

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ - FMJ
PROCESSO SELETIVO PARA RESIDÊNCIA MÉDICA – 2025

DIRETRIZES DE RESPOSTAS
PROVA PRÁTICA (CASOS CLÍNICOS)
(Data de aplicação: 8 de janeiro de 2025)

1 DIRETRIZES DE RESPOSTAS

As diretrizes de respostas oferecem sugestões de abordagens, entre outras possíveis, que devem ser avaliadas com base nos princípios de adequação e pertinência ao tema e à questão propostas. De modo geral, espera-se que o(a) candidato(a) aborde os tópicos apresentados na questão de maneira correta e coerente.

ESPECIALIDADES COM ACESSO DIRETO

400 CIRURGIA GERAL / 401 CLÍNICA MÉDICA / 402 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE / 403 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA / 404 OFTALMOLOGIA / 405 OTORRINOLARINGOLOGIA / 406 PEDIATRIA / 407 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

QUESTÃO 1

O atendimento deve seguir os preceitos do ATLS.

A: via aérea, checar com paciente se está coactuante.

B: ausculta pulmonar bilateral, FR, saturação, palpação e afastar os principais traumas de tórax.

C: avaliação da pressão arterial, frequência cardíaca, exame da estabilidade pelve, acesso venoso periférico calibroso, exames e tipagem e exame abdominal.

D: calcular a escala de coma de Glasgow, bem como reações da pupila a luz.

E: evitar hipotermia, despir o doente, rolamento e palpação da coluna vertebral.

QUESTÃO 2

Rx de tórax Ap, mostrando pneumotórax traumático à esquerda.

Tomografia de abdome total, mostrando lesão hepática contusa e laceração esplênica.

QUESTÃO 3

Como o Rx mostra um pneumotórax, a conduta seria drenagem do tórax à esquerda, sob sistema de selo d'água.

Como existe lesão hepática e esplênica, e sem sinais de peritonite, se caso após ressuscitação volêmica na avaliação primária, os níveis pressóricos e a frequência cardíaca se mantiverem em estado de Estabilidade Hemodinâmica, poderá proceder ao tratamento não operatório. Caso ocorra piora do quadro hemodinâmico e ocorra instabilidade, o paciente deverá ser submetido à laparotomia de urgência.

QUESTÃO 4

Como paciente apresenta estabilidade hemodinâmica, sem relatos de peritonite, mesmo com Fast Positivo, seria obtida uma postura de tratamento não operatório em unidade de terapia intensiva.

QUESTÃO 5

Doença de Crohn, como diferenças RCUI/GECA/doença celíaca e ou intolerâncias a glúten e lactose, neoplasia de colón ou reto.

QUESTÃO 6

Exame de colonoscopia, demonstrando áreas ulceradas, irregulares, com fibrina e intenso processo inflamatório, com áreas de abcesso de permeio, denotando uma possível doença de Crohn – pela classificação do SES-CD.

QUESTÃO 7

Inicialmente, esta paciente precisa de uma avaliação e orientação nutricional, após a introdução de mesazalina, corticoides, e azatioprina, podendo, também, fazer associação de ciprofloxacino e metronidazol. Após 4 a 8 semanas, reavaliar e se houver melhora do quadro desescalonar as medicações, sendo que a médio prazo paciente poderá ficar com AZATIOPRINA como manutenção. Porém como a paciente é jovem, se houver novas exacerbações da doença a longo prazo, considerar terapia biológica que contemple também, além da parte intestinal, as manifestações reumatológicas apresentadas.

QUESTÃO 8

Por se tratar de doença de Crohn, se ela não for tratada corretamente, poderá, após 10 anos de doença, evoluir com displasia de alto grau até neoplasia. Poderá ocorrer estenose. Abcesso e perfuração. Fistulas perianais.

QUESTÃO 9

Paciente com anemia falciforme (crises de dor desde a infância, hemograma com hemácias em foice) com complicação: síndrome torácica aguda, com os sinais e sintomas clássicos: febre, dor torácica pleurítica, dispneia, hipoxemia (saturação de O₂ < 90%), estertores crepitantes em ausculta pulmonar e infiltrado pulmonar bilateral ao Rx de tórax.

QUESTÃO 10

- Antibioticoterapia empírica de amplo espectro, por exemplo, ceftriaxona + azitromicina.
- Oxigenoterapia suplementar: manter saturação de O₂ > 92%.
- Hidratação intravenosa controlada: evitar sobrecarga hídrica.
- Controle da dor: preferir opioides com monitoramento adequado.

