



HCPA — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

98 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

Durante o evento climático no Rio Grande do Sul em maio de 2024, o Programa de Triagem Neo- natal do RS solicitou às unidades hospitalares de referência em nascimento a coleta do Teste do Pe- zinho ainda no ambiente hospitalar, para evitar que não fosse feito em razão do alagamento ou des- truição de Postos de Saúde das regiões afetadas. Assinale a alternativa que contempla a doença e um possível falso resultado em uma coleta preco- ce do teste (antes do 3o dia) em recém-nascido a termo, com peso de nascimento de 3.000 g, nasci- do em maternidade do SUS e cuja mãe não apre- senta patologias nem faz uso de medicamentos contínuos.

A. Fenilcetonúria - falso positivo

B. Hipotireoidismo congênito - falso positivo ✓

C. Hiperplasia adrenal congênita - falso positivo

D. Galactosemia - falso negativo

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a interferência da idade de coleta sobre o desempenho da triagem neonatal. O TSH neonatal sofre um pico fisiológico logo após o nascimento, decorrente do estresse térmico e da adaptação ao meio extrauterino, com valores que permanecem elevados nas primeiras 24 a 48 horas de vida e só caem depois; uma coleta antes do 3º dia tende a captar esse surto e gerar resultado alterado num recém-nascido saudável, ou seja, falso positivo para hipotireoidismo congênito. É exatamente por isso que o protocolo brasileiro recomenda a coleta entre o 3º e o 5º dia de vida. Na fenilcetonúria o problema da coleta precoce é o oposto: a fenilalanina só se acumula depois de algumas mamadas com aporte proteico, de modo que o erro esperado seria falso negativo, e não falso positivo. Na hiperplasia adrenal congênita a 17-OH-progesterona também é alta ao nascer, mas os falsos positivos clássicos se ligam a prematuridade, baixo peso e estresse perinatal, condições ausentes neste recém-nascido a termo de 3.000 g, filho de mãe hígida e sem medicações. Na galactosemia a coleta precoce não produz falso negativo; o falso negativo aparece quando a criança ainda não recebeu lactose ou foi transfundida, e não pelo simples adiantamento do exame. Resposta B

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Gestante com 39 semanas de gestação procurou a Emergência Obstétrica por não estar sentindo o feto mexer-se naquele dia. Com a confirmação da diminuição dos batimentos fetais ao Doppler, foi realizada cesariana. O recém-nascido, sem mal- formações aparentes, apresentou cianose e flaci- dez e não chorou. Após o clampeamento imedia- to do cordão, foi levado ao berço de reanimação, secado, estimulado e avaliado, tendo sido consta- tada ausência dos batimentos cardíacos. O neo- nato não respondeu às manobras de reanimação avançada, seguindo com ausência de frequência cardíaca até o décimo minuto após o nascimento. Diante do quadro, qual a conduta mais adequada?

A. Suspender a reanimação avançada no décimo minuto e oferecer medidas de conforto, como oxigênio e opioides.

B. Seguir com a reanimação até o décimo quinto minuto e, então, suspendê-la caso o neonato se mantenha em assistolia.

C. Seguir com a reanimação até o vigésimo mi- nuto e, então, suspendê-la caso o neonato se mantenha em assistolia e comunicar o óbito à família assim que possível. ✓

D. Seguir com a reanimação até o trigésimo mi- nuto e, então, suspendê-la caso o neonato se mantenha em assistolia, desde que a família concorde com a conduta.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de assistolia neonatal persistente apesar de reanimação avançada adequada, e o que se cobra é o ponto de corte para interrupção do esforço. As diretrizes atuais de reanimação neonatal (SBP, alinhada ao ILCOR) recomendam que, confirmadas ventilação eficaz, massagem cardíaca e adrenalina bem administradas, e mantendo-se o recém-nascido sem frequência cardíaca detectável, é razoável considerar a suspensão da reanimação em torno dos 20 minutos de vida, porque a partir daí a sobrevida sem sequela neurológica grave é excepcional; a comunicação do óbito à família deve ser feita o quanto antes e com acolhimento. A alternativa A repete a antiga recomendação de 10 minutos, já abandonada como marco rígido, e ainda propõe oxigênio e opioides a um neonato em assistolia, o que não tem qualquer sentido fisiológico. A alternativa B fixa 15 minutos, prazo que não corresponde a nenhuma recomendação vigente. A alternativa D prolonga o esforço até 30 minutos e, pior, condiciona a decisão técnica de futilidade à concordância da família: a família deve ser informada e amparada, mas o limite é definido por critério clínico. Resposta C

QUESTÃO 3 — Gabarito A

Recém-nascido com 7 dias de vida, internado por sífilis congênita, vinha recebendo tratamento com penicilina G cristalina desde o primeiro dia. Os exames laboratoriais revelaram VDRL sérico de 1:2, VDRL no líquido 1:2, líquido com proteínas totais de 69 mg/dl, 35 leucócitos/mm³ e glicose de 60 mg/dl. O raio X de ossos longos estava normal. A enfermagem informou que não conseguia mais acesso vascular intravenoso periférico na criança. Segundo as diretrizes brasileiras para o manejo dessa condição, qual a conduta mais adequada para a finalização do tratamento?

- A. Solicitar acesso venoso central e manter a penicilina cristalina até que se completem 10 dias de tratamento. ✓**
- B. Solicitar acesso venoso central e manter a penicilina cristalina até que se completem 14 dias de tratamento.
- C. Indicar alta hospitalar com prescrição de penicilina procaína intramuscular de 12/12 horas até que se completem 10 dias de tratamento.
- D. Indicar alta hospitalar com prescrição de penicilina procaína intramuscular de 12/12 horas até que se completem 14 dias de tratamento.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso preenche critério de neurosífilis: VDRL reagente no líquido associado a pleocitose (35 leucócitos/mm³) e hiperproteinorraquia (69 mg/dl), acima dos pontos de corte adotados pelo PCDT de IST do Ministério da Saúde para o período neonatal. Com neurosífilis confirmada, o tratamento é penicilina G cristalina intravenosa por 10 dias, e a via não pode ser trocada, pois apenas ela atinge concentração treponemicida no sistema nervoso central. Dificuldade de acesso venoso periférico é problema logístico, não clínico: resolve-se obtendo acesso venoso central e o esquema segue até completar os 10 dias, sem interrupção maior que 24 horas, sob pena de ter de ser reiniciado do começo. A alternativa B acerta a droga e a via, mas erra a duração: 14 dias corresponde ao esquema de neurosífilis do adulto, não do recém-nascido. As alternativas C e D erram na droga e no cenário, pois a penicilina procaína intramuscular não alcança nível líquido adequado e está reservada aos casos sem acometimento do sistema nervoso central, além de ser inadequado dar alta a um recém-nascido com neurosífilis em tratamento. Resposta A

QUESTÃO 4 — Gabarito D

Gestante de 26 anos, trazida ao Centro Obstétrico em franco trabalho de parto, deu luz a um neonato a termo do sexo feminino, com peso de nascimento de 2.830 g. As sorologias do pré-natal e da admissão à maternidade (teste rápido para sífilis, HIV, hepatite B e toxoplasmose IgM e IgG) eram negativas. A paciente informou à equipe médica que seu marido, com diagnóstico de infecção por HIV há 2 anos, submetia-se a tratamento regular com TARV e que eles mantinham relações sexuais com uso de PrEP (profilaxia pré-exposição). Ao serem analisados os documentos trazidos pelo marido, constatou-se que o resultado do exame de carga viral, em amostra coletada há 35 dias, evidenciava 250 cópias/mm³. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Por ser a mãe HIV negativa, não há risco de transmissão vertical, podendo-se liberar o aleitamento materno sem necessidade de medicações ou coleta laboratorial para a recém-nascida (RN).
- B. Apesar de a mãe ser HIV negativa, há risco de transmissão vertical, devendo-se contraindicar o aleitamento materno de forma definitiva e solicitar anti-HIV para a RN.
- C. Apesar de a mãe ser HIV negativa, há risco de transmissão vertical, devendo-se contraindicar o aleitamento materno temporariamente, prescrever zidovudina e solicitar exame de carga viral para a RN.
- D. Apesar de a mãe ser HIV negativa, há risco de transmissão vertical, devendo-se contraindicar o aleitamento materno temporariamente, prescrever zidovudina, lamivudina e raltegravir para a RN e solicitar exame de carga viral para a mãe e para a RN. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto da questão é que sorologia materna negativa não exclui risco de transmissão vertical quando existe exposição de alto risco recente. O parceiro tem carga viral detectável (250 cópias) e o casal mantém relações sem preservativo confiando na PrEP; a mãe pode estar em janela imunológica, com infecção aguda e viremia altíssima, cenário de risco máximo de transmissão intraparto e pelo leite materno. A conduta correta é suspender temporariamente o aleitamento até esclarecer o status materno, iniciar profilaxia ampliada da recém-nascida com esquema triplo, zidovudina, lamivudina e raltegravir, como preconiza o protocolo brasileiro para exposição de alto risco, e solicitar carga viral da mãe e da criança, exame que define infecção antes dos 18 meses. A alternativa A ignora a janela imunológica e libera a amamentação, o erro mais grave possível aqui. A alternativa B contraindica o aleitamento em definitivo antes de qualquer confirmação e pede anti-HIV para a recém-nascida, exame que nessa idade reflete apenas anticorpos maternos transferidos. A alternativa C acerta a lógica, mas oferece monoterapia com zidovudina, insuficiente para exposição de alto risco, e deixa de investigar a mãe. Resposta D

QUESTÃO 5 — Gabarito D

Lactente de 33 dias foi trazida à consulta de puericultura. Era filha de pais não consanguíneos e tinha 2 irmãos hígidos; a mãe de 37 anos não apresentou intercorrências no pré-natal. Ao exame, foi identificada hipotonia generalizada. Suspeitou-se de síndrome genética. O teste de triagem neonatal, coletado na UBS, não revelou alterações. Com base no caso, assinale a assertiva correta.

- A. Pregas epicânticas e prega palmar única são pouco frequentes na trissomia do 21.
- B. Para o diagnóstico de trissomia do 21, é mandatória a realização de cariótipo.
- C. Para o acompanhamento de puericultura em pacientes com trissomia do 21, não são necessárias curvas de crescimento específicas, podendo ser utilizadas as curvas da Organização Mundial da Saúde.
- D. Na presença de hipotonia, síndrome de Prader-Willi e atrofia muscular espinhal estão entre os diagnósticos diferenciais. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 3 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipotonia generalizada no lactente é sinal sindrômico inespecífico, e o raciocínio pedido é o de diagnóstico diferencial. Síndrome de Prader-Willi (hipotonia central grave, sucção débil, choro fraco) e atrofia muscular espinhal (hipotonia de origem neuromuscular, com fraqueza, arreflexia e fasciculações de língua) estão entre as principais hipóteses ao lado da trissomia do 21; vale lembrar que triagem neonatal normal não afasta nenhuma delas, já que o teste do pezinho rastreia doenças metabólicas, endócrinas e hematológicas selecionadas, e não síndromes cromossômicas ou neuromusculares. A alternativa A inverte um dado clássico, pois pregas epicânticas e prega palmar transversa única são achados frequentes, e não raros, na trissomia do 21. A alternativa C erra porque existem curvas de crescimento específicas para trissomia do 21, que devem ser usadas no seguimento, uma vez que as curvas da OMS superestimam os desvios nesse grupo. A alternativa B foi considerada incorreta porque o diagnóstico da trissomia do 21 é clínico, cabendo ao cariótipo a confirmação e, sobretudo, a definição do mecanismo (trissomia livre, translocação ou mosaicismo) para o aconselhamento genético; é um ponto discutível, já que na prática o exame citogenético é recomendado a todo paciente com a suspeita. Resposta D

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Mãe de lactente de 3 meses (em aleitamento materno exclusivo) consultou por acreditar que está com pouco leite. Informou sentir as mamas menos cheias em razão de o filho querer mamar com mais frequência. A criança encontrava-se em bom estado geral, com peso adequado, embora o ganho ponderal tenha desacelerado no último mês, causando um leve desvio para baixo na curva de peso para a idade. Qual a orientação inicial mais adequada para a situação?

A. Indicar apenas observação clínica com retorno ambulatorial agendado em 15 dias.

B. Adotar medidas não farmacológicas para aumentar a produção do leite. ✓

C. Adotar medidas não farmacológicas para aumentar a produção do leite e associar a prescrição de um galactogogo por 1 semana.

D. Indicar suplementação com fórmula infantil.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é o clássico da percepção de leite insuficiente, sustentado por dois fenômenos fisiológicos: a partir de 6 a 12 semanas as mamas deixam de ficar ingurgitadas porque a produção passa a ser regulada pela demanda, e o lactente naturalmente aumenta a frequência das mamadas justamente para elevar essa produção. Com criança em bom estado geral e peso adequado, mas já com desaceleração do ganho ponderal, a conduta inicial é apoiar a lactação com medidas não farmacológicas: corrigir pega e posicionamento, estimular a livre demanda, garantir o esvaziamento completo de uma mama antes de oferecer a outra, orientar ordenha após as mamadas, retirar bicos e mamadeiras e oferecer suporte à mãe, com reavaliação de peso em curto prazo. A alternativa A é insuficiente porque já existe desvio na curva, o que exige intervenção ativa e não apenas observação. A alternativa C erra ao prescrever galactogogo de entrada, recurso que só se cogita depois de otimizado o manejo clínico da amamentação e nunca isoladamente. A alternativa D é a que mais compromete o desfecho, pois a fórmula reduz a sucção e o esvaziamento mamário, perpetuando a queda da produção.

Resposta B

QUESTÃO 7 — Gabarito C

Em consulta de puericultura de um lactente de 6 meses (em aleitamento materno exclusivo) detectou-se, à oroscopia, a erupção do primeiro incisivo central direito. Assinale a alternativa que contempla a mais adequada orientação sobre higiene oral para o caso.

A. Iniciar higiene com gaze ou pano limpo, após a última mamada do dia.

B. Iniciar escovação com uso de dentifrício não fluoretado em quantidade equivalente à metade de um grão de arroz cru (0,05 g), 2 vezes/dia.

C. Iniciar escovação com uso de dentifrício fluore- tado (aproximadamente 1.000 ppm) em quan- tidade equivalente à metade de um grão de arroz cru (0,05 g), 2 vezes/dia. ✓

D. Iniciar escovação com uso de dentifrício fluore- tado (aproximadamente 1.000 ppm) em quanti- dade equivalente a um grão de ervilha (0,1 g), 2 vezes/dia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a recomendação de higiene bucal no marco que muda a conduta: a erupção do primeiro dente, exatamente o que se descreve neste lactente de 6 meses. A partir do primeiro dente irrompido, indica-se escovação com escova de cerdas macias e dentifrício fluoretado com no mínimo 1.000 ppm de flúor, em quantidade equivalente a meio grão de arroz cru (cerca de 0,05 g, a chamada lambuzada), duas vezes ao dia, sendo uma delas obrigatoriamente antes de dormir. O flúor é o agente ativo na prevenção da cárie, e essa quantidade mínima concilia eficácia com segurança quanto ao risco de fluorose, já que o lactente ainda não sabe cuspir. A alternativa A mantém a limpeza com gaze, adequada apenas antes da erupção dentária e incapaz de remover o biofilme da superfície do dente. A alternativa B usa dentifrício sem flúor, que não tem efeito preventivo comprovado sobre a cárie e reduz a escovação a uma ação apenas mecânica. A alternativa D erra na quantidade: o volume de um grão de ervilha (0,1 g) só é recomendado a partir dos 3 a 4 anos, quando a criança já controla a deglutição do creme dental. Resposta C

QUESTÃO 8 — Gabarito A

Que orientação, dentre as abaixo, é a mais adequa- da para introdução da alimentação complementar para um lactente nascido a termo e saudável?

A. Em torno dos 6 meses, iniciar com frutas e com alimentos dos grupos dos cereais/tubérculos, leguminosas, verduras/legumes e carne e ovos. ✓

B. Em torno dos 6 meses, iniciar com frutas; após 15 dias, iniciar com outros alimentos.

C. Em torno dos 6 meses, iniciar com frutas; após 1 semana, iniciar com alimentos do grupo dos cereais/tubérculos e verduras/legumes; aos 7 meses, iniciar com feijões, carnes e ovos.

