



HCPA — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito D

O nascimento de um neonato com 36 semanas de idade gestacional ocorreu via parto vaginal, sem necessidade de fórceps. A evolução do parto transcorreu dentro da normalidade. O recém-nascido foi posicionado sobre o ventre materno, tendo apresentado cianose, choro forte e tônus adequado. Diante do quadro, deve-se realizar o clampeamento do cordão umbilical

- A. imediatamente, por se tratar de um prematuro.
- B. imediatamente, por se tratar de um recém-nascido cianótico.
- C. após 30 segundos de vida, por se tratar de um pre maturo.
- D. após 60 segundos de vida, por ter o prematuro nas cido vigoroso. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido de 36 semanas que chora forte e tem tônus adequado é considerado VIGOROSO — a cianose central nos primeiros segundos é fisiológica e não indica clampeamento imediato. Em RN vigoroso com ≥ 34 semanas, a recomendação é aguardar 1 a 3 minutos (na prática, ao menos 60 segundos) antes de clampear, o que reduz anemia e hemorragia intraventricular. Clareamento imediato (A/B) só se ausência de vitalidade ou necessidade de reanimação; 30 segundos (C) é a regra para o prematuro NÃO vigoroso ou < 34 semanas em situações específicas. Resposta D.

QUESTÃO 2 — Gabarito D

Gestante com diabetes gestacional e pré-eclâmpsia, em uso de insulina e metildopa, deu à luz recém-nascido pré-termo (36 semanas de idade gestacional e peso ao nascimento de 2.580 g) por parto cesáreo. A parturiente encontrava-se em tratamento para infecção urinária com nitrofurantoína no momento do parto. No alojamento conjunto, o neonato, com 12 horas de vida, apresentou frequência respiratória de 72 mpm, sem disfunção. Os exames laboratoriais realizados indicaram hemoglobina de 17 g/dl, hematócrito de 51%, leucócitos de 3.500/mm³ (8% de bastões, 70% de segmentados e 22% de linfócitos) e proteína C reativa de 5 mg/l. Com base nos dados, qual a provável etiologia da leucopenia no recém-nascido?

- A. Prematuridade
- B. Infecção urinária da parturiente
- C. Diabetes gestacional
- D. Pré-eclâmpsia ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Neutropenia/leucopenia neonatal com hemograma sem sinais de infecção (PCR baixa, hemoglobina normal, RN sem disfunção) e mãe pré-eclâmpsica é o cenário clássico da neutropenia da pré-eclâmpsia: fatores placentários inibem a granulopoiese fetal, e a queda é transitória, resolvendo-se em dias. Prematuridade tardia (A) e diabetes gestacional (C) não causam leucopenia isolada; infecção urinária materna tratada (B) tenderia a elevar PCR e a cursar com desvio significativo. Resposta D.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

O nascimento de um neonato com 39 semanas de idade gestacional transcorreu sem problemas. A mãe recebera espiramicina até a 36a semana em função do diagnóstico de toxoplasmose gestacional. Em seu histórico, constava sorologia IgM reagente, em material coletado na 20a semana, com teste de avididade de IgG de 80% (alta). Pesquisa de DNA por amniocentese não havia sido realizada. Diante desse quadro, qual a conduta mais adequada para o recém-nascido?

- A. Não solicitar exames nem investigação, pois a infecção materna ocorreu antes da gestação.
- B. Solicitar sorologias IgM/IgG, fundoscopia, avaliação do sistema nervoso central por ultrassonografia ou tomografia computadorizada; se os resultados dos exames estiverem normais, seguir apenas am**

bulatoriamente com repetição mensal dos títulos e monitorização clínica. ✓

- C. Solicitar sorologias IgM/IgG, fundoscopia, avaliação do sistema nervoso central por ultrassonografia ou tomografia computadorizada e punção lombar; se os resultados dos exames estiverem normais, seguir apenas ambulatorialmente com monitorização clínica.
- D. Solicitar sorologias IgM/IgG, fundoscopia, avaliação do sistema nervoso central por ultrassonografia ou tomografia computadorizada e iniciar tratamento imediatamente com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgM reagente com IgG de ALTA avidéz levanta a suspeita, mas colhida na 20ª semana a alta avidéz não afasta com segurança infecção na gestação — e a mãe foi tratada. Logo, o RN é 'exposto' e precisa de investigação completa: sorologias pareadas IgM/IgG, fundoscopia e neuroimagem; se tudo normal, seguimento ambulatorial com títulos mensais até negativação. Não investigar (A) é erro grosseiro; punção lombar (C) e tratamento triplice com sulfadiazina/pirimetamina (D) ficam para casos com infecção confirmada ou achados alterados. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

O parto eletivo de uma gestante de 41 anos, com rotina pré-natal irregular (sem ecocardiografia fetal), foi realizado sem intercorrências. Ao nascimento, o exame físico indicou aspecto sindrômico e sopro cardíaco. Ecocardiograma feito aos 3 dias de vida mostrou defeito do septo atrioventricular completo. Qual das síndromes abaixo é a mais frequente na presença dessa cardiopatia estrutural?

A. Síndrome de Noonan

B. Síndrome de Down ✓

C. Síndrome de Edwards

D. Síndrome de Patau

COMENTÁRIO OSCELABS

Defeito do septo atrioventricular (canal AV) completo é a cardiopatia congênita mais característica da trissomia do 21 — cerca de 40% das crianças com Down têm cardiopatia e o DSAV é a mais típica, além do aspecto sindrômico e da idade materna avançada descritos. Noonan (A) associa-se a estenose pulmonar valvar e cardiomiopatia hipertrófica; Edwards (C) e Patau (D) cursam com CIV/CIA e persistência do canal, mas são síndromes raras e de altíssima letalidade precoce. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Diabetes gestacional, quando não adequadamente controlado durante o pré-natal, é causa de complicações para os recém-nascidos. Assinale a alternativa que contém complicações relacionadas a essa condição materna.

A. Macrossomia, hipoglicemia, hipertrofia septal assimétrica e policitemia ✓

B. Macrossomia, hipocalcemia, policitemia e hemorragia intracraniana

C. Microcefalia, anemia, hipoglicemia e hipertrofia septal assimétrica

D. Anemia, hipocalcemia, ascite e síndrome do coração esquerdo hipoplásico

COMENTÁRIO OSCELABS

O filho de mãe diabética descompensada é grande (macrossomia por hiperinsulinismo fetal), hipoglicêmico nas primeiras horas (a insulina persiste após o corte do aporte materno de glicose), policitemico (hipóxia crônica relativa -> eritropoetina) e pode ter miocardiopatia hipertrófica com hipertrofia septal assimétrica. Microcefalia e anemia (C/D) não fazem parte do quadro — ao contrário, há policitemia; hemorragia intracraniana (B) é consequência do tocotraumatismo, não efeito metabólico direto. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. O teste do reflexo vermelho (TRV) é exame simples, rápido, indolor e de baixo custo. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Oftalmologia Pediátrica, o TRV deve ser realizado de vida e repetido pelo menos ao ano durante as consultas de puericultura nos primeiros da criança.

- A. nas primeiras 24 horas - 1 vez - 2 anos
- B. nas primeiras 24 horas - 2 vezes - 2 anos
- C. nas primeiras 72 horas - 3 vezes - 3 anos ✓**
- D. na primeira semana - 2 vezes - 5 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste do reflexo vermelho (teste do olhinho) rastreia catarata congênita, glaucoma e retinoblastoma — condições em que semanas de atraso custam visão ou vida. A recomendação de SBP/SBOP é realizá-lo ainda na maternidade, nas primeiras 72 horas de vida, e repeti-lo pelo menos 3 vezes ao ano nas consultas de puericultura até os 3 anos de idade. As demais opções erram por reduzir a periodicidade ou o período de seguimento. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito B

Paciente com 6 semanas de vida foi trazido à UBS por vômitos não biliosos, gradualmente crescentes, que progrediam para vômitos em jato, logo após ou durante a alimentação. A criança continuava com fome e não apresentava dor ou distensão abdominais. Ao exame, encontrava-se hidratada e em bom estado geral. Constatou-se pequena nodulação de cerca de 1 cm de diâmetro, palpável no quadrante superior direito do abdômen. Por vezes, era possível visualizar uma onda peristáltica que se movia do quadrante superior esquerdo para o direito. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Doença do refluxo gastroesofágico
 - B. Estenose pilórica ✓**
 - C. Má rotação intestinal com volvo
 - D. Intussuscepção
- Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Vômitos não biliosos, em jato, progressivos, iniciados por volta da 3ª a 6ª semana, em lactente que segue faminto, com 'oliva pilórica' palpável no quadrante superior direito e ondas peristálticas visíveis: é estenose hipertrófica do piloro. O vômito não bilioso localiza a obstrução acima da papila. DRGE (A) não dá vômito em jato progressivo nem massa palpável; má rotação com volvo (C) cursa com vômito BILIOSO e criança grave; intussuscepção (D) dá dor em cólica, massa em salsicha e fezes em geleia de framboesa. Resposta B.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde, estão indicadas 2 doses de vacina contra rotavírus, devendo ser administradas por via oral. Assinale a alternativa que contempla uma orientação correta sobre essa vacina.

- A. A 1ª dose deve ser aplicada até a idade de 3 meses e 15 dias. ✓**
- B. Caso ocorra regurgitação ou vômito, deve-se repetir a aplicação.
- C. O intervalo mínimo entre as 2 doses é de 2 meses.
- D. A idade máxima para administração da 2ª dose é de 8 meses e 15 dias.

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina oral de rotavírus tem janela etária rígida por causa do risco de intussuscepção: a 1ª dose vai até 3 meses e 15 dias e a 2ª até 7 meses e 29 dias — fora disso, não se aplica. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias (não 2 meses, como diz C) e, se houver regurgitação ou vômito, NÃO se repete a dose (B). A idade máxima da 2ª dose em D está errada. Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito D

Que cuidado, dentre os abaixo, deve-se ter ao plotar, nos gráficos contidos na Caderneta da Criança, as medidas antropométricas de uma criança de 20 meses, nascida com 35 semanas de idade gestacional (pré-termo)?

- A. Utilizar as curvas de crescimento para prematuros.
- B. Utilizar as curvas de crescimento para crianças de 0-2 anos, sem ajustes.
- C. Utilizar as curvas de crescimento para crianças de 0-2 anos, descontando da idade cronológica 2 semanas.
- D. Utilizar as curvas de crescimento para crianças de 0-2 anos, descontando da idade cronológica 5 semanas. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança nascida com 35 semanas precisa de correção da idade até os 2 anos: subtrai-se da idade cronológica a diferença para 40 semanas, ou seja, 5 semanas. As curvas usadas são as da OMS de 0-2 anos da Caderneta, plotando a idade corrigida — não existem curvas próprias para prematuros na Caderneta (A), e deixar de corrigir (B) superestima o déficit e gera diagnóstico falso de desnutrição. Descontar 2 semanas (C) é conta errada. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. As orientações para a introdução da alimentação complementar para uma criança saudável em aleitamento materno exclusivo estão contidas no Guia Alimentar de Crianças Brasileiras Menores de Dois Anos. Assim, esse tipo de alimentação deve ter início a partir dos, com alimentos in natura ou minimamente processados,

- A. 4 meses - utilizando-se sal e açúcar em quantidades mínimas nas preparações
- B. 4 meses - não se utilizando sal nem açúcar nas preparações até os 2 anos
- C. 6 meses - utilizando-se sal e açúcar em quantidades mínimas nas preparações
- D. 6 meses - utilizando-se sal em quantidade mínima sem a adição de açúcar nas preparações até os 2 anos ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos mantém aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e só então introduz a alimentação complementar, priorizando alimentos in natura ou minimamente processados. A regra de ouro: NADA de açúcar (nem mel, nem produtos açucarados) até os 2 anos, e sal apenas em quantidade mínima no preparo. Introdução aos 4 meses (A/B) contraria a recomendação atual, e liberar açúcar 'em quantidade mínima' (C) contraria a política de prevenção de obesidade e cárie. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Lactente de 4 meses, previamente hígido, foi transferido da Emergência para a Enfermaria com diagnóstico de bronquiolite viral aguda por vírus sincicial respiratório. O exame físico realizado quando da admissão na Enfermaria revelou frequência respiratória de 42 rpm, tiragem subcostal leve e esparsos sibilos polifônicos expiratórios bilaterais. O oxímetro de pulso mostrava saturação de 95% em cateter nasal com fluxo de oxigênio a 1 l/min. À radiografia de tórax, foram constatadas hiperinsuflação bilateral e opacidades intersticiais perihilares. Na prescrição da Emergência, constavam dieta por sonda nasogástrica, oxigênio por cateter nasal a 1 l/min e aspiração nasal, se necessário. Que modificação na prescrição médica deve ser realizada na Enfermaria?

A. Aumento do fluxo de oxigênio pelo cateter nasal para 2 l/min

B. Liberação da dieta por via oral ✓

C. Inclusão de salbutamol spray (100 mg/jato) com espaçador (4 jatos, a cada 3 horas)

D. Prescrição de fisioterapia respiratória (1 vez/dia)

COMENTÁRIO OSCELABS

Bronquiolite viral é doença de suporte: hidratação, oxigênio e aspiração de vias aéreas. Este lactente está compensado (FR 42, tiragem leve, SpO₂ 95%) e, portanto, tem condição segura de se alimentar por via oral — a sonda nasogástrica da Emergência deve ser retirada, pois manter sonda em criança estável só agrega desconforto e obstrução nasal. Aumentar O₂ (A) é desnecessário com saturação adequada; broncodilatador (C) e fisioterapia respiratória (D) não têm benefício comprovado e não são recomendados de rotina. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Menina de 9 meses foi trazida à UBS para atendimento em puericultura. Ao ser aplicado o Instrumento dos Marcos de Desenvolvimento, que integra a Caderneta da Criança, foi constatado, pela 1ª vez, que a criança não desenvolvera 2 habilidades para a faixa etária. Até então, vinha sendo capaz de dar conta de todos os itens do Instrumento para a faixa etária correspondente. Diante desse cenário e segundo as orientações contidas na referida Caderneta, como a criança deve ser classificada e qual a conduta a ser adotada?

A. Desenvolvimento adequado - Aplicar o Instrumento na próxima consulta.

B. Desenvolvimento adequado - Aplicar o Instrumento em 30 dias.

C. Alerta para o desenvolvimento - Aplicar o Instrumento em 30 dias. ✓

D. Provável atraso no desenvolvimento - Acionar a rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na Caderneta da Criança, a criança que cumpre todos os marcos da faixa etária ANTERIOR mas falha em marcos da faixa atual é classificada como ALERTA para o desenvolvimento — conduta: orientar estimulação e reaplicar o Instrumento em 30 dias. 'Desenvolvimento adequado' (A/B) exige o cumprimento dos marcos da faixa. 'Provável atraso', que exige encaminhamento à rede especializada (D), é reservado à ausência de marcos de faixas etárias anteriores ou à presença de alterações fenotípicas/perímetro cefálico alterado. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Após o período de isolamento em razão da pandemia por covid-19, registrou-se aumento no número de crianças e adolescentes com queixas atencionais nos consultórios pediátricos. Sabe-se que o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é prevalente e que o diagnóstico é clínico, havendo critérios essenciais para seu correto reconhecimento. Assinale a alternativa que contempla o critério que necessariamente deverá ser identificado.