O manejo da Síndrome Torácica Aguda combina suporte respiratório, antibioticoterapia e manejo cuidadoso da hidratação e da dor. A transfusão é indicada em casos de hipoxemia refratária, progressão radiológica ou piora clínica.

QUESTÃO 11

Quando há hipoxemia persistente ou progressiva (saturação de O₂ < 90%), falha clínica com piora respiratória ou expansão dos infiltrados pulmonares na radiografia. A troca transfusional reduz a proporção de hemácias falciformes, melhora a oxigenação e diminui o risco de insuficiência respiratória. Não está indicada de forma rotineira, mas, sim, para casos graves, como hipoxemia refratária ou sinais de síndrome de dificuldade respiratória aguda.

QUESTÃO 12

No seguimento ambulatorial, há indicação de uso de hidroxiuréia, imunização adequada (vacinação pneumocócica e para influenza), orientação sobre os sintomas de alarme para reconhecimento e manejo precoce da complicação.

QUESTÃO 13

O paciente apresenta encefalopatia hepática devido à hepatopatia crônica descompensada. A presença de confusão mental, desorientação, sonolência e *flapping* sugere encefalopatia hepática de grau II.

QUESTÃO 14

A provável causa da descompensação é a peritonite bacteriana espontânea. Paciente com febre, dor abdominal e líquido ascítico, evidenciando contagem de neutrófilos $\geq 250/\text{mm}^3$ (neste caso, $300/\text{mm}^3$). A cultura positiva pode confirmar o diagnóstico, mas não é necessária para iniciar o tratamento.

QUESTÃO 15

Manejo da encefalopatia hepática:

- Lactulose: iniciar 20-30 mL via oral ou sonda, ajustando para 2-3 evacuações por dia.
- Considerar rifaximina, especialmente se o paciente não apresentar melhora da consciência com o uso de lactulose após 48 horas.
- Corrigir fatores precipitantes (peritonite bacteriana espontânea neste caso).

Manejo da peritonite bacteriana espontânea:

- Iniciar antibioticoterapia empírica de amplo espectro: cefotaxima 2 g EV a cada 8 horas ou ceftriaxona 2 g/dia.
- Albumina intravenosa (1,5 g/kg no dia 1 e 1 g/kg no dia 3): reduz o risco de insuficiência renal associada à PBE.
- Monitorar função renal, eletrólitos e parâmetros hemodinâmicos.

QUESTÃO 16

Medidas para seguimento e prevenção de descompensações:

- Controle do consumo de álcool: abstinência absoluta.
- Profilaxia secundária de peritonite bacteriana espontânea: uso de norfloxacino (400 mg/dia).
- Avaliação nutricional: dieta normoproteica ajustada às necessidades calóricas.
- Imunizações atualizadas: pneumocócica, influenza e hepatite A e B.

QUESTÃO 17

Atrofia endometrial.

QUESTÃO 18

Amostra de endométrio guiada por histeroscopia. Na ausência de disponibilidade: biópsia de novak, pipelle, curetagem endometrial.

QUESTÃO 19

Pólipo endometrial, hiperplasia endometrial, câncer de endométrio.

QUESTÃO 20

Trata-se de um pólipo endometrial. A conduta é ressecção histeroscópica com análise anatomopatológica. Deve ser dada orientação de que se trata de uma provável doença benigna, mas que em até 3-4% dos casos pode tratar-se de lesão precursora ou mesmo câncer de endométrio e, por isso, é necessária a biópsia, ainda mais considerando-se fatores de risco para malignidade (obesidade, idade, presença de sangramento).

QUESTÃO 21

O diagnóstico mais provável é pré-eclâmpsia; pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou iminência de eclâmpsia.

QUESTÃO 22

Sim, há indicação de realizar exames complementares para avaliar a gravidade do quadro e confirmar o diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, além de monitorar possíveis complicações materno-fetais.

- Hemograma completo: avaliar presença de anemia hemolítica, trombocitopenia (plaquetas $<100.000/\text{mm}^3$).
- Função hepática: AST e ALT para detectar lesão hepática.
- Função renal: creatinina e ureia para avaliar comprometimento renal.
- LDH: avaliar hemólise, especialmente se houver sinais de síndrome HELLP.
- Ácido úrico sérico: indicador de disfunção endotelial e estresse oxidativo.
- Urina 1, proteinúria de 24 horas ou relação proteína/creatinina: Confirmar proteinúria significativa (≥ 300 mg/24 horas ou relação $\geq 0,3$).
- Coagulograma (se houver suspeita de CIVD): tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial ativada (TTPa) e fibrinogênio.
- Ultrassonografia obstétrica com Doppler: avaliar crescimento fetal (restrição de crescimento intrauterino/fetal), volume de líquido amniótico e fluxos das artérias umbilicais e cerebral média para sinais de insuficiência placentária.
- Cardiotocografia (CTG): avaliar a vitalidade fetal.