D. Em torno dos 6 meses, iniciar com alimentos do grupo dos cereais; depois introduzir alimentos do grupo das verduras/legumes; aos 7 meses, introduzir feijões, carnes e ovos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a recomendação do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde, que abandonou o esquema escalonado de introdução por grupos alimentares. A orientação vigente é iniciar a alimentação complementar em torno dos 6 meses, mantendo o aleitamento materno, já oferecendo desde o começo alimentos de todos os grupos: cereais e tubérculos, leguminosas, verduras e legumes, carnes e ovos, além das frutas. A justificativa é nutricional e imunológica, pois a partir dos 6 meses as reservas de ferro e zinco se esgotam e são justamente carnes, vísceras, ovos e feijões que suprem esses nutrientes; além disso, adiar alimentos potencialmente alergênicos, como o ovo, não previne alergia e pode até favorecer a sensibilização. As alternativas B e C reproduzem o modelo antigo, com intervalos de dias ou semanas entre os grupos, e a C ainda posterga feijões, carnes e ovos para os 7 meses, atrasando a oferta de ferro no período de maior vulnerabilidade. A alternativa D comete o mesmo erro, começando apenas por cereais e adiando as fontes proteicas e de micronutrientes. Resposta A

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Durante consulta de rotina, mãe de 32 anos (que está amamentando a filha de 15 meses) perguntou se a vacinação contra dengue estava indicada para toda a família, incluindo o filho de 12 anos e o marido de 40 anos, que apresentara dengue na forma clínica há 3 meses. Ela informou que, em sua cidade, a Prefeitura havia liberado a vacina até os 59 anos. Seguindo regulamentação do Ministério da Saúde e da ANVISA, qual a orientação correta para a família em relação à vacina contra dengue?

- A. Indicar a vacina apenas para o filho de 12 anos. ✓**
- B. Indicar a vacina para o filho de 12 anos e para o pai de 40 anos.
- C. Indicar a vacina para o filho de 12 anos e para a mãe de 32 anos.
- D. Indicar a vacina para toda a família.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão separa o que a ANVISA registrou do que o Programa Nacional de Imunizações efetivamente oferece, distinção que costuma decidir a resposta em vacinologia. A vacina dengue atenuada (TAK-003) tem registro para uso a partir dos 4 anos, mas, por limitação de oferta, o Ministério da Saúde definiu como público-alvo no SUS apenas a faixa de 10 a 14 anos, priorizada por concentrar as maiores taxas de hospitalização por dengue. Dentro dessa regra, na família descrita somente o filho de 12 anos tem indicação, e a informação de que a prefeitura teria liberado até os 59 anos não substitui a norma nacional. A alternativa B inclui o pai de 40 anos, fora da faixa do PNI e, ainda, com dengue há 3 meses, situação em que se recomenda respeitar intervalo após a infecção. A alternativa C inclui a mãe de 32 anos, também fora da faixa, com o agravante de estar amamentando, condição em que uma vacina de vírus vivo atenuado não é indicada de rotina. A alternativa D estende a indicação a toda a família, contrariando o público-alvo definido pelo Ministério da Saúde. Resposta A

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Lactente de 18 meses, previamente hígida, com episódios recorrentes de otite média aguda (OMA), foi trazida à consulta em razão de novo episódio, o quarto neste ano. A família era cuidadosa quanto à diminuição dos fatores de risco para OMA (não fumar perto da criança, não dar mamadeira em decúbito e não ofertar chupetas). As vacinas estavam em dia. Após discussão com a família sobre o impacto negativo dos episódios recorrentes na saúde global da criança, recomendou-se a colocação de tubos de ventilação. Que alternativa, dentre as abaixo, é o desfecho primário esperado para essa medida terapêutica?

- A. Melhora progressiva na aquisição da fala
- B. Melhora progressiva na audição
- C. Redução nas ausências escolares
- D. Redução da recorrência de episódios de OMA ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa se o candidato distingue as duas indicações clássicas de tubo de ventilação, que têm desfechos primários diferentes. Nesta criança a indicação é otite média aguda recorrente, com quatro episódios em um ano, fatores de risco ambientais já controlados e vacinação em dia; nesse cenário, o objetivo primário do tubo é reduzir o número de novos episódios de OMA, ao ventilar a orelha média, equalizar pressões e permitir, quando necessário, tratamento com gotas tópicas em vez de antibiótico sistêmico. As alternativas A, B e C descrevem desfechos que pertencem sobretudo à outra indicação, a otite média com efusão persistente acompanhada de hipoacusia: nela o objetivo primário é a melhora auditiva, enquanto ganho de linguagem e desempenho ou frequência escolar são desfechos secundários, dependentes de tempo e inconsistentes nos ensaios clínicos. O enunciado não traz efusão persistente nem perda auditiva documentada, de modo que audição, fala e assiduidade escolar não são o alvo primário do procedimento neste caso. Resposta D

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Lactente de 2 anos, com pneumonia sendo tratada com antibióticos, foi trazido à Emergência por quadro de diarreia. Devido ao estado nutricional, foi indicada internação. Ao exame físico, apresentava-se eufórico, emagrecido e desidratado (grau 2), com saturação de oxigênio de 99%. As medidas antropométricas revelaram peso de 8.240 g (peso/idade: Z -3,6), altura de 76,5 cm (altura/idade: Z -4,14), peso/altura: Z -2,15; IMC de 14 kg/m² (Z -1,39); perímetro braquial de 11,4 cm (perímetro braquial/idade: Z -3,76) e perímetro cefálico de 47 cm (Z -1,11). Conforme o Training course on the inpatient management of severe acute malnutrition: clinical instructor's guide, da Organização Mundial da Saúde (2021), assinale a assertiva correta sobre o manejo do paciente desnutrido.

- A. A primeira etapa do tratamento é estabilização; nessa fase, indica-se dieta plena para idade com meta de recuperação nutricional.
- B. A criança tem indicação de internação pelo quadro nutricional, pois a circunferência braquial < 11,5 cm mostra desnutrição grave, apesar de o IMC se encontrar > -2. ✓**
- C. A criança não tem indicação de internação hospitalar, pois não apresentava edema +++, sinal clássico de desnutrição grave.
- D. O IMC > -2 indica eutrofia, estando indicada internação apenas para tratar as complicações agudas e recomendando-se alta logo após e acompanhamento ambulatorial.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de desnutrição aguda grave, e a questão cobra os critérios diagnósticos e a lógica de fases do manejo hospitalar da OMS. Em crianças de 6 a 59 meses, o diagnóstico de desnutrição aguda grave se faz por qualquer um destes achados isoladamente: perímetro braquial menor que 11,5 cm, escore Z de peso para altura abaixo de -3, ou edema bilateral de extremidades. Este lactente tem perímetro braquial de 11,4 cm, o que já basta para classificá-lo como grave e, somado à diarreia com desidratação e à infecção em curso, indica internação, ainda que o IMC esteja acima de -2, índice que não é usado para essa classificação e que aqui mascara a gravidade em razão do intenso comprometimento estatural (altura/idade Z -4,14). A alternativa A erra ao propor dieta plena na estabilização, fase em que se usa fórmula hipocalórica e hipoproteica (F-75), com correção de eletrólitos, hipoglicemia, hipotermia e infecções; a recuperação ponderal só é buscada na fase de reabilitação, e alimentar plenamente de início expõe à síndrome de realimentação. A alternativa C exige edema para o diagnóstico, esquecendo a forma marasmática. A alternativa D toma o IMC como prova de eutrofia e propõe alta precoce, ignorando o risco elevado de mortalidade dessa criança. Resposta B

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Criança de 2 anos e 1 mês foi internada na Enfermaria proveniente da Emergência. Na lista de problemas, constava “quarto episódio de internação por bronquiolite viral aguda” (vírus isolado no primeiro episódio de sibilância: rinovírus). Revisando outros aspectos da história, verificou-se que a criança nascera a termo, tinha crescimento e desenvolvimento adequados, estava com as vacinas em dia e vinha em uso de hidratante para dermatite atópica. Frequentava a pré-escola em turno integral desde os 4 meses. Os pais eram hígidos, e o irmão de 12 anos fazia uso regular de formoterol, budesonida e tiotropio inalatórios. A mãe relatou que o quadro agudo atual havia começado com coriza e tosse produtiva. Teve um pico febril de 37,9°C na chegada ao hospital, há 24 horas. Ao exame físico, apresentava bom estado geral, frequência respiratória de 38 rpm, tiragem subcostal leve e sibilos polifônicos expiratórios bilaterais. Oxímetro de pulso mostrou saturação de 96%, com suplementação de oxigênio por cânula nasal de baixo fluxo a 0,4 l/min. Radiografia de tórax revelou hiperinsuflação bilateral e opacidades intersticiais perihilares. Na prescrição da Emergência, estavam registrados os seguintes itens: (1) dieta por via oral; (2) oxigênio por cânula nasal de baixo fluxo a 0,4 l/min; (3) aspiração nasal, se necessário. Que modificação na prescrição médica deve ser feita por ocasião da admissão do paciente na Enfermaria?

- A. Aumentar o fluxo de oxigênio pelo cateter nasal para 0,8 l/min.

B. Substituir a dieta por via oral por dieta por sonda nasogástrica.

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

D. Adicionar amoxicilina (50 mg/kg/dia) por via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

O rótulo do prontuário é a armadilha da questão: quarto episódio de sibilância em criança de 2 anos, com dermatite atópica, irmão em tratamento de asma e rinovírus no primeiro episódio, não é bronquiolite viral aguda, diagnóstico reservado ao primeiro episódio no lactente pequeno, tipicamente abaixo de 12 meses. Trata-se de sibilância recorrente com forte perfil atópico, quadro em que o broncodilatador inalatório é indicado e habitualmente traz resposta; por isso a modificação correta é incluir salbutamol com espaçador (a grafia de miligramas por jato no enunciado é erro tipográfico, a apresentação é de 100 mcg por jato), com reavaliação da resposta clínica. A alternativa A aumenta o oxigênio sem necessidade, pois a saturação está em 96%, acima do limiar de suplementação, e o passo correto seria justamente iniciar o desmame. A alternativa B indica sonda nasogástrica numa criança em bom estado geral, com tiragem leve e capaz de se alimentar por via oral, recurso reservado ao desconforto respiratório importante ou ao risco de aspiração. A alternativa D acrescenta antibiótico sem indicação, já que pico febril isolado de 37,9 °C, coriza, tosse e radiografia com hiperinsuflação e infiltrado peri-hilar compõem padrão viral, não pneumonia bacteriana. Resposta C

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Menino de 3 anos foi trazido à consulta por episódios intermitentes de icterícia e anemia, geralmente precipitados após infecções virais. Em seu histórico, constavam icterícia neonatal e transfusão sanguínea aos 8 meses, devido a anemia grave. Ao exame físico, foram observadas icterícia e palidez cutânea, sem esplenomegalia palpável. Os principais resultados dos exames laboratoriais encontram-se reproduzidos abaixo. Exame Resultado Hemoglobina 6,5 g/dl Hematócrito 19% VCM Levemente aumentado Esquizócitos Presentes Policromasia Presente Anisocitose e reticulocitose Presente Bilirrubina indireta Aumentada Teste de Coombs direto Negativo Teste de fragilidade osmótica Normal Eletroforese de hemoglobina Normal Qual o diagnóstico mais provável?

A. Esferocitose hereditária

B. Anemia hemolítica autoimune

C. Betatalassemia maior

D. Deficiência de G6PD ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta descreve anemia hemolítica episódica em menino, deflagrada por infecções virais — o padrão clássico da deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase, enzimopatia de herança ligada ao X que deixa a hemácia sem defesa contra estresse oxidativo. Os dados amarram o diagnóstico por exclusão dirigida: hemólise está comprovada (bilirrubina indireta alta, reticulocitose, policromasia), o Coombs direto negativo afasta causa imune, a fragilidade osmótica normal afasta defeito de membrana e a eletroforese de hemoglobina normal afasta hemoglobinopatia. Sobre o defeito enzimático, cuja crise é precipitada justamente por infecção, favas ou drogas oxidantes, com icterícia neonatal prévia como pista adicional. A esferocitose hereditária (A) cursaria com esplenomegalia, esferócitos, CHCM elevado e fragilidade osmótica aumentada, o oposto do encontrado. A anemia hemolítica autoimune (B) exigiria Coombs direto positivo. A betatalassemia maior (C) daria microcitose acentuada com VCM baixo, dependência transfusional crônica desde o primeiro ano e eletroforese alterada com HbF elevada, não eletroforese normal com VCM levemente aumentado (que aqui reflete a própria reticulocitose). Resposta D

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Pais procuraram orientação sobre o uso do tablet pelo filho de 4 anos: a mãe considerava o uso do dispositivo inadequado por acreditar que excesso de exposição às telas poderia causar problemas de rendimento escolar e sonolência; o pai dizia que lera, em algum lugar, que o contato precoce com informações no dispositivo seria um fator positivo para o desenvolvimento cognitivo. Com base nessa consulta acerca das vantagens e desvantagens das telas para a saúde infantil, que recomendação, dentre as abaixo, não tem respaldo da Sociedade Brasileira de Pediatria?

- A. Para crianças com menos de 2 anos, evitar a exposição às telas, mesmo que passivamente.
- B. Para crianças de 6-10 anos, estabelecer tempo de telas limitado a um máximo de 1-2 horas, sempre com supervisão de pais/responsáveis.

C. Para crianças e adolescentes, evitar postagens de fotos em redes sociais públicas, permitindo-as apenas em ocasiões festivas. ✓

- D. Para todas as idades, restringir telas durante as refeições e desconectar o aparelho 1-2 horas antes de dormir.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra as recomendações do manual de saúde digital da Sociedade Brasileira de Pediatria e pede a assertiva SEM respaldo. A orientação da SBP quanto à exposição de imagens de crianças e adolescentes é evitar a publicação de fotos em redes sociais abertas como regra, protegendo privacidade, imagem e segurança do menor contra rastreamento, uso indevido e aliciamento — não existe a ressalva de liberar postagens "em ocasiões festivas", que é exatamente o enxerto falso da alternativa C. As demais reproduzem o texto da entidade: menores de 2 anos devem ficar longe de telas inclusive da exposição passiva, ou seja, TV ligada de fundo enquanto o bebê brinca (A), pelo prejuízo à interação face a face e ao desenvolvimento de linguagem; dos 6 aos 10 anos o limite é de 1 a 2 horas diárias com supervisão de adulto (B); e para todas as faixas etárias vale banir telas durante as refeições e desligar os dispositivos de 1 a 2 horas antes de dormir (D), pela supressão da melatonina pela luz de tela e pela piora da higiene do sono. Resposta C

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Paciente de 7 anos, com diagnóstico de transtorno do espectro autista (TEA) em nível I de suporte, sempre apresentou sintomas de hiperatividade. Os prejuízos no desempenho escolar vinham aumentando, principalmente após o ingresso no Ensino Fundamental, mesmo com terapia comportamental adequada. Com a hipótese de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) como comorbidade, assinale a assertiva correta.

- A. Devido à comorbidade com o TEA, risperidona e aripiprazol são os fármacos de escolha.

B. Apesar da comorbidade com o TEA, neuroestimulantes (como o metilfenidato) continuam como primeira escolha. ✓

- C. Como não há um tratamento farmacológico específico para o TEA, deverá ser mantida somente a intervenção comportamental.
- D. TEA e TDAH são diagnósticos mutuamente excludentes.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata da comorbidade entre transtorno do espectro autista e TDAH, situação frequente e explicitamente permitida desde o DSM-5, que derrubou a antiga regra de exclusão do DSM-IV. Diante de sintomas de hiperatividade e desatenção que já prejudicam o desempenho escolar apesar de terapia comportamental adequada, o tratamento farmacológico segue a mesma lógica do TDAH isolado: os psicoestimulantes, com o metilfenidato à frente, permanecem a primeira escolha, ainda que a resposta tenda a ser um pouco menor e os efeitos adversos um pouco mais frequentes em crianças com TEA, o que recomenda titulação lenta a partir de doses baixas. A alternativa A erra o alvo: risperidona e aripiprazol são os antipsicóticos aprovados no TEA para irritabilidade, agressividade e autoagressão, não para sintomas nucleares de desatenção e hiperatividade. A alternativa C ignora que, embora não haja fármaco que trate o núcleo do TEA, há tratamento farmacológico bem estabelecido para as comorbidades, e manter só a intervenção comportamental num paciente que segue piorando é subtratamento. A alternativa D repete o conceito ultrapassado de exclusão mútua entre os dois diagnósticos. Resposta B

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre hipertensão arterial sistêmica em crianças e adolescentes.