- A. Início dos sintomas até os 10 anos
- B. Associação de desatenção e hiperatividade/impulsividade
- C. Resposta ao tratamento farmacológico com metilfenidato

D. Existência de sintomas em mais de um ambiente Instrução: Para responder às questões de números 14 e 15, considere o parágrafo abaixo. Menino de 2 anos foi trazido à Emergência por sua irmã mais velha (16 anos) por febre baixa e coriza. À admissão, informou ser ela a cuidadora do irmão para que a mãe pudesse trabalhar. Referiu que ele estava com um comportamento estranho: vinha comendo o reboco da parede e a terra que ficava presa em seus sapatos. A criança apresentava palidez, temperatura axilar de 37,8° C, hiperemia de orofaringe e sopro sistólico. O restante do exame encontrava-se dentro da normalidade. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O TDAH é diagnóstico clínico e o DSM-5 exige que os sintomas causem prejuízo em DOIS OU MAIS ambientes (casa, escola, trabalho) — é justamente isso que separa o transtorno da dificuldade situacional. O início dos sintomas exigido é antes dos 12 anos, não dos 10 (A). Não é obrigatória a coexistência de desatenção e hiperatividade (B): existem apresentações predominantemente desatentas. Resposta ao metilfenidato (C) não é critério diagnóstico — pessoas sem TDAH também respondem. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Com base na história e no exame físico, foi solicitado um hemograma. Assinale a alternativa que contempla o que se esperaria encontrar como resultado.

- A. Hemoglobina de 6,5 g/l - VCM de 65 fl - CHCM de 23 pg - RDW de 18% ✓**
 - B. Hemoglobina de 7 g/l - VCM de 80 fl - CHCM de 33 pg - RDW de 15%
 - C. Hemoglobina de 8 g/l - VCM de 105 fl - CHCM de 30 pg - RDW de 18%
 - D. Hemoglobina de 12 g/l - VCM de 80 fl - CHCM de 35 pg - RDW de 15%
- 4 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com geofagia/pica (comendo reboco e terra), palidez e sopro sistólico funcional tem anemia ferropriva — a mais prevalente na faixa etária e classicamente associada à perversão do apetite. O hemograma esperado é microcítico (VCM baixo), hipocrômico (CHCM baixo) e com anisocitose (RDW alto), exatamente o padrão da alternativa A. VCM normal com RDW alto (B) e VCM 105 fl (C, macrocitose) apontam outras etiologias, e D traz hemograma normal. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada no momento?

- A. Repor vitamina B12 e folato.
- B. Tratar o processo infeccioso com amoxicilina e solicitar avaliação cardiológica.
- C. Manejar o provável quadro viral com medicamentos sintomáticos e iniciar a administração de sulfato ferroso. ✓**

D. Indicar transfusão sanguínea com concentrado de hemácias (10 ml/kg).

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro infeccioso é de via aérea superior viral (febre baixa, coriza, hiperemia de orofaringe) e pede apenas sintomáticos — antibiótico não está indicado (B). A anemia ferropriva com criança estável, sem descompensação hemodinâmica, trata-se com sulfato ferroso VO (3-5 mg/kg/dia de ferro elementar) e orientação alimentar, mantendo por 3 meses após normalizar a hemoglobina. B12/folato (A) tratariam anemia macrocítica; transfusão (D) reserva-se a instabilidade ou anemia sintomática grave, o que não é o caso. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Paciente de 4 anos foi trazido à consulta por quadro de febre alta, prostração, tosse e aumento da frequência respiratória. Ao exame físico, a criança encontrava-se em regular estado geral, com temperatura axilar de 39° C. Apresentava redução do murmúrio vesicular e do frêmito toracovocal, macicez à percussão e alguns crepitantes no hemitórax direito. O exame radiológico de tórax demonstrou broncogramas aéreos e opacidade de metade do mesmo hemitórax. Assinale a alternativa que contempla uma conduta adequada, além da antibioticoterapia.

A. Ultrassonografia do hemitórax direito e punção se houver derrame pleural livre, com qualquer volume.

B. Ultrassonografia do hemitórax direito, punção e drenagem se houver derrame pleural livre, com volume de moderado a grande. ✓

C. Punção e drenagem, sem necessidade de outro exame de imagem.

D. Punção e drenagem, sem necessidade de outro exame de imagem, e administração de fibrinolítico intrapleural.

COMENTÁRIO OSCELABS

Macicez, frêmito e murmúrio reduzidos com opacidade de metade do hemitórax indicam pneumonia com derrame parapneumônico. A ultrassonografia torácica é o exame de escolha — quantifica, mostra septações e guia o procedimento. Derrame livre pequeno é tratado só com antibiótico; a punção/drenagem entra quando o volume é moderado a grande ou o líquido é complicado. Puncionar qualquer volume (A) é excessivo; dispensar imagem (C/D) é inseguro, e fibrinolítico intrapleural (D) só se indica em derrame septado/empiema, após avaliação. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito C

Menina de 5 anos foi trazida à Emergência em razão do surgimento de manchas roxas no corpo, quadro iniciado há 5 dias. A mãe referiu que, nos últimos dias, a filha se mostrava mais cansada e se queixava de dor nas pernas ao caminhar. Ao exame, a criança encontrava-se pálida, apática e com temperatura axilar de 38,5° C. Apresenta vários hematomas no tronco e nos membros inferiores, além de nódulos palpáveis nas regiões cervical e axilar, medindo a maior 2 cm de diâmetro, e hepatoesplenomegalia, 5 cm abaixo do rebordo costal. A ausculta cardíaca revelou sopro sistólico ejetivo. O restante do exame físico não mostrou alterações. Foram solicitados exames laboratoriais iniciais. Diante desse quadro, qual o diagnóstico mais provável e a respectiva conduta?

A. Quadro viral por Epstein-Barr vírus com indicação inicial de manejo sintomático e retorno ambulatorial programado (em 7 dias)

B. Plaquetopenia transitória imune (PTI) da infância com indicação de início imediato de corticoterapia

C. Leucemia aguda da infância e internação até o resultado dos exames ✓

D. Insuficiência cardíaca congestiva com indicação de avaliação cardiológica com urgência

COMENTÁRIO OSCELABS

Púrpura, palidez, febre, dor óssea nas pernas, adenomegalias em mais de uma cadeia e hepatoesplenomegalia formam a tríade de alarme da leucemia aguda na infância (falência medular + infiltração). Conduta: internar e completar a investigação com hemograma/esfregaço e mielograma — não se manda essa criança para casa. Mononucleose (A) não cursa com palidez e dor óssea desse padrão; PTI (B) tem plaquetopenia isolada, criança bem, SEM visceromegalia; o sopro é funcional pela anemia, e não insuficiência cardíaca (D). Resposta C.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Paciente de 7 anos, previamente hígido, com calendário vacinal completo, foi trazido à consulta por febre de até 38° C há 24 horas, antecedida por 2 dias de dor de garganta, mialgias nos membros inferiores e dorso, tosse com sibilos e cefaleia frontal. Seus dois irmãos também estavam com tosse e faringite. A radiografia de tórax mostrou infiltrado peri-hilar, mais evidente nos lobos inferiores, e um pequeno derrame pleural à direita. Qual a provável etiologia e qual o primeiro tratamento recomendado?

- A. Micoplasma - azitromicina por via oral ✓**
- B. Estafilococo - oxacilina por via intravenosa
- C. Pneumococo - amoxicilina-clavulanato por via oral
- D. Vírus sincicial respiratório - oxigenoterapia

COMENTÁRIO OSCELABS

Escolar de 7 anos, quadro arrastado com faringite, mialgia, cefaleia, tosse com sibilos e irmãos também sintomáticos, com radiografia mostrando infiltrado intersticial peri-hilar e pequeno derrame: é a pneumonia atípica por *Mycoplasma pneumoniae*, e o tratamento de escolha é macrolídeo (azitromicina VO). Estafilococo (B) dá quadro toxêmico com pneumatoceles; pneumococo (C) faz consolidação lobar com febre alta e início abrupto; VSR (D) é doença de lactente, não de escolar com esse padrão. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Escolar de 8 anos, com paralisia cerebral por hipóxia neonatal, traqueostomizado, foi trazido à consulta por episódio único de febre de 38° C, aumento da frequência de aspiração da traqueostomia e mudança no padrão da secreção aspirada (mais viscosa e mais amarelada). Foram solicitadas radiografia de tórax (sem alterações no parênquima pulmonar) e cultura de escarro e início do uso de amoxicilina-clavulanato. Na reavaliação em 72 horas, a mãe informou que os sintomas melhoraram significativamente em 24 horas e que sua filha de 3 anos precisou ser afastada temporariamente da escola devido à infecção de vias aéreas superiores por influenza A. O resultado da cultura revelou *Pseudomonas aeruginosa* sensível a ciprofloxacino e meropenem. Que conduta, dentre as abaixo, deve ser adotada?

- A. Encaminhar o paciente para internação a fim de receber antibioticoterapia por via intravenosa.
- B. Manter amoxicilina-clavulanato até que se complete 10 dias de tratamento.
- C. Suspender amoxicilina-clavulanato e reavaliar o paciente se constatados sinais de gravidade. ✓**
- D. Substituir o antibiótico por ciprofloxacino e reavaliar o paciente se constatados sinais de gravidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente traqueostomizado é sempre COLONIZADO — a cultura que cresce *Pseudomonas* não define infecção. Aqui há melhora clínica evidente em 24 horas, radiografia sem pneumonia e provável quadro viral (contato domiciliar com influenza A). Tratar a cultura, e não o paciente, é o erro clássico: não se escala para ciprofloxacino (D) nem se interna para antibiótico venoso (A). Como não havia pneumonia, também não há motivo para completar 10 dias de amoxicilina-clavulanato (B). Suspender e reavaliar se houver sinais de gravidade é o correto. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Paciente de 14 anos foi trazido à Emergência após quebra de bicicleta. À admissão, encontrava-se consciente queixando-se de dores em todo o corpo. A tomografia computadorizada de crânio revelou coleção de sangue hiperdensa à esquerda, que não cruzava o tentório, mas que não era limitada pelas suturas. Ao retornar para a Sala de Observação, o paciente teve perda transitória de consciência, apresentando hemiparesia à direita e dilatação pupilar ipsilateral. O declínio rápido de seu estado mental neste momento indica a necessidade de

- A. administrar opioide contínuo intravenoso.
- B. iniciar corticoterapia intravenosa.
- C. realizar angiorressonância de crânio.

D. realizar intubação endotraqueal. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 5 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Coleção hiperdensa que NÃO cruza o tentório e NÃO respeita as suturas é hematoma subdural agudo. A tríade rebaixamento + hemiparesia contralateral + midríase ipsilateral traduz herniação uncal — emergência neurocirúrgica. A prioridade imediata segue o ABC: garantir via aérea definitiva com intubação orotraqueal, protegendo a oxigenação e permitindo controle ventilatório enquanto se leva o paciente ao centro cirúrgico. Opióide contínuo (A) piora a avaliação neurológica, corticoide (B) não tem papel no TCE e angiorressonância (C) atrasa o tratamento. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

Paciente de 36 anos, com ciclos menstruais regulares e vida sexual ativa, veio à consulta queixando-se de leucorreia e prurido, quadro iniciado há 3 dias. Referiu apresentar tais sintomas todos os meses. Foi colhido material para exame a fresco, cuja lâmina encontra-se reproduzida abaixo. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. O pH da vagina deve estar < 4 .
- B. Os sintomas pioram no período pré-ovulatório.
- C. Os sintomas pioram após a relação sexual. ✓**
- D. Os sintomas costumam melhorar após a menstruação.

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto da questão é a fisiopatologia do pH vaginal. Nas vaginites/vaginoses com pH ELEVADO — vaginose bacteriana e tricomoníase —, o sêmen (alcalino) piora corrimento, odor e desconforto logo após a relação sexual, e o sangue menstrual tem o mesmo efeito, explicando a recorrência mensal referida. $\text{pH} < 4$ (A) caracterizaria candidíase; a piora não é pré-ovulatória (B), e os sintomas costumam PIORAR, e não melhorar, após a menstruação (D). Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Paciente de 62 anos consultou por perda urinária aos pequenos esforços. Embora não houvesse urgência urinária, relatou não conseguir segurar a urina até chegar ao banheiro. Informou fazer uso de losartana, hidroclorotiazida e insulina há mais de 10 anos. Ao exame, não havia distopia urinária, mas, sim, perda no pequeno esforço à manobra de Valsalva, pressão de perda de 80 cmH₂O e resíduo urinário de 400 ml. Seu IMC era de 34 kg/m². O diagnóstico mais provável é incontinência urinária

- A. por transbordamento. ✓**
- B. por deficiência esfinteriana.

C. de desvio.

D. transitória.

COMENTÁRIO OSCELABS

Resíduo pós-miccional de 400 ml é o dado que fecha o diagnóstico: a bexiga está cheia e transborda com qualquer esforço. Diabetes de mais de 10 anos causa bexiga neurogênica hipoativa, e a perda por transbordamento imita clinicamente a incontinência de esforço. Deficiência esfinteriana (B) cursa com pressão de perda baixa (< 60 cmH₂O) e resíduo normal; incontinência de desvio (C) pressupõe fístula; transitória (D) exigiria causa reversível aguda (infecção, delírium, fármaco recém-introduzido). Resposta A.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Paciente de 53 anos, com menopausa cirúrgica (histe rectomia) aos 49 anos, veio à consulta queixando-se de calorões, vários episódios durante o dia e durante a noite, associados a sudorese e humor lábil (irritabilidade e tristeza). Encontrava-se em tratamento bem controlado para hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes melito (DM). Em seu histórico, constavam, ainda, câncer de mama aos 40 anos, com revisões sempre normais, e osteoporose. Com base no quadro, pode-se afirmar que a paciente

A. apresenta 3 contraindicações à terapia hormonal (TH): HAS, DM e câncer de mama.

B. pode receber TH (uso de estrogênio isolado, por ser histerectomizada), desde que por via transdér mica.

C. pode fazer uso de tibolona, por ter tratado o câncer de mama há mais de 10 anos, sem sinal de recidi va.

D. apresenta contraindicação à TH, por seu histórico de câncer de mama. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Câncer de mama prévio é contraindicação ABSOLUTA à terapia hormonal, independentemente do tempo decorrido ou de a paciente ser histerectomizada — a via transdér mica (B) muda o risco trombótico, não o oncológico. Tibolona (C) também está proibida: aumentou recorrência no ensaio LIBERATE. HAS e DM controlados NÃO são contraindicações absolutas (A) — são condições a considerar na escolha da via. Para os fogachos, restam opções não hormonais (ISRS/IRSN, gabapentina, terapia comportamental). Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

O uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito (150 mg/ml intramuscular) tem poucas contraindicações. Esse contraceptivo não pode ser usado na vigência de

