ao ancorar no despertar. C confunde conduta — trombo em cerebral media nao contraindica trombolise, ao contrario, e alvo, e ainda abre indicacao de trombectomia. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre o atendimento de pa cientes em parada cardiorrespiratória (PCR).

A. Intubação orotraqueal é preferível a uso de dispo sitivos supraglóticos no atendimento de pacientes em PCR intra-hospitalar.

B. Vasopressina pode ser utilizada em substituição a adrenalina. ✓

C. Adrenalina deve ser administrada assim que possí vel, independentemente do ritmo da PCR.

D. Atropina está indicada nos ritmos não chocáveis da PCR.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas diretrizes vigentes a vasopressina pode ser utilizada em substituicao a adrenalina (dose unica de 40 U substituindo a primeira ou a segunda dose), embora nao traga beneficio adicional. A alternativa A esta errada porque nao ha superioridade demonstrada da intubacao sobre dispositivos supraglaticos na PCR — o que importa e a minima interrupcao das compressoes e a experiencia de quem maneja a via aerea. C generaliza indevidamente: adrenalina PRECOCE e recomendada nos ritmos NAO chocaveis; em FV/TV sem pulso ela vem apos o choque e a reavaliacao. D esta desatualizada — a atropina foi retirada do algoritmo de assistolia e AESP. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Paciente de 64 anos foi trazido à Emergência por quadro de confusão mental e torpor. Não apresentava condições de responder a uma anamnese. Os exames laboratoriais realizados por ocasião da admissão demonstraram sódio de 136 mEq/l, potássio de 3,7 mEql/l, cloro de 94 mEq/l, creatinina de 4,0 mg/dl, pH sérico de 7,15, HCO3 de 11 mEq/l e pCO2 de 31 mmHg. Qual o distúrbio ácido- básico do paciente?

A. Acidose respiratória com alcalose metabólica

B. Acidose metabólica com alcalose respiratória

C. Acidose metabólica com acidose respiratória ✓

D. Acidose metabólica sem outro distúrbio associado

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois calculos resolvem a questao. Primeiro o anion gap: 136 - 94 - 11 = 31, muito elevado, confirmando acidose metabolica com AG aumentado (uremia, creatinina de 4,0). Depois a compensacao esperada pela formula de Winter: 1,5 x 11 + 8 = 24,5 (mais ou menos 2), ou seja, a PaCO2 deveria estar em torno de 23-27 mmHg. Como esta em 31 mmHg, ha retencao relativa de CO2 — acidose RESPIRATORIA associada, coerente com o torpor e a hipoventilacao. Por isso nao e distúrbio isolado (D) nem alcalose respiratoria compensatoria (B), e a alternativa A inverte completamente os componentes. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Paciente de 20 anos consultou por “inchaço nos olhos e nas pernas” e urina com espuma, mas sem alteração de cor ou odor, quadro que vinha ocorrendo há 2-3 meses. Negou outras doenças prévias e uso de medicações ou drogas ilícitas. Ao exame físico, apresentava pressão ar terial de 125/75 mmHg, frequência cardíaca de 70 bpm, edema 3+/4+ nas pernas e edema periorbital. Exames laboratoriais indicaram eletrólitos e creatinina normais; ultrassonografia, rins de tamanho normal; e EQU, pro teína 4+, sem hematúria. Biópsia renal não demonstrou alterações à microscopia óptica, mas, à microscopia ele trônica, foi observado apagamento difuso de podócitos. Qual o provável diagnóstico?

