



HCPA — Residência Médica 2024 (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 B

Após falha na indução do parto vaginal e em razão de sofrimento fetal agudo, foi realizada cesariana em uma paciente com 39 semanas de gestação. Não havia registro de comorbidades no pré-natal. O recém-nascido apresentou cianose e não chorou. Após o clampeamento imediato do cordão um bilical, foi levado ao berço de reanimação, secado, estimulado e avaliado. A frequência cardíaca era de 30 bpm e observou-se apneia. Diante do quadro, qual a conduta imediata mais adequada?

- A. Iniciar massagem cardíaca externa e realizar cateterismo venoso umbilical.
- B. Iniciar ventilação com pressão positiva com balão autoinflável e máscara. ✓**
- C. Realizar intubação traqueal e ventilação com pressão positiva com balão autoinflável.
- D. Oferecer oxigênio a 100% por funil.

COMENTÁRIO OSCELABS

RN em apneia com FC de 30 bpm após os passos iniciais: o passo que salva e a ventilação com pressão positiva (balão autoinflável e máscara) nos primeiros 60 segundos de vida — o Minuto de Ouro. Massagem cardíaca (A) só entra se a FC permanecer < 60 bpm após 30 segundos de VPP efetiva. Intubação (C) não é a primeira tentativa. Oxigênio por funil (D) é inútil em quem não respira: sem ventilação não há troca gasosa. Resposta B.

QUESTÃO 2 — Gabarito A

O nascimento de um recém-nascido (RN) com 37 semanas de idade gestacional ocorreu por via vaginal, sem necessidade de fórceps. A mãe tinha sorologia positiva para HIV, com carga viral indetectável coletada recentemente. O RN foi posicionado sobre o ventre materno e apresentou choro forte e tônus adequado. Segundo o Ministério da Saúde, a conduta mais adequada é solicitar o clampeamento do cordão umbilical

- A. imediatamente e levar o RN para banho em água corrente assim que possível. ✓**
- B. imediatamente e levar o RN para o berço aquecido para monitorização e manobras iniciais de reanimação.
- C. após 60 segundos de vida, manter o contato pele a pele e estimular a amamentação.
- D. após 60 segundos de vida, manter o contato pele a pele e contraindicar a amamentação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante HIV+ com carga viral indetectável e RN vigoroso: pelo PCDT de transmissão vertical, clampeia-se o cordão imediatamente (não se faz o clampeamento tardio) e o banho em água corrente e precoce, para remover sangue e secreções maternas da pele. A amamentação é contraindicada em qualquer cenário, mesmo com CV indetectável — o que derruba C. D acerta a contraindicação do aleitamento, mas erra o clampeamento tardio. B leva a manobras de reanimação desnecessárias num RN com choro forte e tônus adequado. Resposta A.

QUESTÃO 3 — Gabarito B

Gestante deu à luz um recém-nascido masculino, a termo, por parto vaginal. Na Caderneta da Gestante, constavam registros de 8 consultas pré-natais, teste rápido para sífilis positivo e VDRL de 1:2, amostras coletadas no primeiro trimestre de gestação. A gestante comprovou ter recebido 7.200.000 unidades de penicilina benzatina por 3 semanas, com intervalo nas doses de 1 semana cada, ainda no primeiro trimestre. Titulações de VDRL realizadas no segundo e no terceiro trimestres indicaram resultado de 1:2 e, por ocasião da admissão no Centro Obstétrico, de 1:1. O parceiro recebeu e realizou tratamento concomitantemente. A paciente referiu diagnóstico de sífilis em gestação anterior há 2 anos e apresentou comprovante de tratamento adequado e redução do VDRL de 1:16 para 1:2. Com base nessas informações e segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, publicado pelo Ministério da Saúde em 2022, qual a interpretação mais adequada e qual a conduta inicial?

- A. Cicatriz sorológica - Não há necessidade de indicação de exames para o neonato ao nascer.
- B. Cicatriz sorológica - Solicitar titulação de VDRL para o neonato ao nascimento. ✓**
- C. Sífilis adequadamente tratada nesta gestação - Solicitar titulação de VDRL para o neonato.
- D. Sífilis inadequadamente tratada nesta gestação - Solicitar titulação de VDRL, raio X de ossos longos e punção lombar com titulação de VDRL no líquido para o neonato.

COMENTÁRIO OSCELABS

Titulos baixos e estaveis (1:2 -> 1:1) em paciente com tratamento adequado documentado em gestação anterior, com queda previa de 1:16 para 1:2, e parceiro tratado: o quadro é de cicatriz sorológica, não de sífilis ativa. Isso afasta D (não se investiga neurosífilis nem osso longo de rotina). Mas atenção a pegadinha: todo RN de mãe com teste reagente para sífilis deve coletar VDRL de sangue periférico ao nascimento para comparação com o título materno — por isso A está errada. Resposta B.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Criança nascida com 40 semanas de idade gestacional (parto vaginal, sem intercorrências no pré-natal ou no momento do parto), com peso ao nascimento de 3.500 g, em contrava-se sob cuidados no alojamento conjunto desde o nascimento. A imagem abaixo, ainda na Sala de Parto, ilustra o exame oral do neonato. No primeiro dia de vida, apresentou dificuldade no posicionamento para mamar e na pega ao seio materno, tendo a mãe recebido orientações da equipe médica e da enfermagem em relação à amamentação, com sucesso imediato. No momento da alta, com 48 horas de vida, a criança estava mamando bem, em aleitamento materno exclusivo, com diurese e evacuações presentes. Não havia registro de queixas maternas de dor ou trauma mamilar. O peso no momento da alta era de 3.300 g. A mãe questionou sobre o freio lingual. Com base na avaliação, pode-se afirmar que se trata de; a conduta indicada é

- A. freio lingual com inserção normal - tranquilizar a mãe sobre a normalidade da situação
- B. anquiloglossia anterior - manter acompanhamento ambulatorial, pois a amamentação está adequada ✓**
- C. anquiloglossia anterior - indicar frenotomia pelo potencial prejuízo no aleitamento materno, na deglutição e na fala, a ser realizada em breve por odontologista ou médico cirurgião
- D. anquiloglossia submucosa - indicar frenotomia pelo potencial prejuízo no aleitamento materno, na deglutição e na fala, a ser realizada em breve por odontologista ou médico cirurgião

COMENTÁRIO OSCELABS

Anquiloglossia anterior (freio de inserção anteriorizada, visível) num RN que mama bem, em aleitamento exclusivo, com diurese e evacuações presentes, perda ponderal fisiológica de apenas 5,7% e sem trauma mamilar materno. A indicação de frenotomia é FUNCIONAL, não anatômica: opera-se quem tem dificuldade de pega/sucção ou dor materna, o que não é o caso (C e D erram por indicar cirurgia profilática). A conduta é manter acompanhamento ambulatorial. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Durante consulta de puericultura em uma UBS em Porto Alegre, a mãe de uma criança de 2 anos solicitou informações gerais sobre a vacina contra febre amarela, especialmente porque a família viajava com frequência para o interior do Rio Grande do Sul. Assinale a assertiva correta sobre a vacina contra febre amarela, segundo as recomendações do Ministério da Saúde e do Programa Nacional de Imunizações.

- A. Por ser uma vacina de vírus inativado, não há necessidade de avaliar se existe alguma contraindicação.
- B. Deve-se orientar a mãe sobre o fato de que a dose por via oral deverá ser repetida se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar a vacina.
- C. Deve-se informar a mãe de que o esquema de vacinação para crianças prevê a aplicação de 1 dose (única).

D. Deve-se informar a mãe de que a vacina está indicada, independentemente das viagens realizadas ou das que vierem a ser realizadas para o interior do estado ou para outros estados do Brasil. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 3 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina de febre amarela é de vírus VIVO ATENUADO e aplicada por via subcutânea — o que derruba A (exige triagem para imunossupressão, gestação e anafilaxia a ovo) e B (não há via oral). O esquema infantil no PNI é de 1 dose aos 9 meses MAIS um reforço aos 4 anos, então não é dose única (C errada). Desde 2017 todo o território nacional e área de recomendação: a vacina está indicada independentemente de viagens. Resposta D.

QUESTÃO 6 — Gabarito C

Lactente de 3 meses foi trazido à UBS para consulta de revisão (dados do nascimento estão reproduzidos na tabela abaixo). Encontrava-se em regime de aleitamento materno exclusivo, com eliminações normais. A cobertura vacinal estava atualizada. Não havia história de intercorrências nos períodos pré-natal, perinatal e neonatal. O exame físico não revelou alterações, e o desenvolvimento neuropsicomotor era adequado para a idade. Considerando o crescimento próximo ao escore Z da curva da OMS, quais seriam as prováveis medidas antropométricas de peso e comprimento nessa consulta? Parto vaginal Idade gestacional 40 semanas Apgar 9/10 Peso 3.000 g Comprimento 50 cm

COMENTÁRIO OSCELABS

Ancorar no escore Z 0 da OMS: RN a termo de 3.000 g e 50 cm que cresce no próprio canal. Aos 3 meses o P50 masculino gira em torno de 6,0-6,4 kg e 61 cm — ganho médio de ~700-800 g/mes no primeiro trimestre e ~3,5 cm/mes de comprimento. A e B subestimam (5,5 kg/55 cm seria queda de canal); D (6.500 g e 70 cm) corresponde à estatura de criança de ~1 ano. Resposta C.

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Menino de 9 meses, com 8 kg, esteve internado por 24 horas na UPA por vômitos, distensão abdominal e fezes sanguinolentas. Ultrassonografia e radiografia de abdômen confirmaram invaginação intestinal. Foi transferido para um hospital terciário para realização de laparotomia, encontrando-se, à chegada, pálido, prostrado, hipoativo, febril (38° C), com frequência cardíaca de 160 bpm, olhos encoados, pulsos finos e enchimento capilar > 3 segundos. O abdômen estava muito distendido, com a sonda nasogástrica drenando secreção borbácea. Além de coletar amostras para culturas e iniciar o uso de antibióticos de amplo espectro, qual a conduta mais adequada e recomendada pelo Consenso de Sepsis 2020?

- A. Evitar bolo de cristaloides e optar por instalar soro de manutenção (100 ml/kg) com NaCl a 0,9%.
- B. Evitar bolo de cristaloides e optar por instalar soro de manutenção acrescido de perdas (150 ml/kg) com NaCl a 0,9%.
- C. Fazer bolo de 20 ml/kg de NaCl a 0,9% ou de Ringer-lactato para correr em 20 minutos, podendo ser repetido para melhorar a perfusão. ✓**
- D. Em função do quadro arrastado e das perdas para o terceiro espaço, fazer bolo com albumina a 5% (20 ml/kg), instalando, a seguir, soro de manutenção (100 ml/kg) com NaCl a 0,9%. Instrução: Para responder às questões de números 08 e 09, considere o caso abaixo. Na Enfermaria Pediátrica, estão sendo avaliados os exames de um lactente de 10 meses, com comunicação interventricular ampla aguardando cirurgia corretiva, internado por broncopneumonia. Vinha recebendo ampicilina intravenosa (terceiro dia), oxigênio por cateter nasal (2 l/min), furosemida (0,5 mg/kg a cada 6 horas) e espironolactona (2 mg/kg/dia). Encontrava-se corado, alerta, com frequência respiratória de 40 rpm, pulsos amplos e frequência cardíaca de 160 bpm. A gasometria arterial revelou pH de 7,48, pCO₂ de 60 mmHg, HCO₃ de 31 mEq/l, pO₂ de 110 mmHg, Na de 131 mEq/l, Cl de 101 mEq/l e K de 2,9 mEq/l.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente com invaginação, febre, taquicardia, olhos encovados, pulsos finos e enchimento capilar > 3 s: choque séptico/hipovolemico instalado. O Consenso de Sepsis manda expansão com bolus de 20 ml/kg de cristalóide isotônico (SF 0,9% ou Ringer-lactato) em até 20 minutos, repetível conforme a perfusão. Soro de manutenção (A e B) não ressuscita choque. Albumina (D) não é expansor de primeira linha na sepse pediátrica. Resposta C.

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Como os achados da gasometria arterial podem ser classificados?

- A. Alcalose metabólica, parcialmente compensada ✓**
- B. Acidose respiratória, parcialmente compensada
- C. Acidose mista
- D. Alcalose mista

COMENTÁRIO OSCELABS

Leitura sistemática: pH 7,48 = alcalemia; HCO₃ de 31 mEq/l está elevado e aponta na MESMA direção do pH — logo o distúrbio primário é metabólico (alcalose). A pCO₂ de 60 mmHg elevada e a resposta compensatória (hipoventilação), não um segundo distúrbio, o que exclui as opções 'mista'. Como o pH ainda não voltou a faixa normal, a compensação é parcial. O culpado é a furosemida (alcalose de contração, hipocloremia e hipocalemia). Resposta A.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Que medida terapêutica, dentre as abaixo, seria recomendável para contornar ou compensar a alteração visualizada na gasometria arterial?

- A. Associar hidroclorotiazida.

B. Aumentar a oferta de oxigênio.

C. Aumentar a oferta de potássio. ✓

D. Aumentar a oferta de sódio.

COMENTÁRIO OSCELABS

A alcalose e de alca: furosemida espolia H⁺, cloro e potássio (K de 2,9 mEq/l). A hipocalemia perpetua a alcalose, porque o tubulo troca K⁺ por H⁺ e mantem a excrecao de acido — sem repor potássio (e cloro), a alcalose nao cede. Hidroclorotiazida (A) agravaria a perda de K. Ofertar mais oxigenio (B) nao corrige disturbio metabolico. Sodio (D) so pioraria a sobrecarga volemica de quem tem CIV ampla. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Menina de 10 meses foi trazida à consulta por dor abdominal, diarreia e vômitos após ingestão de fórmula infantil com proteína do leite de vaca (PLV). Tinha história de dermatite atópica. Nasceu de parto vaginal, apresentou índice de Apgar 8 e 9 no primeiro e quinto minutos respectivamente e escore Z peso/idade e estatura/idade entre 0 e +1. Durante os primeiros 6 meses de vida, esteve assintomática, em uso de leite materno exclusivo. Testes alérgicos para o leite de vaca (dosagem de IgE específica) foram negativos. Há 1 mês vinha em uso de fórmula infantil polimérica com PLV sem lactose, sem melhora. No momento, a conduta mais adequada é iniciar

A. fórmula extensamente hidrolisada e suspender derivados de PLV. ✓

B. anti-histamínico e prednisolona.

C. inibidor da bomba de prótons e procinéticos

D. leite de cabra.

COMENTÁRIO OSCELABS

IgE específica negativa com sintomas gastrintestinais tardios após fórmula com PLV = alergia a proteína do leite de vaca NAO IgE-mediada (teste negativo não exclui o diagnóstico). A perola: fórmula 'sem lactose' não serve, porque o antígeno é a PROTEÍNA, não o açúcar — por isso não houve melhora em 1 mês. Conduta: exclusão de PLV e fórmula extensamente hidrolisada. Anti-histamínico/corticoide (B) e IBP (C) não tratam. Leite de cabra (D) tem reatividade cruzada alta. Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Lactente masculino, de 1 ano, iniciou, há 3 dias, com tosse, coriza hialina e temperatura axilar de até 37,0 °C. Por ter apresentado piora clínica com taquipneia, batimentos de asa nasal e retrações intercostais e subcostais, foi trazido à consulta. A ausculta pulmonar revelou estertores rudes e crepitações difusamente distribuídos, sem sibilância. Que agente etiológico, dentre os abaixo, está mais provavelmente relacionado ao caso?

A. Streptococcus pneumoniae

B. Mycoplasma pneumoniae

C. Haemophilus influenzae

D. Rhinovirus ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Prodromo catarral (tosse, coriza hialina, febre baixa) evoluindo em 3 dias para taquipneia e retracões, com ausculta de crepitações difusos e bilaterais: padrão de infecção viral de vias aéreas inferiores, não de pneumonia bacteriana. Entre os agentes, o rinovírus e, ao lado do VSR, o mais prevalente nessa faixa etária. Pneumococo (A) e Haemophilus (C) cursam com febre alta e consolidação focal; Mycoplasma (B) e doença de escolar/adolescente, com tosse arrastada. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Paciente de 2 anos foi trazido à Emergência por febre, irritabilidade, má perfusão periférica e presença de petéquias no abdômen e nos membros inferiores. Considerando que será realizada punção lombar, que medicamento, dentre os abaixo, é o recomendado por seu melhor efeito sedativo e segurança de uso?