A. hipertensão arterial sistêmica controlada (níveis < 160/100 mmHg).

B. trombose venosa profunda. ✓

C. diabetes melito tipo 2 controlado.

D. uso de anticonvulsivantes.

COMENTÁRIO OSCELABS

O acetato de medroxiprogesterona de depósito é um progestagênio isolado, seguro em quase tudo — inclusive em HAS controlada (A), DM sem complicação vascular (C) e em usuárias de anticonvulsivantes (D), sendo aliás uma das poucas opções que não perde eficácia com indutores enzimáticos. A trombose venosa profunda AGUDA é categoria 3 da OMS (risco supera o benefício), e é a situação em que não deve ser usado. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Paciente de 37 anos veio à consulta ginecológica de rotina. Usuária de anticoncepcional oral combinado (AOC) com regularidade há 6 anos, informou estar bem adaptada, não esquecendo nem atrasando a ingestão dos comprimidos. Na revisão de sistemas, queixou-se de cefaleia nos dias que antecediam a menstruação, quadro iniciado há 2 anos. Eventualmente apresentava náuseas e vômitos, que cediam com repouso. Usava sumatriptana nos episódios de cefaleia e propranolol profilático em baixa dose. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. A paciente tem contraindicação ao uso de AOC pelo conteúdo progestogênico do composto.
- B. O uso de AOC aumenta o risco de acidente vascular cerebral isquêmico. ✓**
- C. O uso de anticoncepção combinada, por via trans dérmica e vaginal, reduz o risco de trombose venosa/arterial.
- D. Apenas métodos não hormonais estão indicados.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia recorrente, pulsátil, com náuseas e vômitos, que responde a triptano e exige profilaxia com propranolol: é migrânea. Em mulheres com enxaqueca, o anticoncepcional combinado eleva o risco de AVC isquêmico — risco que se torna proibitivo (categoria 4) quando há aura. O componente perigoso é o ESTROGÊNIO, não o progestagênio (A); vias transdérmica e vaginal mantêm o risco trombótico (C). Métodos só de progestagênio e o DIU seguem liberados, então dizer que apenas métodos não hormonais servem (D) é falso. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Paciente de 20 anos, com ciclos menstruais irregulares, consultou por não menstruar há 6 meses. Informou estar sem atividade sexual há 2 anos e ter tido um aborto espontâneo aos 15 anos, sem necessidade de curetagem. O exame físico não revelou anormalidades, e o IMC era de 18,5 kg/m². Exames laboratoriais recentes revelaram b-hCG negativo, FSH de 0,3 mUI/ml (valor de referência: 3-10 mUI/ml) e prolactina de 15 ng/ml (valor de referência: 5-25 ng/ml). Com base no quadro, qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Amenorreia hipotalâmica ✓**
- B. Sinéquia uterina
- C. Síndrome dos ovários policísticos
- D. Insuficiência ovariana

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária com FSH BAIXO (0,3) e prolactina normal define hipogonadismo hipogonadotrófico — o eixo hipotálamo-hipófise está desligado, quadro típico da amenorreia hipotalâmica funcional (baixo peso/IMC no limite inferior, estresse, exercício). Insuficiência ovariana (D) daria FSH ALTO. SOP (C) cursa com LH/FSH normal ou elevado e sinais de hiperandrogenismo. Sinéquia uterina (B) exigiria manipulação prévia da cavidade — e o aborto ocorreu sem curetagem. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito D

Conforme as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, referente ao exame citopatológico (CP) do colo uterino, paciente atendida na UBS deve ser encaminhada para colposcopia se, em

- A. 2 CPs com amostra satisfatória, apresentar células escamosas e metaplásicas imaturas.
- B. 1 CP com amostra insatisfatória, a leitura for prejudicada pela intensa superposição celular.
- C. 1 CP com amostra satisfatória, apresentar lesão intraepitelial de baixo grau (LIBG).
- D. 1 CP com amostra satisfatória, apresentar células glandulares atípicas (AGC). 6 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Células glandulares atípicas (AGC) é o achado citológico de maior risco de doença oculta — pode esconder adenocarcinoma endocervical ou endometrial —, e por isso a diretriz manda encaminhar diretamente à colposcopia com avaliação do canal endocervical. Células escamosas e metaplásicas (A) apenas indicam amostra representativa da JEC. Amostra insatisfatória (B) exige REPETIR a coleta, não colposcopia. LIBG/LSIL (C) em amostra satisfatória é repetido em 6 meses (ou seguimento conforme faixa etária), pois a maioria regride. Resposta D.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente de 42 anos, casada e com 3 filhos, em uso de DIU de cobre, veio à consulta com queixas de sangramento intermitente. Informou ter realizado a última revisão ginecológica há 5 anos (em atraso devido à pandemia). Ao exame físico, a pressão arterial era de 130/85 mmHg, o peso, de 60 kg, e a altura, de 168 cm; mamas, abdômen e vulva não apresentaram particularidades. O exame especular indicou colo com lesão de aspecto tumoral, medindo 1 cm. Foi realizada Com base no resultado,, foi indicada

- A. coleta de material para exame citopatológico - lesão intraepitelial de alto grau - conização
- B. colposcopia - lesão sugestiva de câncer invasor - histerectomia extrafascial

C. biópsia - carcinoma invasor - realização de esta diamento ✓

- D. biópsia - adenocarcinoma invasor - histerectomia extrafascial

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de lesão de aspecto tumoral VISÍVEL ao exame especular, o citopatológico perde valor (alta taxa de falso-negativo por necrose) — indica-se biópsia dirigida da lesão. Confirmado carcinoma invasor, o passo seguinte é o ESTADIAMENTO, que no colo é clínico (FIGO) e define se o tratamento será cirúrgico ou quimiorradioterapia. Não se salta da biópsia para a cirurgia (B/D): histerectomia extrafascial sem estadiamento pode ser insuficiente. Conização (A) é para lesão intraepitelial ou microinvasão, não para tumor macroscópico. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a vacina contra o papilomavírus humano.

- A. A vacina protege contra as infecções virais assintomáticas, mas não tem impacto no câncer de colo de útero.
- B. A vacina está indicada apenas para quem comprovadamente não teve contato com o vírus.
- C. Não é permitido vacinar mulheres com diagnóstico prévio de neoplasia intraepitelial vulvar.

D. A vacina pode ser realizada em outras faixas etárias além daquelas contempladas pelo Programa Nacional de Imunizações, do Ministério da Saúde. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina HPV é profilática, e não terapêutica, mas isso não restringe seu uso: pode ser aplicada fora das faixas do PNI (por exemplo, mulheres até 45 anos, por indicação individual e custeio próprio), inclusive em quem já teve contato com algum sorotipo — protege contra os demais tipos vacinais. Ela reduz comprovadamente lesões precursoras e câncer de colo (A é falsa). Diagnóstico prévio de neoplasia intraepitelial vulvar não contraindica (C); ao contrário, essas pacientes se beneficiam da redução de recidiva. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Jovem de 17 anos veio à consulta queixando-se de ciclos menstruais irregulares desde a menarca (14 anos), piora da acne e aumento de pelos no rosto e corpo no último ano. Ao exame clínico, apresentava M3 e P5 (estágios de Tanner) e escore de Ferriman de 15 (alterado > 8). Medida 158 cm e pesava 66 kg. Para o diagnóstico diferencial entre síndrome dos ovários policísticos e hiperplasia adrenal congênita não clássica, qual o exame mais adequado?

- A. Dosagem de 17-OH progesterona ✓**
- B. Dosagem de testosterona livre
- C. Ultrassonografia abdominal total
- D. Ultrassonografia pélvica

COMENTÁRIO OSCELABS

SOP é diagnóstico de exclusão: antes de firmá-lo é obrigatório afastar a hiperplasia adrenal congênita não clássica (deficiência de 21-hidroxilase), que se apresenta exatamente assim — irregularidade menstrual desde a menarca, acne e hirsutismo. O marcador é a 17-OH progesterona basal (colhida na fase folicular precoce, pela manhã). Testosterona livre (B) apenas confirma hiperandrogenismo, sem separar as duas causas; as ultrassonografias (C/D) não diferenciam etiologia adrenal de ovariana. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito D

A regra de Nägele pode ser utilizada para o cálculo da data provável do parto. Considerando que uma gestante informou ter sido 01 de junho de 2022 a data da última menstruação, a data provável do parto será

- A. 26 de fevereiro de 2023.
- B. 01 de março de 2023.
- C. 04 de março de 2023.
- D. 08 de março de 2023. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra de Nägele: soma-se 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtraem-se 3 meses (somando 1 ano quando a DUM cai entre janeiro e março). Com DUM em 01/06/2022: 01 + 7 = 08; junho - 3 meses = março; ano seguinte, 2023. Data provável do parto = 08 de março de 2023. As demais alternativas resultam de somar dias a menos ou de contar os meses de forma incorreta. Resposta D.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre assistência pré-natal.

- A. No exame físico da gestante, a ausculta dos batimentos cardíofetais pode ser feita a partir da 6ª semana de gestação com sonar Doppler.
- B. No 3º trimestre de gestação, o decúbito dorsal materno pode levar ao efeito Poseiro, que se caracteriza por bradicardia materna e taquicardia fetal.
- C. Toda gestante deve receber pelo menos 1 dose da vacina dTpa, mesmo que tenha recebido dTpa na gestação anterior e dT na gestação atual. ✓**
- D. A presença de anticorpos IgG para toxoplasmose com baixa avididade no 1º trimestre de gestação indica infecção antiga e exclui infecção aguda nos últimos 3 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dTpa deve ser aplicada em TODA gestação, a partir da 20ª semana, independentemente do histórico vacinal ou de ter sido feita na gestação anterior — o objetivo é transferir anticorpos antipertussis para o recém-nascido, e essa proteção não persiste de uma gravidez para outra. Sonar Doppler detecta BCF a partir de 10-12 semanas, não com 6 (A). No efeito Poseiro a compressão aortocava causa HIPOtensão materna com bradicardia FETAL (B). IgG de BAIXA avidéz no 1º trimestre sugere infecção RECENTE, e não antiga (D). Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

Que fármaco, dentre os abaixo, pode ser utilizado durante a gestação em pacientes com epilepsia?

A. Lamotrigina ✓

B. Hidantoína

C. Fenobarbital

D. Ácido valproico

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os antiepilépticos, a lamotrigina é a de melhor perfil na gestação — baixo risco teratogênico e sem impacto cognitivo relevante na criança (junto com levetiracetam, é a preferida). Ácido valproico (D) é o pior: defeitos de fechamento do tubo neural e prejuízo cognitivo dose-dependente, formalmente contraindicado. Hidantoína/fenitoína (B) causa a síndrome hidantoínica fetal, e o fenobarbital (C) associa-se a malformações e pior desfecho neurocomportamental. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

Primigesta de 20 anos, com 16 semanas de gestação, trouxe ao Ambulatório de Pré-natal uma ultrassonografia obstétrica mostrando feto com anencefalia. Manifestou o desejo de interrupção imediata da gestação. Qual a conduta mais adequada neste momento?

A. Encaminhar a paciente ao Centro Obstétrico para realizar a interrupção da gestação.

B. Solicitar nova ultrassonografia e, confirmado o diagnóstico, interromper a gestação. ✓

C. Solicitar autorização judicial para interrupção da gestação.

D. Negar o pedido de interrupção da gestação, pois a paciente tem menos de 25 anos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ADPF 54 (STF, 2012) tornou a interrupção por anencefalia lícita, SEM necessidade de autorização judicial (C) e sem restrição etária (D). O que o CFM exige é a comprovação diagnóstica rigorosa: exame ultrassonográfico após a 12ª semana, com laudo assinado por dois médicos e documentação por imagem. Como a paciente trouxe um exame externo, o correto é repetir/confirmar o diagnóstico no serviço e, confirmado, proceder à interrupção respeitando a vontade dela — encaminhar direto ao Centro Obstétrico (A) pula essa etapa. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Paciente de 26 anos, G3P2, veio à consulta na 18ª semana de gestação. Em seu histórico, constavam partos com nascimentos nas idades gestacionais de 34 semanas e 30 semanas, nos quais apresentara contrações e ruptura de membranas. Negou uso de medicamentos. A urocultura realizada evidenciou *Streptococcus* do grupo betaeta (30.000 colônias/ml). Ao exame físico, o colo era grosso, fechado e posterior, e os batimentos cardíacos, de 132 bpm. Qual a conduta mais adequada?

- A. Observar clinicamente a paciente e repetir a urocultura em 7 dias.
- B. Prescrever apenas ampicilina por via oral.
- C. Prescrever progesterona por via vaginal e repetir a urocultura. ✓**
- D. Prescrever progesterona por via vaginal e ampicilina por via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas medidas independentes se somam aqui. A história de dois partos prematuros espontâneos indica progesterona VAGINAL profilática, iniciada entre 16 e 24 semanas. Já a urocultura com 30.000 UFC/ml está abaixo do ponto de corte de bacteriúria assintomática (≥ 100.000), de modo que a conduta é repetir a urocultura para confirmar antes de tratar — sem antibiótico neste momento (B/D). O achado de *Streptococcus* do grupo B, no entanto, fica registrado e indicará profilaxia intraparto. Observar sem progesterona (A) desperdiça a única intervenção que reduz recorrência. Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Primigesta de 18 anos, com 28 semanas de gestação, apresentou convulsão tônico-clônica generalizada na UBS. Naquele momento, a pressão arterial era de 130/90 mmHg, e o exame de urina não revelou proteinúria. Mesmo desacompanhada, a paciente deverá ser imediatamente encaminhada a uma maternidade de alto risco. Para evitar convulsões durante o transporte, a conduta mais adequada é administrar

- A. sulfato de magnésio intramuscular. ✓**
- B. sulfato de magnésio intravenoso.
- C. diazepam intramuscular.
- D. fenitoína intravenosa. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Convulsão tônico-clônica em gestante de 28 semanas é ECLÂMPSIA até prova em contrário — a ausência de proteinúria e a PA apenas limítrofe não afastam o diagnóstico. O sulfato de magnésio é a droga de escolha para prevenir novas crises e, no cenário de UBS sem bomba de infusão e com transporte prolongado, o esquema de Pritchard (via intramuscular) é o mais adequado, pois mantém magnesemia terapêutica sem depender de infusão contínua (B). Diazepam (C) e fenitoína (D) são inferiores ao sulfato na prevenção de recorrência e sedam a paciente. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Paciente com 37 semanas de gestação procurou a Emergência Obstétrica por sangramento vaginal. Informou realizar pré-natal (risco habitual), sem intercorrências. Ao exame, apresentava pressão arterial de 140/90 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, altura uterina de 32 cm, 5 contrações dolorosas em 10 minutos, útero hipertônico e batimentos cardíacos de 100 bpm. O exame especular revelou sangramento pelo orifício cervical externo, sem dilatação. Qual o diagnóstico mais provável e qual a conduta a ser seguida?

- A. Placenta prévia - ultrassonografia para confirmação do diagnóstico
- B. Descolamento prematuro de placenta - cesariana de urgência ✓**
- C. Ruptura uterina - cesariana de urgência

D. Vasa prévia - ultrassonografia para definir a origem fetal do sangramento

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal com DOR, útero hipertônico, taquissístolia, hipertensão e bradicardia fetal (100 bpm) é descolamento prematuro de placenta com sofrimento fetal agudo — não há tempo para exame de imagem, o diagnóstico é clínico e a conduta é a interrupção imediata por cesariana. Placenta prévia (A) dá sangramento INDOLOR, com útero relaxado. Ruptura uterina (C) exigiria cicatriz prévia ou trabalho de parto obstruído, com parada das contrações e subida da apresentação. Vasa prévia (D) ocorre após amniorrexe, e aqui não houve. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Paciente no 3o trimestre de gestação, Rh-isoimunizada, realizou ultrassonografia obstétrica com Doppler. Que parâmetro ultrassonográfico, dentre os abaixo, deve ser considerado para avaliar anemia fetal?