A. Glomeruloesclerose focal e segmentar

B. Glomerulonefrite rapidamente progressiva

C. Doença de lesões mínimas ✓

D. Nefropatia por IgA

COMENTÁRIO OSCELABS

Sindrome nefrotica (edema periorbital e de membros, urina espumosa, proteinuria 4+) em jovem, sem hematuria, sem hipertensao e com funcao renal normal, cuja biopsia e NORMAL a microscopia optica e mostra apagamento DIFUSO dos processos podocitarios a microscopia eletronica, define doenca de lesoes minimas — a causa mais comum de sindrome nefrotica em criancas e frequente em adultos jovens, com excelente resposta a corticoide. A glomeruloesclerose focal e segmentar (A) mostraria esclerose em parte dos glomerulos ja a optica e costuma cursar com hipertensao. A GNRP (B) evoluiria com perda rapida de funcao, e a nefropatia por IgA (D) tem hematuria como marca. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Paciente de 58 anos consultou por dor intensa no joelho esquerdo há 2 dias e tosse produtiva e febre há 4 dias, com piora progressiva. Referiu ser tabagista e portador de hipertensão arterial sistêmica em tratamento com hidroclorotiazida. Ao exame físico, encontrava-se em re- gular estado geral, com pressão arterial de 150/90 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 24 mpm, SpO2 de 90% e murmúrio vesicular reduzido com crepitantes no terço médio à direita. O IMC era de 33 kg/m2. No joelho esquerdo, havia eritema, edema, calor e dor ao leve toque e à mobilização passiva. A conduta mais adequada é solicitar

A. contagem de leucócitos, pesquisa de cristais e cul tura do líquido sinovial e iniciar antibiótico. ✓

B. dosagem de ácido úrico e prescrever alopurinol e anti-inflamatório não esteroidal.

C. dosagem de velocidade de hemossedimenta ção e pesquisa de HLA-B27 e iniciar prednisona (15 mg/dia).

D. radiografia de joelhos e de coluna lombossacra e infiltrar joelho esquerdo com metilprednisolona.

COMENTÁRIO OSCELABS

Monoartrite aguda, quente, com dor ao minimo toque, em paciente febril com foco pulmonar concomitante (bacteriemia potencial), e ARTRITE SEPTICA ate prova em contrario — condicao destrutiva em horas. A conduta e artrocentese IMEDIATA com contagem de leucocitos, Gram, cultura e pesquisa de cristais, seguida de antibiotico empirico. Tratar como gota (B) sem excluir infeccao e a armadilha classica, ainda mais que gota e artrite septica podem coexistir. HLA-B27 e prednisona (C) atrasam o diagnostico e imunossuprimem um possivel infectado. E infiltrar corticoide na articulacao (D) antes de excluir infeccao pode ser catastrofico. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

No Rio Grande do Sul, a pandemia da COVID-19 teve seu primeiro caso confirmado em 10 de março de 2020 e o primeiro óbito em 24 do mesmo mês. Conforme o site do Ministério da Saúde (https://covid.saude.gov.br), as informações atualizadas sobre a doença no Estado em 21 de abril eram: - número de casos confirmados: 904 - número de óbitos: 27 Considerando que a população estimada do Rio Gran de do Sul, no mês de abril de 2020, era de cerca de 11.500.000 habitantes, quais as taxas de incidência e de letalidade aproximadamente naquele momento?

A. 78,6/1.000 - 29,8%

B. 7,86/100.000 - 2,98% ✓

C. 2,3/100.000 - 2,98/1.000

D. 0,23/100.000 - 2,98%

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas contas simples e dois denominadores diferentes — a pegadinha classica de epidemiologia. Incidencia usa a POPULACAO como denominador: 904 casos / 11.500.000 habitantes = 0,0000786, ou seja, 7,86 casos por 100.000 habitantes. Letalidade usa os DOENTES como denominador: 27 obitos / 904 casos = 2,98%. Nao confundir com mortalidade, que seria 27 / 11.500.000. As demais alternativas trocam a base de multiplicacao (A eleva a incidencia em mil vezes), invertem a unidade da letalidade (C a expressa por mil) ou erram a ordem de grandeza da incidencia (D). Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Considere a tabela abaixo acerca dos resultados de um estudo. Desfecho Exposição Presente Ausente Total Presente a b a+b Ausente c d c+d Total a+c b+d a+b+c+d A medida de magnitude de efeito calculada como a x d / b x c é conhecida por

A. razão de chances. ✓

B. razão de prevalência.

C. risco atribuível.

D. risco relativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O produto cruzado a x d / b x c e a definicao de ODDS RATIO, ou razao de chances — a medida de efeito dos estudos caso-controle, nos quais nao se conhece a populacao de origem e portanto nao se pode calcular incidencia. O risco relativo (D) exige incidencia nos expostos dividida pela incidencia nos nao expostos, so obtenivel em coorte ou ensaio clinico. A razao de prevalencia (B) e o analogo dos estudos transversais. O risco atribuivel (C) e uma DIFERENCA de riscos, nao uma razao. Perola: quando a doenca e rara, a odds ratio aproxima bem o risco relativo. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