A. Cetamina ✓

B. Codeína

C. Diazepam

D. Dexmedetomidina

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, má perfusão e petéquias em abdome e membros = suspeita de meningococemia com instabilidade hemodinâmica. Nesse contexto a cetamina é o sedativo de escolha para a punção lombar: preserva o drive respiratório e o tônus simpático, sem causar hipotensão. Diazepam (C) e dexmedetomidina (D) deprimem hemodinâmica e/ou ventilação num paciente já hipoperfundido. Codeína (B) é analgésico opioide fraco, sem efeito sedativo adequado para o procedimento. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Menino de 3 anos foi trazido à Emergência por ter a mãe percebido massa abdominal palpável enquanto o vestia após o banho, sem outras queixas. Ao exame físico, a criança estava em bom estado geral, eupneica, ativa e hiporcorada 2+/4+. As ausculta cardíaca e respiratória estavam normais, e o abdômen flácido e depressível, com massa palpável no flanco esquerdo. Apresentava hipertensão arterial sistêmica e hematuria microscópica (constatada ao exame qualitativo de urina - EQU). Diante da apresentação clínica, do exame físico e do resultado do EQU, qual o diagnóstico mais provável?

A. Linfoma de Burkitt

B. Fecaloma

C. Tumor de Wilms ✓

D. Pielonefrite (A) 4.500 g - 53 cm (B) 5.500 g - 55 cm (C) 6.000 g - 61 cm (D) 6.500 g - 70 cm 4 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Trinca clássica do nefroblastoma: massa abdominal indolor em flanco, descoberta pela família ao vestir a criança, hipertensão arterial (por produção de renina) e hematuria microscópica, em pré-escolar. Linfoma de Burkitt (A) faz massa de crescimento rápido, geralmente em quadrante inferior/ileocecal, com sintomas B. Fecaloma (B) não da HAS nem hematuria. Pielonefrite (D) cursaria com febre e dor, não massa palpável. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Pré-escolar de 4 anos foi trazido à Emergência por ter apresentado crise convulsiva na vigência de febre, caracterizada pela família como tônico-clônica generalizada, com duração de cerca de 1 minuto. A criança foi diagnosticada com otite média aguda. O exame neurológico estava normal. Embora a pediatra de plantão tenha orientado os familiares sobre crises convulsivas febris, eles permaneciam preocupados, desejando saber sobre os riscos de novos eventos semelhantes. Assinale a alternativa que contempla um fator associado à recorrência de crise febril.

- A. Primeira crise tardia (após 18 meses)
- B. Crise na vigência de febre acima de 39,0 °C
- C. Histórico familiar de epilepsia
- D. Histórico familiar de crise convulsiva febril ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

São fatores de risco para RECORRÊNCIA da crise febril: primeira crise precoce (antes dos 12-18 meses), história familiar de crise febril, temperatura BAIXA no momento da crise e curto intervalo entre o início da febre e a crise. Por isso A e B estão invertidas. Cuidado com a pegadinha de C: história familiar de epilepsia e fator de risco para desenvolver EPILEPSIA no futuro, não para repetir crise febril. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Pré-escolar de 4 anos foi trazido à Emergência por pico febril isolado de 37,8 °C e tosse produtiva, que começou com início há 2 dias. A mãe informou que o filho, nascido com 35 semanas de idade gestacional, vinha tendo problemas respiratórios recorrentes desde os 3 meses de vida. Referiu 4 internações prévias por sibilância com pneumonia associada, uso de oxigenoterapia por cânula nasal e antibioticoterapia. Segundo ela, o filho nunca ficava completamente assintomático após as altas, persistindo com tosse diária. À admissão, o pediatra teve a impressão de que a criança não estava crescendo adequadamente e colocou as medidas do dia nas curvas de crescimento: peso e estatura encontravam-se no escore Z -3. Constatou, também, baqueteamento digital bilateralmente. O exame físico revelou leve tiragem subcostal, e a ausculta pulmonar, estertores bolhosos difusos e sibilos telexpiratórios esparsos. Não havia outros achados significativos. Com base nesses dados, foi instituído o tratamento indicado para quadro agudo e recomendou-se que a criança fosse investigada pela possibilidade de

- A. cardiopatia congênita com repercussão hemodinâmica.
- B. fibrose cística. ✓**
- C. displasia broncopulmonar.
- D. asma grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecções respiratórias de repetição desde os 3 meses, tosse diária que nunca cessa entre as internações, escore Z -3 de peso e estatura, baqueteamento digital e estertores bolhosos difusos: fibrose cística até prova em contrário (bronquiectasias + má absorção). Displasia broncopulmonar (C) exigiria prematuridade extrema com O2 às 36 semanas, incompatível com 35 semanas. Asma (D) e cardiopatia (A) não explicam baqueteamento com desnutrição grave. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Criança de 7 anos foi trazida à consulta por apresentar lesões maculopapulares avermelhadas. A mãe informou que o início do quadro foi precedido por febre baixa. Inicialmente surgiram lesões na face (bochechas e dorso do nariz) e, após 2 dias, espalharam-se nos membros superiores, inclusive nas palmas das mãos, com aspecto rendilhado. Elas acentuavam-se com o sol. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Escarlatina
- B. Eritema infeccioso ✓**
- C. Exantema súbito
- D. Síndrome mão-pé-boca

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre baixa que ANTECEDE o exantema, eritema em face poupando o sulco nasolabial (aspecto de 'face esbofetada') e, dias depois, exantema reticulado/rendilhado em membros que se acentua ao sol e ao calor: eritema infeccioso (parvovirus B19). Escarlatina (A) é exantema micropapular aspero em lixa com palidez perioral e língua em framboesa. Exantema súbito (C) surge APOS a queda da febre alta. Mão-pe-boca (D) faz vesículas em mãos, pés e exantema oral. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Criança de 8 anos foi trazida à consulta pela terceira vez em menos de 2 meses por dificuldade respiratória, tosse e sibilância. O médico que costumava atender a criança propôs à mãe um tratamento com medicamento à base de compostos naturais ainda em fase experimental, veiculando anúncio nas redes sociais. A mãe aceitou a proposta e levou o produto para casa com as recomendações médicas. Com base nesse quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Uma vez que a responsável pela criança aceitou a proposta terapêutica, não há impedimento para o uso desse medicamento.
- B. Para o uso desse medicamento, a criança deveria ter sido consultada e ter assinado termo de assentimento.
- C. Produtos farmacêuticos que ainda não foram liberados pela Anvisa podem ser prescritos e utilizados mediante autorização do paciente ou do responsável.
- D. Para produtos farmacêuticos ainda em fase de pesquisa, a participação de pacientes deve ser precedida da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, onde conste a aprovação de protocolo para a realização da pesquisa em seres humanos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Produto ainda em fase de pesquisa só pode ser usado dentro de protocolo aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo responsável (e assentimento da criança, quando aplicável) — nunca por indicação vinda de anúncio em rede social. A e C erram porque o consentimento do responsável não supre a ausência de registro na Anvisa nem de protocolo de pesquisa. B isola o assentimento, que não substitui o TCLE. Resposta D.

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Menino de 9 anos foi trazido à Emergência por febre, dor no membro inferior esquerdo e dificuldade de mobilização do joelho há 24 horas. Não tinha história de traumatismos recentes. Ao exame físico, encontrava-se febril, prostrado, com dor constante na perna referida, mas com boa perfusão periférica. Nos membros inferiores, não se constatou perda de força; foram observadas diversas lesões ora pustulosas, ora crostosas e melicéricas, com halo hiperemiado. O joelho esquerdo estava quente e edemaciado. Com base na principal hipótese diagnóstica, o antibiótico recomendado para o paciente é

- A. amoxicilina.

B. ampicilina.

C. oxacilina. ✓

D. cefepima.

COMENTÁRIO OSCELABS

Artrite séptica (joelho quente, edemaciado, dor e febre, sem trauma) com porta de entrada evidente: lesões pustulosas e crostas melícericas de impetigo. O agente é *Staphylococcus aureus*, e o antibiótico empírico é a oxacilina (penicilina penicilinase-resistente). Amoxicilina (A) e ampicilina (B) são hidrolisadas pela penicilinase estafilocócica. Cefepima (D) e antipseudomonas, espectro desnecessário e com cobertura inferior para *S. aureus*. Resposta C.

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Qual dos antibióticos abaixo não é indicado para profilaxia primária da febre reumática?

A. Sulfametoxazol + trimetoprim ✓

B. Amoxicilina

C. Penicilina V oral

D. Clindamicina Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 5

COMENTÁRIO OSCELABS

Profilaxia PRIMÁRIA da febre reumática = tratar corretamente a faringoamigdalite estreptocócica, erradicando o *Streptococcus pyogenes*. Servem penicilina benzatina, penicilina V, amoxicilina e, nos alérgicos, macrolídeos ou clindamicina. Sulfametoxazol-trimetoprim não erradica o estreptococo da orofaringe (pode até negatizar a cultura sem prevenir a febre reumática) e por isso não é aceito para essa finalidade. Resposta A.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Adolescente de 12 anos foi transferido da UPA para um hospital terciário por febre e volumoso derrame pleural à direita, apesar de estar fazendo uso de ceftriaxona há 3 dias. À chegada, o paciente encontrava-se ativo, em bom estado geral, com leve tiragem intercostal. O resultado da análise do líquido pleural e o do exame sérico encontram-se reproduzidos nas tabelas abaixo. Exame do líquido pleural Cor amarelo claro Resultado Valor de Referência Proteínas 3,7 g/dl 1,0-2,0 g/dl LDH 390 U/l < 50% do valor encontrado no plasma pH 7,45 7,60-7,64 Glicose 65 mg/dl O mesmo do plasma Citológico 4.000 células/mm³ (80% de linfócitos, 20% de neutrófilos) < 1.000 células/mm³ Adenosina desaminase 80 U/l < 40 U/l Exame sérico Resultado Valor de Referência Proteínas totais 6,5 g/dl 6,5-8,1 g/dl LDH 200 U/l 110-295 U/l Com base nos dados, pode-se afirmar que se trata de um

A. transudato; deve-se suspender a ceftriaxona e investigar a possibilidade de insuficiência cardíaca secundária a miocardite viral.

B. transudato; deve-se investigar a possibilidade de hidrotórax hepático.

C. exsudato; deve-se adicionar vancomicina ao esquema antimicrobiano.

D. exsudato; deve-se suspender a ceftriaxona e iniciar esquema com rifampicina, pirazinamida, isoniazida e etambutol. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Aplique Light: proteína pleural/sérica = $3,7/6,5 = 0,57$ ($> 0,5$) e LDH pleural/sérico = $390/200 = 1,95$ ($> 0,6$) — exsudato, o que já elimina A e B. O perfil linfocítico (80%), a glicose baixa e, sobretudo, a ADA de 80 U/l (> 40) fecham tuberculose pleural, explicando a falha da ceftriaxona por 3 dias. Vancomicina (C) trataria empiema bacteriano, que teria neutrofilia e pH baixo. Conduta: esquema RIPE. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Assinale a alternativa que contempla as recomendações do Ministério da Saúde sobre a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), disponível no Sistema Único de Saúde.

- A. Bivalente: 2 doses para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos e 2 doses para pessoas com imunossupressão dos 9 aos 45 anos
- B. Quadrivalente: 2 doses para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos e 2 doses para pessoas com imunossupressão dos 9 aos 45 anos
- C. Quadrivalente: 2 doses para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos e 3 doses para pessoas com imunossupressão dos 9 aos 45 anos ✓**
- D. Nonavalente: 2 doses para meninos e meninas dos 9 aos 14 anos e 3 doses para pessoas com imunossupressão dos 9 aos 45 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo gabarito oficial, a vacina HPV ofertada no SUS a época era a QUADRIVALENTE (6, 11, 16 e 18) — não a bivalente (A) nem a nonavalente (D), que não integram o PNI. O esquema para meninos e meninas de 9 a 14 anos é de 2 doses, mas imunossuprimidos (HIV, transplantados, oncológicos) recebem 3 doses e tem a faixa ampliada dos 9 aos 45 anos — o que derruba B, que reduz esse grupo a 2 doses. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Paciente de 34 anos engravidou há 2 anos. Na ocasião, a ultrassonografia realizada com 7 semanas nas revelou ovo cego. Após 2 semanas, apresentou sangramento intenso e iniciou o uso de anti-concepcional combinado oral (ACO). Há 5 meses, por desejar gestar, interrompeu o uso de ACO. À consulta, informou que seus ciclos menstruais eram regulares e que o esposo tinha 2 filhos de outro relacionamento. Trouxe ultrassonografia transvaginal (imagem abaixo) que mostrou um mioma único, de 5,0 x 6,0 cm. Referiu ter medo de novo abortamento. Com base no quadro clínico e na imagem ultrassonográfica, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Realizar histeroscopia e retirar o mioma.
- B. Iniciar anticoncepção e retirar o mioma por laparoscopia.
- C. Tranquilizar a paciente e repetir a ultrassonografia transvaginal.
- D. Tranquilizar a paciente e orientar retorno se não engravidar em 7-8 meses. 6 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente de 34 anos, ciclos regulares, parceiro com fertilidade comprovada, há apenas 5 meses tentando: por definição ainda não há infertilidade (o critério é 12 meses de tentativa sem sucesso, ou 6 meses se ≥ 35 anos). Mioma único de 5-6 cm que não distorce a cavidade não causa abortamento e não tem indicação cirúrgica (A e B); iniciar anticoncepção em quem deseja gestar e contracenso. A conduta é tranquilizar e reavaliar ao completar o período de tentativa. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Paciente com 17 semanas de gestação veio ao pré-natal queixando-se de corrimento vaginal com odor fétido. Ao exame, observou-se leucorreia acinzentada, com teste do odor positivo. Exame direto do conteúdo vaginal indicou redução acentuada de lactobacilos e presença de clue cells. Considerando o quadro clínico, assinale a assertiva incorreta.

- A. Para o tratamento, metronidazol deve ser utilizado por via tópica (creme vaginal) visto que seu uso sistêmico é contraindicado pelo risco de teratogênese. ✓**

- B. Uma opção terapêutica eficaz e segura é a prescrição de metronidazol 500 mg, por via oral, de 12/12 horas, por 7 dias.
- C. O tratamento é necessário, pois a ocorrência desse quadro clínico durante a gestação está associada a vários desfechos obstétricos no feto.
- D. O quadro clínico apresenta associação com ruptura prematura de membranas e endometrite pós-parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a INCORRETA. Corrimento acinzentado, teste das aminas positivo, redução de lactobacilos e clue cells fecham vaginose bacteriana — que na gestação se associa à ruptura prematura de membranas, parto pre-termo e endometrite puerperal (C e D corretas). O erro está em afirmar contra-indicação do metronidazol sistêmico: ele NÃO é teratogênico e o esquema oral de 500 mg 12/12 h por 7 dias é a primeira escolha, inclusive no primeiro trimestre. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Paciente de 29 anos, assintomática, veio à consulta para avaliação ginecológica. Trouxe laudos de exames citopatológicos (CP) de colo uterino no feto (dentro da normalidade) realizados aos 25 e aos 26 anos. Há 30 dias, coletou material para novo CP, cujo resultado indicou: Satisfatório para avaliação. Presença de células escamosas, glandulares e metaplásicas. Células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US). Flora sugestiva de vaginose. Diante desse resultado, qual a recomendação do Ministério da Saúde?

- A. Tratar a vaginose e repetir o CP em 3 meses.
- B. Tratar a vaginose e repetir o CP em 12 meses. ✓**
- C. Solicitar colposcopia e, se sem alterações, repetir o CP em 3 meses, sem necessidade de tratar a vaginose por ser a paciente assintomática.
- D. Solicitar colposcopia e, se sem alterações, repetir o CP em 6 meses, sem necessidade de tratar a vaginose por ser a paciente assintomática.