- A. Relação sístole/diástole das artérias uterinas
- B. Índice de pulsatilidade da artéria umbilical
- C. Pico de velocidade sistólica da artéria cerebral mé dia ✓**
- D. Índice de resistência do ducto venoso

COMENTÁRIO OSCELABS

Na aloimunização Rh, a vigilância não invasiva da anemia fetal se faz pelo pico de velocidade sistólica da artéria cerebral média: o feto anêmico tem sangue menos viscoso e circulação hiperdinâmica, e valores acima de 1,5 múltiplos da mediana indicam anemia moderada a grave, disparando a cordocentese/transfusão intrauterina. Artérias uterinas (A) avaliam risco de pré-eclâmpsia e insuficiência placentária; artéria umbilical (B) e ducto venoso (D) medem sofrimento/restrrição de crescimento, não anemia. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre episiotomia.

- A. Deve ser realizada de rotina em partos de primíparas.
- B. Deve ser evitada em partos instrumentados, pois aumenta o risco de laceração do esfíncter anal.
- C. Deve-se dar preferência pela técnica mediana.
- D. Está indicada se houver necessidade de abreviar o 2o período do parto em casos de condição fetal não tranquilizadora. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A episiotomia deixou de ser rotina: o uso restritivo reduz laceração perineal grave, dor e sangramento, e por isso não se indica em toda primípara (A). Quando é feita, prefere-se a técnica MÉDIO-LATERAL, justamente porque a mediana (C) aumenta o risco de lesão do esfíncter anal. Em partos instrumentados ela pode ser protetora e não é prosrita (B). Permanece indicada de forma seletiva quando é preciso abreviar o período expulsivo — por exemplo, em condição fetal não tranquilizadora. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito A

Primípara, com história de parto vaginal sem intercorrências há 2 dias, apresentou, no puerpério, lóquios sanguinolentos. Ao exame, encontrava-se hidratada e hipocorada 1+/4+, com pressão arterial de 110/70 mmHg. As mamas estavam flácidas com saída de colostro, e o útero, contraído, 2 cm abaixo da cicatriz umbilical. Que conduta, dentre as abaixo, está indicada?

- A. Orientar a alta hospitalar, por tratar-se de um puerpério fisiológico. ✓**

- B. Manter a paciente internada e intensificar o aleitamento até a apojadura.
- C. Solicitar realização de hemograma e ultrassonografia para afastar a suspeita de restos placentários.
- D. Realizar revisão do colo uterino, para afastar a suspeita de laceração no trajeto do parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tudo no exame é puerpério fisiológico: lóquios sanguinolentos são esperados nos primeiros 3-4 dias, mamas com colostro antes da apojadura (que ocorre por volta do 3º dia) é normal, e útero contraído a 2 cm abaixo da cicatriz umbilical no 2º dia indica involução adequada. Paciente estável, com discreta hipocorâmia esperada — nada exige internação prolongada (B), investigação de restos placentários (C) ou revisão de trajeto (D), reservada a sangramento ativo com útero contraído. Resposta A.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Paciente de 65 anos, com história de prostatectomia há 1 mês, foi submetido a procedimento com anestesia geral para troca do cateter duplo J instalado em via urinária com sinais de obstrução. O procedimento foi realizado em 20 minutos, sem complicações. Na Sala de Recuperação, no pós-operatório imediato, apresentou redução do sensório, frequência cardíaca de 125 bpm, pressão arterial de 84/35 mmHg, frequência respiratória de 26 rpm, temperatura axilar de 37,8°C e SpO₂ de 90%. Qual dos manejos abaixo é o mais apropriado?

- A. Acessar imediatamente via aérea definitiva com intubação e transferir o paciente para o CTI.
- B. Iniciar administração de cristalóide em bolo e de vasopressor, coletar material para exames culturais e prescrever antibiótico de amplo espectro. ✓**
- C. Iniciar analgesia eficiente com morfina e solicitar angiotomografia e dosagem de D-dímeros.
- D. Encaminhar imediatamente o paciente para tomografia computadorizada abdominal para descartar complicação relacionada ao procedimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotensão (84/35), taquicardia, taquipneia, rebaixamento do sensório e febre logo após manipulação de via urinária obstruída caracterizam CHOQUE SÉPTICO de foco urinário. O pacote da primeira hora manda ressuscitação volêmica com cristalóide (30 ml/kg), vasopressor se a hipotensão persistir, coleta de culturas e antibiótico de amplo espectro precoce — cada hora de atraso aumenta mortalidade. Intubar de imediato (A) não trata o choque e pode piorá-lo; TEP (C) e complicação cirúrgica com TC (D) não explicam a febre, e o exame não pode preceder a estabilização. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Paciente feminina, de 83 anos, com hipertensão e cardiopatia isquêmica (implante de stent coronariano há 10 anos), assintomática, mas com limitação funcional por dores articulares, será submetida a cirurgia de catarata. Vinha em uso de AAS, betabloqueador e hidroclorotiazida. Considerando que a pressão arterial era de 140/80 mmHg, e a frequência cardíaca, de 89 bpm, assinale a assertiva correta sobre o manejo pré-operatório dessa cirurgia.

- A. A paciente pode ser liberada para o procedimento sem avaliações adicionais. ✓**
- B. AAS e betabloqueador devem ser suspensos antes do procedimento.
- C. Exames pré-operatórios de rotina para idade (hemograma, função renal, raio X de tórax, eletrocardiografia e testes de coagulação) devem ser solicitados.
- D. Eletrocardiografia de esforço (ergometria) é a primeira opção para estratificação do risco cardíaco.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirurgia de catarata é procedimento de risco cardíaco MUITO BAIXO (<1%), feito sob anestesia tópica/local, sem repercussão hemodinâmica relevante. Paciente assintomática do ponto de vista cardiovascular pode ser liberada sem exames ou testes adicionais — não existe indicação de exames 'de rotina por idade' (C) nem de ergometria (D), que aliás seria inviável pela limitação funcional articular. AAS deve ser MANTIDO (stent, prevenção secundária) e a suspensão abrupta de betabloqueador (B) é perigosa. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Paciente foi encaminhado à Emergência por suspeita de oclusão arterial aguda em membro inferior. Que achado do exame físico, dentre os abaixo, corrobora a hipótese diagnóstica?

- A. Edema na panturrilha e no pé
- B. Rubor restrito aos pododáctilos
- C. Cianose não fixa de pododáctilos com palidez dos demais segmentos do pé ✓**
- D. Presença de pulso tibial posterior e tibial anterior e ausência de pulso pedioso

COMENTÁRIO OSCELABS

Na oclusão arterial aguda valem os 6 P: dor, palidez, ausência de pulsos, parestesia, paralisia e poiquiloterma. A cianose que ainda BRANQUEIA à digitopressão ('não fixa'), com palidez do restante do pé, indica isquemia grave porém com tecido ainda viável — achado que sustenta o diagnóstico e ainda permite revascularização; cianose fixa já indicaria necrose. Edema de panturrilha (A) sugere trombose venosa; rubor (B) fala contra isquemia; pulsos tibiais presentes com ausência isolada do pedioso (D) costuma ser variação anatômica. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre isquemia mesentérica aguda devido a êmbolos liberados a partir das cavidades cardíacas.

- A. Fibrilação atrial é a condição cardíaca mais comum associada a embolia. ✓**
- B. Os êmbolos ocluem os primeiros ramos jejunais na maioria dos casos.
- C. Quando ocorre embolia na artéria mesentérica superior, o quadro clínico é insidioso devido à ampla circulação colateral.
- D. A tríade dor abdominal, evacuação sanguinolenta e hipotensão está presente em mais de 2/3 dos casos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A isquemia mesentérica aguda embólica tem origem cardíaca, e a fibrilação atrial é de longe a arritmia mais associada — daí a apresentação súbita, em paciente com FA sem anticoagulação adequada. O êmbolo tipicamente se aloja na artéria mesentérica superior alguns centímetros DEPOIS da origem, poupando os primeiros ramos jejunais e a cólica média (B é o inverso). O quadro é de início abrupto e dramático, com dor desproporcional ao exame físico — não insidioso (C) —, e a tríade completa é rara, presente em minoria dos casos (D). Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Associe os métodos diagnósticos (coluna da esquerda) às respectivas situações clínicas (coluna da direita). 1 - Manometria esofágica 2 - Ecoendoscopia 3 - pHmetria esofágica de 24 horas 4 - Endoscopia digestiva alta () () () Doença do refluxo gastroesofágico Acalásia de esôfago Gastrite por refluxo alcalino Leiomioma de esôfago A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

- A. 1 - 4 - 3 - 2

- B. 2 - 4 - 3 - 1
C. 3 - 1 - 2 - 4
D. 3 - 1 - 4 - 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Casamento clássico entre método e doença: DRGE -> pHmetria de 24 horas (3), padrão-ouro para quantificar exposição ácida; acalásia -> manometria esofágica (1), que mostra aperistalse e falha de relaxamento do EEI; gastrite por refluxo alcalino -> endoscopia digestiva alta (4), que visualiza a mucosa e o conteúdo biliar; leiomioma de esôfago -> ecoendoscopia (2), única que define a camada de origem (muscular própria) da lesão subepitelial. Sequência 3 - 1 - 4 - 2. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Paciente feminina, de 80 anos, tabagista, com demência leve, usuária crônica de anti-inflamatório não esteroide por artrose do joelho, foi trazida à Emergência por dor abdominal difusa com início há 36 horas, sinais de irritação peritoneal, taquicardia, hipotensão, confusão mental e sinais de má perfusão periférica. Uma vez estabelecido o diagnóstico de abdômen agudo perfurativo, qual a principal hipótese diagnóstica, abordagem cirúrgica e tratamento?

- A. Úlcera péptica perfurada - videolaparoscopia - ulcerorrafia com vagotomia troncular
B. Úlcera péptica perfurada - laparotomia - ulcerorrafia ✓
C. Isquemia intestinal - videolaparoscopia - enterectomia
D. Diverticulite aguda perfurada - laparotomia - colecotomia com colostomia (sem anastomose)

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa, usuária crônica de AINE, com abdome agudo perfurativo e CHOQUE: a causa mais provável é úlcera péptica perfurada. Em paciente instável, com 36 horas de evolução e peritonite difusa, a via de escolha é a LAPAROTOMIA (a videolaparoscopia exige estabilidade e pneumoperitônio, mal tolerados no choque), e o procedimento é a ulcerorrafia com epiploplastia — rápido e eficaz. Vagotomia troncular (A) é procedimento eletivo, hoje abandonado na urgência. Isquemia intestinal (C) e diverticulite perfurada (D) são diferenciais, mas menos prováveis nesse contexto de AINE. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Paciente feminina, de 60 anos, assintomática, realizou ultrassonografia abdominal que identificou pólipos de 0,7 cm na vesícula biliar. Encontrava-se em tratamento para colangite esclerosante primária. Considerando o quadro, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Realizar acompanhamento anual com ultrassonografia abdominal.
B. Realizar colecistectomia videolaparoscópica. ✓
C. Realizar ultrassonografia endoscópica para avaliar a base da lesão polipoide.
D. Solicitar dosagens de CEA e CA 19-9.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pólipo de vesícula em paciente com colangite esclerosante primária é situação de ALTO risco de malignidade: nessa doença, indica-se colecistectomia para qualquer pólipo, independentemente do tamanho (os cortes habituais de 1 cm não se aplicam). O mesmo raciocínio vale para pólipo com crescimento rápido, séssil ou em maiores de 50-60 anos. Seguimento anual (A) posterga o diagnóstico de um adenocarcinoma; ecoendoscopia (C) e marcadores tumorais (D) não mudam a indicação já estabelecida. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Paciente feminina, de 50 anos, com 90 kg de peso e 169 cm de altura, apresentou quadro de dor no abdômen superior. Exames laboratoriais indicaram lipase de 3.000 U/l, ALT de 300 U/l, hemoglobina de 11 g/dl e leucograma com 12.000 leucócitos/mm³, sem desvio. Ultrassonografia abdominal mostrou múltiplos cálculos na vesícula biliar com colédoco medindo 5 mm. Assinale a assertiva que contempla a conduta mais adequada.

- A. Indicar hidratação vigorosa com ringer lactato (bolo de 20 ml/kg em 2 horas seguido de 3 ml/kg/hora).
- B. Realizar tomografia computadorizada abdominal com contraste para diagnóstico.
- C. Realizar colangiografia endoscópica por suspeita de coledocolitíase.

D. Realizar colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia na mesma internação. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lipase muito elevada com colelitíase e ALT alta define pancreatite aguda BILIAR. Sem colangite, sem icterícia e com colédoco fino (5 mm), a probabilidade de coledocolitíase é baixa e não se indica CPRE (C). Em pancreatite biliar LEVE, a colecistectomia videolaparoscópica deve ser feita na MESMA internação (a espera implica recorrência em até 1/3 dos casos), com colangiografia intraoperatória para checar a via biliar. TC com contraste (B) não é diagnóstica no início e é dispensável. Hidratação é suporte obrigatório, mas o bolus agressivo de A não é a conduta definitiva pedida. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

As estruturas anatômicas A, B e C na figura correspondem aos principais elementos contidos no porta hepatis. Qual a distribuição anatômica mais frequentemente encontrada, considerando a distribuição abaixo e descon siderando os diferentes diâmetros que não foram representados na figura?

- A. A - Artéria hepática B - Via biliar principal C - Veia porta
- B. A - Veia porta B - Artéria mesentérica superior C - Via biliar principal
- C. A - Artéria mesentérica superior B - Via biliar principal C - Veia porta

D. A - Via biliar principal B - Artéria hepática C - Veia porta ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No pedículo hepático (porta hepatis), a disposição é constante e cai em prova: a VIA BILIAR PRINCIPAL ocupa a posição anterolateral DIREITA, a ARTÉRIA HEPÁTICA a posição anteromedial ESQUERDA e a VEIA PORTA fica POSTERIOR a ambas — regra prática do 'ducto à direita, artéria à esquerda, porta atrás'. Conhecer essa relação é o que evita lesão iatrogênica de via biliar na colecistectomia. A artéria mesentérica superior (B/C) sequer compõe o porta hepatis. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Paciente masculino, de 55 anos, que vinha apresentando eliminação espontânea de sangue vivo e muco na roupa íntima há 3 anos, consultou em busca de solução. Ao exame, visualizou-se hemorroida interna prolapsada não redutível. Assinale a alternativa que contempla o tratamento indicado.