Em estudos epidemiológicos, os vieses de memória são especialmente problemáticos, sobretudo nos com deli neamento dos tipos

A. transversal e ensaio clínico randomizado.

B. ecológico e ensaio clínico randomizado.

C. coorte prospectiva e transversal.

D. coorte retrospectiva e caso-controle. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O vies de memoria (recall bias) so existe onde a informacao sobre a exposicao e obtida OLHANDO PARA TRAS, pela lembranca do participante — exatamente o que ocorre no caso-controle (o doente lembra melhor das exposicoes que o controle, buscando explicar sua doenca) e na coorte retrospectiva, que reconstroi exposicoes passadas. No ensaio clinico randomizado e na coorte prospectiva a exposicao e atribuida ou registrada ANTES do desfecho, o que elimina esse vies. O estudo ecologico trabalha com dados agregados e sofre da falacia ecologica, nao de recall. Resposta D.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

Assinale a assertiva incorreta sobre raciocínio diagnós tico.

A. Um teste diagnóstico deve reduzir a incerteza diag- nóstica ou prognóstica sobre uma determinada doença.

B. A acurácia de um teste diagnóstico independe da prevalência da doença na população testada. ✓

C. Valor preditivo tem o mesmo significado que proba bilidade pós-teste.
D. A sensibilidade de um determinado teste diagnós tico é provavelmente maior em pacientes hospitali zados, enquanto a especificidade é provavelmente maior em pacientes ambulatoriais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta e a que afirma independencia entre acuracia e prevalencia. Na pratica, sensibilidade e especificidade medidas variam com o ESPECTRO da doenca na populacao testada (vies de espectro): em populacoes com doenca mais avancada e prevalente, o teste parece mais sensivel. As demais estao corretas: um teste util reduz incerteza (A); valor preditivo e, por definicao, a probabilidade pos-teste (C); e a alternativa D descreve o proprio vies de espectro — hospitalizados tem doenca mais florida, elevando a sensibilidade aparente, enquanto ambulatoriais saudaveis elevam a especificidade aparente. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Assinale a assertiva incorreta sobre estudos com deli neamento do tipo caso-controle.

A. Comparam dois grupos retrospectivamente.
B. São particularmente úteis para a avaliação de eventos infrequentes.
C. Permitem estimar as taxas de incidência e o risco relativo. ✓
D. Estão associados a viés de amostragem e de infor mação. Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 15

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta e a que atribui ao caso-controle a capacidade de estimar incidencia e risco relativo. Como o desenho parte do DESFECHO e seleciona os controles de forma arbitraria, o denominador populacional e desconhecido — a medida possivel e a razao de chances (odds ratio), que apenas aproxima o risco relativo quando a doenca e rara. As demais estao corretas: o caso-controle compara dois grupos retrospectivamente (A), e especialmente eficiente para doencas raras e de longo periodo de latencia (B), e sofre notoriamente de vies de selecao/amostragem e de informacao, incluindo o vies de memoria (D). Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

No estudo clínico VOYAGER PAD trial, multicêntrico, du plo-cego, de grupos paralelos, controlado com placebo, 6.564 pacientes submetidos a revascularização perifé rica cirúrgica ou endovascular foram randomizados 1:1 para rivaroxabana (2,5 mg, VO, 2 vezes/dia) + aspirina (100 mg) ou placebo + aspirina (100 mg). O desfecho primário de eficácia foi um composto de isquemia aguda de membro inferior, amputação maior de causa vascu lar, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cere bral isquêmico ou morte de causa cardiovascular, tendo ocorrido em 508 pacientes no grupo rivaroxabana e em 584 no grupo placebo. A incidência estimada em 3 anos pela curva de Kaplan-Meier foi de 17,3% e 19,9%, res pectivamente (HR 0,85; IC95% 0,76-0,96; p = 0,009). O principal desfecho de segurança foi sangramento maior, tendo ocorrido em 62 pacientes no grupo rivaroxabana e em 44 no grupo placebo (2,65% e 1,87%; HR 1,43; IC95% 0,97-2,10; p = 0,07). Assinale a alternativa que contempla a fase em que o ensaio clínico se encontra.