COMENTÁRIO OSCELABS

ASC-US é a alteração citológica de menor gravidade e tem conduta definida pela IDADE: em mulheres com menos de 30 anos, repete-se a citologia em 12 meses; a partir dos 30 anos, em 6 meses. A paciente tem 29 anos — repetição em 12 meses. Colposcopia de imediato (C e D) só seria indicada após dois exames consecutivos alterados ou em lesões mais graves. A flora sugestiva de vaginose deve ser tratada. Repetir em 3 meses (A) não é recomendação do MS. Resposta B.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Casal em investigação de fertilidade trouxe à consulta resultados de espermograma e de exames hormonais normais. A paciente tinha história de infecção por doença inflamatória pélvica. Que opção, dentre as abaixo, é o exame padrão ouro para avaliar a anatomia pélvica feminina?

- A. Laparoscopia ✓**
- B. Histerossalpingografia
- C. Histeroscopia
- D. Ressonância magnética da pelve

COMENTÁRIO OSCELABS

Antecedente de doença inflamatória pélvica levanta a suspeita de seqüela tubária e aderencial. A laparoscopia e o padrão-ouro para avaliar a anatomia pélvica porque vê a cavidade: aderências, focos de endometriose e o estado das tubas, com possibilidade terapêutica no mesmo tempo. A histerossalpingografia (B) avalia permeabilidade tubária e contorno da cavidade, mas não enxerga o peritônio. Histeroscopia (C) só vê a cavidade uterina. RM (D) não substitui a visão direta. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Paciente de 25 anos veio à consulta por não mais menstruar há 9 meses. Informou que seus ciclos menstruais variavam de 25-40 dias e que não estava grávida, embora não fizesse uso de métodos contraceptivos. Ao ser questionada sobre outros sintomas, referiu apenas perda de peso (3 kg). Relatou ter corrido uma maratona há 3 meses e estar se preparando para a próxima (em 2 semanas). O IMC era de 21 kg/m². Considerando as dosagens de referência das gonadotrofinas reproduzidas no quadro abaixo, assinale a alternativa que contempla os valores esperados para o caso. Mulheres FSH LH Fase folicular 3,0-10,9 mUI/ml 2,10-12,90 mUI/ml Fase ovulatória 3,9-34,5 mUI/ml 9,00-77,00 mUI/ml Fase lútea 0,1-9,7 mUI/ml 0,50-17,30 mUI/ml Pós-menopausa 25,8-134,8 mUI/ml 16,3-55,50 mUI/ml

A. FSH de 1,5 mUI/ml - LH de 1,0 mUI/ml ✓

B. FSH de 5,0 mUI/ml - LH de 15,0 mUI/ml

C. FSH de 25,0 mUI/ml - LH de 10,0 mUI/ml

D. FSH de 30,0 mUI/ml - LH de 2,0 mUI/ml

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia secundária em atleta de maratona, com perda ponderal e IMC de 21: amenorreia hipotalâmica funcional. O déficit energético suprime os pulsos de GnRH, logo caem as DUAS gonadotrofinas — hipogonadismo hipogonadotrófico, com FSH e LH abaixo ou no limite inferior da fase folicular. FSH alto (C e D) indicaria falência ovariana precoce; LH elevado com relação LH/FSH aumentada (B) sugeriria SOP. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Paciente de 39 anos, com IMC de 40 kg/m², consultou na UBS por sangramento uterino irregular e volumoso, quadro iniciado há 8 meses. O último ocorreu há 4 dias. Informou fazer uso de enalapril e manifestou desejo de gestar. Não foram constatadas alterações ao exame especular. Trouxe resultados de um hemograma (normal) e da dosagem de progesterona (baixa), exames realizados há 2 dias. A ultrassonografia revelou endométrio de 20 mm de espessura e presença de um mioma subseroso de 3,0 cm na parede posterior e de um intramural de 2,0 cm na parede anterior. Qual a conduta mais adequada?

A. Indicar o uso de anticoncepcional combinado oral para regularizar o ciclo e, após, tentar induzir a ovulação.

B. Indicar histeroscopia diagnóstica.

C. Realizar biópsia de endométrio. ✓

D. Encaminhar a paciente para avaliação de cirurgia bariátrica. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Sinal de alarme somado a sinal de alarme: 39 anos, IMC de 40, sangramento uterino anormal há 8 meses, progesterona baixa (anovulação crônica) e endométrio de 20 mm. A obesidade gera estrogênio sem oposição pela aromatização periférica — risco alto de hiperplasia e adenocarcinoma de endométrio. Antes de qualquer tratamento hormonal (A) ou cirúrgico, é obrigatório o diagnóstico histológico: biópsia de endométrio. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Paciente de 55 anos, G2P2, consultou por vir apre sentado, nos últimos 2 anos, vários episódios de calorões intensos, piora da qualidade do sono e maior irritabilidade. Referiu que, há 6 meses, inicia ra com ressecamento vaginal e dispareunia. Sub metera-se a histerectomia com salpingooforectomia bilateral há 2 anos, por miomatose. Em seu histórico, constavam diabetes melito (uso de antidiabético oral) e hipertensão arterial (uso de enalapril e hidro clorotiazida). Negou neoplasia, tabagismo ou inges tão de álcool. Ao exame físico, a pressão arterial era de 120/84 mmHg, o IMC, de 28 kg/m², e as mamas, normais; ao exame especular, constatou-se atrofia vaginal, sem outras particularidades. Trouxe mamografia e citologia de cúpula vaginal, realizadas há 8 meses, com resultados normais, além de exames bioquímicos com TSH normal, glicemia de 88 mg/dl e perfil lipídico com colesterol de 198 mg/dl, HDL de 40 mg/dl e triglicerídios de 190 mg/dl. Com base no quadro, deve-se prescrever

- A. progesterona por via vaginal e fluoxetina.
- B. associação de estradiol e noretisterona por via oral.
- C. estriol por via vaginal e acetato de medroxipro gesterona oral.

D. estradiol por via transdérmica (por gel ou adesivo). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente HISTERECTOMIZADA com sintomas vasomotores intensos e síndrome geniturinária: sem útero, não há necessidade de progestagênio (sua única função é proteger o endométrio) — o que derruba B e C. Com diabetes, hipertensão, IMC de 28 e hipertrigliceridemia, a via TRANSDERMICA é a preferida: evita a primeira passagem hepática, com menor impacto sobre triglicerídios e menor risco tromboembólico. Progesterona vaginal com fluoxetina (A) não trata a causa. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito B

Paciente de 62 anos veio à consulta por apresentar episódios intermitentes de sangramento vaginal após a menopausa. A investigação diagnóstica identificou adenocarcinoma não endometriode do endométrio. Com base na patogênese da neoplasia e no grupo histológico específico, é possível afirmar que

- A. há associação entre esse tipo de adenocarcinoma e obesidade e diabetes melito.

B. o tumor apresenta como marcador biomolecular mutação em p53. ✓

- C. a doença tem comportamento biológico indolente e pouco agressivo.
- D. o tratamento cirúrgico indicado é histerectomia com salpingooforectomia bilateral sem estadiamento cirúrgico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Carcinoma de endométrio NAO endometriode (seroso, células claras) e o tipo II: não depende de estímulo estrogênico, portanto não se associa à obesidade e diabetes (A e do tipo I endometriode), e biologicamente agressivo, com disseminação peritoneal precoce (afasta C) e exige estadiamento cirúrgico completo, com lavado, linfadenectomia e omentectomia (afasta D). Seu marcador molecular característico é a mutação do p53. Resposta B.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Segundo orientações do Ministério da Saúde, para casos de pré-natal de risco habitual deve-se

A. solicitar sorologias para rubéola e citomegalovírus no primeiro trimestre, dada a alta prevalência dessas infecções no país.

B. iniciar suplementação polivitamínica no primeiro trimestre.

C. realizar exame especular e, se indicado, coletar material para exame citopatológico de colo uterino. ✓

D. realizar exame cultural de material vaginal e perianal para pesquisa de *Streptococcus* do grupo B no segundo trimestre.

COMENTÁRIO OSCELABS

No pré-natal de risco habitual o exame especular faz parte da avaliação, e a coleta de citopatológico deve ser feita se a paciente estiver com o rastreio em atraso — a gestação e oportunidade de captação. Sorologias de rubéola e CMV (A) não são rotina, pois não mudam conduta. Polivitamínico (B) não é recomendado: o que se suplementa é ácido fólico e ferro. A cultura para *Streptococcus* do grupo B (D) é feita entre 35 e 37 semanas, não no segundo trimestre. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre vacinação na gestação, conforme orientações do Ministério da Saúde.

A. Grávidas não necessitam receber a vacina dTpa, caso já a tenham recebido em gestação anterior.

B. O esquema vacinal de difteria e tétano com pleto é de 3 doses, devendo ser reforçada a cada 10 anos.

C. A vacina contra *Haemophilus influenzae* é contraindicada na gestação.

D. Na ausência da vacina Pfizer/BioNTech contra covid-19, a segunda opção é a CoronaVac/Sinovac/Butantan. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A dTpa deve ser aplicada a CADA gestação, a partir da 20ª semana, porque o objetivo é transferir anticorpos contra coqueluche para aquele bebê — isso derruba A. C está errada: a vacina contra *Haemophilus* é inativada e não há contraindicação na gestação (apenas não integra o calendário do adulto). Pelas orientações do MS a época, a vacina de RNA mensageiro era a preferencial para gestantes e, na sua falta, a de vírus inativado do Butantan. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito C

Paciente de 19 anos veio à Emergência por dor abdominal e sangramento. Relatou um abortamento espontâneo há 2 dias. À admissão, a temperatura era de 38,2°C, a pressão arterial de 90/60 mmHg e a frequência cardíaca de 110 bpm; o exame especular mostrou sangramento vaginal em pequena quantidade e odor fétido; o toque vaginal revelou colo uterino aberto, abdômen doloroso à palpação e útero de aproximadamente 12 semanas. O hemograma indicou 15.000 leucócitos/mm³ e 10% de bastões. À ultrassonografia, foram visualizados útero antevertido, com restos ovulares de aproximadamente 30 mm, além de ausência de feto ou partes ósseas. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. O diagnóstico e a conduta dependem do resultado de uma ultrassonografia transvaginal.

B. A conduta deve incluir internação hospitalar, solicitação de exames laboratoriais, reposição volêmica e esvaziamento uterino após 12-24 horas de antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro.

C. Coagulação intravascular disseminada, insuficiência renal aguda, formação de abscesso tubo-ovariano e histerectomia são complicações possíveis. ✓

D. DIUs hormonal e de cobre são considerados categoria 2 nos critérios de elegibilidade (os benefícios superam os riscos), constituindo, portanto, opções contraceptivas adequadas neste momento. 8 Processo Seletivo

Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, odor fetido, taquicardia, hipotensão, leucocitose com desvio e restos ovulares após abortamento: abortamento INFECTADO. O diagnóstico é clínico e não depende de nova imagem (A). O esvaziamento uterino deve ser feito PRECOCEMENTE, junto do antibiótico de amplo espectro — esperar 12-24 h (B) mantém o foco. DIU e categoria 4 na vigência de infecção pélvica (D). Restam as complicações descritas: CIVD, IRA, abscesso tubo-ovariano e até histerectomia. Resposta C.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre os principais métodos de avaliação da saúde fetal.

A. Um traçado de cardiotocografia intraparto indicando ausência de variabilidade e presença de desacelerações variáveis recorrentes configura a categoria III, condição que requer intervenção imediata pelo risco de acidemia fetal. ✓

- B. A avaliação com perfil biofísico fetal deve ser realizada após 30 semanas de gestação; se realizada antes, a prematuridade pode influenciar os movimentos respiratórios e corporais do feto.
- C. A avaliação do líquido amniótico com a utilização do índice de líquido amniótico (ILA), em lugar do lago vertical > 2,0 cm, diminui o número de cesarianas e melhora o desfecho perinatal.
- D. Ao estudo Doppler, quanto maior a resistência periférica do território vascular avaliado, maior será a velocidade do fluxo na diástole e menor será o índice de pulsatilidade (IP).

COMENTÁRIO OSCELABS

Categoria III da cardiotocografia intraparto = variabilidade AUSENTE associada a desacelerações tardias ou variáveis recorrentes ou bradicardia, ou padrão sinusoidal: risco de acidemia fetal, exige intervenção imediata. B erra o limite (o perfil biofísico já é válido a partir de 26-28 semanas). C está invertida: o ILA aumenta diagnósticos de oligoâmnio e cesarianas sem melhorar desfecho perinatal. D inverte a física do Doppler: maior resistência = menor fluxo diastólico e MAIOR índice de pulsatilidade. Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Paciente de 40 anos, com 32 semanas de gestação (história de 3 partos por via vaginal), chegou à Emergência Obstétrica queixando-se de sangramento iniciado subitamente. Ao exame físico, os batimentos cardíacos fetais eram de 160 bpm, e a dinâmica uterina estava ausente. O exame especular comprovou presença de sangue escuro em pequena quantidade (material coletado na vagina) e colo sem evidência de dilatação. A ultrassonografia identificou placenta inserida no segmento uterino inferior, com a borda distando 1,8 cm do orifício cervical interno, e cordão umbilical de inserção central na placenta. Enquanto era realizada cardiotocografia (com padrão cardíaco fetal não reativo), a paciente iniciou com dor abdominal, hipertonia uterina e sangramento vaginal intenso, além de taquicardia, taquipneia e sudorese. O toque vaginal mostrava 2,0 cm de dilatação. Quais os diagnósticos mais prováveis e qual a conduta mais adequada no momento?

- A. Placenta prévia e descolamento prematuro de placenta - Transfundir 2 unidades de hemoderivados e observar a evolução para o parto vaginal.
- B. Placenta com implantação baixa e descolamento prematuro de placenta - Realizar teste do coágulo e cesariana de emergência. ✓**
- C. Placenta prévia e trabalho de parto pré-termo - Realizar tocolise com nifedipina e administrar corticosteroide para amadurecimento pulmonar fetal.
- D. Vasa prévia e acretismo placentário - Realizar cesariana com cateterização ureteral e interrupção temporária de fluxo em artérias gástricas por técnica endovascular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Duas etapas. Primeiro, a borda placentária a 1,8 cm do orifício interno, sem recobri-lo, define implantação BAIXA — não placenta previa (elimina A e C). Depois, a paciente vira o quadro: dor, hipertonia, sangramento intenso e cardiotocografia não tranquilizadora = descolamento prematuro de placenta. Com feto vivo e comprometido, a conduta e resolução imediata por cesariana, com teste do coágulo a beira do leito para triar coagulopatia de consumo. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito A

Primigesta de 24 anos, com 23 semanas de gestação, procurou a Emergência Obstétrica queixando-se de dor abdominal difusa e inapetência há 36 horas e de um episódio de vômito. Informou estar em acompanhamento pré-natal adequado e negou cirurgias prévias. Ao exame, apresentava IMC de 23 kg/m², frequência cardíaca de 122 bpm, frequência respiratória de 20 mpm, temperatura axilar de 37,8°C e pressão arterial de 90/50 mmHg. Com altura uterina de 23 cm, sentia dor à palpação profunda do flanco direito. O sinal de Murphy era negativo. Os batimentos cardíofetais indicaram 160 bpm sem desacelerações, e não havia dinâmica uterina. O exame especular não revelou perda líquida ou sangramento. Ao toque, o colo estava fechado. Qual a hipótese diagnóstica mais provável e qual o exame complementar indicado?

A. Apendicite aguda - ultrassonografia abdominal ✓

B. Pielonefrite aguda - ultrassonografia do aparelho urinário

C. Infecção ovular - ultrassonografia obstétrica

D. Colecistite aguda - ultrassonografia de vias biliares

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal com anorexia e vômito há 36 h, febrícula, taquicardia e dor no FLANCO direito em gestante de 23 semanas: com o útero ao nível da cicatriz umbilical, o apêndice deslocado para cima e lateralmente, e a dor migra do ponto de McBurney clássico. Murphy negativo afasta colecistite (D); ausência de sintomas urinários e de dor lombar torna pielonefrite (B) menos provável; colo fechado e sem perdas afastam infecção ovular (C). USG abdominal e o primeiro exame, por não irradiar. Resposta A.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Tercigesta de 39 anos, com 16 semanas de gestação, apresentou, na consulta pré-natal, resultado do exame de glicemia em jejum de 133 mg/dl e de dosagem da HbA1c de 6,3%. Referiu que, nas gestações anteriores há mais de 10 anos, não houve qualquer intercorrência. Qual o diagnóstico mais provável?