- A. Orientações dietéticas e higiênicas somente
- B. Fotocoagulação com infravermelho

C. Hemorroidectomia ✓

- D. Ligadura elástica Anterior Direita Esquerdas Posterior A B C Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorroida interna prolapsada e NÃO redutível é grau IV — e doença hemorroidária grau IV (ou grau III sintomática refratária) tem indicação de hemorroidectomia. Medidas dietéticas e higiênicas isoladas (A) servem ao grau I e como adjuvante. Fotocoagulação com infravermelho (B) trata graus I-II, e ligadura elástica (D) trata graus I-III que ainda reduzem: aplicada em mamilo irreductível, não resolve e dói. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Paciente submetido a herniorrafia incisional mediana in fraumbilical, com tela, há 20 dias foi trazido à Emergência por febre de 38,5o C. À admissão, a frequência cardíaca era de 110 bpm, e a pressão arterial de 100/60 mmHg. Apresentava eritema intenso ao redor da ferida operatória, dor muito forte à palpação, com drenagem de secreção purulenta em moderado volume à expressão manual. Qual o tratamento mais indicado?

- A. Drenagem da secreção purulenta por abertura dos pontos da ferida operatória e coleta da secreção para cultura
- B. Drenagem da secreção purulenta por abertura dos pontos da ferida operatória, coleta da secreção para cultura e antibioticoterapia
- C. Exploração cirúrgica da ferida operatória com debridamento de tecidos desvitalizados, coleta da secreção para cultura, remoção da tela e antibioticoterapia ✓**
- D. Exploração cirúrgica da ferida operatória com debridamento de tecidos desvitalizados, coleta da secreção para cultura, manutenção da tela e antibioticoterapia

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, taquicardia, eritema intenso, dor desproporcional e secreção purulenta em ferida com TELA, no 20º dia, configuram infecção profunda do sítio cirúrgico com envolvimento do material protético. Uma vez infectada e com sepse incipiente, a tela sintética se torna biofilme irremovível pelo antibiótico — o tratamento exige exploração cirúrgica, debridamento, cultura, REMOÇÃO da prótese e antibioticoterapia. Só abrir e drenar (A/B) subestima o quadro, e manter a tela (D) perpetua a infecção. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Paciente de 64 anos veio à Emergência por dor abdo minal em cólica e vômitos, com início há 12 horas. Referiu uma evacuação normal seguida de uma diarreica logo após o início do quadro, não ocorrendo mais eliminação de gases ou fezes desde então. Informou ter sido submetido a laparotomia por ferimento penetrante abdominal com lesão no fígado e no intestino delgado há mais de 20 anos. Negou comorbidades, exceto colelitíase assintomática. Ao exame, apresentava discreta distensão abdominal, concentrada no epigástrio que se encontrava timpânico. Ao toque, a ampola retal estava vazia. A radiografia simples de abdômen mostrou distensão hidroaérea do intestino com formação de imagem de “pilha de moedas” e formação de níveis hidroaéreos em diferentes alturas. Assinale a assertiva correta sobre esse quadro clínico.

- A. Presença de níveis hidroaéreos sugere obstrução intestinal baixa.
- B. Vômitos no início do quadro e ausência de grande distensão sugerem obstrução intestinal alta. ✓**
- C. O paciente deve ter válvula ileocecal competente, o que explicaria o quadro clínico e os achados radiológicos.
- D. A causa mais provável do quadro é íleo biliar, por ter sido negligenciado o tratamento da colelitíase.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente com laparotomia prévia (bridas = causa mais comum de obstrução), parada de eliminação de gases e fezes, vômitos PRECOCES e distensão discreta limitada ao epigástrico: tudo aponta obstrução de delgado ALTA. A imagem em 'pilha de moedas' corresponde às válvulas coniventes do jejuno, reforçando o nível alto. Níveis hidroaéreos não distinguem alto de baixo (A). Válvula ileocecal competente (C) é conceito de obstrução COLÔNICA, com risco de alça fechada. Íleo biliar (D) é raro e exigiria aerobilia/cálculo ectópico. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

Que malformação broncopulmonar, dentre as abaixo, não apresenta comunicação com a via aérea traqueo brônquica normal, cuja nutrição é proveniente de um vaso arterial sistêmico anômalo, geralmente oriundo da aorta abdominal ou torácica?

- A. Malformação congênita de via aérea e pulmão (MCVAP)
- B. Enfisema lobar congênito
- C. Sequestro pulmonar ✓**
- D. Cisto broncogênico intrapulmonar

COMENTÁRIO OSCELABS

A malformação sem comunicação com a árvore traqueobrônquica normal e nutrida por artéria sistêmica anômala (habitualmente ramo da aorta torácica descendente ou abdominal) é o sequestro pulmonar — sua identificação por angio-TC é fundamental, pois o vaso aberrante pode sangrar de forma catastrófica na cirurgia. A MCVAP/CCAM (A) comunica-se com a via aérea e tem irrigação pulmonar normal; o enfisema lobar congênito (B) é hiperinsuflação de um lobo aerado; o cisto broncogênico (D) tem irrigação sistêmica ausente e vascularização pulmonar habitual. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre a cirurgia da unha.

- A. Quando há fratura da falange distal associada a um hematoma subungueal, ela é considerada uma fratura exposta. ✓**
- B. O tratamento do hematoma subungueal costuma ser conservador.
- C. A drenagem de um hematoma subungueal por per furação geralmente está contraindicada.
- D. O uso de antirretrovirais previne paroníquia em pacientes com vírus da imunodeficiência humana.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematoma subungueal associado a fratura da falange distal deve ser tratado como fratura EXPOSTA: o leito ungueal rompido comunica o osso com o meio externo, o que justifica limpeza, antibiótico e cuidado com a matriz ungueal para evitar osteomielite e deformidade. Por isso o tratamento não é meramente conservador (B) e a drenagem/trepanação do hematoma doloroso é justamente o que está INDICADO, não contraindicado (C). Antirretrovirais não previnem paroníquia (D) — alguns, como o indinavir, chegam a causá-la. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Paciente masculino, de 35 anos, com queimaduras de mais de 30% do corpo, foi internado na Unidade de Queimados. Já havia recebido os primeiros atendimentos adequadamente. Para quantificar a reposição volêmica após 24 horas do manejo inicial desse paciente grande queimado, qual a principal referência a ser utilizada?

- A. Superfície corporal queimada

B. Débito urinário ✓

- C. Pressão venosa central
- D. Pressão arterial média

COMENTÁRIO OSCELABS

Nas primeiras 24 horas do grande queimado, a superfície corporal queimada guia o volume (fórmula de Parkland). Passada essa fase, a fórmula perde a função e a reposição passa a ser TITULADA pela resposta: o débito urinário é o melhor marcador de perfusão à beira do leito, com alvo de 0,5 ml/kg/h no adulto (1 ml/kg/h na criança). Continuar usando a superfície queimada (A) leva a hiper-ressuscitação ('fluid creep'); PVC (C) e PAM (D) são marcadores tardios e pouco fidedignos de volemia. Resposta B.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Paciente de 33 anos, sem comorbidades conhecidas, tabagista e com histórico de consumo eventual de bebidas alcoólicas, foi encaminhado da UPA para o Ambulatório por tosse há 4 semanas, inapetência, calafrios eventuais que relaciona com "febre interna" e discreto emagrecimento. Já havia procurado a UBS local, tendo sido prescritos amoxicilina e anti-inflamatórios por 5 dias. Raio X de tórax revelou volumoso derrame pleural à direita com compressão de cerca de metade do pulmão ipsilateral, sem desvio do mediastino. Optou-se por toracocentese. Assinale a assertiva correta sobre a análise do líquido pleural.

- A. Tabagismo e emagrecimento apontam para derrame neoplásico, sendo a análise citopatológica do líquido suficiente para o diagnóstico.
- B. Análises de proteínas, pH, LDH e glicose pleurais estabelecem se o líquido é um transudato ou um exsudato.

C. Análises macroscópica (aspecto), bioquímica e bacteriológica auxiliam na definição de derrame complicado/não complicado e na definição da conduta terapêutica. ✓

- D. Exame citológico diferencial auxilia o raciocínio diagnóstico em quadros infecciosos, tendo menor importância se a suspeita for neoplásica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Toracocentese em derrame volumoso: a avaliação conjunta do ASPECTO (purulento? turvo?), da bioquímica (pH, glicose, LDH, proteínas, ADA) e da bacteriologia (Gram, cultura, BAAR) é o que classifica o derrame em não complicado, complicado ou empiema — e é essa classificação que decide entre antibiótico isolado e drenagem torácica. A relação proteína/LDH (critérios de Light) separa transudato de exsudato, mas pH e glicose não entram nessa separação (B). A citologia oncológica isolada tem sensibilidade limitada (A), e o citológico diferencial é útil também na suspeita neoplásica (D). Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre fraturas de costelas.

A. Pneumonia é a complicação mais frequente e está diretamente relacionada ao número de costelas quebradas e à idade do paciente. ✓

- B. Hemotórax é a complicação mais frequente e, na maioria das vezes, subdiagnosticada, levando a maior número de complicações, como empiema.
- C. Pneumotórax associado sem hemotórax deve ser tratado conservadoramente.
- D. Controle adequado da dor diminui o risco de cólicas retidas, mas não diminui a probabilidade de pneumonia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura de arcos costais dói, limita a inspiração profunda e a tosse, gera atelectasia e culmina em PNEUMONIA — a complicação mais frequente, com risco proporcional ao número de costelas fraturadas e à idade do paciente. Justamente por isso, analgesia eficaz (inclusive bloqueios) reduz a incidência de pneumonia, ao contrário do que afirma D. Hemotórax não é a complicação mais comum (B), e pneumotórax associado a trauma com fratura de costelas geralmente exige drenagem, não observação (C). Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Paciente masculino, de 20 anos, sofreu trauma craniano, com fratura cominutiva com afundamento parietal. Observou-se ferimento corticocontuso do couro cabeludo sobre o local do afundamento. Que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Realizar tratamento cirúrgico com debridamento da ferida e remoção dos fragmentos ósseos. ✓**
- B. Realizar tratamento conservador, sem emprego de antibióticos.
- C. Instituir antibioticoprofilaxia e realizar sutura simples do ferimento.
- D. Instituir tratamento com antibióticos e corticosteroides.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura com afundamento sob ferimento corticocontuso do couro cabeludo é fratura EXPOSTA (comunicação do meio externo com o crânio) — risco alto de infecção, osteomielite e abscesso. A conduta é cirúrgica: debridamento da ferida, remoção/limpeza dos fragmentos ósseos e correção do afundamento, associada a antibiótico. Tratamento conservador sem antibiótico (B) é inadmissível; sutura simples (C) fecha a contaminação por cima do foco; corticoide (D) não tem papel no trauma craniano. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Paciente masculino, de 30 anos, com diabetes melito e hipertensão arterial de difícil controle, veio à consulta de revisão na UBS. Alguns aspectos de seu exame físico estão reproduzidos nas imagens abaixo. Que diagnóstico, dentre os propostos, é o mais provável?

- A. Síndrome de Cushing
- B. Insuficiência adrenal
- C. Acromegalia ✓**
- D. Doença de Paget

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente jovem com diabetes e hipertensão de difícil controle, cujo diagnóstico se faz pelo exame físico (fácies com proeminência de arcos supraciliares e mandíbula, mãos e pés aumentados, aumento de partes moles), tem ACROMEGALIA por adenoma hipofisário secretor de GH — o excesso de GH/IGF-1 é diabetogênico e hipertensivo. Cushing (A) daria obesidade central, estrias violáceas e giba, com fácies em lua cheia. Insuficiência adrenal (B) cursa com hipotensão e hipoglicemia, o oposto do quadro. Paget (D) é doença óssea focal, sem repercussão metabólica desse tipo. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Paciente masculino, de 54 anos, procurou a Emergência por ter apresentado há 3 horas dor retroesternal, de intensidade moderada, sem irradiação; no momento, estava sem dor. Referiu hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia em tratamento. Encontrava-se estável do ponto de vista hemodinâmico, Killip I. O eletrocardiograma está reproduzido abaixo. À admissão, a dosagem de troponina I ultrasensível foi de 12 pg/ml e, 3 horas após, de 154 pg/ml (valor de referência: < 5 pg/ml). Que diagnóstico, dentre os propostos, é o mais provável?

- A. Angina instável
- B. Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST na parede lateral
- C. Infarto agudo do miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST na parede anterior

D. Infarto agudo do miocárdio sem supradesnivelamento do segmento ST ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica anginosa com eletrocardiograma sem supradesnivelamento de ST e curva de troponina ultrasensível claramente ascendente (12 → 154 pg/ml, com valor de referência < 5) fecha infarto agudo do miocárdio SEM supra de ST. O que separa o IAMSSST da angina instável (A) é exatamente a elevação com variação dinâmica dos marcadores de necrose — com troponina positiva não se pode falar em angina instável. B e C exigiriam supradesnivelamento, ausente ao traçado. Resposta D.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Paciente de 29 anos, previamente hígido, veio à consulta para revisão geral da pele. Queixou-se de uma lesão com crescimento progressivo no ombro esquerdo, surgida há 2 anos. Ao exame dermatológico, observou-se mancha hiper pigmentada em tons de marrom e preto, assimétrica, com bordas irregulares, medindo 1 cm no maior diâmetro, associada a nevo pré-existente. Com base no quadro clínico e no diagnóstico nosológico mais provável, assinale a assertiva correta.

- A. Trata-se de uma lesão suspeita de melanoma nodular.

B. Espessura tumoral definida ao exame anatomopatológico é o principal índice prognóstico para esse tipo de tumor. ✓

- C. Dermatoscopia não tem utilidade na avaliação de lesões pigmentadas da pele.
- D. Biópsia incisional é a abordagem inicial mais adequada. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Mancha assimétrica, com bordas irregulares, policromia em marrom e preto, diâmetro de 1 cm e crescimento progressivo sobre nevo prévio: melanoma, pelos critérios ABCDE. O principal fator prognóstico é a espessura tumoral de Breslow, medida no anatomopatológico, que orienta margens e a pesquisa do linfonodo sentinela. O padrão descrito é de melanoma extensivo superficial, e não nodular (A). A dermatoscopia é justamente o exame que aumenta a acurácia em lesões pigmentadas (C). A abordagem inicial é a biópsia EXCISIONAL com margens estreitas, e não incisional (D). Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Paciente de 22 anos, com diabetes melito tipo 1 desde os 5 anos, foi internada para tratamento de pielonefrite aguda. Relatou má adesão ao tratamento e uso irregular das insulinas. A dosagem de HbA1c, realizada há 2 meses, foi de 11%. Tinha-lhe sido prescritas insulina NPH (4 UI antes do café, 8 UI antes do almoço e 8 UI às 22 horas) e insulina lispro (6 UI antes do café, 8 UI antes do almoço e 8 UI antes da janta), além de correções antes das refeições conforme a glicemia capilar. Foi mantido o mesmo esquema durante a internação. Às 10 horas da manhã, a paciente apresentou glicemia capilar de 45 mg/dl, e, por estar com o sensorio preservado, a hipoglicemia foi corrigida com 1 sachê de 15 g de glicose por via oral; antes do almoço, nova medida indicou 102 mg/dl. A enfermagem questionou a equipe assistente sobre que conduta adotar quanto à administração das insulinas antes do almoço. Qual das alternativas abaixo contempla a conduta correta?