A. Fase I
B. Fase II
C. Fase III ✓
D. Fase IV

COMENTÁRIO OSCELABS

A descricao reune todos os marcadores da fase III: amostra grande (6.564 pacientes), multicentrico, randomizado 1:1, duplo-cego, controlado com placebo e com desfechos CLINICOS duros (isquemia de membro, amputacao, infarto, AVC, morte cardiovascular), alem da avaliacao formal de seguranca. A fase I testa seguranca e farmacocinetica em poucas dezenas de voluntarios; a fase II busca dose e sinal preliminar de eficacia em algumas centenas; e a fase IV e a farmacovigilancia pos-comercializacao, tipicamente observacional ou pragmatica. Perola: tamanho grande com desfecho clinico e comparador ativo/placebo = fase III. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para rece berem os recursos da União destinados à cobertura das ações e serviços de saúde, os Municípios devem contar, entre outros, com

A. Fundo de Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e contrapartida de recursos para a saúde no res pectivo orçamento.
B. Fundo de Saúde, Conselho de Saúde e Comissão de Incorporação de Tecnologia em Saúde.
C. plano de saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Comissão de Incorporação de Tecnologia em Saú de.
D. plano de saúde, Fundo de Saúde e contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 8.142/1990 condiciona o repasse de recursos federais a existencia, no municipio, de Fundo de Saude, Conselho de Saude, plano de saude, relatorio de gestao, contrapartida orcamentaria propria e comissao de elaboracao do plano de carreira. A alternativa D reune tres desses requisitos legais. As demais inserem instancias que NAO sao requisito municipal: a Comissao Intergestores Tripartite (A e C) e instancia nacional de pactuacao entre Uniao, estados e municipios, e a comissao de incorporacao de tecnologia (B e C) — a Conitec — e orgao federal assessor do Ministerio da Saude. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

De acordo com a Lei no 8.142/1990, as Conferências de Saúde do Sistema Único de Saúde devem

A. ter representação paritária entre todos os segmen tos.
B. avaliar a situação de saúde nas diferentes esferas de governo. ✓
C. reunir-se a cada 2 anos.
D. ser permanentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Lei 8.142/1990, a Conferencia de Saude reune-se a cada QUATRO anos, com representacao dos varios segmentos sociais, para avaliar a situacao de saude e propor as diretrizes de formulacao da politica nas correspondentes esferas de governo. E justamente essa a funcao descrita na alternativa B. As demais atribuem a conferencia caracteristicas do CONSELHO de saude: e o conselho que tem carater PERMANENTE e deliberativo (D), com representacao PARITARIA de 50% de usuarios (A). O intervalo de 2 anos (C) tambem esta errado. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

O Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saú de (Conasems)

A. vincula-se ao Conselho Nacional de Saúde.
B. tem composição paritária com 50% de representan tes de usuários.

C. é órgão do Ministério da Saúde com autonomia administrativa.

D. é entidade representativa dos entes municipais para tratar de matérias referentes à saúde. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O Conasems, reconhecido pela Lei 12.466/2011, e a entidade representativa dos entes municipais na discussao de materias referentes a saude, com atuacao nas comissoes intergestores — o mesmo estatuto que o Conass tem para os estados e os Cosems para o ambito estadual. Nao se vincula ao Conselho Nacional de Saude (A), que e instancia de controle social de composicao diferente; nao tem composicao paritaria com usuarios (B), pois representa GESTORES municipais; e nao e orgao do Ministerio da Saude (C), sendo entidade civil autonoma. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Considerando a Lei Orgânica do Sistema Único de Saú de, para desenvolver em conjunto as ações e os serviços que lhes correspondam, os Municípios podem constituir

A. comissões intermunicipais de saúde.

B. conselhos gestores regionais.

C. consórcios. ✓

D. regiões de saúde.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 8.080/1990 preve expressamente que os municipios podem constituir CONSORCIOS para desenvolver em conjunto as acoes e servicos de saude que lhes correspondam — instrumento juridico que permite dividir custos de servicos de media e alta complexidade que nenhum municipio pequeno sustentaria sozinho. As comissoes intermunicipais (A) e os conselhos gestores regionais (B) nao tem essa previsao com esse nome e finalidade executiva. As regioes de saude (D) sao recorte de PLANEJAMENTO territorial definido pelo Decreto 7.508/2011, e nao um ente constituido pelos municipios para execucao conjunta. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Assinale a alternativa que preenche, correta e respecti vamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Em decorrência da Emenda Constitucional no 86/2015, as emendas individuais dos parlamentares ao projeto de lei orçamen tária da União passaram a ser aprovadas no limite de ..... da re ceita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que ..... deste percentual será(ão) destinada(os) a ações e serviços públicos de saúde.