- A. Em adolescentes e crianças a partir dos 3 anos, ou antes se houver fatores de risco, recomenda-se medir a pressão arterial anualmente. ✓**
- B. Para crianças e adolescentes de 1-18 anos, a determinação dos níveis normais de pressão arterial deve levar em consideração sexo, idade, altura e raça.
- C. São fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica: pielonefrites recorrentes, anemia falciforme e prematuros com menos de 36 semanas de idade gestacional.
- D. Para selecionar o tamanho correto do manguito, a parte inflável deve representar cerca de 60% da circunferência do braço, e a largura, cerca de 40% da circunferência do braço. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o rastreamento e a técnica de aferição da pressão arterial na pediatria segundo a diretriz da Academia Americana de Pediatria de 2017, incorporada pelas diretrizes brasileiras. A recomendação vigente é medir a pressão arterial anualmente em toda criança a partir dos 3 anos de idade, antecipando-se essa medida para menores de 3 anos e tornando-a mais frequente quando existem fatores de risco como prematuridade, cardiopatia, nefropatia, transplante, obesidade ou uso de drogas hipertensivas. A alternativa B erra ao incluir raça entre os parâmetros das tabelas de percentil: a classificação usa sexo, idade e estatura, e a AAP retirou a raça justamente na revisão de 2017. A alternativa C erra o ponto de corte da prematuridade — pielonefrite de repetição e anemia falciforme de fato pesam como fatores de risco, mas o marco é o prematuro extremo ou de muito baixo peso, abaixo de 32 semanas, não abaixo de 36. A alternativa D inverte as proporções do manguito: a bolsa inflável deve ter largura em torno de 40% da circunferência do braço e comprimento suficiente para envolver 80% a 100% dessa circunferência, e não 60%. Resposta A

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Paciente de 10 anos foi trazido à Emergência de um hospital terciário com queixa de dor em região distal da coxa direita, associada a edema e calor local. A mãe negou histórico de traumas e informou sobre febre intermitente e perda de peso nos últimos 2 meses. Radiografia de fêmur/coxa direita demonstrou lesão osteolítica e reação periosteal em aspecto de triângulo de Codman no fêmur distal. Diante da história, do exame físico e do raio X ósseo do paciente, qual a conduta mais adequada?

- A. Liberar o paciente da Emergência com prescrição de amoxicilina-clavulanato com retorno agendado para reavaliação na UBS em 1 mês; a lesão óssea é inespecífica, e o quadro clínico é compatível com infecção de partes moles.**

- B. Internar o paciente e solicitar ressonância magnética do membro acometido e programar biópsia da lesão; a lesão óssea é patognomônica do sarcoma de Ewing.
- C. Internar o paciente, coletar amostras para hemocultura, hemograma e proteína C reativa e iniciar oxacilina intravenosa; a lesão óssea possui característica patognomônica de osteomielite aguda, não sendo necessária investigação adicional.
- D. Internar o paciente, coletar amostras para hemocultura, hemograma e proteína C reativa, iniciar oxacilina intravenosa, solicitar ressonância magnética do membro acometido e programar biópsia da lesão; a lesão óssea é altamente suspeita de tumor maligno, sendo necessário o diagnóstico diferencial para osteomielite. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 10 anos com dor em fêmur distal, edema, calor local, febre intermitente e perda de peso em dois meses, com radiografia mostrando lesão osteolítica e reação periosteal em triângulo de Codman, é um quadro de alta suspeição para neoplasia óssea maligna — a metáfise do fêmur distal na segunda década é o sítio clássico do osteossarcoma —, com a osteomielite subaguda ou crônica como principal diferencial, já que ambas compartilham dor, sinais flogísticos, febre e destruição óssea com reação periosteal agressiva. Por isso a conduta correta é a mais abrangente: internar, coletar hemoculturas, hemograma e PCR, iniciar antibiótico com cobertura para estafilococo, obter ressonância magnética para delimitar extensão medular e de partes moles e programar biópsia, que é quem fecha o diagnóstico. A alternativa A é temerária: dar alta com amoxicilina-clavulanato e retorno em um mês diante de perda de peso e lesão osteolítica retarda o diagnóstico de câncer. A alternativa B acerta a internação e a investigação, mas erra ao chamar o achado de patognomônico de sarcoma de Ewing, tumor mais diafisário e que não tem sinal radiográfico patognomônico. A alternativa C comete o erro simétrico ao afirmar que o triângulo de Codman é patognomônico de osteomielite e dispensar investigação adicional — ele apenas traduz agressividade da lesão, seja tumoral ou infecciosa.

Resposta D

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Menina de 12 anos foi trazida pela mãe à Emergência por dor articular e cansaço. Relatou a ocorrência de dor sequencial no joelho direito, tornozelo esquerdo, tornozelo direito, cotovelo esquerdo e punhos bilateralmente na última semana e de dispneia há 2 dias. Descreveu episódio de “dor de garganta” há 3 semanas. Ao exame físico, encontra-se febril (38,5°C), com artrite nos sítios referidos, rash no tronco com margens eritematosas circulares e centro pálido e sopro sistólico em foco mitral com irradiação axilar. Em relação à principal hipótese diagnóstica, assinale a assertiva correta.

- A. Linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia, FAN não reagente e elevação de transaminases confirmam o diagnóstico.
- B. A pesquisa de anticorpos no soro apresenta maior sensibilidade do que a cultura por swab de orofaringe neste momento. ✓**
- C. Elevação discreta de VSG (VHS), proteinúria, cilindros hemáticos e resposta insatisfatória a aspirina são achados esperados.
- D. Fator reumatoide e FAN reagentes, redução de complementos e elevação de PCR devem indicar avaliação por oftalmologista.

COMENTÁRIO OSCELABS

Menina de 12 anos com faringite três semanas antes, poliartrite migratória de grandes articulações, eritema marginado e sopro sistólico mitral com irradiação axilar preenche com folga os critérios de Jones para febre reumática, já com três critérios maiores. A pergunta é sobre a comprovação da infecção estreptocócica prévia, que é requisito do diagnóstico: nesse momento, três semanas após a faringite e com o quadro já instalado, a cultura de swab de orofaringe costuma ter negativado, porque o estreptococo do grupo A frequentemente já foi eliminado, enquanto os anticorpos antiestreptocócicos — ASLO e anti-DNAse B — estão em pico ou ascensão, o que lhes confere sensibilidade bem maior nessa janela. A alternativa A descreve um conjunto inespecífico que não confirma febre reumática e aponta mais para quadros linfoproliferativos ou artrite idiopática juvenil sistêmica. A alternativa C contraria o esperado em dois pontos: o VHS na febre reumática se eleva de forma marcante, não discreta, e a resposta ao salicilato é tipicamente dramática; proteinúria e cilindros hemáticos remetem à glomerulonefrite pós-estreptocócica, outra sequela do estreptococo. A alternativa D reúne fator reumatoide e FAN reagentes com consumo de complemento, perfil de lúpus ou artrite idiopática juvenil — é nesta última, na forma oligoarticular com FAN positivo, que se indica seguimento oftalmológico por risco de uveíte. Resposta B

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Assinale a assertiva incorreta sobre cigarros eletrônicos e adolescência.

- A. A detecção de seu uso por pais e profissionais de saúde é difícil, uma vez que o cheiro liberado pelo aquecimento do líquido se dissipa rapidamente (logo após o uso), não deixando odor no ar exalado e nas roupas.
- B. Os cigarros eletrônicos aromatizados, geralmente preferidos pelos adolescentes, têm pH frequentemente mais baixo, o que resulta em absorção mais rápida da nicotina contida no aerossol gerado pelo dispositivo.
- C. O acetato de vitamina E, presente nos cigarros eletrônicos, está relacionado a casos de lesão pulmonar associada a produto de vaping, cuja apresentação clínica inclui sintomas respiratórios, gastrointestinais e/ou sistêmicos.
- D. Com base na concentração de nicotina informada nos rótulos dos cigarros eletrônicos, é possível verificar se a dose inalada pelo adolescente é maior, menor ou equivalente à da nicotina liberada pelos cigarros de tabaco. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os pontos consolidados sobre cigarro eletrônico na adolescência e pede a assertiva INCORRETA. O erro está em supor que o rótulo permita estimar a dose de nicotina efetivamente inalada: as concentrações declaradas são frequentemente imprecisas ou divergentes do conteúdo real, e mesmo quando corretas não determinam a exposição, que depende da potência do dispositivo, da temperatura de aquecimento, do volume e da duração das tragadas e do padrão de uso — por isso não é possível dizer se a dose absorvida é maior, menor ou equivalente à de um cigarro convencional. As demais estão certas: a ausência de combustão faz o aerossol dissipar rapidamente sem deixar odor residual em ambientes e roupas, o que dificulta a detecção do uso por pais e profissionais (A); os líquidos aromatizados, preferidos pelos adolescentes, costumam usar sais de nicotina com pH mais baixo, menos irritantes para a via aérea, permitindo tragadas mais profundas e absorção mais rápida (B); e o acetato de vitamina E, usado como diluente, é o agente associado à EVALI, lesão pulmonar do vaping que se apresenta com sintomas respiratórios, gastrointestinais e sistêmicos (C). Resposta D

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Adolescente feminina, de 13 anos e 6 meses, procurou o Ambulatório de Pediatria. Ao iniciar a consulta, o pediatra perguntou se algum familiar ou responsável a acompanhava. Ela informou que procurara esse atendimento sem comunicar aos pais porque desejava que a consulta fosse realizada sob sigilo médico. Tinha interesse em saber sobre sua saúde e em falar sobre sexualidade. Seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia e do Código de Ética Médica, que conduta, dentre as abaixo, é a mais adequada?

- A. Informar à adolescente que, por ter menos de 14 anos, lhe é vedado esclarecer as questões que vierem a ser apresentadas sem a presença de pais e/ou responsável.
- B. Informar à adolescente que poderá ser realizado o atendimento, mas com algumas restrições, tais como orientação sobre sexualidade, anticoncepção, prescrição de medicamentos e/ou exames laboratoriais de rotina.
- C. Realizar o atendimento esclarecendo todas as questões apresentadas desde que considere que a adolescente demonstra discernimento e compreensão adequados das informações e capacidade de identificar situações que possam acarretar danos a ela ou a outros. ✓**
- D. Realizar o atendimento, mas, caso esteja diante de relatos sobre conflitos na orientação sexual, identidade de gênero, interesse em iniciar atividade sexual e/ou interesse em experimentação de substância psicoativa, deve informar à adolescente sobre a necessidade de quebra de sigilo e comunicação aos pais e/ou ao responsável.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso testa o direito ao atendimento sigiloso do adolescente, tema pacificado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, pela FEBRASGO, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pelo Código de Ética Médica, que veda a revelação de segredo de paciente menor de idade quando este tem capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação implique dano ao próprio paciente. O critério, portanto, não é a idade cronológica, e sim a maturidade: se a adolescente demonstra discernimento, compreende as informações e é capaz de identificar situações de risco para si e para terceiros, o atendimento pode ser feito integralmente sob sigilo, incluindo orientação sobre sexualidade, com o médico estimulando — mas não impondo — a participação da família. A alternativa A cria uma barreira etária que a norma não estabelece. A alternativa B inventa restrições: orientação sobre sexualidade, anticoncepção, prescrição e solicitação de exames de rotina são justamente o que se pode e se deve fazer nessa consulta. A alternativa D confunde os limites do sigilo — dúvidas sobre orientação sexual, identidade de gênero, desejo de iniciar vida sexual ou curiosidade sobre substâncias não configuram, por si só, risco que autorize a quebra; esta se reserva a situações de risco de vida ou dano relevante, como abuso sexual, ideação suicida ou gravidez em menor de 14 anos, e mesmo assim deve ser comunicada previamente ao adolescente. Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a assistência pré-natal.

- A. Saída de colostro, colo uterino friável, sangramento gengival, náuseas e vômitos no primeiro e terceiro trimestres, leucocitose de 18.000/mm³ e hematúria são alterações fisiológicas frequentes na gestação, não havendo necessidade de investigação adicional.
- B. Com 8 semanas de gestação, o útero tem o dobro do tamanho normal, adquire formato ovoide e ganha a cavidade abdominal, podendo ser palpado acima da sínfise púbica.
- C. No terceiro trimestre, a pressão arterial deve ser aferida em todas as consultas de pré-natal com a paciente em decúbito lateral esquerdo, uma vez que essa posição proporciona aumento do débito cardíaco materno e da perfusão uterina.
- D. A frequência normal dos batimentos cardio-fetais situa-se entre 110-160 bpm ao final da gestação, e a presença de acelerações transitórias indica boa vitalidade, estando frequentemente associada a**

movimentação fetal ou contração uterina. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra semiologia obstétrica básica do pré-natal. A frequência cardíaca fetal normal ao final da gestação situa-se entre 110 e 160 bpm, e as acelerações transitórias — elevações da linha de base associadas a movimentação fetal, estímulo ou contração — são o marcador clínico mais simples de boa vitalidade e integridade do sistema nervoso autônomo fetal, base do teste de aceleração e da cardiotocografia reativa. A alternativa A mistura achados fisiológicos com sinais de alarme: saída de colostro, colo friável e sangramento gengival são esperados, mas leucocitose de 18.000/mm³ fora do trabalho de parto, hematúria e náuseas e vômitos surgindo no terceiro trimestre exigem investigação, jamais podem ser rotulados de fisiológicos. A alternativa B erra a cronologia do crescimento uterino: com 8 semanas o útero está aumentado e globoso, mas ainda intrapélvico; ele só se torna palpável acima da sínfise púbica por volta de 12 semanas, ganhando de fato a cavidade abdominal. A alternativa C erra a técnica: a pressão arterial no pré-natal é aferida com a gestante sentada, com o braço na altura do coração, após repouso; o decúbito lateral esquerdo melhora o retorno venoso, mas altera a posição do braço em relação ao coração e não é a padronização recomendada para o diagnóstico de hipertensão. Resposta D

QUESTÃO 22 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre condutas pre-ventivas em Obstetrícia.

A. No diabetes melito, o controle metabólico pré- concepcional mais adequado está associado a redução de malformações congênitas, parto prematuro e mortalidade perinatal. ✓

- B. Na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural, a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada no primeiro trimestre, pois o tubo neural fecha com 12 semanas.
- C. Na prevenção de nova perda gestacional em gestante com 12 semanas e história clássica de incompetência istmocervical, uso de pro- gesterona (200-400 mg/dia) por via oral é a conduta mais adequada.
- D. Na prevenção da pré-eclâmpsia, a suplemen- tação com carbonato de cálcio e o uso do AAS devem ser realizados em jejum, a partir da 16ª semana.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é prevenção em obstetrícia, e a assertiva correta é a que reconhece o valor do cuidado pré-concepcional no diabetes: normalizar a glicemia e a hemoglobina glicada ANTES da concepção reduz de forma consistente malformações congênitas — sobretudo cardíacas e do tubo neural, cuja formação se completa nas primeiras semanas, quando muitas mulheres sequer sabem que estão grávidas —, além de reduzir abortamento, prematuridade e mortalidade perinatal. A alternativa B erra a janela: o tubo neural se fecha por volta do 28º dia de gestação, ou seja, na quarta semana, e por isso o ácido fólico deve ser iniciado pelo menos um mês antes da concepção, e não no primeiro trimestre, quando já não há o que prevenir. A alternativa C erra a conduta: história clássica de incompetência istmocervical com gestação em torno de 12 a 14 semanas é indicação de cerclagem eletiva, tipicamente pela técnica de McDonald, e não de progesterona oral, que não corrige a falência mecânica do colo. A alternativa D erra a posologia e o momento: o AAS em baixa dose para profilaxia de pré-eclâmpsia deve ser iniciado idealmente entre 12 e 16 semanas, portanto ANTES da 16ª, de preferência à noite, e o carbonato de cálcio não deve ser administrado junto com o AAS nem em jejum, pela interferência na absorção e pela intolerância gástrica. Resposta A

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Primigesta com 30 semanas de gestação, sem histórico de epilepsia, veio à UPA queixando-se de cefaleia e visão turva. À avaliação inicial, a pressão arterial era de 160/110 mmHg. Enquanto a enfermeira chamava o médico, a paciente teve uma convulsão tônico-clônica. Imediatamente recebeu 4,0 g de sulfato de magnésio intravenoso para tratamento de eclâmpsia, e o quadro foi estabilizado. Após 15 minutos, novo episódio convulsivo ocorreu. Em situações como essa, a conduta mais adequada para reduzir a chance de novas convulsões é administrar, por via intravenosa,

- A. diazepam (20 mg).
- B. hidantal (50 mg).
- C. sulfato de magnésio (2,0 g). ✓**
- D. fenobarbital (100 mg).