A. Diabetes gestacional

B. Diabetes diagnosticado na gestação ✓

C. Diabetes pré-gestacional

D. Pré-diabetes

COMENTÁRIO OSCELABS

Glicemia de jejum de 133 mg/dl (≥ 126) com HbA1c de 6,3% detectada apenas na gestação caracteriza DIABETES DIAGNOSTICADO NA GESTAÇÃO (overt diabetes) — o valor ultrapassa a faixa de diabetes gestacional, que é jejum entre 92 e 125 mg/dl (A). Diabetes pré-gestacional (C) exigiria diagnóstico prévio à gravidez, e a paciente teve gestações anteriores sem intercorrências. Pré-diabetes (D) não é categoria usada na gestante. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Primigesta com gestação a termo foi submetida a cesariana devido à apresentação pélvica e a trabalho de parto inicial. Durante o procedimento, ocorreu retenção inadvertida de uma compressa na cavidade abdominal, que passou despercebida pela equipe assistencial. No vigésimo dia pós-ope ratório, a paciente foi trazida à Emergência por quadro de obstrução intestinal, tendo sido constatada necrose de alça intestinal com necessidade de colostomia. Com base no caso, assinale a assertiva correta em relação às definições de qualidade assistencial.

- A. Retenção de compressa e obstrução intestinal são eventos adversos.
- B. Retenção de compressa e obstrução intestinal são eventos sentinelas.
- C. Retenção de compressa é um evento adverso, e obstrução intestinal, um evento sentinela. ✓**
- D. Retenção de compressa é um evento sentinela, e obstrução intestinal, um evento adverso. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 9

COMENTÁRIO OSCELABS

Evento adverso é o incidente que resulta em dano ao paciente decorrente da assistência e não da doença de base — a retenção da compressa se enquadra aí. Evento sentinela é a ocorrência inesperada que resulta em morte ou dano grave/permanente e obriga investigação imediata de causa-raiz: a obstrução intestinal com necrose de alça e colostomia. Por isso as opções que igualam os dois conceitos (A e B) ou os invertem (D) estão erradas. Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Paciente com 27 semanas de gestação foi trazida à Emergência por dor retroesternal de início agudo. À admissão, informou seu histórico de cardiopatia isquêmica. Eletrocardiograma mostrou elevação do segmento ST e aumento dos níveis de troponina e de creatinoquinase (CK), compatíveis com diagnóstico de síndrome coronariana aguda. Durante a avaliação, a paciente evoluiu para parada cardiorrespiratória. Chamado, o médico plantonista da Obstetrícia chegou ao local cerca de 5 minutos após o início das manobras de reanimação, sem resposta. Com base no quadro, deve-se

- A. realizar imediatamente ultrassonografia materno-fetal com Doppler e encaminhar a paciente para a Unidade Coronariana se não houver onda A patológica.
- B. encaminhar a paciente imediatamente para a Unidade Coronariana.
- C. instalar cardiocardiografia e contraindicar o uso de desfibrilador; se a cardiocardiografia indicar categoria 2 ou 3, realizar cesariana.

D. iniciar imediatamente cesariana com laparotomia mediana longitudinal infraumbilical. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Parada cardiorrespiratória materna com gestação acima de 20-24 semanas e sem retorno de circulação após 4-5 minutos de reanimação: indica-se a cesariana perimortem (histerotomia de reanimação), feita NO LOCAL, sem transporte e sem esperar exames, por laparotomia mediana — o esvaziamento uterino alivia a compressão aortocava e melhora o retorno venoso, aumentando a chance de sobrevivência da MAE. Não se transporta (A e B) nem se contraindica desfibrilação na gestante (C). Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Paciente com episódio prévio de trombose venosa profunda de membro inferior evoluiu com síndrome pós-trombótica. Que sinal ou sintoma, dentre os abaixo, não é esperado?

- A. Sinal de Homans ✓**
- B. Edema
- C. Varizes

D. Úlcera venosa

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome pos-trombótica e consequência crônica da hipertensão venosa e do refluxo valvar: edema, varizes secundárias, dor em peso, hiperpigmentação ocre, lipodermatoesclerose e, no extremo, úlcera venosa maleolar. O sinal de Homans (dor a dorsiflexão do pé) e manobra descrita para trombose venosa profunda AGUDA — além de pouco sensível e pouco específica — e não faz parte do quadro crônico. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

Lactente de 8 meses será submetido a uma cirurgia eletiva de hérnia umbilical. A criança encontrava-se saudável, sem nenhum problema médico conhecido. À admissão hospitalar, os pais informaram que a última mamada ocorrera há aproximadamente 3 horas. Qual a recomendação mais apropriada para o jejum pré-operatório do paciente?

A. Jejum de 2 horas para líquidos claros e de 4 horas para alimentos sólidos

B. Jejum de 4 horas para leite materno e de 6 horas para alimentos sólidos ✓

C. Jejum de 6 horas para líquidos claros e de 8 horas para alimentos sólidos

D. Jejum de 8 horas para leite materno e para alimentos sólidos Instrução: Para responder às questões de números 43 e 44, considere o caso clínico abaixo. Paciente masculino, de 65 anos, portador de prótese mitral metálica, com história de fibrilação atrial crônica, em uso crônico de varfarina para prevenção de eventos tromboembólicos, foi admitido no hospital para submeter-se a uma cirurgia de artroplastia total do quadril devido a osteoartrose grave e dor incapacitante. O INR encontrava-se no alvo terapêutico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra do jejum pré-operatório pediátrico, do mais curto para o mais longo: líquidos claros 2 h, leite materno 4 h, fórmula/leite não humano 6 h e sólidos 6-8 h. A alternativa B respeita exatamente isso. A encurta demais os sólidos; C e D prolongam o jejum sem benefício, expondo o lactente a hipoglicemia, desidratação e irritabilidade. Como a última mamada foi há 3 horas, basta aguardar mais 1 hora. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Que abordagem, dentre as abaixo, é a mais adequada em relação à anticoagulação no perioperatório desse paciente?

A. Suspender o uso da varfarina 1 semana antes da cirurgia e iniciar enoxaparina 40 mg SC, 1 vez/dia, até 24 horas antes do procedimento, independentemente do INR.

B. Suspender o uso da varfarina 5 dias antes da cirurgia e solicitar INR; se INR < 2,0, iniciar enoxaparina 80 mg SC, de 12/12 horas, até 24 horas antes da cirurgia. ✓

C. Suspender o uso da varfarina 5 dias antes da cirurgia e solicitar INR; se INR < 2,0, iniciar heparina não fracionada 5.000 UI, de 12/12 horas, até 12 horas antes da cirurgia.

D. Continuar o uso da varfarina e administrar uma dose única de vitamina K antes da cirurgia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Prótese valvar METÁLICA em posição mitral com fibrilação atrial = risco tromboembólico muito alto, um dos poucos cenários em que a ponte (bridging) é formalmente indicada. Suspende-se a varfarina 5 dias antes, confere-se o INR e inicia-se heparina de baixo peso em dose PLENA (enoxaparina ~1 mg/kg de 12/12 h), suspensa 24 h antes. A usa dose profilática e ignora o INR; C usa HNF em dose profilática, insuficiente; D é inaceitável (vitamina K reverteria a anticoagulação sem cobertura). Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Paciente masculino, de 18 anos, veio à consulta queixando-se de cefaleia eventual e fraqueza, com intolerância ao exercício físico. Apresentava quadro típico de claudicação intermitente de membros inferiores. Negou comorbidades prévias. Ao exame clínico, foram constatadas pressão arterial de 150/90 mmHg em ambos os membros superiores, com pulsos palpáveis e simétricos, e ausência de pulsos periféricos nos membros inferiores. Qual a suspeita diagnóstica mais provável?

- A. Coarctação de aorta ✓**
- B. Doença de Behçet
- C. Arterite de Takayasu
- D. Doença vascular periférica

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem jovem, hipertenso em ambos os membros SUPERIORES, com pulsos presentes e simétricos nos braços e ausentes nas pernas, claudicando: e o gradiente pressórico clássico da coarctação da aorta, tipicamente justaductal. Takayasu (C) acomete preferencialmente arco aórtico e subclávias, gerando assimetria nos MMSS e sintomas inflamatórios sistêmicos. Behçet (B) cursa com afecções orais e genitais e uveíte. Aterosclerose (D) é implausível aos 18 anos sem fatores de risco. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Paciente masculino, de 62 anos, tabagista, veio à Emergência por dor súbita no membro inferior direito, iniciada há 6 horas, quando se encontrava agachado em sua lavoura. Cerca de 1 hora depois do início da dor, referiu não ter sentido mais a perna do joelho para baixo. Ao exame, apresentava todos os pulsos no membro inferior esquerdo e somente pulso femoral no inferior direito, palidez e déficit de sensibilidade, mas sem déficit de motricidade. Eco-Doppler arterial à beira do leito demonstrou oclusão da artéria femoral superficial a partir do terço médio estendendo-se para a artéria poplítea e para as artérias da perna. A artéria poplítea apresentava dilatação de 2,0 cm. Assinale a assertiva correta sobre o diagnóstico inicial do caso.

- A. Eco-Doppler é o exame diagnóstico suficiente para indicar o melhor método de revascularização.
- B. Ressonância magnética tem papel fundamental para detectar os vasos com baixo fluxo.
- C. Angiotomografia é o exame de escolha complementar para avaliar a anatomia do aneurisma e indicar o melhor método de revascularização.
- D. Arteriografia é o exame de escolha complementar por possibilitar avaliação do leito distal e indicar o melhor método de revascularização. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Isquemia arterial aguda de membro com déficit sensitivo mas motricidade preservada (categoria IIa), por trombose de aneurisma de artéria poplítea de 2,0 cm, com oclusão estendida até as artérias da perna. Justamente por haver ainda janela terapêutica, o exame que muda a conduta é a arteriografia: ela avalia o LEITO DISTAL (runoff) e define o alvo da revascularização, permitindo tratamento endovascular no mesmo tempo. Angio-TC (C) e RM (B) são inferiores para vasos de baixo fluxo da perna; o eco-Doppler já deu o diagnóstico, mas não mapeia o leito distal (A). Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito B

Paciente masculino, de 60 anos, com história de tabagismo crônico e hipertensão arterial sistêmica, foi trazido à Emergência por dor abdominal intensa e febre há 2 dias. Ao exame físico, apresentava-se hemodinamicamente estável, com abdômen distendido e doloroso à palpação e com sinais de irritação peritoneal, mais evidente na fossa ilíaca direita. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose com desvio à esquerda e elevação dos marcadores inflamatórios. A tomografia computarizada de abdômen evidenciou apendicite aguda com abscesso periapendicular. Neste momento, a abordagem terapêutica mais apropriada é realizar

- A. apendicectomia aberta para adequada drenagem do abscesso.
- B. apendicectomia com drenagem do abscesso por via laparoscópica. ✓**
- C. drenagem percutânea do abscesso.
- D. tratamento clínico com antibióticos.

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que define a conduta e o exame físico: não há apenas o abscesso, há abdome distendido com IRRITACAO PERITONEAL — ou seja, peritonite. Nesse cenário a abordagem cirúrgica, e a via laparoscópica permite, no mesmo tempo, inventariar a cavidade, drenar a coleção, lavar e retirar o apêndice, com menos dor, menos infecção de ferida e alta mais rápida que a laparotomia (A). Drenagem percutânea isolada (C) e antibiótico exclusivo (D) só se justificam no abscesso bloqueado, sem peritonite. Resposta B.

QUESTÃO 48 — Gabarito D

Há 3 objetivos fundamentais no tratamento de pacientes com doença do refluxo gastroesofágico e esôfago de Barrett: alívio permanente dos sintomas, cicatrização duradoura da esofagite concomitante e regressão da metaplasia intestinal/displasia do epitélio cilíndrico. Qual dos tratamentos abaixo consegue obter os melhores resultados terapêuticos em relação aos 3 aspectos citados?

- A. Tratamento medicamentoso com bloqueadores da bomba de prótons
- B. Tratamento medicamentoso com bloqueadores da bomba de prótons associado a procinéticos
- C. Tratamento endoscópico: mucosectomia ou terapia ablativa
- D. Fundoplicatura laparoscópica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A pegadinha está nos 3 objetivos simultâneos. Os inibidores de bomba de prótons (A e B) aliviam sintomas e cicatrizam a esofagite, mas não corrigem a incompetência do esfíncter nem promovem regressão da metaplasia — e os procinéticos não acrescentam benefício consistente. A terapia endoscópica (C) trata a displasia, mas não o refluxo, que persiste. Pelo gabarito da banca, a fundoplicatura laparoscópica é a que melhor contempla os três desfechos, por restaurar a barreira antirrefluxo. Resposta D.

QUESTÃO 49 — Gabarito C

Paciente feminina, de 72 anos, em bom estado geral, procurou atendimento após ter sido submetida a uma colonoscopia para investigar hematoquezia + anemia (hemoglobina de 6,2 g/dl). O exame endoscópico revelou uma lesão no cólon transverso, e o exame anatomopatológico foi compatível com o diagnóstico de adenocarcinoma. Trouxe à consulta tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste intravenoso, que demonstrava 5 lesões hepáticas, todas com menos de 3,0 cm, hipovasculares em relação ao parênquima. À TC de tórax, não havia sinais radiológicos de doença metastática. A dosagem sérica do CEA foi de 2,0 ng/ml (valor de referência: < 3,5 ng/ml). Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Iniciar quimioterapia em caráter paliativo, pois o sangramento costuma cessar por completo após o início do tratamento.

B. Indicar biópsia percutânea das lesões hepáticas, uma vez que a característica hipovascular não é comum em metástases do câncer colorretal; além disso, o CEA está dentro de valores normais.

C. Indicar colectomia parcial para controle do sangramento e da anemia, programar quimio terapia pós-operatória e, conforme a resposta ao tratamento, planejar ressecção das metástases hepáticas.

✓

D. Indicar colectomia parcial para tratar o sangramento relacionado ao tumor primário e, na mesma internação, quimioembolização de ramos da veia porta para promover o controle das lesões hepáticas. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 11

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de colon transverso SANGRANTE (Hb de 6,2 g/dl) com metastases hepaticas limitadas (5 lesoes, todas < 3 cm) em paciente em bom estado geral: doenca oligometastatica potencialmente curavel. Ressecar o primario resolve o sangramento e a anemia, e a quimioterapia sistemica define, pela resposta, a ressecabilidade hepatica. CEA normal nao exclui metastase e metastase colorretal e tipicamente HIPOvascular — logo a biopsia de B e desnecessaria. Quimioterapia so paliativa (A) subtrata. Quimioembolizacao portal (D) nao e tratamento de metastase. Resposta C.

QUESTÃO 50 — Gabarito D

Paciente feminina, de 60 anos, ECOG 0, com cirrose pelo vírus da hepatite C (Child-Pugh A), sem evidência de hipertensão portal, com dosagem de alfa-fetoproteína de 2,0 ng/ml (valor de referência: < 10 ng/ml), veio à consulta para definir a conduta após realizar tomografia computadorizada (TC) de abdômen com contraste (imagem abaixo). Trouxe, também, TC de tórax sem alterações significativas. Considerando o exame de imagem e o contexto clínico apresentado, qual a conduta mais adequada?

- A. Repetir o exame de imagem em 3 meses; caso haja crescimento da lesão, realizar ablação por via percutânea.
- B. Indicar biópsia da lesão; caso se confirme o diagnóstico de carcinoma hepatocelular, realizar embolização do ramo esquerdo da veia porta como opção de tratamento.
- C. Programar tratamento com quimioembolização arterial da lesão.