A. 1,2% - a metade ✓

B. 10% - a metade

C. 12% - dois terços

D. 15% - dois terços

COMENTÁRIO OSCELABS

A Emenda Constitucional 86/2015 — o chamado orcamento impositivo — fixou que as emendas individuais dos parlamentares ao projeto de lei orcamentaria da Uniao sao aprovadas no limite de 1,2% da receita corrente liquida prevista no projeto do Executivo, sendo METADE desse percentual (0,6% da RCL) obrigatoriamente destinada a acoes e servicos publicos de saude. As demais alternativas erram tanto o percentual quanto a fracao vinculada. Nao confundir esse 0,6% com o piso federal da saude, que a mesma emenda escalonou ate 15% da receita corrente liquida. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assinale a assertiva correta sobre o Agente Comunitário de Saúde.

A. É um trabalhador comunitário da atenção primária, sem vínculo formal com o sistema de saúde.
B. Não deve morar na mesma comunidade em que trabalha, pois o fato de ser, concomitantemente, usuário da Unidade de Saúde do território adscrito e membro da equipe inviabilizaria seu trabalho por questões éticas.
C. É um trabalhador formal do SUS, cujo trabalho está essencialmente baseado em ações de prevenção e promoção da saúde. ✓
D. É um profissional do SUS, que atua prioritariamente dentro da Unidade de Saúde, no acolhimento dos usuários e na efetivação dos cadastros das famílias moradoras do território adscrito.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Agente Comunitario de Saude e trabalhador FORMAL do SUS, com profissao regulamentada pela Lei 11.350/2006 (alterada pela Lei 13.595/2018), vinculo por processo seletivo publico e atribuicoes centradas em prevencao de agravos e promocao da saude, por meio de visita domiciliar, cadastramento e vinculo com as familias do territorio. A alternativa A nega o vinculo formal, ja consolidado em lei. B inverte um requisito legal: o ACS DEVE residir na area da comunidade em que atua — e justamente esse pertencimento que sustenta seu trabalho. D desloca sua atuacao para dentro da unidade, quando ela e prioritariamente TERRITORIAL. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Assinale a assertiva incorreta sobre equipamentos de proteção individual (EPI) utilizados por profissionais de saúde que lidam com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19.

A. São mais eficientes do que medidas de proteção coletivas. ✓
B. Deve ser utilizado o EPI máscara cirúrgica em pro cedimentos geradores de gotículas.
C. Deve ser utilizado o EPI respirador particulado com eficácia mínima na filtração de 95% de partículas de até 0,3 micrômetro (tipos N95, N99, N100, PFF2 ou PFF3) em procedimentos geradores de aeros sóis.
D. Os EPIs não descartáveis, como óculos, botas e lu vas (de borracha), devem passar pelo processo de limpeza e desinfecção e serem armazenados secos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva incorreta e a que coloca o EPI acima das medidas coletivas. Na hierarquia de controle de riscos, o EPI e a ULTIMA e menos eficaz barreira, pois depende da adesao individual, da tecnica de colocacao e retirada e da disponibilidade continua; medidas de engenharia (ventilacao, barreiras fisicas) e administrativas (triagem, coorte, escalas) protegem toda a equipe simultaneamente. As demais estao corretas: mascara cirurgica para procedimentos geradores de goticulas (B), respirador N95/PFF2 com filtracao minima de 95% de particulas de 0,3 micrometro para aerossois (C), e reprocessamento com limpeza, desinfeccao e armazenamento seco dos EPIs nao descartaveis (D). Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Paciente de 52 anos foi encaminhado ao Ambulatório para investigação de doença pulmonar ocupacional. Re latou apresentar dispneia aos grandes esforços e tosse seca há 6 meses. Negou outros sintomas sistêmicos ou respiratórios. O exame físico foi normal. A radiografia de tórax mostrou opacidades reticulares periféricas sem faveolamento nos lobos pulmonares inferiores e placas pleurais calcificadas. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