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de eclâmpsia com convulsão recorrente após a dose de ataque de sulfato de magnésio. O sulfato de magnésio é o anticonvulsivante de escolha na eclâmpsia — os ensaios Collaborative Eclampsia Trial e Magpie mostraram superioridade clara sobre diazepam e fenitoína na prevenção de recorrência das crises —, e a conduta padrão diante de nova convulsão dentro do esquema é administrar uma dose adicional de 2 g por via intravenosa, lentamente, mantendo em seguida a infusão de manutenção e a vigilância dos parâmetros de toxicidade: reflexo patelar presente, frequência respiratória acima de 16 irpm e diurese acima de 25 a 30 ml/h, com gluconato de cálcio disponível como antídoto. Os demais fármacos são segunda linha: diazepam (A) e fenobarbital (D) sedam a mãe, deprimem o centro respiratório materno e fetal e não superam o magnésio na prevenção de recorrência; a fenitoína (B), além de inferior nos ensaios, exigiria dose de ataque calculada por peso e infusão lenta com monitorização cardíaca, e os 50 mg oferecidos sequer configuram dose de ataque. Esses agentes ficam reservados para a paciente que persiste convulsivando apesar da dose adicional de magnésio. Resposta C

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Paciente com gestação gemelar de 32 semanas consultou por prurido generalizado, mas principalmente nas palmas das mãos e solas dos pés, que piorava à noite, além de dor no quadrante superior direito do abdômen, náuseas e diminuição do apetite. Submeteu-se a tratamento de bacteriúria assintomática há 15 dias. Negou ter sintomas urinários no momento. Sentia dor à palpação lombar bilateralmente. Ao exame, não havia lesões de pele. Apresentava sinais vitais estáveis (incluindo temperatura de 36,0 °C e pressão arterial de 120/70 mmHg), batimentos cardíacos de 140 bpm e ausência de dinâmica uterina e dilatação cervical. Exames laboratoriais iniciais revelaram hematócrito de 30%, hemoglobina de 10 g/dl, leucócitos de 8.000/mm³ sem desvio, plaquetas de 200.000/mm³, glicemia de 84 mg/dl, AST de 52 U/l, ALT de 70 U/l, bilirrubina total de 1,4 mg/dl, bilirrubina direta de 0,7 mg/dl e tempo de protrombina de 12 segundos. O EQU indicou esterase leucocitária positiva. Com relação ao diagnóstico mais provável, assinale a assertiva correta.

- A. Trata-se de uma doença grave na gestação, caracterizada pela infiltração microvesicular de gordura no fígado, levando à insuficiência hepática; seu diagnóstico baseia-se na presença de, pelo menos, 6 critérios de Swansea, na ausência de outros diagnósticos.
- B. Trata-se de uma alteração hepática exclusiva do período gestacional, e seu tratamento com ácido ursodesoxicólico objetiva a redução dos sintomas maternos; o nível de ácidos biliares > 100 mmol/l influencia na decisão do momento de interromper a gestação devido ao maior risco de morte fetal. ✓**
- C. Trata-se de uma inflamação da vesícula biliar, geralmente secundária a obstrução do ducto cístico por um cálculo biliar, com alto índice de recorrência dos sintomas e complicações na gestação; o sinal de Murphy ao exame físico é relativamente específico.
- D. Trata-se de uma infecção que acomete o sistema coletor e a medula renal, sendo mais prevalente na gestação do que fora dela; está associada a riscos maternos e fetais, constituindo uma das principais causas de hospitalização durante a gestação. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 -

Acesso Direto e Autoavaliação 7

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 32 semanas, com gemelaridade, apresentando prurido generalizado de predomínio palmoplantar, com piora noturna e sem lesões cutâneas primárias, acompanhado de transaminases discretamente elevadas e leve hiperbilirrubinemia, é o retrato da colestase intra-hepática da gestação — condição exclusiva do período gestacional, mais frequente no terceiro trimestre e em gestações múltiplas, que se resolve após o parto. O tratamento com ácido ursodesoxicólico visa ao alívio do prurido materno, e a dosagem de ácidos biliares séricos é o que estratifica risco: níveis acima de 100 mmol/l marcam a forma grave, associada a maior risco de óbito fetal intrauterino, e pesam diretamente na decisão de antecipar o parto. A alternativa A descreve a esteatose hepática aguda da gestação e seus critérios de Swansea, mas faltam aqui os marcadores dessa doença — hipoglicemia, coagulopatia, leucocitose, elevação de creatinina e amônia, encefalopatia —, com glicemia de 84 mg/dl, TP normal e plaquetas preservadas. A alternativa C descreve colecistite aguda, que cursaria com febre, leucocitose e Murphy positivo, e não explica prurido palmoplantar noturno. A alternativa D descreve pielonefrite, de fato mais prevalente e uma das principais causas de internação na gestação, mas a paciente está afebril, sem sintomas urinários e com apenas esterase leucocitária no EQU, achado insuficiente diante de bacteriúria assintomática tratada há 15 dias, e nada disso justifica o prurido. Resposta B

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Gestante de 35 anos, G2C1, com 29 semanas de gestação, veio ao Centro Obstétrico por sangramento vaginal de pequeno a moderado volume. Negou dor abdominal e episódios anteriores de sangramento. Ao exame, verificaram-se sinais vitais normais, ausência de contrações uterinas e feto com vitalidade. Considerando-se o quadro clínico, a principal hipótese diagnóstica é Durante o exame físico, deve-se evitar a realização de O exame de imagem recomendado para confirmar o diagnóstico é Se a principal hipótese diagnóstica for confirmada, deve-se investigar também a possibilidade de

A. placenta prévia - toque vaginal - ultrassono- grafia transvaginal - acretismo placentário ✓

B. placenta prévia - exame especular - ultrassonografia transabdominal - vasa prévia

C. descolamento prematuro de placenta - toque vaginal - ultrassonografia transabdominal - ruptura uterina

D. descolamento prematuro de placenta - amniotomia - ultrassonografia transvaginal - vasa prévia

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal indolor, de pequeno a moderado volume, sem contrações, com tônus uterino normal e vitalidade fetal preservada no terceiro trimestre é o retrato da placenta prévia; o descolamento prematuro de placenta cursa com dor abdominal, hipertonia e frequentemente sofrimento fetal, tudo negado na vinheta. Diante dessa suspeita, o toque vaginal está proscrito: a digitação do colo pode desestruturar a borda placentária e converter um sangramento moderado em hemorragia maciça. O exame especular, ao contrário, é permitido e útil para estimar o volume e excluir causas de canal. A confirmação diagnóstica se faz pela ultrassonografia transvaginal, mais sensível e específica que a transabdominal para medir a distância entre a borda placentária e o orifício interno do colo, e é segura porque o transdutor não ultrapassa o fórnice. Como se trata de paciente com cesariana anterior (G2C1), a associação placenta prévia mais cicatriz uterina obriga a investigar acretismo placentário, cujo risco cresce com o número de cesarianas prévias. A alternativa B erra ao mandar evitar o especular e ao eleger a via transabdominal como padrão de confirmação; C e D partem de um diagnóstico incompatível com um quadro indolor e ainda listam ruptura uterina e vasa prévia, condições que se apresentam com dor aguda e com deterioração fetal abrupta, respectivamente; a amniotomia proposta em D é impensável diante de sangramento de terceiro trimestre não esclarecido. Resposta A

QUESTÃO 26 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre gestação gême- lar.

- A. À visualização ultrassonográfica, massa pla- centária única, sexos fetais semelhantes e presença do sinal do lambda definem que a gestação é monócórionica diamniótica.
- B. Nos dicórionicos, o óbito de um feto no segun- do ou terceiro trimestre pode levar ao óbito do outro ou à hipovolemia/isquemia com dano ce- rebral.
- C. No diagnóstico pré-natal da sequência ane- mia-policitemia, o feto anêmico apresenta ve- locidade de pico sistólico da artéria cerebral média $< 1,0$ MoM (múltiplos da mediana).

D. Nos monoamnióticos, o nascimento eletivo de- verá ser realizado por cesariana, a ser progra- mada em torno da 33a semana em razão do maior risco de óbito ou morbidade fetal grave. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra corionicidade, as complicações específicas de cada tipo de gemelaridade e o momento do nascimento. Nas gestações monoamnióticas o entrelaçamento de cordões gera risco contínuo de óbito súbito intraútero, motivo pelo qual o nascimento é eletivo, sempre por cesariana, programado em torno de 32 a 34 semanas, com corticoide antenatal — exatamente o que descreve a alternativa D. A alternativa A confunde os marcadores ultrassonográficos: o sinal do lambda, ou twin peak, indica gestação Dícórionica, pois representa a insinuação de tecido coriônico entre as membranas; massa placentária única e sexos concordantes não definem corionicidade sozinhos. A alternativa B atribui aos dicórionicos o que é fenômeno dos monócórionicos: o óbito de um gemelar só provoca hipovolemia aguda, isquemia e dano cerebral no sobrevivente quando existem anastomoses vasculares em placenta compartilhada, o que não ocorre na dicorionicidade. A alternativa C inverte a fisiologia da sequência anemia-policitemia (TAPS): o feto anêmico tem velocidade de pico sistólico da artéria cerebral média ELEVADA, acima de 1,5 MoM, porque o sangue menos viscoso circula mais rápido; valor abaixo de 1,0 MoM caracteriza o gemelar policitêmico. Resposta D

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Gestante de 28 anos, G1P0, com 32 semanas de gestação, apresentou febre (38o C), calafrios, mial- gia, astenia e dor retro-orbitária, quadro iniciado há 3 dias. No quarto dia, foram registradas hipotensão (pressão arterial de 80/50 mmHg), dor abdominal intensa, letargia e ascite. O hemograma indicou he- moglobina de 14,5 g/dl, hematócrito de 50%, leucó- citos de 2.300/mm³, plaquetas de 70.000/mm³, AST de 35 U/l e creatinina de 0,9 mg/dl. Os batimentos cardíofetais estavam presentes (148 bpm). Qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Solicitar ressonância magnética abdominal e painel viral.
- B. Realizar hidratação intravenosa imediatamen- te com soro fisiológico a 0,9%. ✓**
- C. Usar rapidamente expansores plasmáticos (albumina) intravenosos.
- D. Interromper a gestação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome febril aguda com mialgia, dor retro-orbitária e prostração que, por volta do quarto ou quinto dia — a fase crítica, quando a febre cede —, evolui com hipotensão, dor abdominal intensa, letargia e ascite, acompanhada de hemoconcentração (hematócrito de 50% com hemoglobina de 14,5 g/dl), leucopenia e plaquetopenia, é dengue com extravasamento plasmático e choque, ou seja, dengue grave, grupo D. A gestação não muda a prioridade: o que mata nessa fase é a perda de volume para o terceiro espaço, e o tratamento é reposição volêmica imediata e agressiva com cristalóide — soro fisiológico a 0,9% ou Ringer lactato, 20 ml/kg em até 20 minutos —, repetindo conforme a resposta e monitorando hematócrito, diurese e sinais vitais. A alternativa A adia a única intervenção que salva a paciente para pedir imagem e sorologia, exames que não alteram a conduta imediata. A alternativa C peca pela ordem: colóides e albumina são terapia de resgate, consideradas apenas após falha de duas ou três expansões com cristalóide, nunca em primeira linha. A alternativa D erra porque interromper a gestação não trata a dengue, e o parto em vigência de choque, plaquetopenia e extravasamento capilar aumenta muito o risco de hemorragia materna; estabiliza-se primeiro a mãe, com o feto ainda mostrando batimentos normais. Resposta B

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Gestante de 28 anos, G3P2, com 38 semanas de gestação, procurou atendimento no hospital de sua cidade por contrações uterinas dolorosas e regulares nas 2 últimas horas. Ao exame obstétrico, os batimentos cardíofetais estavam normais, a dinâmica uterina era de 5 contrações/10 minutos com “puxos”; ao toque, havia 10 cm de dilatação, com a cabeça fetal no plano +3 de De Lee e a sutura lambdoide em posição subpúbica. Assinale a assertiva correta sobre a assistência ao trabalho de parto.

- A. A gestante encontra-se no primeiro período ou fase clínica do parto, devendo-se orientar o aproveitamento máximo das contrações expulsivas (manobra de Valsalva) e realizar a rotação manual interna da cabeça fetal para puxá-la.
- B. A variedade de posição fetal é posterior, razão pela qual a chance de um parto instrumental é maior, devendo-se realizar sondagem vesical e episiotomia para facilitar a rotação e o desprendimento da cabeça fetal.
- C. Se, após o desprendimento cefálico, a tração controlada da cabeça fetal para baixo não for suficiente para liberar o ombro anterior, deve-se partir para as manobras iniciais de distócia de ombro. ✓**
- D. O manejo ativo do terceiro período do parto relaciona-se a menor volume de sangramento materno e consiste em administrar ocitocina (10 UI, por via intramuscular em cada nádega) imediatamente após o nascimento, realizar massagem no fundo do útero concomitantemente à tração do cordão e iniciar a amamentação imediatamente após o parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dilatação completa de 10 cm, apresentação em plano +3 de De Lee e puxos definem o segundo período do parto, o período expulsivo, e a sutura lambdoide subpúbica indica occipital voltado para a sínfise, isto é, variedade anterior, a mais favorável ao desprendimento. Nesse cenário, a assertiva correta é a que descreve o reconhecimento da distócia de ombro: se, após o desprendimento cefálico, a tração axial controlada da cabeça não libera o ombro anterior, o diagnóstico está feito e devem ser iniciadas as manobras de primeira linha — pedido de ajuda, manobra de McRoberts e pressão suprapúbica —, sem tração lateral forçada nem pressão no fundo uterino. A alternativa A erra duas vezes, ao classificar o quadro como primeiro período e ao recomendar puxo dirigido com Valsalva sustentada e tração manual da cabeça, práticas associadas a lesão do assoalho pélvico e a piora do padrão cardiotocográfico, hoje desaconselhadas. A alternativa B erra a variedade de posição, que é anterior e não posterior, e transforma sondagem vesical e episiotomia em rotina, o que as evidências não sustentam. A alternativa D descreve mal o manejo ativo do terceiro período: a ocitocina são 10 UI intramusculares em dose única, e não uma dose em cada nádega, e a tração controlada do cordão exige contração suprapúbica sobre o útero (Brandt-Andrews); massagem no fundo simultânea à tração favorece inversão uterina. Resposta C

QUESTÃO 29 — Gabarito B

Múltipara de 30 anos, G2C1, com 28 semanas de gestação, solicitou ao pré-natalista que fosse realizada a ligadura tubária durante o parto. Em casos como esse, como o médico deve proceder?