D. Indicar cirurgia para ressecção do nódulo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrose Child-Pugh A, SEM hipertensao portal, ECOG 0 e nodulo unico: e o cenario ideal para hepatectomia, o tratamento com melhor sobrevida. Duas peroulas: em figado cirrotico o diagnostico de carcinoma hepatocelular e feito por IMAGEM com contraste (realce arterial e washout), dispensando biopsia, que ainda traz risco de disseminacao pelo trajeto (afasta B); e alfafetoproteina normal nao exclui CHC. Vigilancia passiva (A) perde a janela curativa; quimioembolizacao (C) e para doenca intermediaria irressecavel. Resposta D.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente masculino, de 58 anos, com obesidade (IMC de 32,4 kg/m²), procurou a Emergência por dor no hipocôndrio direito irradiada para o dorso (intensidade 8/10), associada a cólica e icterícia, quadro iniciado há 6 horas. Informou ter tomado paracetamol (750 mg) e escopolamina (10 mg), por via oral, sem melhora. Não teve febre, prurido ou emagrecimento. À admissão, encontrava-se com temperatura axilar de 36,8°C, pressão arterial de 156/92 mmHg e saturação de oxigênio de 97% à oximetria de pulso em ar ambiente. Ao exame físico, apresentava mucosas ictericas e dor somente à palpação profunda do quadrante superior direito do abdômen, sem interrupção da inspiração durante essa manobra. O quadro clínico é sugestivo de, tendo sido solicitada avaliação diagnóstica com exames de imagem, como colangiorrressonância magnética, ultrassomografia abdominal ou tomografia computadorizada de abdômen (conforme disponibilidade local) e indicado tratamento inicial, ainda na Emergência, com

A. cólica biliar - analgesia intravenosa

B. coledocolitíase - analgesia intravenosa e antibioticoterapia empírica

C. coledocolitíase - analgesia intravenosa e antibioticoterapia intravenosa somente se houver sinais de colangite ✓

D. colecistite aguda - analgesia e antibioticoterapia intravenosas

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor em hipocôndrio direito irradiada para o dorso com icterícia, cólica e icterícia de mucosas indica obstrução da via biliar principal: coledocolitíase. Repare que o paciente está afebril, sem prurido e com sinal de Murphy negativo (não há interrupção da inspiração), o que afasta colecistite (D) e, principalmente, colangite. Sem colangite não se prescreve antibiótico de rotina (B): o tratamento inicial é analgesia intravenosa, reservando o antimicrobiano para quando surgirem febre/sepsis. Cólica biliar (A) não cursa com icterícia e icterícia. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Menina de 7 anos, com síndrome de Ehlers-Danlos e portadora de aneurismas intracranianos, foi trazida à Emergência por febre e dificuldade ventilatória há 48 horas. Exame clínico mostrou redução de murmúrio vesicular em região inferior do hemitórax direito, com estertores audíveis. Raio de tórax evidenciou grande consolidação no lobo inferior direito e derrame pleural ipsilateral. Ultrassonografia torácica revelou volumoso derrame pleural, com líquido espesso e com septações e loculações. Qual a conduta mais indicada para o derrame pleural?

A. Drenagem pleural tubular fechada

B. Drenagem pleural tubular + instilação de fibrinolítico intrapleural

C. Toracoscopia + drenagem pleural tubular ✓

D. Toracotomia + decorticação pulmonar + drenagem pleural tubular

COMENTÁRIO OSCELABS

Derrame parapneumônico complicado em fase FIBRINOPURULENTO — líquido espesso, com septações e loculações na ultrassonografia. Dreno isolado (A) não vence os septos. E aqui está o detalhe do enunciado: a criança tem síndrome de Ehlers-Danlos com aneurismas intracranianos, o que torna o fibrinolítico intrapleural (B) perigoso pelo risco hemorrágico. Toracoscopia com desbridamento e drenagem resolve as loculações com menor morbidade que a toracotomia com decorticação (D), reservada a fase organizada. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Paciente masculino, de 50 anos, sem comorbidades, foi internado por politrauma em decorrência de queda de motocicleta. Não houve necessidade de intervenções cirúrgicas, exceto drenagem de pneumotórax à direita (o dreno foi retirado após 7 dias do acidente). A intubação orotraqueal, com tubo 7, foi realizada na cena do acidente; e a extubação, após 12 dias, sem realização de traqueostomia. A alta hospitalar ocorreu 20 dias após a internação. Transcorrido 1 mês da alta, passou a apresentar dispnéia, de caráter progressivo ao longo das semanas seguintes, acompanhada de tosse seca. Veio agora à Emergência após iniciar com estridor e esforço ventilatório. Diante da principal hipótese diagnóstica, que conduta, dentre as abaixo, é mais adequada no momento?

A. Uso de broncodilatadores inalatórios e glicocorticoide intravenoso

B. Broncoscopia para dilatação traqueal ✓

C. Cricotireoidostomia sob anestesia local

D. Cirurgia de traqueoplastia

COMENTÁRIO OSCELABS

Intubação por 12 dias sem traqueostomia, extubação e, semanas depois, dispnéia progressiva com tosse seca evoluindo para ESTRIDOR: estenose traqueal pós-intubação. O estridor com esforço ventilatório indica obstrução crítica e exige desobstrução imediata — a broncoscopia é diagnóstica e terapêutica, permitindo dilatação. Broncodilatador e corticoide (A) não abrem estenose fibrotica. Cricotireoidostomia (C) pode não ultrapassar a estenose. A traqueoplastia (D) é o tratamento definitivo, porém eletivo, após estabilizar a via aérea. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Presença de uma grande hérnia discal central constitui uma das condições relacionadas à doença degenerativa discal que determina tratamento de urgência. Quando localizada na região lombar, essa condição pode causar a síndrome de cauda equina, a qual apresenta todas as características abaixo, exceto

A. hiperreflexia patelar bilateral. ✓

B. incontinência urinária e/ou fecal.

C. dor e distúrbios sensitivos nas duas pernas, com anestesia perianal e perineal.

D. disfunção sexual. 12 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

A cauda equina é formada por RAIZES nervosas — logo sua compressão produz síndrome de neurônio motor INFERIOR: hipo ou arreflexia patelar e aquilea, paresia flácida, anestesia em sela (perianal e perineal), retenção urinária com incontinência por transbordamento, incontinência fecal e disfunção sexual. Hiperreflexia seria sinal de lesão do primeiro neurônio (medular alta), incompatível com o quadro. Emergência neurocirúrgica: descompressão precoce. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Classifica-se clinicamente o traumatismo craniano conforme sua gravidade, utilizando-se a Escala de Coma de Glasgow (ECG). O traumatismo é considerado grave quando o escore for inferior ou igual a

A. 3

B. 6

C. 8 ✓

D. 12

COMENTÁRIO OSCELABS

Classificação clássica do traumatismo cranioencefálico pela Escala de Coma de Glasgow: leve de 13 a 15, moderado de 9 a 12 e GRAVE quando menor ou igual a 8. O valor 8 e também o limiar clássico para considerar via aérea definitiva, pela perda de proteção das vias aéreas. Escore 3 (A) e o mínimo possível da escala, não o ponto de corte; 12 (D) ainda é moderado. Resposta C.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Paciente feminina, de 67 anos, veio à Emergência queixando-se de dor ocular intensa à direita que se irradiava a todo hemicrânio direito, de início súbito há aproximadamente 8 horas, acompanhada de náuseas e vômitos. Negou trauma ocular. Tinha histórico de hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2. Ao exame, o olho direito apresentava acuidade visual corrigida de 20/200, injeção conjuntival importante, córnea com aparência esbranquiçada-azulada, olho duro à palpação e pupila semidilata e não reativa à luz. Com base nos achados, qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Administrar manitol a 20% 1,5 g/kg intrave noso durante 1 hora e iniciar tratamento com acetazolamida 250 mg oral, colírio timolol a 0,5% seguido de colírio pilocarpina a 2%. ✓**
- B. Administrar metilprednisolona 1 g + soro fisiológico a 0,9% 250 ml intravenoso (repetir o esquema durante 3 dias).
- C. Iniciar tratamento com colírio tobramicina a 0,3% + dexametasona a 0,1% e reavaliar em 48 horas.
- D. Solicitar ressonância magnética de crânio.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor ocular intensa de início súbito com náuseas e vômitos, olho vermelho, córnea embacada (edema epitelial), olho DURO à palpação e pupila em meia-midríase arreativa: glaucoma agudo de ângulo fechado — emergência oftalmológica. O tratamento reduz a pressão por várias vias: manitol (osmótico), acetazolamida e timolol (reduzem produção de humor aquoso) e, após alguma queda pressórica, pilocarpina para abrir o ângulo. Corticoide sistêmico (B) e para neurite; colírio antibiótico (C) não trata a pressão; imagem (D) apenas atrasa. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Assinale a alternativa que contempla a correta associação entre o teste específico para exame de joelhos e a estrutura avaliada.

- A. Teste da gaveta - ligamentos colaterais
- B. Teste da gaveta - ligamentos cruzados ✓**
- C. Teste de McMurray - ligamentos colaterais
- D. Teste de McMurray - ligamentos cruzados

COMENTÁRIO OSCELABS

Correspondência obrigatória do exame do joelho: teste da gaveta (anterior e posterior) avalia os ligamentos CRUZADOS, e o teste de McMurray, com rotação da tibia sob flexo-extensão procurando estalido e dor, avalia os MENISCOS. Os ligamentos colaterais são testados pelo estresse em varo e valgo. Por isso apenas a associação gaveta-cruzados está correta. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

A investigação complementar com imagem é prática frequente na avaliação dos quadros de dor abdominal em Serviços de Emergência não obstétricos. Para qual das situações clínicas abaixo a ultrassonografia é o exame inicial mais indicado?

- A. Obstrução intestinal
- B. Cálculo urinário
- C. Ingestão de corpo estranho
- D. Trauma abdominal fechado ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No trauma abdominal fechado a ultrassonografia (FAST) e o exame inicial: é feita a beira do leito, em minutos, sem transportar o instável, e responde a pergunta que importa — há líquido livre? Obstrução intestinal (A) se avalia com radiografia e, sobretudo, tomografia. Cálculo urinário (B) tem como padrão a TC sem contraste. Corpo estranho (C) exige radiografia para localizar objetos radiopacos. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre câncer de canal anal.

- A. Está diretamente associado à infecção pelo herpes-vírus tipo 2.
- B. O tratamento de escolha consiste em radioterapia e quimioterapia neoadjuvantes.
- C. Retossigmoidectomia anterior pode ser empregada como tratamento de resgate efetivo em tumores refratários ao tratamento inicial.
- D. Receptores de transplantes (órgãos sólidos) apresentam risco aumentado de desenvolver a doença. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O câncer de canal anal é associado ao HPV (subtipos 16 e 18), não ao herpes tipo 2 — o que derruba A e explica D: transplantados de órgãos sólidos e pessoas vivendo com HIV, por imunossupressão crônica, têm risco aumentado. O tratamento de escolha é a quimiorradioterapia DEFINITIVA (protocolo de Nigro), não neoadjuvante (B). E o resgate cirúrgico dos refratários é a amputação abdominoperineal, não a retossigmoidectomia anterior (C), que não remove o canal anal. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Paciente de 72 anos, trazido à consulta, encontra-se alerta, porém falava pouco e de forma incompreensível; obedecia a comandos, mas não nomeava objetos. Foi constatada, também, perda de força no lado direito do corpo, com sinal de Babinski à direita. Quais os prováveis diagnósticos sindrômicos e topográfico?

- A. Disartria e síndrome piramidal - córtex frontal esquerdo
- B. Obnubilação e síndrome de segundo neurônio - lesões difusas bilaterais
- C. Afasia de expressão e síndrome piramidal - córtex frontal esquerdo ✓**
- D. Disartria/anartria e síndrome de segundo neurônio - córtex ou cápsula interna à esquerda

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente ALERTA que compreende e obedece comandos, mas fala pouco, de forma incompreensível e não nomeia: e afasia de expressão (Broca), não disartria — na disartria a linguagem está preservada, só a articulação falha. A hemiparesia direita com Babinski indica síndrome piramidal (primeiro neurônio), o que exclui as opções de 'segundo neurônio'. Como a área de Broca fica no giro frontal inferior do hemisfério dominante, a topografia e o córtex frontal esquerdo. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Para qual das situações abaixo há indicação de profilaxia para endocardite bacteriana segundo as recomendações atuais?

- A. Paciente com prótese biológica valvar aórtica que será submetido a extração dentária sob anestesia local. ✓**
- B. Paciente com diagnóstico de prolapso valvar mitral com sopro cardíaco que será submetido a procedimento dentário invasivo.
- C. Paciente com história de endocardite infecciosa mitral que irá realizar colonoscopia com biópsia.
- D. Paciente com comunicação interatrial tipo ostium secundum corrigida percutaneamente há 3 meses que irá realizar implante de dispositivo intrauterino. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 13

COMENTÁRIO OSCELABS

As diretrizes atuais restringiram muito a profilaxia de endocardite: valem apenas condições de altíssimo risco (prótese valvar, incluindo BIOLÓGICA, endocardite prévia, cardiopatia congênita cianótica ou reparo com material protético há menos de 6 meses e valvopatia do transplantado) E somente para procedimentos dentários com manipulação gengival ou periapical. Prolapso mitral não entra (B). Procedimentos gastrointestinais e geniturinários, como colonoscopia (C) e inserção de DIU (D), não têm indicação. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Paciente de 65 anos foi trazida à Emergência por dor retroesternal em aperto, quadro iniciado há 4 horas. Com história de hipertensão arterial e diabetes melito tipo 2, vinha fazendo uso de AAS, atorvastatina e losartana. Ao exame físico realizado por ocasião da admissão, apresentava pressão arterial de 176/90 mmHg e frequência cardíaca de 92 bpm, Killip classe I. O eletrocardiograma está reproduzido abaixo. A Emergência não dispõe de condições para realização de cateterismo cardíaco, e o hospital com plantão de hemodinâmica pode ser acessado em, no mínimo, 2 horas. Que estratégia, dentre as abaixo, tem melhor expectativa de benefício para a paciente?

- A. Administrar um trombolítico intravenoso, iniciar a anticoagulação com heparina e transferir a paciente para hospital com condições de realizar angioplastia adjuvante imediatamente.
- B. Iniciar a terapia farmacológica agressiva sem a terapia de reperfusão, com dupla antiagregação plaquetária e heparina não fracionada.
- C. Iniciar o protocolo de alteplase intravenosa imediatamente e, se a reperfusão farmacológica falhar, transferir a paciente para outro hospital. ✓**
- D. Iniciar a dupla antiagregação plaquetária e transferir a paciente para hospital terciário, mesmo com atraso, considerando seu alto risco clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

IAM com supra de ST, 4 horas de evolução, e serviço sem hemodinâmica com transferência que levaria pelo menos 2 horas. Quando o tempo porta-balão previsto ultrapassa 120 minutos, a reperfusão FARMACOLÓGICA imediata e superior — fibrinolítico agora, seguido de estratégia farmacoinvasiva (coronariografia em 2 a 24 h) ou angioplastia de RESGATE se houver falha. Não reperfundir (B) e o pior desfecho; transferir aceitando o atraso (D) desperdiça miocárdio; angioplastia adjuvante imediata pós-lítico (A) não é recomendada. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Assinale a alternativa que completa, correta e respectivamente, o parágrafo abaixo. O quadro de hiperaldosteronismo primário pode cursar com, sendo caracterizado por nível de renina plasmática

- A. hipopotassemia e alcalose metabólica - elevado
- B. hipopotassemia e alcalose metabólica - diminuído ✓**
- C. hipopotassemia e acidose respiratória - normal
- D. hipopotassemia e acidose metabólica - diminuído

COMENTÁRIO OSCELABS

No hiperaldosteronismo primário a aldosterona em excesso retém sódio e água e espolia potássio e hidrogênio no túbulo coletor: hipopotassemia com alcalose metabólica e hipertensão. Como a produção é AUTÔNOMA da adrenal, a expansão volêmica suprime o eixo e a renina plasmática fica BAIXA — e essa relação aldosterona/renina elevada que faz o diagnóstico. Renina elevada (A) definiria hiperaldosteronismo secundário. Acidose e hiperpotassemia (C e D) seriam o oposto fisiopatológico. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Paciente feminina, de 29 anos, consultou por vir observando alterações ungueais há 6 meses. Ao exame físico, apresentava onicólise, onicorrexe e coloração amarelada em todas as unhas dos pés, acometendo mais de 50% do diâmetro das lâminas ungueais. Exame micológico direto evidenciou hifas septadas; exame cultural detectou *Trichophyton rubrum*. Diante do diagnóstico nosológico, assinale a alternativa que contempla o tratamento mais adequado.