- A. Não administrar as insulinas NPH e lispro antes do almoço.
- B. Não administrar a insulina NPH, mas administrar a lispro antes do almoço.
- C. Administrar a insulina NPH e não administrar a lispro antes do almoço.
- D. Administrar normalmente as insulinas NPH e lispro antes do almoço. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A hipoglicemia foi pontual, teve causa identificável e já foi corrigida — e a glicemia pré-almoço de 102 mg/dl mostra que a paciente está apta a receber o aporte alimentar. Como ela vai ALMOÇAR, a lispro (bolus prandial) é indispensável para cobrir a refeição, e a NPH sustenta a basal da tarde. Omitir insulina após uma hipoglicemia resolvida é o erro clássico e leva à hiperglicemia de rebote, especialmente numa paciente com HbA1c de 11% e infecção em curso. O ajuste, se necessário, se faz depois, revisando as doses — não pulando aplicações (A/B/C). Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre o tratamento da obesidade.

- A. A perda calórica resultante da prática de exercício físico é mais importante do que a decorrente de restrição calórica dietética.
- B. A recomendação para a realização de pequenas refeições de 3 em 3 horas está embasada em resultados de ensaios clínicos randomizados.
- C. A inclusão de café da manhã no plano alimentar não resultou em maior perda de peso segundo ensaios clínicos randomizados. ✓**
- D. O uso de medicamentos, como agonistas do GLP-1, deve ser reservado para pacientes com IMC > 30 kg/m², não devendo seu uso ultrapassar 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vários dogmas do emagrecimento não sobreviveram aos ensaios randomizados: incluir café da manhã no plano alimentar não produziu maior perda de peso do que omiti-lo. O determinante fundamental é o DÉFICIT CALÓRICO, obtido sobretudo pela restrição dietética — o exercício isolado gera perda ponderal modesta, embora seja essencial para a manutenção e para a saúde cardiometabólica (A). As refeições fracionadas de 3 em 3 horas nunca tiveram sustentação em ECR (B). Análogos de GLP-1 são indicados a partir de IMC ≥ 30 (ou ≥ 27 com comorbidade) e o uso é CRÔNICO, pois o peso retorna após a suspensão (D). Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Associe as doenças inflamatórias intestinais (coluna da esquerda) às suas apresentações endoscópicas e/ou clínicas (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - Doença de Crohn Retocolite ulcerosa Ambas as doenças (retocolite ulcerosa e doença de Crohn) () () () () () Pode(m) acometer qualquer segmento do trato digestivo.

Acomete(m) a mucosa colônica em padrão contínuo, não apresentando áreas saudáveis no segmento colônico doente. Apresenta(m) pico de incidência bimodal, com o 1º pico em adolescentes/adultos jovens e o 2º em pacientes na 7ª década de vida. Apresenta(m) erosões e úlceras intercaladas com áreas de mucosa normal. Pode(m) se manifestar com deficiência de vitamina B12. A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

- A. 1 - 2 - 1 - 1 - 3
- B. 1 - 2 - 3 - 1 - 1 ✓**
- C. 2 - 1 - 3 - 2 - 1
- D. 2 - 2 - 2 - 1 - 3

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência: (1) qualquer segmento do trato digestivo, da boca ao ânus — marca registrada da doença de Crohn; (2) mucosa colônica em padrão CONTÍNUO, ascendente a partir do reto e sem áreas poupadas — retocolite ulcerosa; (3) pico bimodal de incidência (adulto jovem e 7ª década) — comum a AMBAS; (1) lesões salteadas, com úlceras intercaladas a mucosa normal ('skip lesions') — Crohn; (1) deficiência de vitamina B12, por acometimento/ressecção do íleo terminal — Crohn. Logo, 1 - 2 - 3 - 1 - 1. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre quedas em idosos.

- A. São fatores de risco para quedas ser do sexo masculino e apresentar depressão.
- B. Idosos frágeis tendem a apresentar mais quedas em ambientes externos.
- C. Após uma queda da própria altura, independente mente das circunstâncias em que ocorreu, é necessário prosseguir com exames complementares para descartar causas cardíacas.
- D. O fator de risco de maior importância para novas quedas é ter caído no último ano. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Em geriatria, o melhor preditor de nova queda é ter caído no último ano — daí a pergunta obrigatória sobre quedas na avaliação anual do idoso. São fatores de risco o sexo FEMININO, além de polifarmácia, sarcopenia e déficit visual (A está trocada quanto ao sexo). O idoso FRÁGIL cai mais em ambiente domiciliar, porque circula pouco fora de casa; quem cai na rua é o idoso mais ativo (B). E nem toda queda da própria altura exige investigação cardiológica (C): a propedêutica é dirigida pelas circunstâncias, especialmente se houve síncope. Resposta D.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Paciente de 18 anos foi encaminhada ao Ambulatório de Hematologia para investigação de anemia hipoprolifera tiva devido a microcitose e anisocitose ao hemograma. Diante da hipótese de anemia ferropriva, que alteração do exame físico, dentre as abaixo, poderia corroborar esse diagnóstico?

- A. Lesões cutâneas hipocrômicas
- B. Diminuição do reflexo patelar
- C. Queilite angular ✓**
- D. Anel de Kayser-Fleischer

COMENTÁRIO OSCELABS

A ferropenia repercute nos epitélios de alta renovação, e a queilite angular (fissuras nos ângulos da boca) é um dos sinais clássicos, ao lado de glossite atrófica, coiloníquia (unhas em colher) e queda de cabelo. Lesões hipocrômicas cutâneas (A) não fazem parte do quadro. A diminuição de reflexos e alterações neurológicas (B) apontam deficiência de vitamina B12, que cursa com anemia MACROcítica. O anel de Kayser-Fleischer (D) é da doença de Wilson. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Pessoa vivendo com HIV, em tratamento antirretroviral regular, trouxe à consulta o resultado da última dosagem de CD4: 600 células/mm³ e carga viral indetectável. Encontrava-se assintomática. Foi-lhe solicitado exame de VDRL de rotina que indicou título de 1:8 e FTA-Abs positivo. Submeteu-se a tratamento com penicilina benzatina na dose de 2.400.000 UI por 3 semanas. Repetiu o exame de VDRL 1 mês após, e o resultado permaneceu o mesmo (título de 1:8). Qual a conduta mais adequada?

- A. Realizar punção líquórica para descartar neurosífilis.
- B. Realizar tratamento com penicilina cristalina intra venosa por 14 dias.
- C. Repetir o tratamento com penicilina benzatina.
- D. Repetir o exame de VDRL em 3 meses após tratamento da sífilis. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

VDRL não cai de imediato: a resposta sorológica adequada é a queda de 2 diluições (4 vezes) em até 6 a 12 meses — avaliar em apenas 1 mês é precoce e não caracteriza falha terapêutica. O tratamento com 3 doses semanais de penicilina benzatina foi correto para sífilis latente tardia/de duração ignorada, inclusive em pessoa vivendo com HIV. Portanto, a conduta é apenas repetir o VDRL em 3 meses. Punção lombar (A) e penicilina cristalina (B) exigiriam sintomas neurológicos ou falha real; repetir o esquema (C) seria antecipar demais. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Paciente masculino, de 60 anos, apresentou parada cardiorrespiratória em ambiente extra-hospitalar. A reanimação foi iniciada no local e 3 choques foram aplicados com desfibrilador externo automático (DEA). Quando a equipe do SAMU chegou, o paciente estava irresponsivo, mas apresentava pulso, frequência respiratória de 30 bpm, pressão sistólica de 70 mmHg e saturação de 80% em ar ambiente. Como deve ser a continuidade do cuidado antes de transportá-lo para o hospital?

- A. Oferecer oxigênio suplementar por máscara com reservatório e cristalóide gelado intravenoso.
- B. Oferecer oxigênio suplementar por máscara com reservatório e cristalóide gelado e amiodarona contínua intravenosa.
- C. Intubar e administrar vasopressor e amiodarona contínua intravenosa.
- D. Intubar e administrar cristalóide e vasopressor intravenosos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se do cuidado PÓS-PARADA, após retorno da circulação espontânea: paciente irresponsivo, com SpO₂ de 80% e pressão sistólica de 70 mmHg. As metas são via aérea definitiva com intubação e ventilação controlada (evitando hipóxia e hiperóxia) e restauração da perfusão com cristalóide e vasopressor, mirando PAS > 90 mmHg. Não se indica infusão de cristalóide GELADO no pré-hospitalar (A/B) — a hipotermia induzida por essa via aumentou complicações nos ensaios. Amiodarona contínua (B/C) não é rotina pós-RCE em paciente sem arritmia ativa, e nunca substitui a estabilização hemodinâmica. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre o manejo preventivo de litíase renal recorrente.

- A. A prevenção requer uso de medicação contínua, independentemente do tipo de cálculo.
- B. O consumo de fluidos deve ser suficiente para manter o débito urinário em 2 litros/dia. ✓**
- C. O consumo de cálcio deve ser inferior a 1.000 mg/dia, e o de sódio, superior a 100 mEq/dia.
- D. O consumo de frutas e vegetais deve ser evitado pelo risco de formação de cálculos de oxalato de cálcio.

COMENTÁRIO OSCELABS

A medida mais eficaz e universal na prevenção de recorrência de litíase renal é a hidratação: ingesta suficiente para manter DÉBITO URINÁRIO de pelo menos 2 litros/dia, diluindo os solutos litogênicos. Nem todo paciente precisa de medicação contínua (A) — tiazídico, citrato ou alopurinol são indicados conforme a composição do cálculo e a alteração metabólica. O cálcio da dieta deve ser NORMAL (1.000-1.200 mg/dia; restringi-lo aumenta a absorção de oxalato) e o sódio, RESTRITO a menos de 100 mEq/dia (C está invertida). Frutas e vegetais são incentivados pelo aporte de citrato (D). Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Paciente de 35 anos procurou a Emergência por quadro de febre, dor lombar e disúria. Negou comorbidades. Ao exame, encontrava-se prostrada, com temperatura axilar de 38° C e sinais vitais estáveis, sem outras alterações. A punho-percussão lombar foi positiva à direita. Diante desse quadro, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Solicitar ultrassonografia de vias urinárias e iniciar antibioticoterapia empírica por via oral.
 - B. Solicitar urocultura, iniciar antibioticoterapia empírica por via oral e liberar a paciente. ✓**
 - C. Internar a paciente, solicitar urocultura e aguardar o resultado do exame para iniciar o tratamento.
 - D. Internar a paciente, solicitar urocultura e iniciar antibioticoterapia por via intravenosa de amplo espectro.
- Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 13

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, sem comorbidades, com pielonefrite aguda e sinais vitais ESTÁVEIS, tolerando via oral e sem sinais de sepse ou obstrução: caso de pielonefrite não complicada, que pode ser tratada ambulatorialmente com antibiótico oral (fluoroquinolona ou cefalosporina), após coleta de urocultura, com reavaliação em 48-72 horas. Imagem (A) só se indica em falha terapêutica, suspeita de obstrução ou litíase. Aguardar a cultura para iniciar antibiótico (C) é inaceitável, e internação com esquema venoso de amplo espectro (D) é desproporcional ao quadro. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Qual dos seguintes achados do exame físico neurológico indica lesão da via piramidal?

- A. Hipertonia plástica
- B. Rigidez cérea
- C. Sinal de Romberg
- D. Clônus sustentado ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A lesão do trato piramidal (neurônio motor superior) produz a síndrome espástica: hipertonia elástica em 'canivete', hiper-reflexia profunda, clônus — especialmente o SUSTENTADO, que é sempre patológico — e sinal de Babinski. Hipertonia plástica em roda denteada e rigidez cérea (A/B) são extrapiramidais, típicas do parkinsonismo. O sinal de Romberg (C) indica comprometimento da propriocepção (cordão posterior) ou vestibular, não da via motora. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Que condição, dentre as abaixo, não constitui contraindicação para trombólise intravenosa?

- A. Uso de varfarina com INR > 1,7
- B. Suspeita de hemorragia subaracnóidea
- C. Presença de endocardite bacteriana
- D. Presença de meningioma ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

As contraindicações à trombólise no AVC isquêmico visam ao risco de sangramento intracraniano. Neoplasia intracraniana EXTRA-AXIAL e benigna, como o meningioma, não é contraindicação — diferentemente das neoplasias intra-axiais. Já INR > 1,7 em uso de varfarina (A) implica coagulopatia; suspeita de hemorragia subaracnóidea (B) é contraindicação absoluta, mesmo com tomografia normal; e endocardite infecciosa (C) contraindica pelo risco de transformação hemorrágica a partir de aneurisma micótico. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Paciente feminina, de 63 anos, procurou a Emergência por quadro de dor lombar de forte intensidade, iniciada há 2 dias, com piora progressiva, evoluindo para pares tesias nos membros inferiores. Informou ter 1 nódulo na mama esquerda, que vinha crescendo há mais de 2 anos sem investigação, e 1 nódulo na axila esquerda, surgido há 3 meses. Ao exame físico, encontrava-se em regular estado geral, com mucosas úmidas e coradas, fácies de dor e dificuldade de deambulação (pela dor lombar). As ausculta cardíaca e pulmonar não revelaram alterações, e o exame neurológico mostrou força preservada nos membros inferiores. Diante do quadro clínico, qual a conduta mais adequada?

- A. Fazer biópsia do nódulo da mama esquerda com urgência, pois, sem o diagnóstico de uma possível neoplasia maligna de mama, não há como definir os demais problemas e tratamentos para a paciente.
- B. Prescrever corticosteroide sistêmico e analgésico e encaminhar a paciente para investigação adicional em serviço especializado da instituição.
- C. Tratar a dor da paciente e solicitar tomografia computadorizada ou ressonância magnética da coluna lombossacra para diagnóstico de possível compressão medular, uma vez que há urgência em iniciar o tratamento caso seja esse o problema (possivelmente causado por metástase óssea). ✓**
- D. Iniciar tratamento empírico para uma provável neoplasia metastática de mama, enquanto são solicitados exames de estadiamento e biópsia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor lombar intensa e progressiva com parestesias em membros inferiores, em paciente com nódulo mamário e axilar não investigados, é compressão medular metastática até prova em contrário — EMERGÊNCIA oncológica em que cada hora de déficit reduz a chance de recuperar a deambulação. A prioridade é analgesia e IMAGEM urgente (ressonância, ou tomografia se indisponível) da coluna, pois a força ainda está preservada e a janela terapêutica está aberta. Priorizar a biópsia da mama (A) ou mandar para investigação ambulatorial (B) perde essa janela; tratar 'empiricamente' um câncer sem diagnóstico (D) não se faz. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Paciente feminina, de 65 anos, procurou a Emergência queixando-se de dor torácica à esquerda, iniciada há cerca de 1 mês. À ausculta pulmonar, constatou-se ausência de murmúrios vesiculares à esquerda. Com base nos dados e na radiografia de tórax reproduzida abaixo, qual a hipótese diagnóstica menos provável?