- A. Solicitar que a paciente e o marido assinem um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e realizar a ligadura tubária imediatamente após o parto.
- B. Explicar à paciente a eficácia dos métodos reversíveis, registrar sua demanda com, pelo menos, 60 dias de antecedência ao parto e solicitar que ela assine um TCLE. ✓**
- C. Aceitar a demanda da paciente e marcar a cesariana após completadas 39 semanas de gestação.
- D. Explicar à paciente que a esterilização por ligadura tubária é proibida durante o parto ou durante a cesariana.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é de legislação aplicada ao planejamento reprodutivo, regida pela Lei 9.263/1996 com a redação dada pela Lei 14.443/2022. Os requisitos para a esterilização voluntária são: capacidade civil plena e idade mínima de 21 anos ou pelo menos dois filhos vivos; manifestação expressa da vontade em documento escrito e firmado, após aconselhamento por equipe multidisciplinar sobre riscos cirúrgicos, efeitos colaterais, dificuldade de reversão e alternativas contraceptivas reversíveis; e prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico. A paciente tem 30 anos e preenche o critério etário, de modo que a conduta correta é informá-la sobre a eficácia dos métodos reversíveis, registrar formalmente a demanda com pelo menos 60 dias de antecedência em relação ao parto e colher o termo de consentimento livre e esclarecido. A alternativa A erra em dois pontos: a exigência de consentimento do cônjuge foi expressamente revogada pela Lei 14.443/2022, e não se opera sem cumprir o prazo de reflexão. A alternativa C dispensa aconselhamento e prazo e ainda indica cesariana sem indicação obstétrica, apenas para viabilizar a laqueadura. A alternativa D repete a regra antiga: desde 2022 a esterilização durante o parto ou a cesariana passou a ser permitida, desde que respeitados os requisitos legais. Resposta B

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Primigesta de 16 anos foi atendida em consulta pré-natal de gestação com evolução normal. Que orientação, dentre as abaixo, deve ser dada à paciente em relação à prevenção de uma nova gestação logo após a atual?

- A. Dar preferência a métodos reversíveis de longa ação, como dispositivo intrauterino e implante, que podem ser inseridos imediatamente após o parto. ✓**
- B. Dar preferência a uso de anticoncepcional oral combinado.
- C. Dar preferência a uso da minipílula.
- D. É desnecessário abordar o tema neste momento, pois essa orientação será mais eficiente durante a internação e o puerpério.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é a prevenção de gestação subsequente na adolescência, situação de alto risco de repetição e com forte impacto sobre escolaridade e desfechos perinatais, razão pela qual a orientação contraceptiva deve começar ainda no pré-natal e não ser adiada. Os métodos reversíveis de longa ação — DIU de cobre, sistema intrauterino de levonorgestrel e implante de etonogestrel — são a escolha preferencial porque têm taxa de falha inferior a 1%, independem da adesão diária da usuária, são categoria 1 da OMS para adolescentes e nuligestas e podem ser inseridos no pós-parto imediato: o DIU no pós-placentário ou até 48 horas, e o implante antes da alta, aproveitando o único momento em que se tem certeza de que a paciente não está grávida e ela está dentro do serviço. A alternativa B propõe o combinado oral, que depende de adesão diária, tem falha típica em torno de 7 a 9% e ainda é categoria 4 ou 3 nas primeiras semanas do puerpério em lactante, pelo risco tromboembólico e pelo efeito sobre a lactação. A alternativa C oferece a minipílula, segura na amamentação, mas dependente de uso rigoroso no mesmo horário e com falha bem maior que a dos LARC, portanto não é a preferencial. A alternativa D contraria a boa prática: adiar a conversa para a internação desperdiça a janela do pré-natal, quando há tempo para uma decisão informada. Resposta A

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Menina de 4 anos foi trazida à consulta por apresentar desenvolvimento de mamas e pelos pubianos, quadro iniciado há 3 meses segundo familiares. Ao exame físico, foram constatados mamas e pelos no estágio 3 de Tanner. Exames laboratoriais e funcionais levaram ao diagnóstico de puberdade precoce dependente de gonadotrofinas. Assinale a assertiva correta com base no diagnóstico.

- A. Deve ser iniciado imediatamente tratamento com agonistas do GnRH e hormônio do crescimento.
- B. É necessário realizar ultrassonografia pélvica para excluir tumor ou cisto ovariano.
- C. É necessário realizar ressonância magnética de crânio para investigar a possibilidade de tumor. ✓**
- D. É possível uma abordagem conservadora, observando a evolução da puberdade nos próximos meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Telarca e pubarca antes dos 8 anos em menina, com progressão rápida a ponto de atingir estágio 3 de Tanner em apenas 3 meses, e com confirmação laboratorial de ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada, configuram puberdade precoce central, isto é, dependente de gonadotrofinas. A regra que a questão cobra é a da investigação etiológica: quanto mais precoce o início, maior a chance de lesão orgânica do sistema nervoso central, e abaixo dos 6 anos essa probabilidade é alta o bastante para tornar a ressonância magnética de crânio obrigatória antes de rotular o caso como idiopático, procurando hamartoma hipotalâmico, glioma de vias ópticas, astrocitoma, hidrocefalia ou sequela de radioterapia. A alternativa A erra porque o análogo de GnRH só entra depois de definida a etiologia, e o hormônio do crescimento não faz parte do tratamento da puberdade precoce central. A alternativa B investiga o eixo errado: tumor e cisto ovariano produzem esteroides sexuais de forma autônoma e causam puberdade precoce PERIFÉRICA, gonadotrofina-independente, hipótese já afastada pelo próprio diagnóstico dado no enunciado. A alternativa D é insegura, porque a progressão rápida ameaça a estatura final pelo fechamento epifisário precoce e porque a conduta expectante pode retardar o diagnóstico de um tumor. Resposta C

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Paciente de 40 anos, G1P1, veio ao Posto de Saúde para realizar exame citopatológico (CP) de colo de útero. O exame não era realizado há 4 anos. Negou diagnóstico prévio de HPV e informou não ter feito a vacina. Qual a conduta mais adequada com base no exame especular reproduzido abaixo?

- A. Fazer a drenagem da lesão e coletar o CP em outro dia.
- B. Coletar o CP e um raspado da lesão.
- C. Coletar o CP e biopsiar a lesão.

D. Coletar o CP apenas. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso cobra duas coisas ao mesmo tempo: a indicação do rastreamento citopatológico e a leitura do que exige, ou não, intervenção no colo. No rastreio brasileiro, mulheres de 25 a 64 anos já sexualmente ativas coletam o citopatológico a cada 3 anos, após dois exames anuais consecutivos normais; a paciente tem 40 anos e está há 4 anos sem coletar, de modo que a coleta está claramente indicada nesta consulta. O gabarito oficial define que o achado do exame especular corresponde a alteração cervical de aspecto benigno, sem sinais de suspeição, e nesse contexto a conduta se esgota em coletar o citopatológico, sem qualquer procedimento adicional. A alternativa A propõe drenagem, que não tem indicação terapêutica nem diagnóstica e ainda adiará por semanas um rastreio já atrasado, aumentando o risco de perda de seguimento. A alternativa B acrescenta raspado da lesão, procedimento que não integra o protocolo de rastreio e que pode contaminar a amostra com sangue e material inflamatório, prejudicando a leitura citológica. A alternativa C indica biópsia, reservada à lesão com aspecto suspeito de neoplasia — vegetação, ulceração, friabilidade com sangramento ao toque, vasos atípicos — e idealmente dirigida por colposcopia após citologia alterada; não se inverte a ordem rastreio-diagnóstico diante de achado benigno. Resposta D

QUESTÃO 33 — Gabarito B

Paciente de 17 anos, com vida sexual ativa, refe-riu, na consulta, que seus ciclos menstruais varia-vam de 25-34 dias, com 4 dias de sangramento, acompanhado de dismenorreia. Foi realizado exa-me especular no 19o dia do ciclo (imagem abaixo). Com base nesse exame, o que se esperaria en-contrar ao exame ultrassonográfico do endométrio e do ovário?

A. Endométrio fino e ovários com vários folículos antrais bilateralmente, não > 0,9 cm

B. Endométrio trilaminar de 1,0 cm e folículo de aproximadamente 1,8 cm de diâmetro em um dos anexos ✓

C. Endométrio homogêneo de 1,3 cm e cisto com conteúdo hemorrágico de 2,0 cm de diâmetro em um dos ovários

D. Endométrio fino e folículo de aproximadamen-te 1,8 cm de diâmetro em um dos ovários

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a correlação entre a fase do ciclo, o achado do exame especular e o que se esperaria ver ao ultrassom. Como a fase lútea é relativamente fixa em torno de 14 dias, em ciclos que variam de 25 a 34 dias a ovulação ocorre entre o 11º e o 20º dia; o 19º dia, portanto, situa a paciente na janela periovulatória de um ciclo longo, momento de pico do estradiol produzido pelo folículo dominante. Essa impregnação estrogênica se traduz, ao ultrassom, em endométrio proliferativo com padrão trilaminar de cerca de 8 a 11 mm e em folículo dominante de aproximadamente 18 a 24 mm em um dos anexos, prestes a romper — exatamente o que descreve a alternativa B. A alternativa A retrata a fase folicular inicial, logo após a menstruação: endométrio fino e vários folículos antrais de 2 a 9 mm, ainda sem dominância. A alternativa C descreve a fase lútea, já depois da ovulação: endométrio secretor espessado e homogêneo e corpo lúteo com conteúdo hemorrágico. A alternativa D é internamente incoerente, porque um folículo de 18 mm implica estradiol alto e endométrio proliferado; endométrio fino não convive com esse grau de estímulo estrogênico. Resposta B

QUESTÃO 34 — Gabarito D

Assinale a assertiva correta sobre a contracepção.

A. Durante o puerpério e a amamentação, a con-tracepção de emergência (1,5 mg de levonor-gestrel, em dose única, usado em caso de falha da contracepção usual) está contraindi-cada, mesmo para pacientes sem comorbida-des.

- B. Os contraceptivos orais contendo apenas pro- gestágenos não inibem a ovulação e apre- sentam efeitos sobre o muco cervical e a re- ceptividade do endométrio.
- C. Anticoncepção hormonal combinada está con- traindicada para pacientes com enxaqueca com aura, de qualquer idade, sendo os méto- dos não hormonais e o anel vaginal alternati- vas recomendadas para esses casos.
- D. Quando uma usuária de DIU de cobre é diag- nosticada com doença inflamatória pélvica (DIP), deve-se tratar a DIP com antibióticos apropriados, não havendo necessidade de re- mover o DIU se a paciente deseja continuar com seu uso. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A assertiva correta reproduz a recomendação da OMS e do Ministério da Saúde para doença inflamatória pélvica em usuária de DIU: institui-se o esquema antibiótico adequado e mantém-se o dispositivo, com reavaliação clínica em 48 a 72 horas; a retirada não acelera a melhora nem altera o desfecho, e só se impõe se não houver resposta ao tratamento ou se a paciente desejar removê-lo. A alternativa A é falsa porque o levonorgestrel 1,5 mg em dose única é categoria 1 na lactação e no puerpério, sem restrição para mulheres sem comorbidades; a contracepção de emergência praticamente não tem contraindicação absoluta. A alternativa B generaliza indevidamente: o desogestrel 75 mcg, o progestagênio isolado mais usado hoje, inibe a ovulação na grande maioria dos ciclos, sendo esse justamente seu mecanismo principal; apenas as minipílulas clássicas de noretisterona ou levonorgestrel agem predominantemente sobre muco cervical e receptividade endometrial. A alternativa C acerta a contraindicação, pois enxaqueca com aura é categoria 4 da OMS para qualquer combinado, em qualquer idade, pelo risco de acidente vascular cerebral isquêmico, mas erra ao oferecer o anel vaginal como alternativa: o anel contém etinilestradiol, é método combinado e cai na mesma proibição. Resposta D

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre a sífilis.

- A. O rastreamento em profissionais do sexo e em pessoas que fazem uso abusivo de álcool e drogas é anual, conforme recomendação do Ministério da Saúde.
- B. A sífilis secundária manifesta-se com man- chas no corpo não infectantes que desapare- cem espontaneamente.
- C. O tratamento da sífilis recente deve ser reali- zado com penicilina benzatina 2,4 milhões UI, por via intramuscular, em dose única. ✓**
- D. Treponema pallidum não circula pelo sistema nervoso central antes de 1 ano. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 9

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra estadiamento, transmissibilidade, tratamento e história natural da sífilis. O tratamento da sífilis recente, que engloba as formas primária, secundária e latente recente com até um ano de evolução, é penicilina benzatina 2,4 milhões UI por via intramuscular em dose única, aplicada como 1,2 milhão em cada glúteo; nas formas tardia e latente de duração indeterminada, o esquema passa a três doses semanais, totalizando 7,2 milhões UI. A alternativa A erra a periodicidade: em populações-chave e mais expostas — profissionais do sexo, homens que fazem sexo com homens, usuários de PrEP e pessoas com uso abusivo de álcool e outras drogas —, o rastreamento recomendado pelo Ministério da Saúde é semestral, e não anual. A alternativa B erra na transmissibilidade: as lesões do secundarismo (roséola, sífilides papulosas, condiloma plano, placas mucosas) são riquíssimas em treponemas e altamente infectantes, ainda que regridam espontaneamente em semanas, o que gera a falsa sensação de cura. A alternativa D contraria a história natural: o treponema dissemina-se por via hematogênica e linfática já nas primeiras semanas e pode invadir o sistema nervoso central precocemente, razão pela qual neurosífilis meníngea e sífilis ocular ou otológica ocorrem na fase recente. Resposta C

QUESTÃO 36 — Gabarito D

Nulípara de 32 anos (menarca aos 12 anos), com ciclos menstruais regulares, veio à consulta por quadro de dismenorreia e dor pélvica crônica. Fazia uso de pílula anticoncepcional de forma errática, apresentando melhora dos sintomas nestes períodos. Sem queixas urinárias ou intestinais, informou manter dieta equilibrada e fazer exercícios físicos (3 vezes/semana). O exame físico não revelou anormalidades. Trouxe ultrassonografia pélvica transvaginal, mostrando um cisto folicular de 15 mm. A conduta inicial é prescrever

- A. anti-inflamatório não esteroidal de forma cíclica.
- B. estrógeno contínuo.
- C. progesterona cíclica.

D. progesterona contínua. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dismenorreia associada a dor pélvica crônica em nulípara, com melhora clara nos períodos de uso da pílula e piora quando ela é interrompida, exame físico normal e ultrassonografia sem achados relevantes — cisto folicular de 15 mm é ovário funcionante, não doença —, é a apresentação clássica da endometriose. O ponto pedagógico é que o diagnóstico é clínico e não depende de laparoscopia nem de imagem alterada para se iniciar tratamento: exame de imagem normal não exclui doença peritoneal superficial. O alvo terapêutico é suprimir o estímulo estrogênico cíclico e induzir decidualização e atrofia dos implantes, e a primeira linha é o progestagênio contínuo — dienogeste 2 mg ao dia, desogestrel ou sistema intrauterino de levonorgestrel —, que ainda induz amenorreia e alivia a dismenorreia. A alternativa A oferece anti-inflamatório cíclico, analgesia coadjuvante útil nas crises, mas que não modifica a doença nem previne sua progressão. A alternativa B propõe estrogênio contínuo, que faz o oposto do desejado ao alimentar o tecido endometrial ectópico. A alternativa C mantém o esquema cíclico, isto é, mantém o sangramento menstrual e o intervalo sem hormônio, justamente o período em que a paciente volta a sentir dor. Resposta D

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Paciente feminina, de 55 anos, veio à consulta queixando-se de perda involuntária de urina associada à urgência, além de noctúria. Negou perda aos esforços. Qual dos exames abaixo deve ser solicitado para firmar o diagnóstico?