- A. Fluconazol tópico, 2 vezes/semana, por 1 ano
- B. Fluconazol 150 mg, por via oral, em dose única mensal, por 1 ano
- C. Itraconazol 100 mg, por via oral, em dias alternados, por 2 meses
- D. Terbinafina 250 mg, por via oral, 1 vez/dia, por 3 meses 14 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Onicomicose subungueal por *Trichophyton rubrum* acometendo TODAS as unhas dos pés e mais de 50% da lâmina: extensão que exige tratamento sistêmico prolongado. A terbinafina 250 mg/dia por 12 semanas (podal) é a primeira escolha, com as maiores taxas de cura micológica contra dermatofitos. Fluconazol tópico (A) não existe como formulação adequada e antifúngico tópico isolado não penetra lâmina espessa. Fluconazol mensal (B) é subdosado. Itraconazol em dias alternados por 2 meses (C) não é esquema validado — usa-se pulsoterapia. Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Paciente feminina, de 35 anos, consultou para tratamento de obesidade. Informou que seu peso usual era 63 kg até os 25 anos e que havia aumentado 20 kg na gestação. Mede 1,62 m e atualmente pesa 98 kg (IMC de 37,3 kg/m²). Não apresentava comorbidades, e o restante da anamnese e o exame físico não apontaram para causas secundárias de obesidade. Referiu trabalhar 8 horas/dia como designer de software, dormir cerca de 4 horas/noite e ser sedentária. Gostava de leite, frutas, verduras e legumes, mas havia parado com o consumo de leite e frutas, porque a nutricionista que ela seguia no Instagram afirmou ser o leite um alimento inflamatório e serem as frutas, por conterem frutose, causadoras de esteatose hepática. Por orientação dessa profissional, também substituiu o azeite de oliva por gordura de coco para cozinhar e estava colocando aveia nos alimentos para baixar o índice glicêmico das refeições. Assinale a assertiva que contempla a informação correta sobre nutrição divulgada pelo perfil do Instagram.

- A. Leite é um alimento inflamatório.
- B. Frutas causam esteatose hepática.
- C. Gordura de coco é mais saudável para cozinhar do que o azeite de oliva.

D. Adição de aveia reduz o índice glicêmico da refeição. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A única informação correta do perfil é a da aveia: rica em fibra solúvel (betaglucana), ela forma gel, retarda o esvaziamento gástrico e a absorção de glicose, reduzindo o índice glicêmico da refeição. Leite não é 'inflamatório' (A) — não há evidência. Frutas in natura não causam esteatose (B): o vilão é a frutose industrializada em excesso, e a fruta traz fibra e micronutrientes. Gordura de coco (C) é saturada e piora o perfil lipídico frente ao azeite, rico em monoinsaturados. Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Associe os medicamentos anti-hiperglicemiantes (coluna da esquerda) a seus respectivos benefícios (coluna da direita) comprovados em ensaios clínicos randomizados e metanálises. 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Metformina Sulfonilureias Inibidores da DPP-4 Inibidores da SGLT-2 Agonistas do GLP-1 () () () Redução de desfechos microvasculares Redução de morte cardiovascular e de internação por insuficiência cardíaca Redução de acidente vascular encefálico A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

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

COMENTÁRIO OSCELABS

Cada classe tem seu desfecho de peso comprovado. Redução de eventos MICROvasculares e o legado do controle glicêmico intensivo do UKPDS com sulfonilureias/insulina (1). Redução de morte cardiovascular e, sobretudo, de internação por insuficiência cardíaca e a assinatura dos inibidores de SGLT-2 (4), que ainda protegem o rim. Redução de AVC aparece com os agonistas de GLP-1 (5). Inibidores de DPP-4 são neutros em desfechos duros. Sequência 2-4-5. Resposta D.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Paciente masculino, de 28 anos, procurou atendimento por pirose e regurgitação (2-3 vezes/semana), especialmente após ingestão de alimentos gordurosos. Referiu melhora temporária com o uso de antiácidos. Relatou ganho de 7 kg nos últimos 2 anos, atingindo 89 kg (IMC de 29,7 kg/m²). Não houve disfagia, odinofagia, hematemese e melena. Não apresentava anemia. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

A. Orientação de medidas não farmacológicas e teste terapêutico com dose usual de inibidores da bomba de prótons por 4-8 semanas ✓

B. Endoscopia digestiva alta com biópsias do esôfago

C. Manometria esofágica e pHmetria de 24 horas na vigência de uso de inibidores da bomba de prótons

D. Manometria esofágica e pHmetria de 24 horas sem uso concomitante de inibidores da bomba de prótons

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 28 anos com pirose e regurgitação típicas, sobrepeso, sem NENHUM sinal de alarme (nega disfagia, odinofagia, hematemese, melena, emagrecimento e não tem anemia): o diagnóstico é clínico. A conduta custo-efetiva é orientar medidas comportamentais (perda de peso, elevar a cabeceira, evitar deitar após comer) e fazer teste terapêutico com IBP em dose usual por 4 a 8 semanas. Endoscopia (B) fica para sinais de alarme, falha ou idade maior. Manometria e pHmetria (C e D) são para casos refratários ou pre-operatórios. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito A

Paciente de 62 anos, com cirrose por hepatite C e álcool, foi trazido à Emergência por confusão mental e aumento de volume abdominal. Ao exame físico, apresentava ascite, flapping e desorientação. Os exames complementares iniciais revelaram hemoglobina de 9,3 g/dl, leucócitos de 2.430/mm³, plaquetas de 56.000/mm³, creatinina de 2,3 mg/dl, sódio de 132 mEq/l, tempo de protrombina de 18,1 segundos e atividade de 52%, bilirrubina total de 2,8 mg/dl e direta de 1,9 mg/dl. Em relação ao caso clínico, assinale a assertiva correta.

A. Está indicada paracentese diagnóstica para pesquisa de peritonite bacteriana espontânea, que constitui infecção do líquido de ascite devida à translocação bacteriana e pode ser um desencadeante de encefalopatia hepática. ✓

B. Deve ser iniciada administração de diuréticos, sendo espironolactona a primeira opção para o manejo da ascite na cirrose.

C. Deve ser considerada encefalopatia hepática, porém, para confirmação do diagnóstico, é necessário realizar dosagem de amônia sérica que apresenta relação direta com os sintomas.

D. Ocorre hiponatremia na maioria dos pacientes com cirrose e ascite e pode ser um desencadeante de encefalopatia hepática, sendo recomendada restrição hídrica < 1,5 litro/dia quando a concentração de sódio sérica estiver < 135 mEq/l. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 15

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrótico que chega descompensado — ascite mais encefalopatia — tem indicação FORMAL de paracentese diagnóstica, mesmo sem febre ou dor: a peritonite bacteriana espontânea decorre de translocação bacteriana, e frequentemente oligossintomática e é gatilho clássico de encefalopatia (diagnóstico: mais de 250 neutrófilos/mm³). Diurético (B) não é prioridade com creatinina de 2,3 e infecção não excluída. Amônia (C) não confirma nem se correlaciona com a gravidade. Restrição hídrica (D) só se sódio abaixo de 125 e sintomático. Resposta A.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Paciente feminina, de 78 anos, foi trazida à Emergência por sonolência excessiva há 5 dias, com diminuição da ingestão de líquidos e alimentos. Familiar referiu urina concentrada e malcheirosa. Tinha histórico de hipotireoidismo e dor crônica nos joelhos por osteoartrite e realizava acompanhamento ambulatorial por esquecimentos e diminuição de funcionalidade há 1 ano (não saía mais sozinha; em casa ainda conseguia desempenhar tarefas usuais). Fazia uso diário de levotiroxina (75 mg, há 5 anos) e amitriptilina (50 mg, há 2 anos). Ao exame físico, a paciente acordava ao ser chamada, porém adormecia em poucos segundos e respondia de forma confusa a perguntas simples. Não havia sinais neurológicos focais. Exame dos sistemas não revelou particularidades. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

A. Deve-se usar a ferramenta de rastreio Mini Exame do Estado Mental para identificação dos componentes diagnósticos de delírium.

B. Trata-se de delírium hipotivo, tendo como provável causa infecção urinária. ✓

C. Trata-se de quadro demencial em evolução, com piora da cognição e sonolência excessiva devido ao uso de amitriptilina.

D. Trata-se de demência rapidamente progressiva, devendo-se realizar punção lombar para análise do líquido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Início AGUDO (5 dias), flutuação, desatenção e rebaixamento do nível de consciência em idosa com urina concentrada e malcheirosa: delírium HIPOATIVO — o subtipo mais comum, mais grave e o mais subdiagnosticado, justamente por ser confundido com sonolência ou depressão. O declínio cognitivo prévio de 1 ano e fator de RISCO, não o diagnóstico atual (C e D). O rastreio adequado é o CAM, não o Mini Exame do Estado Mental (A), que avalia cognição e não detecta o curso flutuante. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Paciente feminina, de 48 anos, procurou a Emergência com queixa de cansaço progressivo há 3 semanas, com agravamento há 7 dias. Referiu não ter ido trabalhar por sentir-se extremamente cansada, até mesmo para ir ao banheiro, com a sensação de coração acelerado. Negou a ocorrência de qualquer tipo de sangramento nas últimas semanas ou de modificações na menstruação (fluxo normal, com duração, em média, de 3-5 dias), que ocorrera antes do início dos sintomas de cansaço (deve menstruar em breve). Sem histórico de problemas de saúde, não fazia uso crônico de medicamentos. Trouxe hemograma, realizado há 90 dias em avaliação ginecológica de rotina, com resultados normais. Ao exame físico por ocasião da admissão, apresentava palidez, taquicardia e sopro sistólico 2+/6+, audível em todos os focos, mas não se detectou sangramento oculto. Exames laboratoriais revelaram hemoglobina de 5,0 g/dl (valores de referência - VR: 11,7-14,9 g/dl), leucócitos totais com diferencial normal, plaquetas normais, VCM de 90 fl (VR: 83-96 fl), RDW de 15,5% (VR: 11,8-14,2%) e reticulócitos de 300.000/mm³ (VR: 30.000-100.000/mm³). Hematoscopia indicou policromatofilia e anisocitose. Os achados do hemograma e a contagem dos reticulócitos sugerem

A. anemia microcítica provavelmente por ferro penia secundária à menstruação.

B. anemia macrocítica por deficiência de vitamina B12.

C. anemia hipoproliferativa por deficiência de ferro.

D. anemia hiperproliferativa provavelmente relacionada a hemólise. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave é a contagem de reticulócitos: 300.000/mm³ (três vezes o limite superior) significa medula RESPONDENDO — anemia hiperproliferativa. Somado a policromatofilia na hematoscopia e a queda de hemoglobina de normal para 5,0 g/dl em 90 dias sem qualquer sangramento, o diagnóstico é hemólise. Ferropenia (A e C) e deficiência de B12 (B) são hipoproliferativas, com reticulócitos BAIXOS, e o VCM aqui é normal (90 fl), não micro nem macrocítico. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Paciente masculino, de 59 anos, tabagista, com hipertensão arterial e dislipidemia (risco cardiovascular em 10 anos de 25%, calculado pelo escore de Framingham), apresentou por ocasião da consulta resultado de exame anti-HIV reagente. Não houve infecções oportunistas ou qualquer sintoma constitucional. Qual a conduta mais adequada no momento?

A. Retardar o início da terapia antirretroviral até melhor controle do quadro metabólico, uma vez que o uso dos antirretrovirais pode influenciar negativamente no risco cardiovascular do paciente.

B. Iniciar a terapia antirretroviral independentemente dos valores de CD4 e carga viral, de modo que esses exames sejam solicitados apenas para avaliação do status imunológico e monitoramento posterior. ✓

C. Iniciar a terapia antirretroviral apenas se a contagem de CD4 $\leq$ 350 células/mm³, situação na qual o paciente teria maior risco de complicações secundárias à infecção pelo HIV.

D. Solicitar contagem de CD4 e carga viral; caso o paciente seja um controlador de elite (carga viral não detectada mesmo sem tratamento), o adiamento do início do uso dos antirretrovirais está indicado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Desde 2013 no Brasil a terapia antirretroviral é indicada para TODA pessoa vivendo com HIV, independentemente de contagem de CD4, carga viral ou presença de sintomas — tratar cedo reduz morbimortalidade e, com carga viral indetectável, zera a transmissão sexual (I=I). CD4 e carga viral seguem sendo pedidos, mas para avaliação imunológica basal e monitoramento, não como gatilho. Adiar por risco cardiovascular (A), esperar CD4 $\leq$ 350 (C) ou poupar o controlador de elite (D) contrariam a diretriz. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito D

A acompanhante de um homem que sofreu um colapso súbito no saguão do aeroporto fez contato com o Serviço de Emergência. Que orientações, dentre as abaixo, devem ser fornecidas nesse momento, considerando que ela não é profissional de saúde?

A. Confirmar a ausência de pulso e orientar o início das compressões torácicas e da ventilação boca a boca.

B. Confirmar a irresponsividade e a ausência de movimento respiratório normal e orientar o início das compressões torácicas enquanto aguarda a chegada de uma pessoa treinada para uso do desfibrilador externo automático (DEA).

C. Confirmar a irresponsividade e a ausência de pulso e de qualquer movimento respiratório e orientar o início das compressões torácicas e da ventilação boca a boca.

D. Confirmar a irresponsividade e a ausência de movimento respiratório normal e orientar o início das compressões torácicas e o uso do DEA. 16 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Orientação por telefone a um SOCORRISTA LEIGO: não se pede checagem de pulso (imprecisa e consome tempo) — o que já elimina A e C. Confirma-se irresponsividade e ausência de respiração normal (gasping conta como ausente) e orienta-se RCP somente com as mãos, além do uso do DEA assim que disponível; num aeroporto há DEA de acesso público e o leigo pode e deve usá-lo, sem aguardar pessoa treinada (o que derruba B). Ventilação boca a boca não é exigida do leigo. Resposta D.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Paciente feminina, de 45 anos, foi trazida à Emergência por febre alta, calafrios, dor lombar e sintoma nas urinárias. O exame comum de urina revelou piúria e bacteriúria. Foi diagnosticada com pielonefrite aguda, tendo sido iniciada terapia antibiótica intravenosa. Após 24 horas na Sala de Emergência, a paciente evoluiu com sonolência, hipotensão e oligúria. O resultado da gasometria arterial mostrou nível de lactato de 2 mmol/l (valor de referência: 0,5-1,6 mmol/l). Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. O nível de lactato é irrelevante para o caso.
- B. O nível de lactato não tem relação com o prognóstico.
- C. A paciente tem diagnóstico de choque e deve ser internada na UTI. ✓**
- D. A paciente tem sepse e deve ser intubada imediatamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pielonefrite que, após 24 horas, evoluiu com sonolência, HIPOTENSÃO, oligúria e lactato acima do valor de referência: não é mais 'apenas sepse' — é choque, com hipoperfusão tecidual, e o lugar dessa paciente é a UTI, para expansão volêmica guiada, vasopressor e monitorização. O lactato é marcador de hipoperfusão e tem forte valor PROGNÓSTICO, o que torna A e B francamente erradas. Intubar imediatamente (D) não é automático: intuba-se por rebaixamento grave ou falência respiratória, após ressuscitação. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Paciente feminina, de 52 anos, ex-tabagista, com histórico de hipertensão arterial, veio à consulta por hematuria em exame qualitativo de urina solicitado em check-up. A uroanálise não revelou outras alterações. A paciente era assintomática do ponto de vista urológico. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Sangramento menstrual é a causa mais provável para a hematuria.
- B. Hemácias dismórficas indicam sangramento glomerular. ✓**
- C. Urocultura é a próxima etapa da investigação.
- D. Não é necessária investigação adicional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hematuria: o primeiro passo é definir a origem. Hemácias DISMÓRFICAS (e cilindros hemáticos e proteinúria) apontam sangramento glomerular e direcionam para investigação nefrológica; hemácias isomórficas sugerem origem do trato urinário e, nessa paciente de 52 anos, ex-tabagista, obrigam investigação urológica com imagem e cistoscopia (risco de neoplasia urotelial). Por isso D está errada. Ela é assintomática e não menstrua nesse contexto (A). Urocultura (C) não é o passo definidor sem sintomas infecciosos. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito A

Paciente masculino, de 30 anos, apresentou dor lombar à direita, sugestiva de cólica renal. À ultrassonografia, constatou-se hidronefrose à direita, sem definição do fator obstrutivo. Com base no resultado, qual o próximo exame a ser solicitado?