- A. Derrame pleural por insuficiência cardíaca ✓**
- B. Derrame pleural metastático
- C. Tuberculose pleural
- D. Mesotelioma pleural

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese MENOS provável. Derrame pleural volumoso e UNILATERAL, acompanhado de dor torácica de um mês, aponta para causas locais — neoplasia primária (mesotelioma), metástase pleural ou tuberculose pleural, todas plenamente compatíveis. O derrame da insuficiência cardíaca, ao contrário, decorre de aumento da pressão hidrostática e é tipicamente BILATERAL (ou maior à direita quando assimétrico), indolor e acompanhado de sinais congestivos sistêmicos, ausentes aqui. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Paciente masculino, de 50 anos, veio à consulta queixando-se de despertares frequentes durante o sono noturno e fadiga diurna. Com base no registro abaixo, ilustrativo de uma época (registro de 30 segundos) de uma polissonografia de noite inteira, qual o diagnóstico mais provável?

- A. Síndrome da apneia/hipopneia obstrutiva do sono.
- B. Apneia do sono central. ✓**
- C. Síndrome de hipoventilação relacionada ao sono.
- D. O registro encontra-se dentro da normalidade, e diagnósticos alternativos devem ser buscados para explicar as queixas do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura da polissonografia é sempre a mesma: olhar o canal de FLUXO aéreo e, em seguida, os canais de ESFORÇO (cintas torácica/abdominal e pressão esofágica). Quando o fluxo cessa e o esforço respiratório também desaparece, a pausa é CENTRAL — falta o comando, não a via. Na apneia obstrutiva (A), o esforço persiste ou até aumenta contra a via aérea colapsada. A hipoventilação relacionada ao sono (C) cursa com hipercapnia sustentada e dessaturação prolongada, sem pausas discretas. Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Paciente masculino, de 27 anos, veio à consulta queixando-se de lombalgia, iniciada há 3 dias, sem melhora com o uso de paracetamol. Negou comorbidades. Ao exame físico, foram constatados reflexos, força e sensibilidade preservados nas 4 extremidades, com dor à palpação paravertebral bilateral em região lombar, mas sem dor à palpação de processos espinhosos. Sinal de Lasègue estava negativo bilateralmente. Qual a conduta mais adequada?

- A. Indicar repouso absoluto.
- B. Aumentar a dose de paracetamol.
- C. Prescrever anti-inflamatório não esteroide. ✓**
- D. Realizar infiltração para-espinhal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia aguda de 3 dias, em jovem, com exame neurológico normal, Lasègue negativo, dor à palpação PARAVERTEBRAL (muscular) e sem dor nos processos espinhosos: lombalgia inespecífica, sem sinais de alarme. Falhando o paracetamol, o próximo passo é o anti-inflamatório não esteroidal por curto período, associado à manutenção da atividade habitual. Repouso absoluto (A) piora o prognóstico e retarda o retorno funcional. Aumentar o paracetamol (B) tem eficácia limitada nessa condição, e infiltração (D) é conduta invasiva sem indicação na fase aguda. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

A figura abaixo apresenta resultados de duas pesquisas clínicas: estudo A e estudo B, que avaliaram a eficácia de um mesmo tratamento hipotético sobre o desfecho morte por covid-19. A linha pontilhada significa a estimativa-ponto, e a linha contínua, a nulidade. Com base na figura, é possível afirmar que

- A. o estudo A evidenciou que o tratamento pode piorar o desfecho principal.
- B. o estudo B descartou benefício do tratamento.

C. o estudo B provavelmente tem menor tamanho amostral do que o estudo A. ✓

- D. os estudos têm resultados divergentes. Eletro-encefalografia Despertar Fluxo aéreo Esforço (cinta torácica) Esforço (cinta abdominal) Esforço (pressão esofágica) Saturação da Oxi-hemoglobina 10 segundos (SpO2)
- Estudo A Estudo B Malefício Sem efeito Benefício

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura é de intervalos de confiança. Estudo com IC mais LARGO tem menor precisão, o que reflete tamanho amostral menor (ou menos eventos) — o estudo B, com intervalo amplo cruzando a linha da nulidade, é o menos preciso. Quando um IC cruza a nulidade, o resultado é inconclusivo: não 'descarta benefício' (B), apenas não o comprova. Estimativas pontuais na mesma direção, com ICs que se sobrepõem, indicam resultados CONCORDANTES, não divergentes (D), e a afirmação de malefício em A não se sustenta. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre delineamentos de pesquisas epidemiológicas.

- A. Os estudos observacionais descritivos testam uma hipótese, além de descreverem a distribuição de variáveis.
- B. Os estudos ecológicos têm como principal desvantagem o custo, pois avaliam populações inteiras, o que, muitas vezes, torna inviável sua execução.
- C. Os estudos de caso-controle partem dos desfechos e buscam fatores de exposição, sendo fundamental que controles venham de uma população distinta da dos casos.
- D. Os estudos de coorte permitem o cálculo de taxas de incidência em expostos e não expostos e, conseqüentemente, do Risco Relativo da doença (RR). ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A coorte parte da EXPOSIÇÃO e acompanha o desfecho ao longo do tempo, o que permite calcular incidência em expostos e não expostos e, a partir daí, o Risco Relativo — vantagem que os demais delineamentos não têm. Estudos descritivos GERAM hipóteses, não as testam (A). Estudos ecológicos são justamente os mais BARATOS e rápidos, pois usam dados agregados já existentes (B). No caso-controle, os controles devem vir da MESMA população-base dos casos, sob pena de viés de seleção (C), e o que se estima ali é a razão de chances (odds ratio). Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito A

Para determinar os fatores de risco para o câncer de mama, 50.000 mulheres foram selecionadas e acompanhadas ao longo de 5 anos com o intuito de identificar as que desenvolveriam a doença. Qual o delineamento desse estudo?

- A. Estudo de coorte ✓**
- B. Estudo de caso-controle
- C. Estudo transversal
- D. Estudo ecológico

COMENTÁRIO OSCELABS

Selecionar 50.000 mulheres SEM a doença e acompanhá-las ao longo de 5 anos para ver quem desenvolve câncer de mama é a definição de estudo de coorte prospectiva: parte-se da exposição para o desfecho, medindo incidência. No caso-controle (B) se parte de quem já tem a doença e se busca a exposição retrospectivamente. O transversal (C) mede exposição e desfecho no mesmo momento, sem seguimento. O ecológico (D) trabalha com dados agregados de populações, não de indivíduos. Resposta A.

QUESTÃO 84 — Gabarito B

A avaliação crítica dos resultados de publicações médicas é fortemente recomendada na formação do médico, principalmente quanto ao uso de novas tecnologias cujo nível de evidência científica é baixo e carece de comprovação. Assinale a assertiva correta sobre a análise da intenção de tratar utilizada em estudos clínicos.

- A. É preferível à análise por protocolo em estudos observacionais.
- B. Preserva a randomização original dos ensaios clínicos. ✓**
- C. Aumenta a chance de erro tipo I.
- D. Reduz o tamanho da amostra.

COMENTÁRIO OSCELABS

A análise por intenção de tratar avalia cada participante no grupo em que foi ALOCADO, independentemente de ter aderido, trocado de braço ou abandonado — é isso que preserva o efeito da randomização e o equilíbrio dos fatores de confusão conhecidos e desconhecidos. Por incluir não aderentes, ela tende a diluir o efeito, sendo CONSERVADORA: reduz (não aumenta) o risco de erro tipo I (C). Não faz sentido em estudos observacionais, que não têm randomização (A), e não reduz o tamanho da amostra (D) — ao contrário, preserva todos os randomizados. Resposta B.

QUESTÃO 85 — Gabarito B

Supondo-se que o risco de morrer por pneumonia não tratada seja de 18% e que o risco de morrer por pneumonia tratada com antibióticos seja de 2%, que número de pacientes será necessário tratar com antibióticos para beneficiar um paciente no cenário descrito?

- A. 5,55
 - B. 6,25 ✓**
 - C. 55
 - D. 625
- 14 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

NNT é o inverso da redução absoluta de risco. Aqui, $RAR = 18\% - 2\% = 16\% = 0,16$. $NNT = 1 / 0,16 = 6,25$ — ou seja, é preciso tratar cerca de 7 pacientes (arredondando sempre para cima, na prática) para evitar uma morte. O valor 5,55 (A) sairia de uma RAR de 18%, ignorando o risco no grupo tratado; 55 e 625 (C/D) decorrem de erro de casa decimal. Perceba a lógica: quanto menor o NNT, mais eficaz a intervenção. Resposta B.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Um estudo ecológico de abrangência nacional, desenvolvido por Macinko e colaboradores, avaliou o impacto do crescimento do Programa Saúde da Família e a redução da mortalidade infantil no Brasil, de 1990 a 2002, quando a cobertura do Programa era de 36%. Table 4 Marginal effects of main explanatory variables† Independent variable Marginal effects: percentage change in infant mortality associated with a 10% increase in the independent variable‡ Family Health Program (% of population covered) -4.56** (-5.68 to -3.44) Water access (% population covered) -2.92** (-5.01 to -0.84) Hospital beds (per 1000 population) -1.35** (-2.16 to -0.55) Female illiteracy (% women > 15 years who are illiterate) 16.82** (11.38 to 22.26) Fertility (mean number children/woman) 1.78** (0.49 to 3.08) Mean income (in constant R\$) 1.11** (0.37 to 1.85) 95% Confidence intervals errors in parentheses. **Significant ($p < 0.01$). †Based on final model (model 4 from table 2); non-significant variables and fixed effects not shown. ‡Marginal effects evaluated at the mean of all other independent variables (predicted IMR = 37.441). Assinale a assertiva correta de acordo com os resultados apresentados na tabela.

- A. Um aumento de 10% da cobertura do Programa Saúde da Família nos municípios diminuiu em 4,56% a mortalidade infantil no período. ✓**
- B. O acesso à água tem efeito maior na redução da mortalidade infantil do que a cobertura do Programa Saúde da Família.
- C. Os leitos hospitalares têm maior impacto na redução da mortalidade infantil do que a cobertura do Programa Saúde da Família.
- D. O analfabetismo materno não tem impacto na mortalidade infantil.

COMENTÁRIO OSCELABS

A tabela apresenta EFEITOS MARGINAIS: variação percentual da mortalidade infantil associada a um aumento de 10% na variável independente. Para o Programa Saúde da Família, o valor é -4,56% (IC 95% -5,68 a -3,44), ou seja, cada 10% a mais de cobertura associou-se a 4,56% menos mortalidade infantil — e foi o fator protetor de maior magnitude, superando acesso à água (-2,92%) e leitos hospitalares (-1,35%), o que invalida B e C. O analfabetismo feminino teve o maior efeito de todos, porém no sentido de AUMENTAR a mortalidade (+16,82%), contrariando D. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

O aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco fez com que a Organização das Nações Unidas incluísse, no objetivo três de sua Agenda para o Desenvolvimento Sustentável até 2030, compromissos com a saúde e o bem-estar e metas de controle das DCNT. Que alternativa, dentre as abaixo, melhor representa o estado atual da resposta brasileira à política de enfrentamento dessa situação de saúde?

- A. O Brasil respondeu às recomendações da Organização Mundial da Saúde para o controle do tabagismo, porém não alcançou a meta de redução da prevalência do tabagismo entre 2010 e 2019.
- B. O consumo de bebida alcoólica tem se reduzido no Brasil, e o decréscimo deve-se ao menor consumo de álcool pelas mulheres.

C. Houve aumento na prática da atividade física no tempo livre (lazer) pelos brasileiros, principal motivo para a contenção do aumento da prevalência da obesidade em adultos no país.

D. A mortalidade por doenças cardiovasculares e por doenças respiratórias crônicas declinaram no Brasil entre 2010 e 2019. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na resposta brasileira às DCNT, o resultado mais consistente entre 2010 e 2019 foi o declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares e por doenças respiratórias crônicas, sustentado principalmente pela queda do tabagismo e pela ampliação do acesso à Atenção Primária. O Brasil, aliás, é referência mundial no controle do tabaco e ALCANÇOU a meta de redução da prevalência (A é falsa). O consumo abusivo de álcool aumentou, sobretudo entre mulheres (B), e a obesidade seguiu em ascensão apesar do incremento de atividade física no lazer (C). Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Assinale a assertiva que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Conforme a Constituição Federal de 1988, a Seguridade Social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos a saúde, Segundo o Capítulo II da Lei no 8.080/1990, não constituem despesas com ações e serviços de saúde

A. a previdência e a assistência social - o pagamento de aposentadorias e pensões e o saneamento básico ✓

B. a previdência e a segurança pública - o pagamento de aposentadorias e pensões e o atendimento público para mulheres e vítimas de violência doméstica

C. a previdência e a educação - o atendimento público para mulheres e vítimas de violência doméstica e a assistência domiciliar

D. a assistência social e a educação - a merenda escolar e o saneamento básico

COMENTÁRIO OSCELABS

A Constituição de 1988 define a Seguridade Social como o tripé SAÚDE, PREVIDÊNCIA e ASSISTÊNCIA SOCIAL — educação e segurança pública são direitos sociais, mas ficam fora desse conjunto (B/C/D). Já a Lei 8.080/1990 exclui expressamente das despesas com ações e serviços públicos de saúde o pagamento de aposentadorias e pensões e as ações de saneamento básico (custeadas com recursos próprios de outros setores). Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito B

Associe os atributos de Atenção Primária à Saúde (APS) (coluna da esquerda) às medidas que podem ser tomadas para melhorar a qualidade do serviço prestado na APS (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Primeiro contato/acesso Coordenação do cuidado Longitudinalidade Integralidade Continuidade () () () Implantar prontuário eletrônico na rede de atenção à saúde. Oferecer pronto-atendimento, vacinação e orientação nutricional na UBS. Oferecer turno estendido até às 22 horas no Ambulatório. A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

A. 1 - 2 - 3

B. 2 - 4 - 1 ✓

C. 2 - 5 - 3

D. 5 - 3 - 4 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência 2 - 4 - 1. Prontuário eletrônico compartilhado na rede é ferramenta de COORDENAÇÃO do cuidado (2): garante que a informação siga o usuário pelos pontos de atenção. Ofertar pronto-atendimento, vacinação e orientação nutricional no mesmo serviço traduz INTEGRALIDADE (4), que reúne ações curativas, preventivas e de promoção. Turno estendido até as 22 horas remove barreira organizacional de acesso, atributo PRIMEIRO CONTATO/ACESSO (1). Resposta B.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Leia o parágrafo abaixo, extraído de texto de Eugênio Vilaça Mendes. A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde re flete o desencontro entre uma situação de saúde que combina em velhecimento populacional e transição epidemiológica dominada por condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado para responder às condições agudas e aos eventos agudos decorrentes de agudizações de condições crônicas de forma fragmentada, episódica, reativa e com foco nas doenças. Assinale a alternativa que aponta uma direção para superação desse problema.

- A. A população adscrita a cada unidade de saúde é uma limitação para o exercício da atenção à saúde baseada na população, pois as pessoas devem ter liberdade de escolha
- B. A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde pressupõe que o centro de comunicação da rede é a atenção hospitalar.
- C. Os sistemas logísticos, incluindo os registros eletrônicos de prontuário, não fazem parte da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde, devido às limitações impostas pela Lei Geral de Proteção de Dados.