- A. Urocultura ✓**
- B. Ultrassonografia abdominal
- C. Avaliação urodinâmica
- D. Teste de Valsalva

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descrito é de incontinência urinária de urgência: perda involuntária precedida de urgência miccional, com noctúria e sem perda aos esforços, ou seja, o fenótipo clínico da bexiga hiperativa. O diagnóstico da bexiga hiperativa é sintomático e feito por exclusão, e a avaliação mínima preconizada pelas diretrizes antes de rotular a paciente é anamnese, exame físico com avaliação do assoalho pélvico, diário miccional, exame comum de urina com urocultura e medida do resíduo pós-miccional. A urocultura é o exame que afasta a causa secundária mais prevalente e mais facilmente reversível de urgência e noctúria, a infecção do trato urinário, cujo tratamento pode resolver o sintoma sem qualquer terapia específica. A ultrassonografia abdominal não diferencia os tipos de incontinência e só é útil para avaliar trato urinário alto ou estimar resíduo em situações selecionadas. A avaliação urodinâmica não é exame de primeira linha nesse cenário: fica reservada a falha do tratamento conservador, incontinência mista ou de difícil caracterização e planejamento pré-operatório de cirurgia antiincontinência. O teste de Valsalva investiga perda aos esforços, exatamente o que a paciente nega, e portanto não acrescenta ao diagnóstico. Registre-se que o ponto é discutível, pois a urocultura exclui diferencial e não documenta a hiperatividade detrusora, papel que caberia à urodinâmica; a banca privilegiou a sequência de investigação inicial obrigatória antes de firmar o diagnóstico. Resposta A

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre o câncer pélvico ginecológico.

- A. O rastreamento do carcinoma de endométrio está indicado para mulheres assintomáticas dos 45-65 anos, sendo realizado através da medida da espessura endometrial à ultrassonografia transvaginal.
- B. Pacientes pré-menopáusicas com sangramento abundante ou irregular e pacientes pós-menopáusicas assintomáticas com células endometriais ao exame citopatológico de colo uterino têm indicação de biópsia endometrial. ✓**
- C. O tipo histológico mais frequente do carcinoma de ovário é o seroso de baixo grau, que tem origem em lesões intraepiteliais nas fímbrias das trompas uterinas.
- D. As mutações em BRCA1 e BRCA2 estão associadas a risco de carcinoma de ovário; a mutação em BRCA2 confere maior risco ao ovário do que a em BRCA1.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os pilares do rastreamento e da propedêutica dos cânceres pélvicos ginecológicos. A biópsia endometrial, seja por aspiração ambulatorial ou histeroscopia, está indicada diante de sangramento uterino anormal abundante ou irregular na pré-menopausa em mulheres de risco e, na pós-menopausa, mesmo em assintomáticas, quando o exame citopatológico de colo revela células endometriais, achado que fora do contexto menstrual é marcador de patologia endometrial e obriga investigação histológica, já que a citologia de colo não foi desenhada para rastrear endométrio. Não existe rastreamento populacional de carcinoma de endométrio em mulheres assintomáticas por medida da espessura endometrial, pois o exame tem baixo valor preditivo positivo fora do contexto de sangramento e geraria excesso de biópsias; o rastreamento só se cogita em síndrome de Lynch. O tipo histológico mais frequente do carcinoma de ovário é o seroso de ALTO grau, e é justamente ele que se origina das lesões intraepiteliais serosas nas fímbrias tubárias, enquanto o seroso de baixo grau é raro e tem outra via de carcinogênese. Quanto às mutações germinativas, ambas aumentam o risco ovariano, mas o risco cumulativo do BRCA1 é bem maior, da ordem de 40 a 45 por cento, contra 15 a 20 por cento do BRCA2, ou seja, a assertiva inverte a hierarquia. Resposta B

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Paciente feminina, de 23 anos, veio à Emergência na manhã de hoje em busca de orientação considerando o ocorrido há 2 dias. Relatou ter ido a uma festa com amigas, mas não recordava o que havia acontecido, a não ser que acordara, na manhã seguinte, sem roupas ao lado de um homem desconhecido. Assustada, foi embora para casa, onde se manteve escondida e em profundo sofrimento, sem compartilhar com ninguém a situação. Em relação ao caso, assinale a assertiva correta sobre o atendimento a ser prestado pela equipe multidisciplinar na Emergência.

- A. A equipe assistencial acolhe a paciente e a orienta a procurar inicialmente a delegacia para fazer o boletim de ocorrência policial e submeter-se ao exame físico no Departamento Médico Legal, tendo em vista que ela não se lembra do que ocorreu. Na sequência, deve retornar ao hospital para receber novas orientações e realizar exames.
- B. O médico assistente acolhe a paciente, solicita exames e prescreve o esquema de profilaxia para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) não virais, bem como fornece anticoncepção de emergência para uso imediato, mas informa que não há mais indicação para uso de antirretrovirais, pois já se passaram mais de 48 horas do ato de violência. Além disso, solicita a avaliação do Serviço de Psiquiatria e do Serviço Social conforme plano de atendimento multidisciplinar a pacientes vítimas de violência.
- C. O médico assistente acolhe a paciente, solicita exames e prescreve o esquema de profilaxia para as ISTs não virais e a anticoncepção de emergência e inicia a profilaxia para HIV, que deve ser utilizada por 28 dias ininterruptamente. Além disso, solicita avaliação do Serviço de Psiquiatria e do Serviço Social conforme plano de atendimento multidisciplinar a pacientes vítimas de violência. ✓**
- D. O médico assistente faz a solicitação de exames e prescreve todas as medicações do protocolo hospitalar para pacientes vítimas de violência sexual, bem como solicita avaliação do Serviço de Psiquiatria e do Serviço Social. Na alta, orienta a paciente sobre a importância do uso de preservativo por 6 meses e uso regular das medicações prescritas e agenda retorno ambulatorial. A notificação através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação pode ou não ser realizada, de acordo com o desejo da paciente. 10 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de violência sexual com amnésia do episódio, quadro compatível com submissão química, ocorrida há cerca de 48 horas. O atendimento segue o protocolo do Ministério da Saúde para pessoas em situação de violência sexual, que é multiprofissional, imediato e independe de boletim de ocorrência ou de exame no Instituto Médico Legal. Dentro de 72 horas há indicação de profilaxia pós-exposição para HIV, esquema preferencial com tenofovir, lamivudina e dolutegravir, mantido por 28 dias ininterruptos, associado à profilaxia das IST não virais com penicilina benzatina, ceftriaxona, metronidazol e azitromicina, além da anticoncepção de emergência com levonorgestrel, ainda eficaz até cinco dias do ato. A avaliação da psiquiatria e do serviço social integra o plano de cuidado, dado o sofrimento psíquico e o risco social. A primeira alternativa erra ao condicionar o cuidado à ida prévia à delegacia, o que é ilegal e ainda faz a paciente perder a janela profilática. A segunda erra ao afirmar que 48 horas ultrapassam o prazo dos antirretrovirais, pois a janela é de 72 horas, com maior benefício quanto mais precoce. A última erra ao tornar facultativa a notificação, já que a violência sexual é de notificação compulsória e imediata no SINAN, obrigação sanitária que não depende da vontade da vítima nem substitui o sigilo do atendimento. Resposta C

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Paciente feminina, de 45 anos, com diabetes melito tipo 2, submetida a colecistectomia laparoscópica há 10 dias, retornou ao Ambulatório referindo dor constante no local da incisão, vermelhidão e calor ao redor da ferida operatória. Ao exame, apresentava febre de 38,5°C, secreção purulenta no sítio cirúrgico, endurecimento e sinais inflamatórios ao redor da incisão. Hemograma evidenciou leucocitose com desvio à esquerda. Qual a conduta mais adequada?

- A. Orientar a higienização adequada da ferida operatória e observar por mais 48 horas antes de se adotar qualquer outra conduta.

B. Realizar drenagem da ferida operatória e iniciar antibioticoterapia empírica. ✓

- C. Indicar antipiréticos e analgesia, sem necessidade de iniciar antibioticoterapia, pois pode ser uma reação inflamatória local.
- D. Solicitar ultrassonografia para investigar abscesso intracavitário, sem necessidade de iniciar antibioticoterapia empírica até o resultado do exame.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de infecção de sítio cirúrgico incisional após colecistectomia laparoscópica em paciente diabética, com o quadro completo no décimo dia de pós-operatório: dor, hiperemia, calor, endurecimento, secreção purulenta, febre de 38,5 graus e leucocitose com desvio à esquerda. O princípio que governa a conduta é o de qualquer coleção purulenta, ou seja, controle do foco: abertura e drenagem da ferida, com desbridamento do tecido desvitalizado e curativos, associada a antibioticoterapia empírica com cobertura para cocos gram positivos de pele, ajustada depois pela cultura da secreção, já que há sinais sistêmicos e comorbidade que aumenta o risco de progressão para celulite extensa ou fascíte. Apenas orientar higiene e observar por 48 horas retarda o controle do foco em paciente febril e diabética, permitindo disseminação. Antipirético e analgesia sem antibiótico ignoram que secreção purulenta com febre e leucocitose não é reação inflamatória asséptica, e sim infecção estabelecida. Solicitar ultrassonografia e aguardar o resultado antes de qualquer antibiótico inverte a prioridade: a imagem tem papel apenas complementar, para pesquisar coleção intracavitária ou biloma quando o quadro não melhora, e jamais deve postergar drenagem e antimicrobiano em infecção incisional evidente ao exame físico. Resposta B

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Paciente masculino, de 45 anos, foi trazido à Emergência após ter sido exposto ao fogo direto no local de trabalho por aproximadamente 25 segundos. À admissão, apresentava queimaduras visíveis em cerca de 30% da superfície corporal, predominantemente em braços, tórax e face, frequência cardíaca de 126 bpm, pressão arterial de 95/55 mmHg, frequência respiratória de 28 rpm e saturação de oxigênio de 89%. As vias aéreas estavam comprometidas, com sinais de inalação de fumaça. Foi imediatamente entubado para proteção das vias aéreas. Qual das intervenções abaixo é a prioritária para o manejo inicial?

- A. Administração imediata de antibióticos intravenosos para prevenir infecção.
- B. Imediato desbridamento das áreas queimadas para reduzir a carga de tecido necrótico.
- C. Infusão intravenosa agressiva de líquidos para tratar o choque hipovolêmico. ✓**
- D. Transferência imediata para a Unidade de Queimados, sem intervenções iniciais.

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente é um grande queimado com cerca de 30 por cento de superfície corporal queimada, lesão inalatória confirmada pela exposição em ambiente fechado e pela dessaturação, já com via aérea definitiva estabelecida. Resolvido o A e o B do atendimento inicial, a prioridade passa a ser o C: taquicardia de 126 e pressão de 95 por 55 traduzem hipovolemia pela perda maciça de plasma para o interstício, e a reposição volêmica precoce e vigorosa com cristalóide aquecido, guiada por fórmula do tipo Parkland e titulada pelo débito urinário de 0,5 mL por quilo por hora no adulto, é o que reduz mortalidade e previne insuficiência renal aguda. Antibiótico intravenoso profilático sistêmico não está indicado no grande queimado, pois não previne infecção e seleciona germes resistentes; a antibioticoterapia é reservada para infecção estabelecida. Desbridamento imediato das áreas queimadas não é conduta da fase de ressuscitação, é procedimento eletivo ou precoce feito após estabilização hemodinâmica, e antecipá-lo em paciente hipotenso agrava sangramento e hipotermia. Transferir para a unidade de queimados sem intervenção inicial contraria a lógica do atendimento ao trauma: a estabilização, sobretudo a reposição volêmica e a proteção da via aérea, precede e acompanha o transporte. Resposta C

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Paciente masculino, de 52 anos, em acompanhamento ambulatorial devido a uma insuficiência renal crônica avançada, foi incluído na lista de espera para transplante renal há 18 meses após passar por várias avaliações e tratamentos. Em razão da ampla publicidade do duplo transplante de um apresentador de televisão, ele expressou, durante a consulta, sua preocupação sobre a transparência e justiça do sistema de alocação dos órgãos no Brasil, questionando como os critérios de prioridade eram determinados e se seu tempo de espera era considerado justo em comparação com o de outros pacientes na lista. De acordo com a legislação brasileira, que critério, dentre os abaixo, é considerado o mais importante na priorização dos pacientes na lista de espera para transplante renal?

- A. A idade do paciente
- B. A compatibilidade imunológica entre doador e receptor ✓**
- C. A ordem de entrada na lista de espera
- D. A gravidade de sintomas

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata dos critérios legais de alocação de rins no Brasil, regidos pela Lei 9.434 de 1997, pelo Decreto 9.175 de 2017 e pelas normas do Sistema Nacional de Transplantes, que organizam uma lista única, pública e auditável por estado. Diferentemente do que o senso comum sugere, a lista renal não é uma fila cronológica simples: o receptor é selecionado por um algoritmo em que pesam, antes de tudo, a compatibilidade imunológica entre doador e receptor, isto é, identidade ABO obrigatória, número de compatibilidades HLA, prova cruzada negativa e painel de reatividade contra antígenos, justamente porque a compatibilidade é o fator que mais determina sobrevida do enxerto e risco de rejeição. A idade isolada não define prioridade; ela entra apenas como pontuação adicional em situações específicas, como receptor e doador pediátricos. A ordem de entrada na lista existe e conta pontos, mas funciona como critério de desempate dentro do grupo de compatíveis, não como critério principal. A gravidade dos sintomas orienta a alocação de outros órgãos, como o fígado pelo MELD, mas no rim ela não prioriza, até porque a diálise sustenta o paciente; no rim, apenas situações como impossibilidade de acesso para diálise geram priorização formal. Resposta B

QUESTÃO 44 — Gabarito D

Paciente feminina, de 35 anos, com diagnóstico de diabetes melito tipo 1 desde os 15 anos, foi internada por cetoacidose. Em seu histórico, constavam episódios depressivos recorrentes, transtorno por uso de álcool moderado dos 22 aos 28 anos e mãe com transtorno por uso de benzodiazepínicos. Passou a queixar-se de dor crônica em queimadura nos membros inferiores com padrão de polineuropatia, tendo solicitado medicação analgésica. Já havia utilizado morfina injetável em outras internações para alívio de suas dores. Em relação à prescrição de morfina injetável para a paciente, assinale a assertiva correta.

- A. Está indicada morfina injetável se necessário, pois já se demonstrou que houve alívio das dores da paciente.
- B. O tratamento pode ser realizado com morfina injetável de forma fixa para a dor crônica não oncológica.
- C. A paciente não deve receber prescrição de opioides mesmo que apresente dor aguda, de forte intensidade, pelo alto risco de adição a opioides.
- D. Independentemente do risco de adição a opioides, considerando o quadro clínico atual não há indicação de uso de morfina injetável fixa ou se necessário. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente tem dor crônica não oncológica de padrão neuropático, polineuropatia dolorosa diabética, e reúne fatores de risco relevantes para transtorno por uso de opioides: depressão recorrente, transtorno prévio por uso de álcool e história familiar de dependência de benzodiazepínicos. O tratamento de primeira linha da dor neuropática são os fármacos moduladores, duloxetina, amitriptilina, gabapentina ou pregabalina, associados a otimização do controle glicêmico e a abordagem não farmacológica; opioides, e sobretudo morfina injetável, não têm papel nesse cenário, porque não melhoram desfecho funcional a longo prazo, geram tolerância, hiperalgesia e dependência, e a via injetável ainda reforça o comportamento de busca pelo alívio rápido e pelo reforço positivo da administração. A primeira alternativa confunde alívio imediato com indicação terapêutica, exatamente o raciocínio que perpetua a prescrição inadequada. A segunda erra ao propor morfina injetável em esquema fixo para dor crônica não oncológica, conduta contraindicada pelas diretrizes atuais. A terceira erra pelo excesso oposto: negar opioide a essa paciente mesmo diante de dor aguda intensa, por exemplo pós-operatória, seria subtratamento, pois história de transtorno por uso de substância exige cautela, monitorização e plano de desmame, não proibição absoluta. Resposta D

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre a ultrassonografia à beira-leito na avaliação do paciente com trauma contuso toracoabdominal.

A. Apresenta resultado falso negativo em lesões retroperitoneais isoladas. ✓

B. É considerada positiva para sangramento quando a imagem hiperecogênica é identificada em, pelo menos, 2 janelas do exame.