A. Silicose
B. Asbestose ✓

C. Beriliose
D. Pulmão do minerador de carvão 16 Processo Seletivo Público para Residências Médicas / 2021 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

A dupla que fecha o diagnostico e placas pleurais CALCIFICADAS somadas a fibrose reticular de predominio nos lobos INFERIORES e periferia — assinatura radiologica da exposicao ao asbesto. A placa pleural e o marcador mais especifico de exposicao, e o periodo de latencia longo explica sintomas apenas na quinta decada. A silicose (A) tem padrao oposto: nodulos em lobos SUPERIORES e linfonodos hilares com calcificacao em casca de ovo. A beriliose (C) mimetiza sarcoidose, com granulomas e adenopatia hilar. O pulmao do minerador de carvao (D) tambem predomina em campos superiores e nao produz placas pleurais. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

A avaliação da demência deve começar com uma his tória detalhada do início do problema, obtida com o pa ciente, familiares ou cuidadores. A esse respeito, assina le a assertiva correta.

A. Como alterações da memória raramente ocorrem por outras causas (ansiedade, depressão ou fadi ga), o diagnóstico de comprometimento da memó ria devido à demência é simples.
B. Nessa avaliação, além de se reconhecer a síndro me demencial, deve-se também buscar a etiologia específica da demência. ✓
C. Apesar de o esquecimento não ser uma queixa comum, deve-se investigar o início do sintoma e a qualidade e a progressão das anormalidades da memória.
D. O desempenho das atividades de vida diária pre cisa ser verificado com escalas específicas, pois dificilmente se obtém pela anamnese.

COMENTÁRIO OSCELABS

A avaliacao da demencia tem duas tarefas inseparaveis: reconhecer a SINDROME demencial (declinio cognitivo com perda funcional) e buscar sua ETIOLOGIA especifica — inclusive as causas potencialmente reversiveis, como hipotireoidismo, deficiencia de B12, neurossifilis, hematoma subdural e hidrocefalia de pressao normal. A alternativa A e perigosa por ignorar a pseudodemencia depressiva e o impacto de ansiedade, fadiga e medicamentos sobre a memoria. C erra ao afirmar que esquecimento e queixa incomum — e justamente a queixa mais frequente. D subestima a anamnese com informante, que e a principal fonte sobre as atividades de vida diaria. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre micoses superficiais.

A. A tinea cruris ocorre igualmente em homens e mu lheres.
B. Lesões de pitiríase versicolor são geralmente muito pruriginosas.
C. Gestação e diabetes melito são condições que favorecem a proliferação de leveduras do gênero Candida. ✓
D. O uso de antifúngicos sistêmicos em casos de oni comicose não costuma ultrapassar 30 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestacao e diabetes melito criam o ambiente ideal para leveduras do genero Candida — alteracao hormonal, aumento do glicogenio vaginal, glicosuria e queda da imunidade celular explicam a candidiase de repeticao nesses grupos. A alternativa A ignora a epidemiologia: a tinea cruris e nitidamente mais comum em HOMENS, pelo maior atrito e oclusao na regiao inguinocrural. B erra a semiologia: as lesoes da pitiriase versicolor sao hipocromicas/acastanhadas com descamacao furfuracea e tipicamente POUCO ou nada pruriginosas. D subestima o tempo de tratamento — onicomicose de pododactilos exige antifungico sistemico por 3 a 6 meses. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Paciente feminina, de 27 anos, buscou atendimento em uma Unidade Básica de Saúde por apresentar humor deprimido, sentimentos de culpa excessiva, acentuada diminuição do interesse nas atividades do dia a dia, in sônia e perda de peso significativa e de energia. Esses sintomas tiveram início há 4 semanas e vinham piorando progressivamente. Que conduta, dentre as abaixo, deve ser adotada de imediato?