- A. Tomografia computadorizada de abdômen sem contraste ✓**
- B. Ressonância magnética de abdômen
- C. Radiografia simples de abdômen
- D. Pielografia excretora

COMENTÁRIO OSCELABS

Colica renal com hidronefrose a ultrassonografia, mas sem identificar o ponto de obstrucao: o exame que fecha o caso e a tomografia de abdome SEM contraste (uro-TC nao contrastada), padrao-ouro para litiasis — detecta calculos de praticamente qualquer composicao, define tamanho e localizacao e ainda oferece diagnosticos alternativos. O contraste atrapalharia ao mascarar o calculo. RM (B) e ruim para calculo; radiografia simples (C) so ve calculos radiopacos; pielografia excretora (D) esta em desuso. Resposta A.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre cefaleia.

- A. A resposta a antagonistas do receptor da serotonina ou a cetorolaco pode ser considerada um fator tranquilizador em relação a causas graves de cefaleia.
- B. Cefaleia em trovoada e cefaleia desencadeada por exercício ou por manobra de Valsalva são sinais de alarme em cefaleia. ✓**
- C. O achado de hipertensão arterial em um paciente que vem à Emergência por cefaleia é fator que afasta causas graves de cefaleia.
- D. Pacientes vivendo com HIV, desde que sob tratamento regular, ao apresentarem cefaleia nova, não requerem investigação adicional.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cefaleia em trovoada (pico maximo em menos de 1 minuto, tipica de hemorragia subaracnoide) e cefaleia desencadeada por esforco ou manobra de Valsalva (que sugere lesao de fossa posterior ou hipertensao intracraniana) sao bandeiras vermelhas classicas. A esta errada e e um erro perigoso: resposta a analgesico NAO exclui causa grave — hemorragia subaracnoide pode aliviar com anti-inflamatorio. Hipertensao arterial (C) nao afasta nada. Pessoa vivendo com HIV com cefaleia nova (D) sempre exige investigacao. Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre intervenções preventivas em Oncologia.

- A. Intervenções que diminuam a incidência de câncer são sempre custo-efetivas.
- B. Rastreamento de câncer deve ser sempre oferecido para todos os tipos de câncer que tenham métodos diagnósticos adequados.
- C. Diagnóstico precoce de câncer deve ser sempre promovido, independentemente da extensão da neoplasia. ✓**
- D. Polivitamínicos devem ser prescritos como intervenção preventiva efetiva para diminuir o risco de câncer.

COMENTÁRIO OSCELABS

Distincao fundamental: RASTREAMENTO e a busca ativa em pessoas ASSINTOMATICAS e so se justifica quando ha evidencia de reducao de mortalidade com dano aceitavel — por isso nao deve ser oferecido para todo tipo de cancer (B errada). Ja o DIAGNOSTICO PRECOCE e a investigacao agil de quem tem sinais ou sintomas, e deve sempre ser promovido. Nem toda intervencao que reduz incidencia e custo-efetiva (A). Polivitaminicos (D) nao previnem cancer e alguns suplementos ate aumentaram risco em ensaios. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito A

A tomografia computadorizada abaixo pertence a um paciente que buscou atendimento por dispneia progressiva (com início há 1 ano) e que apresentava crepitações nas bases pulmonares à ausculta pulmonar. Qual o diagnóstico mais provável?

- A. Pneumonia intersticial fibrosante ✓**

- B. Adenocarcinoma multifocal
- C. Fibrose cística
- D. Sequela de tuberculose

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia lentamente progressiva ao longo de 1 ano com crepitações 'em velcro' nas bases: a semiologia já aponta doença pulmonar intersticial fibrosante, cuja tomografia mostra reticulado subpleural de predomínio basal, bronquiectasias de tração e faveolamento. Adenocarcinoma multifocal (B) daria opacidades em vidro fosco e nódulos/consolidações esparsas. Fibrose cística (C) cursa com bronquiectasias de predomínio em lobos SUPERIORES desde a infância. Sequela de tuberculose (D) e cicatricial apical e não progride assim. Resposta A.

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Paciente masculino, de 39 anos, com lombalgia noturna de início insidioso há 4 meses que ameniza com exercício, mas não com repouso, vinha fazendo uso intermitente de anti-inflamatórios não esteroidais com resposta significativa, mas transitória. Apresentou elevação do nível de proteína C reativa. Radiografia convencional de coluna lombar e articulações sacroilíacas não mostrou alterações. Com base no quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Prescrever fisioterapia.
- B. Iniciar glicocorticoide sistêmico.

C. Solicitar ressonância magnética. ✓

- D. Realizar infiltração de articulações interfacetárias. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 17

COMENTÁRIO OSCELABS

Lombalgia INFLAMATORIA de início insidioso antes dos 45 anos, dor noturna, melhora com exercício e não com repouso, resposta boa aos anti-inflamatórios e elevação de proteína C reativa. Radiografia normal não exclui espondiloartrite axial — a sacroilite radiográfica pode demorar anos. A ressonância detecta edema ósseo subcondral precoce e permite o diagnóstico de espondiloartrite axial não radiográfica. Fisioterapia isolada (A) sem diagnóstico, corticoide sistêmico (B, pouco eficaz nas espondiloartrites) e infiltração (D) não cabem agora. Resposta C.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Nível de evidência e grau de recomendação são ferramentas importantes da Epidemiologia Clínica, pois contribuem para a tomada de decisão em relação a uma intervenção médica baseada na melhor evidência científica disponível. Levando-se em conta as opções propostas abaixo, consideram-se com o melhor nível de evidência, de acordo com o sistema GRADE, as diretrizes baseadas em

- A. recomendações de especialistas.
- B. estudos observacionais com controles históricos.
- C. revisões sistemáticas de estudos de caso-controle.

D. revisões sistemáticas de estudos de coorte. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No sistema GRADE a hierarquia parte do desenho do estudo: revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados no topo, seguidas por estudos observacionais e, no piso, opinião de especialista. Entre as opções oferecidas, a de maior nível é a revisão sistemática de estudos de COORTE — desenho longitudinal, com temporalidade definida e menos suscetível a vies de seleção e de memória do que o caso-controle (C). Controles históricos (B) e recomendação de especialistas (A) ocupam os níveis mais baixos. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

Em uma população hipotética, o risco de câncer de bexiga entre tabagistas é 30/1.000 habitantes e entre pessoas que não fumam é 10/1.000 habitantes. Estima-se que 20% da população seja tabagista. Qual o risco de câncer de bexiga atribuível ao tabagismo nessa população?

A. 16/1.000 habitantes ✓

B. 20/1.000 habitantes

C. 66,66%

D. 33,33%

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de nomenclatura epidemiológica. Cuidado para não confundir os conceitos: a diferença simples entre expostos e não expostos ($30 - 10 = 20/1.000$) e o risco atribuível NOS EXPOSTOS; 66,66% e a fração atribuível nos expostos ($20/30$); e as opções em porcentagem descrevem FRACÕES, não risco absoluto. O enunciado pede o risco atribuível na POPULAÇÃO, expresso em casos por 1.000 habitantes, e o valor considerado pela banca é o da alternativa A. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito B

O gráfico abaixo mostra as Curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) de 4 testes diagnósticos. Qual dos pontos apresenta a maior especificidade?

A. 1

B. 2 ✓

C. 3

D. 4

COMENTÁRIO OSCELABS

Na curva ROC o eixo horizontal é 1 - especificidade (taxa de falso-positivos) e o vertical é a sensibilidade. Logo, quanto mais a ESQUERDA estiver o ponto (mais próximo do eixo Y, com menor taxa de falso-positivos), MAIOR a especificidade — ainda que ao custo de menor sensibilidade. Pontos deslocados para a direita e para cima ganham sensibilidade e perdem especificidade. Pelo posicionamento no gráfico, o ponto de maior especificidade é o 2. Resposta B.

QUESTÃO 84 — Gabarito A

A pirâmide etária abaixo refere-se a uma população de uma unidade com Estratégia de Saúde da Família, com 3.000 usuários cadastrados. O gestor responsável solicita que seja calculada a necessidade de exames que devem ser realizados no serviço, a fim de cumprir a meta anual de 40% para o indicador Razão de Exames Citopatológicos do Colo do Útero. Pirâmide Etária HOMENS MULHERES BRASIL Número de mulheres por faixa etária dessa população Mulheres de 18 a 24 anos: 200 Mulheres de 25 a 64 anos: 1.000 Mulheres de 65 a 74 anos: 100 Informações sobre o indicador Indicador: Cobertura de Exames Citopatológicos do Colo do Útero O que mede: A proporção de mulheres da faixa etária preconizada atendidas na Atenção Primária à Saúde que realizaram o exame citopatológico do colo do útero no intervalo de 3 anos, em relação ao total de mulheres na mesma faixa etária. Meta 40% Fórmula de cálculo Número de mulheres na faixa etária preconizada que realizaram o exame citopatológico no último ano Número de mulheres da faixa etária preconizada/3 (rastreamento de 3 em 3 anos) Assinale a alternativa que melhor descreve a população da faixa etária priorizada, o denominador da fórmula e a meta de 40% dos exames anuais.

A. 1.000 - 333 - 133 ✓

B. 1.000 - 400 - 160

C. 1.200 - 400 - 160

D. 1.300 - 433 - 173

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres passos. A faixa preconizada para rastreio do cancer do colo do utero e 25 a 64 anos, ou seja, 1.000 mulheres (as de 18-24 e as de 65-74 nao entram, o que ja elimina C e D). O denominador da formula divide essa populacao pelo intervalo de 3 anos: $1.000/3 = 333$ (elimina B). E a meta de 40% incide sobre esse denominador: $0,4 \times 333 = 133$ exames no ano. Resposta A.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Os atributos de Atenção Primária à Saúde são classificados em essenciais e derivados. Assinale a alternativa que contempla um atributo essencial e um derivado respectivamente.

A. Acesso de primeiro contato - longitudinalidade

B. Longitudinalidade - integralidade

C. Coordenação do cuidado - orientação comunitária ✓

D. Orientação comunitária - competência cultural 1 0,9 0,8 0,7 0,6 0,5 0,4 0,3 0,2 0,1 0 0 0,1 0,2 0,3 0,4 0,5 0,6 0,7 0,8 0,9 1 1 - Especificidade (falso-positivo) Sensibilidade (verdadeiro positivo) 100 ou mais 95 a 99 90 a 94 85 a 89 80 a 84 75 a 79 70 a 74 65 a 69 60 a 64 55 a 59 50 a 54 45 a 49 40 a 44 35 a 39 30 a 34 25 a 29 20 a 24 15 a 19 10 a 14 5 a 9 0 a 4 1 3 2 4 18 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo modelo de Starfield, os atributos ESSENCIAIS da Atenção Primária são quatro: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Os DERIVADOS são três: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. A alternativa que combina um de cada, na ordem pedida, é coordenação do cuidado (essencial) com orientação comunitária (derivado). A e B trazem dois essenciais; D traz dois derivados. Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Em 2019, um novo modelo de financiamento da Atenção Primária à Saúde, denominado Previnde Brasil, foi implantado, tendo sido encerrados os repasses per capita dos Pisos de Atenção Básica Fixo e Variável, criados em 1986. Os recursos federais começaram a ser repassados de acordo com o número de pessoas registradas nas equipes de Estratégia de Saúde da Família e nas equipes de Atenção Primária cadastradas junto ao Ministério da Saúde, chamado de capitação ponderada, e um pagamento por desempenho para ações e programas prioritários do Ministério da Saúde. Assinale a alternativa que contém os indicadores assistenciais para o pagamento por desempenho previstos no Previnde Brasil.

A. Cobertura vacinal para influenza - percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

B. Cobertura vacinal pentavalente - percentual de pessoas com diabetes com solicitação de hemoglobina glicada - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado ✓

C. Cobertura vacinal pentavalente - percentual de pessoas com diabetes com hemoglobina glicada no alvo terapêutico - proporção de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal, sendo a primeira consulta até a vigésima semana de gestação

D. Cobertura vacinal para poliomielite inativa - percentual de pessoas com diabetes com hemoglobina glicada no alvo terapêutico - proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado

COMENTÁRIO OSCELABS

Os indicadores de pagamento por desempenho do Previnde Brasil misturam saúde da criança, da gestante, da mulher e do adulto com condição crônica. A combinação válida entre as ofertadas e cobertura vacinal de pentavalente em menores de 1 ano, percentual de pessoas com diabetes com SOLICITAÇÃO de hemoglobina glicada (o indicador afere a solicitação do exame, não o alvo terapêutico atingido — o que derruba C e D) e proporção de gestantes com atendimento odontológico. A vacina monitorada não é a influenza (A). Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Muitos autores estudam as variações das taxas de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) relacionadas a gênero e etnia. Associe as características da população (coluna da esquerda) às condições agudas e crônicas de ICSAP (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Minorias étnicas (ou maiores minorizadas, caso dos negros e pardos no Brasil) Homens Mulheres idosos Mulheres em idade fértil Crianças em idade escolar () () () Insuficiência cardíaca congestiva Desidratação e infecção do rim e trato urinário Doença pulmonar obstructiva crônica e angina A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

A. 3 - 5 - 2

B. 2 - 4 - 1

C. 1 - 5 - 3

D. 1 - 3 - 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As internações por condições sensíveis à atenção primária tem padrão demográfico consistente. Insuficiência cardíaca congestiva concentra-se em minorias étnicas/população negra e parda, grupo com maior prevalência de hipertensão e pior acesso (1). Desidratação e infecção do rim e do trato urinário predominam em mulheres idosos (3), pela anatomia e pela fragilidade. DPOC e angina predominam em homens (2), historicamente mais tabagistas e com menor procura por cuidado preventivo. Sequência 1-3-2. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito A

Imunoensaios rápidos, ou simplesmente testes rápidos, constituem uma estratégia para ampliação da testagem diagnóstica de condições infecciosas no Sistema Único de Saúde. Todas as alternativas abaixo contemplam características dos testes rápidos, exceto uma. Assinale-a.

- A. Permitem resultados em 2 horas. ✓**
- B. Não exigem infraestrutura laboratorial.
- C. São realizados por profissionais de saúde após breve capacitação.
- D. A capacitação dos profissionais de saúde pode ser realizada de forma presencial ou à distância.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a EXCECAO. A característica que define o teste rápido e justamente a agilidade: resultado em até cerca de 30 minutos, no próprio local de atendimento, permitindo diagnóstico e conduta na mesma consulta. Falar em 2 horas descaracteriza o método. As demais estão corretas: dispensam infraestrutura laboratorial (são point-of-care), podem ser executados por profissionais de saúde após capacitação breve, e essa capacitação é ofertada presencialmente ou a distância. Resposta A.

QUESTÃO 89 — Gabarito C

Paciente feminina, de 76 anos, foi trazida à UBS por uma vizinha (embora ela more com 3 filhos adultos). Durante a consulta e na revisão do prontuário, constatou-se que a paciente encontrava-se em estágio avançado de demência, com importante prejuízo do autocuidado (mau estado de higiene) e com provável sarcopenia. Não havia registro de acompanhamento ou retirada de medicamentos para diabetes melito e hipertensão arterial sistêmica conforme prescrições prévias. Após conversa com os agentes comunitários de saúde, restou confirmada a suspeita de negligência. Assinale a assertiva correta sobre as medidas de vigilância em saúde em situações como essa.

- A. O Ministério Público e o Serviço Social devem ser acionados para as devidas averiguações, não sendo necessária notificação, por não haver suspeita de violência física ou sexual.
- B. Poderão ser feitas uma notificação de violência, por meio da ficha de notificação interperessoal do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), e uma comunicação ao Ministério Público; caberá à acompanhante buscar a autoridade policial se assim o entender.
- C. A suspeita de violência deve ser notificada compulsoriamente pelo serviço de saúde; da mesma forma, o caso notificado deve ser comunicado obrigatoriamente à autoridade policial, ao Ministério Público e ao Conselho Municipal do Idoso. ✓**
- D. A suspeita de violência deve ser notificada compulsoriamente pelo serviço de saúde; já a comunicação à autoridade policial deve partir da paciente visto que se trata de quebra do sigilo médico, sendo vedada a denúncia por parte deste sem sua expressa autorização. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto 19

COMENTÁRIO OSCELABS

Violência contra a pessoa idosa — e negligência e violência — tem notificação COMPULSORIA pelo serviço de saúde na ficha de notificação de violência interperessoal/autoprovocada do SINAN, mesmo diante de mera suspeita e sem violência física ou sexual (o que derruba A). Pelo Estatuto da Pessoa Idosa, o caso notificado deve ainda ser comunicado à autoridade policial, ao Ministério Público e ao Conselho do Idoso. Não cabe transferir essa responsabilidade à acompanhante (B) nem alegar sigilo médico (D): a comunicação é dever legal, com justa causa. Resposta C.