QUESTÃO 23

– Monitorização: internar em unidade de alto risco com monitorização contínua da pressão arterial, frequência cardíaca, oximetria de pulso e sinais vitais materno-fetais.

– Profilaxia de eclâmpsia: iniciar sulfato de magnésio – esquema de Zuspan ou Pritchard.

Esquema de Zuspan (Via Intravenosa – IV):

- Dose de ataque: 4 g de sulfato de magnésio em bolus intravenoso lento, administrado em 15-20 minutos.
- Dose de manutenção: Infusão contínua de 1-2 g/hora por via intravenosa.

Esquema de Pritchard (Via Intramuscular – IM):

- Dose de ataque: 4 g de sulfato de magnésio IV lento (em 15-20 minutos), seguido imediatamente por 10 g de sulfato de magnésio IM (5 g em cada glúteo, utilizando agulhas separadas).
- Dose de manutenção: 5 g de sulfato de magnésio IM em cada glúteo, alternadamente, a cada 4 horas.

– Avaliação do bem-estar fetal: Monitorar movimentos fetais e cardiotocografia.

QUESTÃO 24

São indicações para interrupção imediata da gestação:

- Instabilidade materna (hipertensão não controlada, sinais de iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia).
- Evidências de disfunção de órgãos-alvo maternos/Síndrome HELLP (ex.: insuficiência renal progressiva, síndrome HELLP, edema pulmonar).
- Restrição severa de crescimento fetal, comprometimento grave do bem-estar fetal (ex.: alterações críticas no Doppler de artérias umbilicais ou insuficiência placentária severa, alteração de cardiotocografia).
- Complicações obstétricas agudas (ex.: descolamento prematuro de placenta).

QUESTÃO 25

O MS define diarreia aguda como uma síndrome na qual ocorre **três ou mais episódios** diários de evacuações com fezes diarreicas e que apresenta evolução autolimitada **com duração máxima de 14 dias**.

QUESTÃO 26

Etapa “Observe”

Estado geral – letárgica, sonolenta

Olhos – fundos

Sede – praticamente não tomou líquidos

Lágrimas – ausentes

Boca/língua – mucosa oral muito seca

Etapa “Explore”

Sinal da prega abdominal - 4 segundos para desaparecer

Pulso – fraco

Perda de peso – acima de 10%

Etapa “Decida”

Nível de desidratação: Desidratação Grave

QUESTÃO 27

Plano C

Administrar reidratação endovenosa – fase de expansão e fase de manutenção/reposição.

O paciente deverá ser mantido em internação hospitalar até uma melhora do quadro. Deve ser reavaliado de tempos em tempos.

QUESTÃO 28

Plano A

Deve prescrever SRO (100 a 200 ml após cada episódio de diarreia)

Zinco (20 mg/por dia por 10 a 14 dias).

Ondansetrona é também uma possibilidade de medicação prescrita.

Sinais de alerta:

Sem melhora em dois dias.

Aumento da frequência e/ou do volume da diarreia.

Vômitos repetidos.

Sangue nas fezes.

Diminuição da diurese.

Sede excessiva.

Recusa de alimentos.

QUESTÃO 29

Idade gestacional; respirando ou chorando; tônus muscular em flexão.

QUESTÃO 30

Colocar em fonte de calor radiante.

Secar corpo e fontanela.

Posicionar cabeça.

Aspirar vias aéreas, se obstruídas.

QUESTÃO 31

FC <100 bpm, apneia ou respiração irregular.

Frequência cardíaca e respiração. Considerar tônus como resposta errada.

QUESTÃO 32

Monitorar SatO₂ pré-ductal.

Considerar CPAP.

QUESTÃO 33

Risco Alto. Estágio pressórico 1

Fatores de risco adicionais:

- idade (66 anos de idade);
- história de SHEG;
- antecedente de evento tromboembólico precoce em familiar (pai com IAM, aos 51 anos de idade);
- obesidade grau I;
- síndrome metabólica (CA 113 cm, triglicerídeos acima de 150 mg/dL, hipertensão em tratamento);
- dislipidemia mista; e
- diabetes.

QUESTÃO 34

Meta pressórica abaixo de 130 x 80 mmHg e acima de 120 x 70 mmHg.

QUESTÃO 35

O diagnóstico de DM tipo 2 ocorre quando existem dois resultados de glicemia de jejum superior à 126 mg/dL e/ou hemoglobina glicada acima de 6,5%. Portanto, a paciente apresenta critérios para o diagnóstico de diabetes:

- glicemia de jejum prévia: 132mg/dL;
- glicemia da consulta 178mg/dL, com hemoglobina glicada 8,8%.