C. É superior à tomografia abdominal com contraste na identificação do foco de sangramento abdominal.

D. Permite identificar hemoperitônio, hemotórax e hemopericárdio, mas não define a presença de pneumotórax.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra as limitações do FAST no trauma contuso toracoabdominal. O exame detecta líquido livre nas janelas hepatorrenal, esplenorrenal, pélvica e pericárdica, ou seja, avalia bem a cavidade peritoneal e o pericárdio, mas é cego para o retroperitônio: lesões isoladas de rim, pâncreas, duodeno, grandes vasos retroperitoneais e hematoma retroperitoneal por fratura pélvica costumam cursar com FAST negativo, o clássico falso negativo do método, o que obriga a manter tomografia no paciente estável com mecanismo compatível. A imagem de sangue livre é hipocogênica ou anecoica, não hiperecogênica, e o exame é considerado positivo com líquido em uma única janela, não sendo exigidas duas. A tomografia com contraste é claramente superior ao ultrassom para identificar a fonte do sangramento, graduar lesões de órgão sólido e demonstrar extravasamento ativo de contraste; o FAST é rápido, repetível e feito à beira do leito, mas serve para triagem, sobretudo no instável. Por fim, o eFAST, com janelas torácicas anteriores, identifica pneumotórax pela ausência de deslizamento pleural, com sensibilidade superior à do raio X de tórax em decúbito, de modo que dizer que o método não define pneumotórax está desatualizado. Resposta A

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Paciente feminina, de 58 anos, com história de hipertensão arterial sistêmica de longa data e insuficiência renal crônica em hemodiálise, veio à consulta por edema do membro inferior esquerdo com evolução de 6 dias. A avaliação complementar com eco-Doppler colorido venoso confirmou a suspeita de trombose venosa profunda proximal. Assinale a assertiva correta sobre a opção terapêutica adequada para a paciente.

A. Implante de filtro de veia cava inferior deve ser priorizado pelo risco aumentado de sangramento associado a anticoagulação sistêmica.

B. Apixabana em dose usual por, pelo menos, 6 meses é o fármaco preferencial para a anticoagulação.

C. Heparina de baixo peso molecular é o fármaco mais custo-efetivo para o tratamento ambulatorial.

D. Na utilização de rivaroxabana, não é necessário o ajuste do INR entre 2-3. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 11 ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O caso é de trombose venosa profunda proximal em paciente com doença renal crônica dialítica, cenário que muda a escolha do anticoagulante. A assertiva correta é a que afirma um fato farmacológico dos anticoagulantes orais diretos: a rivaroxabana, por inibir diretamente o fator Xa, tem efeito previsível e dose fixa, dispensando a monitorização do INR entre 2 e 3, controle que é exigido pela varfarina, antagonista da vitamina K, cuja resposta varia com dieta, interações e genética. Vale explicitar o contexto clínico: em paciente em hemodiálise os anticoagulantes orais diretos têm eliminação alterada e evidência frágil, de modo que a estratégia habitual continua sendo heparina seguida de varfarina com INR alvo, o que não invalida a assertiva, que é uma afirmação correta sobre a classe. O filtro de veia cava não é terapia primária e só se justifica quando há contraindicação absoluta à anticoagulação ou falha terapêutica, com risco de trombose do próprio filtro. Afirmar a apixabana em dose usual como fármaco preferencial ignora justamente a insuficiência renal dialítica dessa paciente. E a heparina de baixo peso molecular acumula na doença renal avançada, exigindo ajuste ou monitorização de anti Xa, o que a torna opção pouco segura e nada custo efetiva para tratamento ambulatorial prolongado nesse perfil. Resposta D

QUESTÃO 47 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre a isquemia mesentérica crônica.

- A. Na maioria dos casos, há importante alteração da absorção intestinal.
- B. A causa mais comum são embolias de repetição em pacientes com fibrilação atrial.
- C. Caracteriza-se por dor abdominal pós-prandial (cerca de 15-20 minutos). ✓**
- D. A artéria mesentérica inferior é a mais comumente acometida.

COMENTÁRIO OSCELABS

A isquemia mesentérica crônica, também chamada angina intestinal ou angina abdominal, decorre da incapacidade de aumentar o fluxo esplâncnico na fase digestiva, quando a demanda metabólica do intestino sobe. Daí o sintoma cardinal: dor abdominal pós-prandial, tipicamente iniciada cerca de 15 a 30 minutos após a refeição e durando uma a duas horas, proporcional ao volume ingerido, que leva o paciente a comer menos por medo de doer, a sitofobia, com emagrecimento progressivo. A perda de peso, portanto, é consequência da redução voluntária da ingesta e não de má absorção, que só aparece em casos avançados e não caracteriza a maioria. A causa mais comum é a aterosclerose dos ostios das artérias viscerais, em paciente com fatores de risco cardiovascular e doença arterial difusa; a embolia em portador de fibrilação atrial é a etiologia clássica da isquemia mesentérica AGUDA, de instalação súbita e dor desproporcional ao exame. Quanto ao território, a artéria mais comumente acometida e a mais relevante hemodinamicamente é a mesentérica superior, junto com o tronco celíaco, e em geral são necessárias estenoses significativas em dois dos três troncos para gerar sintomas, dada a rica circulação colateral; a mesentérica inferior é a menos determinante do quadro. Resposta C

QUESTÃO 48 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre o trauma vascular de extremidades.

- A. Em traumatismos penetrantes, o índice tornozelo-braço ou o índice de pressão arterial $\geq 0,9$ na ausência de sinais clínicos de lesão vascular é condição suficiente para alta hospitalar sem investigação com exames de imagem. ✓**
- B. No trauma contuso de alta energia, como luxação de joelho, o exame físico tem ótima sensibilidade e, portanto, não se recomenda avaliação com exames de imagem.

- C. Lesões arteriais na mão e no antebraço em pacientes hemodinamicamente estáveis, mesmo sem sangramento ativo e com perfusão distal compensada, devem ser tratadas cirurgicamente em menos de 6 horas.
- D. Angiografia por cateter é o exame padrão ouro para a investigação de traumatismo vascular dos membros.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da triagem do trauma vascular de extremidade, que se organiza em sinais duros, como sangramento pulsátil, hematoma expansivo, frêmito, sopro e ausência de pulso com isquemia, que levam direto à exploração cirúrgica, e sinais brandos, que exigem investigação complementar. Nos ferimentos penetrantes sem sinais clínicos de lesão vascular, o índice tornozelo braço ou índice de pressão arterial maior ou igual a 0,9 tem alto valor preditivo negativo, e a combinação de exame físico normal com índice normal é reconhecidamente suficiente para excluir lesão arterial cirurgicamente significativa, dispensando exame de imagem e permitindo a alta após período de observação. No trauma contuso de alta energia, sobretudo na luxação de joelho, o exame físico isolado não é confiável, pois lesão intimal da artéria poplítea pode cursar com pulso presente e evoluir com trombose tardia e amputação, de modo que a avaliação com índice e angiotomografia é recomendada. Lesões arteriais isoladas de mão e antebraço com perfusão distal compensada pela circulação colateral, em paciente estável e sem sangramento ativo, podem ser manejadas de forma conservadora, sem imposição de cirurgia em menos de 6 horas. E a angiografia por cateter deixou de ser o padrão inicial, substituída pela angiotomografia, rápida, disponível e menos invasiva, ficando o cateter para casos selecionados com intenção terapêutica endovascular. Resposta A

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Paciente feminina, de 40 anos, veio à consulta por ter sido identificado, durante avaliação clínica de rotina, nódulo de tireoide. Não apresentava história prévia de doença tireoidiana ou exposição à radiação. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. Cerca de 50% das mulheres apresentam nódulos de tireoide à ultrassonografia, a maioria com menos de 1,0 cm. ✓**
- B. Biópsia com agulha fina é a conduta inicial, seguida de dosagem do TSH.
- C. A terapia supressiva de TSH para nódulos benignos é recomendada, mesmo em populações não carentes de iodo.
- D. Um nódulo puramente cístico apresenta moderado risco de malignidade e deve ser submetido a biópsia com agulha fina se apresentar mais de 1,0 cm.

COMENTÁRIO OSCELABS

O achado é de nódulo tireoidiano incidental em mulher de 40 anos sem fatores de risco, e a questão cobra epidemiologia e a sequência propedêutica das diretrizes de tireoide. Nódulos tireoidianos são extremamente prevalentes: palpáveis em cerca de 5 por cento das mulheres, mas identificados à ultrassonografia de alta resolução em torno de 50 por cento delas, proporção que cresce com a idade, e a grande maioria mede menos de 1 centímetro e não tem relevância clínica, o que sustenta a assertiva correta e explica por que não se rastreia tireoide na população geral. A punção aspirativa por agulha fina não é a conduta inicial: primeiro se dosa o TSH e se faz a ultrassonografia com estratificação de risco, do tipo TI-RADS ou classificação da ATA, e só então se indica a punção conforme tamanho e padrão sonográfico; se o TSH estiver suprimido, cabe cintilografia, pois nódulo hiperfuncionante praticamente não é maligno e não se punciona. A terapia supressiva do TSH com levotiroxina para nódulos benignos foi abandonada em populações com suficiência de iodo, pelo benefício mínimo e pelo risco de fibrilação atrial e perda de massa óssea. E nódulo puramente cístico tem risco de malignidade essencialmente desprezível, sendo classificado como benigno e dispensando punção diagnóstica, que só se cogita com finalidade de esvaziamento sintomático. Resposta A

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Paciente masculino, de 58 anos, com cirrose por HCV, sem história de etilismo, realizou tomografia computadorizada de abdômen contrastada. No laudo, constava: Há 2 nódulos hepáticos, um no segmento III medindo 2,7 cm e outro no segmento VI medindo 2,3 cm, ambos com realce heterogêneo pelo contraste na fase arterial e diminuição do realce pelo contraste nas fases portal e tardia. Não há sinais de invasão vascular ou linfonomegalias intra-abdominais. Fígado de bordos rombos, ascite moderada, esplenomegalia (baço com 18 cm) e extensa circulação colateral porto-sistêmica. Tomografia computadorizada de tórax estava normal. Exames laboratoriais indicaram albumina de 2,2 g/dl (valor de referência - VR: 3,5-5,2 g/dl), INR de 1,6, bilirrubina total de 1,7 mg/dl (VR: 0,2-1,2 mg/dl) e alfafetoproteína de 87 ng/ml (VR: < 10 ng/ml). Considerando o quadro clínico, qual dos tratamentos abaixo está indicado?

- A. Hepatectomia não regradada de ambas as lesões
- B. Hepatectomia regradada do segmento III e do segmento VI do fígado
- C. Transplante hepático ✓**
- D. Tratamento sistêmico com sorafenibe apenas

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de carcinoma hepatocelular multifocal em fígado cirrótico: em paciente com cirrose por HCV, nódulos com realce arterial seguido de washout nas fases portal e tardia fecham o diagnóstico por critérios radiológicos (LI-RADS 5), sem necessidade de biópsia, e a alfafetoproteína de 87 ng/ml apenas reforça. A conduta depende de duas coisas somadas: carga tumoral e função hepática. São dois nódulos, ambos menores que 3 cm, sem invasão vascular, sem linfonomegalia e com tórax normal, portanto dentro dos critérios de Milão. Do outro lado, albumina de 2,2 g/dl, INR de 1,6, bilirrubina de 1,7 mg/dl e ascite moderada configuram Child-Pugh C, e a esplenomegalia de 18 cm com extensa circulação colateral denuncia hipertensão portal clinicamente significativa. Tumor dentro de Milão em fígado descompensado é a indicação clássica de transplante hepático, que trata simultaneamente o câncer e a cirrose de base. A hepatectomia não regradada (A) e a hepatectomia regradada de dois segmentos (B) erram pelo mesmo motivo: ressecção só se sustenta em Child A, sem hipertensão portal e com bilirrubina normal, pelo risco proibitivo de insuficiência hepática pós-operatória, além de deixar o fígado cirrótico e seu risco de novos tumores. O sorafenibe isolado (D) é tratamento sistêmico do estágio avançado (BCLC C), com invasão vascular, doença extra-hepática ou sintomas, o que não é o caso e representaria subtratamento de doença potencialmente curável. Resposta C

QUESTÃO 52 — Gabarito A

Paciente masculino, de 45 anos, consultou por apresentar uma lesão de pele na região dorsal do antebraço direito, que vinha crescendo lentamente nos últimos meses. Ao exame, a lesão era assimétrica, com mais de 6 mm de diâmetro, bordas irregulares e diversas cores. Qual o principal fator de risco para o desenvolvimento desse tipo de lesão cutânea?

- A. Exposição crônica ao sol sem proteção solar ✓**
- B. Histórico familiar de câncer de pele
- C. Consumo excessivo de alimentos ricos em gordura
- D. Tabagismo 12 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

A descrição corresponde ao melanoma cutâneo: a regra do ABCDE está integralmente contemplada na vinheta, com assimetria, bordas irregulares, várias cores, diâmetro maior que 6 mm e evolução com crescimento nos últimos meses. A pergunta cobra o principal fator de risco ambiental, e a resposta oficial aponta a exposição solar sem fotoproteção. A radiação ultravioleta é o carcinógeno estabelecido da pele: causa dano direto ao DNA dos melanócitos, e é o único fator de risco de peso que é modificável, razão pela qual a prevenção primária do melanoma se baseia em fotoproteção e em evitar câmaras de bronzeamento. O histórico familiar de câncer de pele (B) é fator de risco real, mas explica minoria dos casos, já que apenas cerca de 10% dos melanomas ocorrem em contexto familiar ou síndrômico, e não é o principal determinante populacional. Dieta rica em gorduras (C) não tem associação causal demonstrada com melanoma. Tabagismo (D) é fator de risco para tumores de via aerodigestiva, bexiga e pulmão, e não é fator de risco estabelecido para melanoma. Vale registrar que o ponto é discutível na literatura: para o melanoma, a exposição solar intermitente e intensa, com queimaduras solares, tem associação mais forte do que a exposição crônica cumulativa, que se relaciona melhor ao carcinoma espinocelular. Ainda assim, dentro das opções oferecidas, sol sem proteção é a única que representa o fator de risco maior. Resposta A

QUESTÃO 53 — Gabarito B

Paciente masculino, de 50 anos, consultou por desconforto e aumento de volume na região inguinal direita, que piorava durante o exercício. O exame físico confirmou a presença de uma hérnia inguinal redutível. O paciente realizava atividade física regularmente e não apresentava comorbidades relevantes. Considerando o quadro clínico, qual a opção terapêutica mais adequada no momento?

A. Conduta expectante

B. Reparo laparoscópico ✓

C. Reparo aberto pela técnica de Shouldice sem uso de tela

D. Reparo aberto pela técnica de Lichtenstein com uso de tela

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de hérnia inguinal primária, unilateral, redutível e sintomática em homem de meia-idade, hígido e fisicamente ativo. O primeiro ponto é que a hérnia é sintomática: há desconforto e abaulamento que pioram com o esforço, o que retira o caso do cenário de conduta expectante e coloca a indicação cirúrgica eletiva. O segundo ponto é a escolha da técnica, e é aqui que entra o perfil do paciente. As diretrizes internacionais (HerniaSurge) aceitam tanto o reparo aberto com tela quanto o reparo laparoendoscópico com tela, mas a abordagem minimamente invasiva oferece menos dor no pós-operatório imediato, menor taxa de dor inguinal crônica e retorno mais precoce às atividades físicas e ao trabalho, exatamente o desfecho que mais importa para quem treina regularmente. A conduta expectante (A) só é aceitável em hérnia assintomática ou minimamente sintomática, e o paciente já tem sintomas limitantes. O reparo de Shouldice sem tela (C) é a melhor das técnicas sob tensão e uma alternativa quando a tela é inviável, mas apresenta recidiva superior à do reparo com tela e não é a primeira escolha em paciente sem contraindicação à prótese. O reparo de Lichtenstein (D) é uma técnica consagrada e de baixa recidiva, sendo a razão de o ponto ser discutível: em hérnia unilateral primária ela é opção plenamente válida, e a preferência pela via laparoscópica na questão se apoia no perfil de atleta recreacional com demanda de retorno rápido. Resposta B

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Assinale a assertiva correta sobre metástases ósseas.