A. Investigar risco de suicídio e história de transtorno bipolar. ✓

B. Prescrever clonazepam.

C. Prescrever amitriptilina.

D. Encaminhar a paciente para internação psiquiátrica pela gravidade do quadro.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro preenche criterios de episodio depressivo maior. Antes de qualquer prescricao, duas perguntas sao obrigatorias e imediatas: risco de SUICIDIO (que define urgencia e nivel de cuidado) e historia de episodios de elevacao do humor, pois em transtorno bipolar o antidepressivo isolado pode desencadear virada maniaca ou ciclagem rapida. Clonazepam (B) nao trata depressao e cria dependencia. Amitriptilina (C) nao e primeira linha pelo perfil anticolinergico e pela letalidade em superdosagem — justamente em paciente cujo risco ainda nem foi avaliado. Internacao (D) so se houver risco iminente ou incapacidade de autocuidado. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Paciente de 35 anos, sexualmente ativa, veio à Emer gência por dor suprapúbica (intensidade 6/10), iniciada há 3 dias, sem irradiações. Informou nunca ter tido dor semelhante e negou febre, disúria e sintomas gastroin testinais. No momento, está menstruada. No histórico, constava ligadura tubária. Ao exame físico, os sinais vi tais eram normais, e o abdômen, depressível e doloroso à palpação profunda em região suprapúbica, sem dor à descompressão, mas com dor à punho-percussão lom bar à esquerda. O exame especular não indicava anor malidades, e o toque vaginal revelou o útero anteverso, com cerca de 10 cm, e doloroso à mobilização do colo uterino. Os anexos não apresentavam volume aumen tado. A urina para o exame foi coletada por sondagem vesical e mostrou hemoglobina 3+ e leucócitos 1+. O exame ultrassonográfico à beira do leito não evidenciou hidronefrose. Diante do quadro clínico, qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual a conduta mais ade quada?

A. Doença inflamatória pélvica - Iniciar uso de metro nidazol e doxiciclina.

B. Endometriose - Prescrever anti-inflamatório não esteroidal por via oral.

C. Cistite - Não solicitar urocultura e iniciar o uso de nitrofurantoína por 7 dias.

D. Pielonefrite - Solicitar urocultura e iniciar uso de an tibiótico por via oral até o resultado da urocultura. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado que muda tudo e a punho-percussao lombar DOLOROSA a esquerda, associada a hematuria e leucocituria — acometimento do trato urinario ALTO, ou seja, pielonefrite (que pode cursar sem febre e sem disuria, sobretudo em apresentacoes iniciais). A conduta e colher urocultura ANTES e iniciar antibiotico empirico, ajustando depois pelo resultado. A doenca inflamatoria pelvica (A) nao explica o Giordano positivo, e a dor a mobilizacao do colo pode decorrer da propria menstruacao e da contiguidade. Endometriose (B) e diagnostico cronico, nao agudo. Cistite (C) nao produz dor lombar e, nesse contexto, dispensar urocultura seria erro. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Criança foi trazida à Unidade de Pronto-atendimento (UPA) em mau estado geral. O médico de plantão diag nosticou condição obstrutiva de vias aéreas. Em função de experiências anteriores, como não dispõe de material adequado para tratar pacientes graves e antes que ocor ra uma parada cardiorrespiratória, recomendou que os pais levassem a criança imediatamente para o hospital mais próximo. Em relação a esse cenário e à conduta indicada, o médico agiu

A. adequadamente, porque temeu a ocorrência de complicações no paciente na UPA.

B. adequadamente, porque os pais seriam os mais indicados para buscar o melhor tratamento para o filho.

C. inadequadamente, pois deveria ter feito contato com o plantonista do hospital de destino.

D. inadequadamente, porque negligenciou assistência a paciente com risco de morte. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de crianca em mau estado geral com obstrucao de via aerea, o medico plantonista tem o dever de prestar assistencia e ESTABILIZAR o paciente antes de qualquer transferencia — via aerea, oxigenio, monitorizacao e acionamento de transporte adequado com acompanhamento profissional. Mandar os pais levarem por conta propria uma crianca com risco iminente de parada e omissao de socorro e infracao etica, independentemente da limitacao de material da unidade. A alternativa C ate identifica a inadequacao, mas pelo motivo errado: a falha central nao foi a falta de contato com o hospital de destino, e sim a negligencia na assistencia a paciente com risco de morte. Resposta D.