QUESTÃO 36

Plano diagnóstico: solicitar eletrocardiograma e automonitoramento da pressão arterial (AMPA).

Plano terapêutico: prescrever: iECA ou BRA associado à hidroclorotiazida, estatinas (à noite) e antidiabetogênico oral, nas doses terapêuticas e intervalos posológicos recomendados (glicazida, glibenclamida, metformina).

Referência para nutricionista e oftalmologia para realização de fundoscopia.

Referência para avaliação do pé diabético pela equipe de enfermagem.

Plano educação em saúde: incentivo à prática de atividade física aeróbica 150 minutos por semana, alimentação hipocalórica, hipossódica e com redução de carboidratos.

Redução de 5 a 7% do peso corporal.

Plano seguimento: retorno breve, entre 7 e 15 dias, para avaliação do eletrocardiograma e observação do monitoramento pressórico (AMPA) e glicêmico após prescrição dos medicamentos. Avaliação do alvo pressórico abaixo de 130 x 80 mmHg e glicemia de jejum entre 80 e 130mg/dL.

QUESTÃO 37

Prescrição de três doses de penicilina benzatina na dose de 2.400.000 UI, com intervalo de 7 a 9 dias entre as doses, aplicadas 1.200.000 UI em cada glúteo, e tratamento da parceria sexual conforme estadiamento clínico.

QUESTÃO 38

Reinfecção da sífilis pela elevação de duas titulações comparadas ao último resultado de VDRL (1:8 para 1:32).

QUESTÃO 39

Retratamento com penicilina benzatina na dose de 2.400.000 UI, aplicada 1.200.000 UI em cada glúteo, tratamento da parceria sexual conforme estadiamento clínico, e monitoramento do VDRL até o parto.

Também é admitido o retratamento com três doses de penicilina benzatina na dose de 2.400.000 UI, com intervalo de 7 a 9 dias entre as doses, aplicadas 1.200.000 UI em cada glúteo.

QUESTÃO 40

As crianças expostas à sífilis de mães que foram adequadamente tratadas durante a gestação também devem ser cuidadosamente avaliadas, para descartar a possibilidade de sífilis congênita. A investigação de sífilis congênita deve acontecer na hora do parto e, também, no acompanhamento dessas crianças nas consultas, com realização de coleta de amostras de sangue, avaliação neurológica (incluindo punção lombar), Rx de ossos longos, avaliação oftalmológica e audiológica.

2 RECURSOS CONTRA AS DIRETRIZES DE RESPOSTAS

O **INSTITUTO QUADRIX** informa que as diretrizes de respostas da prova prática do Processo Seletivo para Residência Médica – 2025 da **FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ – FMJ** estão disponíveis para consulta no endereço eletrônico www.quadrix.org.br.

Os candidatos poderão interpor recurso contra as diretrizes de respostas da prova prática das **10 horas do dia 9 de janeiro de 2025 e às 18 horas do dia 10 de janeiro de 2025** (horário oficial de Brasília/DF), no endereço eletrônico concursos.quadrix.org.br por meio do Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso. Não haverá, sob nenhuma hipótese, prorrogação do prazo recursal. Após esse período, não serão aceitos pedidos de revisão.

O **INSTITUTO QUADRIX** não arcará com prejuízos advindos de problemas de ordem técnica dos computadores, de falhas de comunicação, de congestionamento das linhas de comunicação e de outros fatores, de responsabilidade do candidato, que impossibilitem a interposição de recurso.

O candidato deverá ser claro, consistente e objetivo em seu pleito. Recursos inconsistentes e/ou fora das especificações estabelecidas neste comunicado e em outros editais relativos a este Processo Seletivo serão indeferidos.

Recursos referentes as diretrizes de respostas da prova prática deverão ser elaborados de forma individualizada, ou seja, deve-se elaborar um recurso para cada questão.

No período de interposição de recurso, não haverá possibilidade de envio de arquivo anexo.

É de responsabilidade exclusiva do candidato conferir a argumentação do seu recurso antes de registrá-lo. Após a conclusão do recurso, no Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, e seu respectivo registro, não serão permitidas, em hipótese alguma, a troca, a alteração ou a edição.

Não será aceito recurso fora do prazo, via postal, via *e-mail*, via requerimento administrativo e/ou em desacordo com o edital nº 39/2024 do Processo Seletivo.

São Paulo/SP, 8 de janeiro de 2025.

INSTITUTO QUADRIX