D. O Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model) implica reorganização dos serviços de Atenção Primária de forma articulada com os recursos da comunidade. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O diagnóstico do texto é a incompatibilidade entre um sistema desenhado para o agudo e uma população com condições crônicas. A saída proposta por Vilaça Mendes são as Redes de Atenção à Saúde organizadas segundo o Modelo de Atenção Crônica (Chronic Care Model), que reorganiza a Atenção Primária de forma proativa, com equipe preparada, paciente informado e articulação com os recursos da comunidade. A população adscrita é REQUISITO, e não limitação (A); o centro de comunicação da rede é a Atenção Primária, não o hospital (B); e os sistemas logísticos, incluindo prontuário eletrônico, são parte essencial da estrutura operacional (C). Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial. Associe as situações clínicas (coluna da esquerda) às formas de cuidado nos serviços das RAS (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - Paciente apresenta resultado de teste de antígeno positivo para covid-19, com sintomas leves e sinais vitais estáveis. Paciente recebe alta hospitalar após cirurgia de revascularização do miocárdio. Paciente chega à UBS com dor torácica, formigamento no braço esquerdo, náusea, taquicardia e sudorese. Paciente após alta hospitalar tem indicação de medicação parenteral. () () () () Regulação via telefônica com Rede de Urgência/ Emergência (SAMU). Atendimento do paciente por farmacêutico/a do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e/ou médico/a da Atenção Primária Encaminhamento do paciente pela equipe da UBS ao Programa de Atenção Domiciliar (PAD). Teleatendimento para acompanhamento realizado pela Atenção Primária à Saúde. A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

- A. 1 - 2 - 4 - 3

- B. 1 - 4 - 2 - 3
C. 3 - 2 - 4 - 1 ✓
D. 3 - 4 - 2 - 1

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência 3 - 2 - 4 - 1. Dor torácica com irradiação, sudorese e náusea na UBS é síndrome coronariana aguda e exige regulação imediata com a Rede de Urgência/SAMU (caso 3). O paciente que recebeu alta após revascularização, polimedicado, é acompanhado pelo farmacêutico/NASF e pelo médico da APS, para conciliação medicamentosa e reabilitação (caso 2). Quem tem alta com indicação de medicação parenteral vai para o Programa de Atenção Domiciliar (caso 4). E covid-19 leve com sinais vitais estáveis é seguido por teleatendimento pela APS, evitando circulação e exposição (caso 1). Resposta C.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Paciente feminina, de 52 anos, casada e mãe de 2 filhas, trabalhadora em uma fábrica de calçados, veio à consulta de rotina. Sem queixas, referiu realizar pouca atividade física e negou tabagismo. Em sua história familiar, constavam cardiopatia isquêmica (pai falecido aos 65 anos por infarto agudo do miocárdio) e neoplasia de pulmão (mãe falecida aos 49 anos). Relatou sentir medo de ter câncer, razão pela qual gostaria de submeter-se a exames pulmonares. O exame físico foi normal, com aferição da pressão arterial (130/76 mmHg), e foi realizada coleta de material para Papanicolaou. Exames complementares (glicemia, perfil lipídico, mamografia) foram solicitados. Recebeu orientações sobre a prática de atividade física e sobre a não necessidade de realizar tomografia de tórax (TC), por não haver evidências para tal indicação. Com base no quadro, associe os níveis de prevenção (coluna da esquerda) às condutas apresentadas (coluna da direita). 1 - Primordial () Aferir a pressão arterial. 2 - Primária () Solicitar a mamografia. 3 - Secundária () Não solicitar a TC de tórax. 4 - Terciária 5 - Quaternária A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

- A. 1 - 2 - 5
B. 2 - 3 - 4
C. 3 - 3 - 5 ✓
D. 4 - 4 - 2

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência 3 - 3 - 5. Aferir a PA em paciente assintomática é rastreamento de doença já instalada, porém ainda sem sintomas: prevenção SECUNDÁRIA (3). Solicitar mamografia é igualmente rastreio — detecção precoce — e também é secundária (3). Não solicitar a tomografia de tórax, por ausência de evidência que sustente o exame na paciente não tabagista, é prevenção QUATERNÁRIA (5): proteger o paciente do excesso de intervenção médica, do sobrediagnóstico e da cascata de exames a partir de achados incidentais. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito B

Associe os casos clínicos (coluna da esquerda) às estratégias utilizadas por clínicos na Atenção Primária (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - Paciente masculino, após lanche em um restaurante à beira da estrada, apresentou dor abdominal, evacuações diarreicas e náusea, sem febre. Suspeitou-se de gastroenterite. A conduta inicial inclui soro de reidratação e sintomáticos e revisão, se necessário. Paciente feminina, de 32 anos, não fumante, acordou com afonia, sem febre ou outro sintoma. O médico agendou o retorno da paciente em 1 semana. Paciente feminina, de 40 anos, tabagista (6 cigarros/dia), consultou por tosse produtiva há 1 mês, emagrecimento e sudorese. O exame físico foi inconclusivo. O médico solicitou pesquisa de BAAR no escarro e raio X de tórax. Paciente masculino, de 56 anos, que trabalha em uma madeireira, consultou por dor lombar bilateral, sem alteração ao exame neurológico. O médico solicitou raio X de coluna lombossacra. () () () () Espera permitida Diagnóstico etiológico Procedimento evitável Diagnóstico sintômico A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

A. 1 - 4 - 2 - 3

B. 2 - 3 - 4 - 1 ✓

C. 2 - 4 - 3 - 1

D. 3 - 1 - 4 - 2 16 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2023 - Acesso Direto e Prova de Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Sequência 2 - 3 - 4 - 1. 'Espera permitida' é a estratégia do caso 2 (afonia isolada, sem sinais de alarme): usar o tempo como recurso diagnóstico e reavaliar em uma semana. 'Diagnóstico etiológico' corresponde ao caso 3, em que BAAR e radiografia buscam o agente da provável tuberculose. 'Procedimento evitável' é o caso 4 — radiografia de coluna em lombalgia sem sinais de alarme não muda conduta e expõe a radiação e a achados incidentais. 'Diagnóstico sintômico' é o caso 1: trata-se a gastroenterite pela síndrome, sem identificar o agente. Resposta B.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre normas gerais de prescrição de receitas.

- A. Os antibióticos, incluindo os de uso tópico, são prescritos em receita comum dupla, com validade de 30 dias.
- B. Os analgésicos opioides e seus antagonistas devem ser prescritos em receitas B1 (azul), com numeração fornecida pela autoridade sanitária.
- C. Os anticonvulsivantes, os antidepressivos e os anorexígenos são prescritos em receitas de controle especial (branca, em duas vias).

D. As substâncias anfetamínicas são prescritas em receitas amarelas, em talonário impresso pela autoridade sanitária. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As substâncias anfetamínicas (lista A3, como o metilfenidato e as anfetaminas) exigem Notificação de Receita A, em formulário AMARELO, com numeração e talonário fornecidos/impressos pela autoridade sanitária. A Notificação B1 azul destina-se a psicotrópicos como benzodiazepínicos; opioides e antagonistas usam a Notificação A (amarela), não a azul (B). Anticonvulsivantes e antidepressivos vão em Receita de Controle Especial em duas vias, mas os ANOREXÍGENOS são de notificação, não de receita branca (C). Antibióticos vão em receita de controle especial em duas vias, com validade de 10 dias (A). Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito D

Paciente masculino, de 42 anos, consultou na UBS para obtenção de atestado médico. Há 2 dias, fora atendido na UPA por quadro de pneumonia bacteriana. Trouxe o raio X realizado, que mostrou uma consolidação na base pulmonar direita, e o laudo do atendimento. Relatou que permanecia prostrado, mas havia apresentado melhora em relação ao dia da consulta na UPA. O médico que o atendeu recomendou repouso e forneceu o boletim de atendimento, explicando-lhe que o atestado será fornecido pela UBS onde está adscrito. Assinale a assertiva correta sobre o caso.

- A. O boletim de atendimento da UPA, devidamente assinado e com a indicação da CID, é documento legal e pode ser utilizado pelo paciente como atestado médico.
- B. O médico da UPA tem restrição legal para fornecer atestado médico, pois não é o médico responsável pelo paciente.
- C. O médico da UBS deve fornecer o atestado com a data em que o atendimento foi prestado na UPA, com a indicação da CID e com o período de afastamento.
- D. O médico da UBS deve fornecer o atestado com a data em que o atendimento foi prestado, registrando o período completo de afastamento. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O atestado é ato médico privativo de quem examina, e deve refletir a data em que o médico prestou o atendimento — o da UBS atesta a sua própria consulta, registrando o período de afastamento que julgar necessário a partir da avaliação atual (o CID só entra com autorização expressa do paciente). O boletim de atendimento não substitui atestado (A). Nenhum médico tem restrição legal para emitir atestado do paciente que atendeu, seja na UPA ou em qualquer serviço (B). E ninguém pode atestar retroativamente um atendimento que não realizou (C). Resposta D.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Paciente feminina, de 64 anos, com diagnóstico de transtorno de humor bipolar de longa data, veio à consulta por quadro de movimentos coreiformes e distônicos, envolvendo principalmente a face e a língua. Atualmente faz uso de olanzapina (10 mg/dia). Diante do diagnóstico de discinesia tardia, assinale a assertiva correta.

- A. É mais comum ocorrer em homens jovens.
- B. A grande maioria dos casos melhora após 3 meses da interrupção do fármaco potencialmente implica do.
- C. A suspensão abrupta do fármaco potencialmente implicado deve ser evitada pelo risco de piora dos sintomas. ✓**
- D. Levodopa é a principal abordagem terapêutica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A discinesia tardia decorre da hipersensibilidade de receptores dopaminérgicos após bloqueio crônico por antipsicótico — por isso a retirada ABRUPTA do fármaco desmascara e piora os movimentos, e a redução, quando indicada, deve ser gradual. Ela é mais frequente em MULHERES, idosas e após uso prolongado (A). A reversão após a suspensão é lenta, parcial e muitas vezes não ocorre (B) — daí o tratamento com inibidores de VMAT2 (valbenazina, tetrabenazina). Levodopa (D) aumenta a atividade dopaminérgica e tende a AGRAVAR o quadro. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

Paciente de 38 anos, técnica de laboratório, consultou por dor no punho e na mão direitos de início há 6 meses, que evoluiu para o membro superior e ombro. Referiu que a dor era incapacitante. Vinha fazendo uso de analgésicos, anti-inflamatórios, relaxantes musculares e corticosteroides, com benefício transitório. O exame físico geral foi normal, e o exame da região cervical revelou mobilidade preservada, apesar da dor. Não foram percebidos sinais de artrite em mãos, punhos, cotovelos, joelhos, ombros e demais articulações. Apresentava pontos de gatilho na região cervical e escapular. Sobre o caso, assinale a assertiva correta.

A. Acupuntura, agulhamento a seco e infiltração de anestésico local estão indicados. ✓

- B. O uso de antidepressivos associado ao de relaxantes musculares de ação central apresenta benefício por sua ação sinérgica.
- C. O uso de analgésicos não opioides não apresenta benefício na dor intensa e agrega efeitos colaterais.
- D. Tomografia computadorizada da região cervical pode indicar a causa da dor.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor regional crônica, incapacitante, com exame articular normal e PONTOS-GATILHO à palpação cervical e escapular: é síndrome dolorosa miofascial. O tratamento tem como pilar a abordagem dos próprios pontos-gatilho — agulhamento a seco, infiltração com anestésico local, acupuntura — associado a alongamento e reabilitação. Antidepressivos e relaxantes de ação central têm papel adjuvante, mas a combinação apresenta somação de efeitos adversos, sem sinergia comprovada (B). Analgésicos simples ainda têm lugar (C), e imagem da coluna cervical (D) não elucida dor miofascial e só gera achados incidentais. Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Paciente de 23 anos consultou na UBS por quadro de dor escrotal muito intensa de início há 2 dias, acompanhada de dificuldade para deambular, disúria e mal-estar. Ao exame, constatou-se grande edema unilateral na bolsa escrotal. Alívio parcial da dor foi conseguido com a manobra de Prehn (elevação mecânica da bolsa escrotal). Qual a principal suspeita diagnóstica?

A. Orquiepididimite ✓

- B. Hérnia inguinoescrotal encarcerada
- C. Torção testicular
- D. Hematocele

COMENTÁRIO OSCELABS

O sinal de Prehn POSITIVO — alívio da dor com a elevação da bolsa escrotal — aponta para processo inflamatório, e não vascular: com quadro de 2 dias, disúria, mal-estar e grande edema unilateral, o diagnóstico é orquiepididimite (em jovem sexualmente ativo, pensar em clamídia e gonococo). Na torção testicular (C), a dor é súbita, o testículo se apresenta elevado e horizontalizado, o reflexo cremastérico é abolido e o Prehn é negativo. Hérnia encarcerada (B) cursa com sinais obstrutivos e massa pelo canal inguinal; hematocele (D) exige trauma. Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

Paciente de 27 anos, casado, veio à consulta queixando-se de corrimento uretral purulento acompanhado de desconforto uretral, quadro iniciado há 1 semana. Informou não fazer uso de preservativo nas relações sexuais. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. Os dois principais agentes etiológicos são *Trichomonas vaginalis* e *Chlamydia trachomatis*.

B. Não havendo disponibilidade laboratorial para microscopia e cultura, deve-se tratar o paciente empiricamente para clamídia e gonorreia. ✓

- C. Se o corrimento uretral não for confirmado ao exame físico, o paciente deve ser reavaliado em 48 horas antes de iniciar o tratamento.
- D. As parcerias devem ser tratadas sempre que os sintomas persistirem após 7 dias da instituição do tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Uretrite com corrimento purulento é tratada pela abordagem SINDRÔMICA preconizada pelo Ministério da Saúde: sem microscopia ou cultura disponíveis, cobre-se empiricamente gonococo e clamídia (ceftriaxona intramuscular + azitromicina), na mesma consulta, sem esperar exame. Os dois principais agentes são *Neisseria gonorrhoeae* e *Chlamydia trachomatis* — *Trichomonas* é causa incomum de uretrite masculina (A). Não se adia o tratamento por 48 horas (C), e as parcerias sexuais devem ser tratadas SEMPRE, e não apenas se houver persistência dos sintomas (D). Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

Criança de 5 anos foi trazida à Emergência por laceração de 10 cm no antebraço direito, com resíduos de terra, fruto de uma queda do escorregador na praça. Os pais concordaram com a limpeza e a sutura da lesão, porém recusaram, com veemência, a vacina antitetânica prescrita. Informaram que há 2 anos tornaram-se naturalistas e eram contrários a vacinas e tratamentos com antibióticos. Diante dessa situação, o médico deve

- A. liberar a criança e os pais, respeitando a decisão da família.
- B. liberar a criança e os pais e fazer um boletim de ocorrência na Delegacia de Polícia mais próxima.
- C. liberar a criança e os pais e fazer uma notificação para o Conselho Tutelar do domicílio da família. ✓**
- D. deixar a criança em observação por algumas horas para verificar eventual ocorrência de complicações.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento contaminado com terra em criança sem imunização antitetânica adequada é risco real de tétano, e a recusa dos pais configura negligência à saúde da criança — situação em que o Estatuto da Criança e do Adolescente obriga a comunicação ao CONSELHO TUTELAR, órgão competente para zelar pelo direito da criança, inclusive impondo a vacinação. Não é caso de boletim de ocorrência policial (B), nem de simplesmente acatar a recusa (A), nem de reter a criança em observação, o que não previne tétano (D). Resposta C.