QUESTÃO 90 — Gabarito D

Paciente feminina, de 14 anos, pertencente à comunidade indígena Kaingang, foi trazida pela mãe à UBS, localizada no norte do Rio Grande do Sul e vinculada ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Interior Sul. Queixava-se de dor na fossa ilíaca direita, iniciada há, aproximadamente, 24 horas. Ao exame físico, constatou-se dor intensa à palpação da fossa ilíaca direita, com rigidez abdominal e sinal de Blumberg positivo. Considerando que a principal hipótese diagnóstica seja apendicite aguda, a paciente deverá ser encaminhada para avaliação cirúrgica, seguindo a organização da atenção à saúde dos povos indígenas vigente na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). Com base nessa situação, assinale a assertiva correta.

- A. O médico da UBS, contratado pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, pode telefonar e encaminhar a paciente para a emergência cirúrgica mais próxima.
- B. O médico da UBS, contratado pela Secretaria da Saúde do Município, deve respeitar a rede e o fluxo assistencial acordado pela Secretaria, de maneira que cabe a ele encaminhar a paciente para a emergência cirúrgica de referência do Município em que está localizada a UBS.
- C. No âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, os atendimentos de alta complexidade devem ocorrer em um hospital geral do DSEI, preparado para receber e tratar pacientes indígenas.
- D. Cada DSEI organiza a atenção básica à saúde dentro de seus territórios, e a atenção especializada e de urgência são realizadas de forma integrada e hierarquizada com a rede assistencial do Sistema Único de Saúde de sua respectiva região. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, o Subsistema organiza a ATENÇÃO BÁSICA dentro dos territórios de cada Distrito Sanitário Especial Indígena; média e alta complexidade, incluindo urgências cirúrgicas, são referenciadas de forma integrada e hierarquizada à rede do SUS da respectiva região. Não existe hospital geral próprio do DSEI para alta complexidade (C). O encaminhamento deve seguir o fluxo pactuado do DSEI com a rede, e não a escolha isolada do médico (A) ou apenas a rede municipal (B). Resposta D.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

As doenças infecciosas e parasitárias relacionadas ao trabalho apresentam algumas características que as distinguem dos demais grupos: 1) os agentes etiológicos não são de natureza ocupacional; e 2) a ocorrência da doença depende das condições ou circunstâncias em que o trabalho é executado e da exposição ocupacional que favorece o contato, o contágio ou a transmissão. Assinale a alternativa que relaciona a doença infecciosa ou parasitária à exposição ocupacional.

- A. Leptospirose - trabalhadores de manutenção da rede de esgoto ✓**
- B. Brucelose - profissionais de saúde
- C. Tuberculose - profissionais de creche
- D. Hepatite A - veterinários

COMENTÁRIO OSCELABS

A associação correta é leptospirose com trabalhadores da rede de esgoto: a *Leptospira* é eliminada na urina de roedores e penetra por pele lesada ou mucosas em ambiente úmido e contaminado — risco clássico de esgoto, lixo e enchentes. As demais estão trocadas: brucelose é ocupacional de veterinários, tratadores e trabalhadores de frigorífico e laticínios; tuberculose é risco clássico de profissionais de SAÚDE; e hepatite A, de transmissão fecal-oral, associa-se a saneamento e creches. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito B

Paciente masculino, de 42 anos, veio à Emergência queixando-se de dor abdominal em cólica, de severa intensidade, associada a constipação intestinal, sem alívio com analgésicos. Referiu fadiga, irritabilidade, dores articulares de início insidioso e piora gradual nas últimas 3 semanas. Informou trabalhar de forma autônoma, em uma empresa própria nos fundos da sua residência, com reciclagem de baterias automotivas e outros produtos para reciclagem. Os exames laboratoriais demonstraram anemia, além de ácido úrico e creatinina acima do limite da normalidade. Qual a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Intoxicação por cromo
- B. Intoxicação por chumbo ✓**
- C. Doença inflamatória intestinal
- D. Parasitose intestinal

COMENTÁRIO OSCELABS

Reciclagem artesanal de BATERIAS automotivas e a exposição clássica ao chumbo. O saturnismo reúne exatamente o quadro descrito: cólica abdominal intensa com constipação, fadiga, irritabilidade e alteração de humor, artralgias, anemia (por inibição da síntese do heme, com pontilhado basófilo) e nefropatia com retenção de urato — a chamada gota saturnina, que explica o ácido úrico e a creatinina elevados. Doença inflamatória intestinal (C) daria diarreia com sangue, não constipação. Resposta B.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

A síndrome do túnel do carpo é caracterizada pela compressão do nervo mediano em sua passagem pelo canal ou túnel do carpo. Está usualmente associada a tarefas que exigem alta força e/ou alta repetitividade, mas pode ocorrer em outras condições. Assinale a alternativa que contempla uma condição clínica em que essa síndrome também pode ocorrer.

- A. Puerpério
- B. Hipertensão arterial
- C. Hipertireoidismo
- D. Hipotireoidismo ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Além das causas ocupacionais por força e repetitividade, a síndrome do túnel do carpo tem causas sistêmicas que reduzem o espaço do túnel ou infiltram o nervo mediano: hipotireoidismo (depósito de mucopolissacarídeos), gestação (por retenção hídrica, e não o puerpério), diabetes, artrite reumatoide, acromegalia, amiloidose e obesidade. Hipertensão (B) não tem relação. Hipertireoidismo (C) é o oposto metabólico do quadro descrito. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Desastres naturais, como o ocorrido no Vale do Taquari/RS em 2023, podem causar sofrimento agudo e crônico para os afetados. Assinale a assertiva incorreta sobre o impacto psiquiátrico relacionado a desastres naturais.

- A. Frequentemente, em cenários como esses, constata-se ideias suicidas, caso em que intervenções breves são eficazes para o manejo da crise suicida.
- B. Para melhor entendimento do trauma, devem ser considerados fatores prévios e posteriores ao trauma em si, sendo os transtornos de personalidade os mais importantes e os mais frequentemente relacionados ao suicídio. ✓**
- C. O transtorno de estresse agudo é distinto do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), porque seu padrão sintomático é restrito à duração de 3 dias a 1 mês depois da exposição ao evento traumático.

D. Duas possíveis abordagens para tratamento de TEPT são terapia de exposição e prescrição de inibidores da recaptação de serotonina. 20 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2024 - Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a INCORRETA. É verdade que fatores pre e pos-traumáticos moldam a resposta ao desastre, mas afirmar que os transtornos de PERSONALIDADE são os mais importantes e os mais associados ao suicídio é falso: os transtornos de humor, sobretudo a depressão, lideram essa associação. As demais estão corretas: intervenções breves funcionam na crise suicida (A), o transtorno de estresse agudo se define pela janela de 3 dias a 1 mês (C) e o TEPT responde à terapia de exposição e a ISRS (D). Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Paciente feminina, de 19 anos, veio à consulta na UBS para acompanhamento do tratamento da asma. Ao exame, encontrava-se totalmente assintomática, mas, quando questionada, informou que, nas últimas 4 semanas (pelo menos 3 vezes/semana), teve sintomas de tosse e sensação de aperto no peito, necessitando de salbutamol inalado em cada uma das ocasiões. Além disso, referiu ter acordado várias vezes à noite com falta de ar. Com base no relato e de acordo com o GINA (Global Initiative for Asthma) 2023, pode-se afirmar que

A. não há elementos suficientes para avaliar com precisão o controle da asma.

B. a asma não está controlada. ✓

C. a asma está parcialmente controlada.

D. a asma está bem controlada.

COMENTÁRIO OSCELABS

O controle da asma pelo GINA se avalia por quatro perguntas das últimas 4 semanas: sintomas diurnos mais de 2 vezes por semana, despertar noturno, uso de resgate mais de 2 vezes por semana e limitação de atividade. A paciente tem pelo menos TRÊS critérios (sintomas 3 vezes por semana, resgate em todas essas ocasiões e despertares noturnos). Com 3 ou 4 critérios, a asma é NÃO controlada (1 a 2 seria parcialmente controlada; nenhum, bem controlada). Estar assintomática na consulta não muda nada. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Paciente de 35 anos, que trabalha em usina de reciclagem de lixo, veio à consulta na UBS por apresentar prurido há 2 meses, principalmente nas mãos e nas regiões do tronco e inguinal. Não havia outras queixas ou comorbidades. Informou que o prurido era maior à noite após o banho e que sua companheira tinha queixas parecidas. Ao exame, visualizaram-se algumas lesões cutâneas superficiais, escoriadas, papulovesiculosas e simétricas na superfície volar dos punhos, nos espaços interdigitais; algumas ao redor da cintura e da cicatriz umbilical; outras nas axilas, nádegas e na parte superior das coxas. No pênis e no saco escrotal, eram visíveis pequenas pápulas e vesículas com raras placas eczematosas. Assinale a assertiva correta sobre o tratamento dessa afecção cutânea.

A. A recidiva é comum por autoinfestação e por eclosão de ovos, sendo, portanto, necessário repetir o tratamento tópico a cada 3 dias.

B. A persistência do prurido por semanas é fre quente mesmo com o tratamento adequado. ✓

C. Tanto o tratamento oral quanto o tratamento tópico devem ser repetidos em 2 semanas.

D. Deve-se evitar o uso de queratolíticos e de corticosteroides para reduzir recidiva e infecção secundária.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escabiose classica: prurido de predomínio noturno, lesões em espaços interdigitais, punhos, cintura, axilas, nádegas e genitalia, com contactante sintomático. A perola cobrada é a mais útil na prática: o prurido pode PERSISTIR por 2 a 4 semanas após o tratamento eficaz, por hipersensibilidade a ácaros mortos e seus produtos — não significa falha nem reinfestação, e tratar de novo por isso é erro. A repetição da permetrina ou da ivermectina é feita em cerca de 1 semana (afasta A e C). Anti-histamínico e corticoide tópicos ajudam no prurido residual (afasta D). Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Paciente feminina, de 52 anos, procurou atendimento na UBS por apresentar um grande edema na face, pouco doloroso, com início súbito e espontâneo há 2 dias. Negou prurido, dispneia, calafrios ou febre. Por hipertensão e hipercolesterolemia, vinha fazendo uso de hidroclorotiazida (25 mg/dia), captopril (50 mg/dia), sinvastatina (40 mg/dia) e AAS (100 mg/dia). O tratamento com loratadina não garantiu a melhora da paciente. Ao exame, havia um edema difuso, de grande magnitude e assimétrico na hemiface esquerda e lábio superior, com mínimo eritema e calor, sem adenomegalias. A pele estava íntegra, sem bolhas, úlceras ou secreção. Assinale a assertiva correta sobre o caso.

- A. Edema na face persistente e sinais inflamatórios leves podem estar relacionados a doenças sistêmicas, incluindo tireoidopatias e infecções por *Helicobacter pylori*.
- B. Edema unilateral e doloroso sugere celulite de face relacionada a processo infeccioso odontogênico.
- C. Tempo de evolução sugere uma farmacodermia com mecanismo imunológico do tipo II, relacionada a uso de AAS ou hidroclorotiazida.

D. Falta de resposta a loratadina e ausência de sinais de urticária sugerem uma reação mediada por bradicinina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema facial assimétrico, de instalação súbita, SEM prurido, sem urticária e que não responde a anti-histamínico, em paciente em uso de captopril: angioedema por IECA. O mecanismo não é histamérgico — o IECA bloqueia a degradação da BRADICININA, que se acumula e aumenta a permeabilidade vascular; por isso loratadina não funciona e o tratamento é suspender definitivamente o IECA (o quadro pode surgir após anos de uso). Celulite (B) seria dolorosa, com febre e sinais flogísticos exuberantes. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo sobre investigação de pacientes sintomáticos resistentes aos piratórios. Pacientes com tosse persistente por ou mais de vem realizar

- A. 2 semanas - coleta de 1 amostra de escarro para realização de teste rápido molecular para tuberculose
- B. 2 semanas - coleta de 2 amostras de escarro em dias diferentes para pesquisa de BAAR

C. 3 semanas - coleta de 2 amostras de escarro em dias diferentes para pesquisa de BAAR ✓

- D. 3 semanas - radiografia de tórax e coleta de 3 amostras de escarro em dias diferentes para pesquisa de BAAR

COMENTÁRIO OSCELABS

Definição de sintomático respiratório no Brasil: tosse por 3 SEMANAS ou mais (não 2, o que já elimina A e B). A investigação clássica e a coleta de 2 amostras de escarro em dias diferentes para pesquisa de BAAR (bacilosopia). Onde há disponibilidade, o teste rápido molecular em amostra única é preferencial, por maior sensibilidade e por detectar resistência a rifampicina. A radiografia auxilia, mas não substitui o exame bacteriológico, e 3 amostras (D) não é a recomendação vigente. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito A

Homem transgênero com sorologia negativa para HIV, que mantém relacionamento estável com um homem cisgênero em tratamento regular para HIV e carga viral negativa, veio à consulta na UBS para avaliação relacionada à anticoncepção. O paciente informou que ele e seu parceiro tinham outras parcerias sexuais, que adotava a prática de penetração vaginal e anal e que, na maioria das relações, fazia uso de preservativo. Submeteu-se a tratamento para sífilis há 5 meses. Foi realizado teste rápido para HIV (resultado negativo) e orientado o uso de preservativo em todas as relações sexuais. Diante do quadro, qual a recomendação mais adequada para anticoncepção e prevenção de HIV?

- A. Medroxiprogesterona (150 mg) intramuscular a cada 3 meses e uso diário de tenofovir (TDF) (300 mg) + entricitabina (FTC) (200 mg) ✓**
- B. Undecanoato de testosterona a cada 3 meses e uso diário de TDF (300 mg) e lamivudina (3TC) (300 mg) + dolutegravir (50 mg) por 28 dias
- C. Anticoncepcional oral combinado contínuo e uso diário de TDF (300 mg) e 3TC (300 mg) + dolutegravir (50 mg) por 28 dias
- D. Anticoncepcional oral combinado com pausa e uso diário de TDF (300 mg) + FTC (200 mg)

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois necessidades independentes. Contracepção: o homem trans que mantém penetração vaginal PODE engravidar — testosterona não é contraceptivo (B) — e o método preferencial evita estrogênio, que antagoniza a hormonização, o que afasta os combinados (C e D); progestágeno isolado, como a medroxiprogesterona trimestral, é adequado e ainda favorece amenorreia. Prevenção: múltiplas parcerias e sífilis recente indicam PrEP com TDF/FTC diário e contínuo — os esquemas de 28 dias com dolutegravir descrevem PEP, não PrEP. Resposta A.

QUESTÃO 100 — Gabarito C

A Resolução CFM no 2.333/2023 estabelece normas éticas sobre a prescrição de terapias hormonais com esteroides androgênicos e anabolizantes de acordo com as evidências científicas disponíveis sobre os riscos e malefícios à saúde, contraindicando seu uso para fins estéticos, de ganho de massa muscular ou de performance. Em relação ao uso de testosterona, a Resolução

- A. pode ser questionada visto que a terapia hormonal cruzada para homens trans utiliza doses desse esteroide semelhantes às empregadas para fins estéticos ou de performance.
- B. autoriza que o paciente faça uso do livre-arbítrio para decidir sobre seus tratamentos, permitindo o médico prescrever esse ou qualquer outro medicamento que julgar adequado.
- C. reafirma recomendações anteriores de sociedades científicas e se baseia em aspectos fundamentais de bioética, como o da não maleficência. ✓**
- D. prevê a realização de acompanhamento com médico com experiência na prescrição desse esteroide para fins de performance somente para atletas profissionais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Resolução CFM 2.333/2023 não inova sozinha: ela reafirma posições já consolidadas por sociedades científicas contra o uso de androgênios e anabolizantes com finalidade estética, de ganho de massa ou de performance, ancorando-se na não maleficência — os riscos cardiovasculares, hepáticos, psiquiátricos e de infertilidade superam qualquer benefício estético. Não há conflito com a hormonização cruzada de homens trans (A), que é indicação terapêutica. E a autonomia do paciente não autoriza prescrição sem indicação (B). Resposta C.