A. Metástases ósseas do câncer de próstata geralmente apresentam um padrão osteoblástico. ✓

B. Fraturas são raras em ossos longos acometidos por lesões metastáticas.

C. As metástases ósseas localizam-se preferencialmente no esqueleto apendicular.

D. A radioterapia é inapropriada para o manejo da dor em pacientes com metástases ósseas.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a fisiopatologia e o comportamento clínico das metástases ósseas, sítio preferencial de disseminação de tumores de mama, próstata, pulmão, rim e tireoide. As lesões do adenocarcinoma de próstata são caracteristicamente osteoblásticas, isto é, escleróticas, porque as células tumorais estimulam a atividade osteoblástica por meio de fatores como endotelina-1, produzindo osso desorganizado e denso; esse é o motivo de a cintilografia óssea ser tão sensível nesse tumor e de a fosfatase alcalina se elevar. Mama e pulmão fazem mais lesões líticas ou mistas. A afirmação de que fraturas são raras em ossos longos acometidos (B) está errada: a fratura patológica é justamente uma das principais complicações, com o fêmur proximal como sítio clássico, e lesões líticas extensas indicam fixação profilática. A localização preferencial não é o esqueleto apendicular (C), e sim o esqueleto axial, ou seja, coluna vertebral, pelve, costelas e crânio, porque a disseminação segue a medula óssea vermelha e o plexo venoso vertebral de Batson. Dizer que a radioterapia é inapropriada para dor (D) inverte a realidade: a radioterapia paliativa, inclusive em dose única de 8 Gy, é um dos tratamentos mais eficazes para dor óssea metastática, ao lado de bisfosfonatos, denosumabe e analgesia. Resposta A

QUESTÃO 55 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre rupturas agudas do tendão calcâneo (tendão de Aquiles).

- A. É mais comum em pacientes femininas com mais de 60 anos.
- B. Ocorre com maior frequência na junção mio- tendínea.
- C. Geralmente requer tratamento cirúrgico. ✓**
- D. Complicações de pele são raras após a cirurgia aberta.

COMENTÁRIO OSCELABS

A ruptura aguda do tendão calcâneo é lesão típica do homem entre a terceira e a quinta década, o chamado atleta de fim de semana, que sente um estalido durante arranque ou salto, perde a flexão plantar de força e apresenta teste de Thompson positivo, com falha palpável no tendão. A resposta oficial toma o tratamento cirúrgico como conduta geralmente indicada, apoiada na menor taxa de rerruptura e no retorno mais previsível da força de flexão plantar e da atividade esportiva, especialmente em pacientes jovens, ativos e com diagnóstico precoce. A afirmação de predomínio em mulheres acima de 60 anos (A) está errada: o predomínio é masculino, em faixa etária bem mais jovem. A localização mais frequente não é a junção miotendínea (B), e sim a zona hipovascular do tendão, cerca de 2 a 6 cm acima da inserção calcânea, área de menor aporte sanguíneo e de pior cicatrização. Dizer que complicações de pele são raras após a cirurgia aberta (D) contraria o principal argumento contra a técnica: a cobertura cutânea sobre o tendão é fina e mal vascularizada, e problemas de ferida, deiscência e infecção são justamente a complicação mais temida, o que motivou o desenvolvimento das técnicas percutâneas e minimamente invasivas. Cabe registrar que o ponto é discutível: ensaios com reabilitação funcional precoce mostram taxas de rerruptura próximas às do tratamento cirúrgico, e o manejo conservador é hoje alternativa legítima em muitos pacientes. Resposta C

QUESTÃO 56 — Gabarito B

Paciente masculino, de 65 anos, com história de doença pulmonar obstrutiva crônica, tabagismo e diabetes melito (amputação do antepé direito há 2 anos), foi internado com quadro de perfuração gástrica por úlcera de estresse, sendo operado de urgência. Evoluiu com abscesso peritoneal, necessitando de laparotomia para lavagem da cavidade. Continuava apresentando picos febris e leucograma com desvio à esquerda. Nova tomografia computadorizada evidenciou presença de coleção peritoneal subdiafragmática direita e derrame pleural volumoso à direita com áreas loculadas. Que conjunto de condutas, dentre as abaixo, seria adequado neste momento?

- A. Expectante, com antibioticoterapia de amplo espectro e controle do diabetes melito
- B. Pleuroscopia e nova abordagem da coleção abdominal ✓**
- C. Drenagem torácica e antibioticoterapia de amplo espectro
- D. Punção percutânea da coleção abdominal e toracocentese

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de sepse abdominal persistente com repercussão pleural: paciente já operado duas vezes, que mantém picos febris e leucocitose com desvio à esquerda, e cuja tomografia mostra dois focos ativos, uma coleção subdiafragmática direita e um derrame pleural volumoso com áreas loculadas à direita. O princípio que rege a resposta é o controle de foco, e a chave está na palavra loculado: derrame com septações significa empiema em fase fibrinopurulenta ou organizada, situação em que dreno de tórax isolado costuma falhar porque não vence as loculações, sendo a abordagem videotoracoscópica (pleuroscopia) com desbridamento e liberação de septos o procedimento indicado. Somado a isso, a coleção abdominal em paciente séptico após duas laparotomias exige nova abordagem, percutânea ou cirúrgica, para esvaziamento efetivo. A conduta expectante com antibiótico e controle glicêmico (A) é insuficiente: antibiótico não substitui drenagem de foco coletado, e manter o paciente sem controle de foco significa progressão para choque. A drenagem torácica com antibiótico (C) trata parcialmente o tórax, não resolve loculações e ignora o abdome. A punção percutânea com toracocentese (D) tem caráter essencialmente diagnóstico e volume drenado insuficiente para empiema loculado, deixando o foco pleural sem tratamento definitivo. Resposta B

QUESTÃO 57 — Gabarito D

Paciente feminina, de 34 anos, teve diagnóstico confirmado de fissura anal de localização anterior, com evolução de 8 semanas. Com base no quadro, assinale a assertiva correta.

- A. O caso corresponde a uma fissura anal aguda.
- B. O sítio anterior caracteriza a fissura como atípica uma vez que 90% das fissuras anais estão localizadas na comissura posterior.
- C. Considerando o diagnóstico de fissura anal, é provável que a paciente apresente constipação.
- D. O tratamento tópico com bloqueadores do canal de cálcio é considerado de primeira linha para a fissura anal crônica. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz uma fissura anal com oito semanas de evolução em mulher jovem, e a questão cobra classificação, epidemiologia e tratamento. A alternativa correta é a farmacológica: para a fissura anal crônica, o objetivo é quebrar o ciclo de hipertonia do esfíncter interno e isquemia da comissura, e os relaxantes tópicos são a primeira linha, com bloqueadores de canal de cálcio (diltiazem ou nifedipino tópicos) e nitratos tópicos apresentando eficácia semelhante, com preferência prática pelo diltiazem por causar muito menos cefaleia; a esfínterectomia lateral interna fica reservada às falhas do tratamento clínico. Chamar o quadro de fissura aguda (A) está errado, porque o limite convencional entre aguda e crônica é de seis a oito semanas, e essa paciente já ultrapassou esse ponto, o que costuma vir acompanhado de plicoma sentinela, papila hipertrófica e fibras do esfíncter interno visíveis no leito. A assertiva sobre o sítio anterior (B) mistura um dado verdadeiro com uma conclusão falsa: de fato a maioria das fissuras é posterior na linha média, mas a fissura anterior não é atípica, sendo relativamente frequente em mulheres, em geral associada a trauma obstétrico e a defeitos do esfíncter; atípica é a fissura lateral ou múltipla, que levanta suspeita de doença de Crohn, tuberculose, HIV, sífilis ou neoplasia. Já a constipação (C) é fator associado clássico, mas não é regra, e nas fissuras anteriores femininas o mecanismo predominante é o trauma perineal e não a evacuação endurecida, de modo que não se pode afirmar que a paciente provavelmente seja constipada. Resposta D

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Paciente masculino, de 68 anos, procurou a UPA queixando-se de dificuldade extrema para urinar (apenas pequeno volume de urina era liberado com muito esforço), quadro iniciado no dia anterior. Informou ser tabagista com índice tabágico de 80 maços-ano. Desde os 50 anos, vinha observando enfraquecimento do jato urinário e aumento do número de vezes que acordava para urinar com a sensação de que não esvaziava a bexiga ao fim da micção. Negou febre ou ardência durante a micção. Trouxe resultado de exame de PSA solicitado na UBS. Ao exame físico, a palpação abdominal revelou bexiga distendida e sensível, e o toque retal, próstata aumentada de tamanho e de consistência firme, sem nódulos. A incidência do quadro clínico do paciente está relacionada com os seguintes fatores:

A. idade, intensidade de sintomas prévios e nível do PSA. ✓

B. idade, índice tabágico e nível do PSA.

C. índice tabágico, tamanho da próstata e IMC.

D. tamanho da próstata, IMC e intensidade dos sintomas prévios.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de retenção urinária aguda em homem de 68 anos com hiperplasia prostática benigna: sintomas obstrutivos progressivos desde os 50 anos, com jato fraco, noctúria e esvaziamento incompleto, e agora incapacidade de urinar com bexiga palpável e dolorosa, sem febre nem disúria que sugiram infecção. A questão pede os fatores relacionados à incidência de retenção urinária aguda, e são os preditores validados em estudos longitudinais e em ensaios de tratamento da hiperplasia prostática, como Olmsted County, PLESS e MTOPS: idade avançada, gravidade dos sintomas prévios medida pelo escore internacional de sintomas prostáticos, redução do fluxo urinário máximo, volume prostático aumentado e nível de PSA, que funciona como marcador indireto do volume da próstata e, por isso, do risco de progressão e de retenção. A alternativa correta reúne exatamente três desses preditores: idade, intensidade dos sintomas prévios e PSA. As demais opções falham por incluir variáveis que não são preditoras de retenção. O índice tabágico (B e C) é fundamental na história desse paciente pelo risco de neoplasia de bexiga e de doença cardiopulmonar, mas não é fator de risco estabelecido para retenção urinária aguda. O índice de massa corporal (C e D) associa-se à síndrome metabólica e ao crescimento prostático de forma indireta, sem figurar como preditor consagrado de retenção. Assim, embora tamanho da próstata seja de fato um preditor, as alternativas que o citam vêm contaminadas por variáveis inadequadas. Resposta A

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre o câncer color- retal em pacientes com menos de 50 anos.

- A. Testes genéticos estão indicados uma vez que 50% dos pacientes terão alguma forma de câncer colorretal hereditário diagnosticada.
- B. A maioria dos pacientes acometidos tem pa- rentes de primeiro grau com câncer colorretal.
- C. A incidência vem aumentando nos últimos 20 anos, principalmente às custas dos tumo- res de cólon esquerdo e reto. ✓**
- D. Apesar de os tumores apresentarem cresci- mento mais rápido, os pacientes costumam ter o diagnóstico ainda em estágios mais pre- coces.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do câncer colorretal de início precoce, definido como o diagnosticado antes dos 50 anos, tema que ganhou peso porque sua incidência vem subindo de forma consistente nas últimas duas décadas em países ocidentais, à custa sobretudo de tumores distais, ou seja, cólon esquerdo, sigmoide e reto. Foi justamente esse aumento que motivou sociedades como a American Cancer Society e a força-tarefa americana a recomendar o início do rastreamento populacional aos 45 anos. Dizer que 50% terão síndrome hereditária (A) superestima o problema: a investigação genética está indicada em todo paciente jovem, e a pesquisa de instabilidade de microssatélites ou de proteínas de reparo deve ser feita no tumor, mas apenas cerca de um quinto apresenta síndrome hereditária identificável, com destaque para a síndrome de Lynch. Afirmar que a maioria tem parente de primeiro grau acometido (B) também não procede: a maior parte dos casos precoces é esporádica e ocorre sem história familiar, o que explica por que a idade jovem sozinha não protege e o sintoma é frequentemente atribuído a hemorroidas ou a distúrbio funcional. A última alternativa (D) inverte o cenário real: como não há rastreamento nessa faixa etária e os sintomas são desvalorizados tanto pelo paciente quanto pelo médico, o diagnóstico costuma ocorrer em estágios mais avançados, com maior proporção de doença localmente avançada e metastática. Resposta C

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Menino de 12 anos apresentou quadro de dor tes- ticular aguda à esquerda de grande intensidade com 5 horas de evolução, não associado a trau- ma, tendo sido encaminhado à Emergência. Após avaliação inicial, o cirurgião plantonista solicitou ultrassonografia com Doppler, porém esse exame em caráter de urgência não está disponível no hos- pital. Considerando o quadro clínico, qual a condu- ta mais adequada?

- A. Transferência imediata do paciente para ser- viço médico com disponibilidade para realiza- ção do exame
- B. Analgesia, antibioticoterapia e suspensório escrotal
- C. Cintilografia escrotal e orquiectomia unilateral

D. Exploração cirúrgica e orquidopexia bilateral Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 13 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor testicular aguda, intensa, de início súbito e sem trauma, em menino de 12 anos, é torção do cordão espermático até prova em contrário, e o pico de incidência é exatamente a faixa peripuberal. O diagnóstico é clínico, e o ultrassom com Doppler serve apenas para os casos duvidosos: quando a suspeita é alta, nenhum exame deve atrasar a exploração cirúrgica, porque a janela de salvamento gonadal é de cerca de 6 horas de isquemia, e esse paciente já está com 5 horas de evolução. A conduta correta é levar ao bloco imediatamente, destorcer, avaliar a viabilidade e fixar o testículo; a orquidopexia é bilateral porque a anomalia anatômica que predispõe à torção, a deformidade em badalo de sino, costuma ser bilateral, e o testículo contralateral corre o mesmo risco futuro. Transferir o paciente para outro serviço em busca do exame (A) consome exatamente o tempo que define a perda do testículo, sendo erro grave quando o próprio hospital dispõe de centro cirúrgico. Analgesia, antibiótico e suspensório escrotal (B) tratam orquiepididimite, hipótese improvável nessa idade, sem febre, sem disúria e com dor de início abrupto. Cintilografia escrotal (C) é exame de disponibilidade restrita e demorado, e a orquiectomia não pode ser decidida antes da inspeção intraoperatória, além de a alternativa omitir a fixação do lado contralateral. Resposta D

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Paciente feminina, de 32 anos, procurou a UBS queixando-se de sensação de corpo estranho no olho, diplopia, lacrimejamento e borramento visual. Negou comorbidades. Considerando-se a hipótese diagnóstica mais provável, assinale a alternativa que contempla os achados de história e exame físico esperados.

A. Ptose em repouso, fraqueza de extremidades e taquicardia

B. Tabagismo, taquicardia e bócio ✓

C. Dentes sépticos, quadro clínico prolongado e bom estado geral

D. Proptose bilateral, cefaleia e vômitos

COMENTÁRIO OSCELABS

A combinação de sensação de corpo estranho, lacrimejamento, diplopia e borramento visual em mulher jovem aponta para orbitopatia de Graves, a manifestação ocular da doença de Basedow-Graves, em que autoanticorpos contra o receptor de TSH estimulam fibroblastos orbitários, com deposição de glicosaminoglicanos, aumento do volume da gordura e dos músculos extraoculares. A diplopia decorre do espessamento e da fibrose dos retos, principalmente inferior e medial, e os sintomas de superfície vêm da retração palpebral e da exposição corneana. Por isso os achados esperados são os da alternativa oficial: bócio e taquicardia, traduzindo o hipertireoidismo subjacente, e tabagismo, que é o principal fator de risco modificável para o surgimento e para a piora da orbitopatia, inclusive após radioiodo, motivo pelo qual a cessação faz parte do tratamento. Ptose em repouso com fraqueza de extremidades (A) descreve miastenia gravis, que aliás pode coexistir, mas na doença de Graves o característico é retração palpebral, e não ptose. Dentes sépticos com quadro prolongado e bom estado geral (C) não compõem síndrome coerente: foco odontogênico levaria a celulite orbitária, que é aguda, febril e com toxemia. Proptose bilateral com cefaleia e vômitos (D) sugere hipertensão intracraniana ou trombose de seio cavernoso, quadros de instalação rápida e com sinais neurológicos ausentes aqui. Resposta B

QUESTÃO 62 — Gabarito C

Paciente de 67 anos, com hipertensão arterial, diabetes melito e história de tabagismo, foi trazido à Emergência de um hospital terciário por dor torácica opressiva iniciada há aproximadamente 2 horas, que se irradiava para o braço esquerdo, associada a sudorese e náuseas. Informou que a dor surgira enquanto realizava uma caminhada leve. À admissão, apresentava pressão arterial de 140/90 mmHg, frequência cardíaca de 137 bpm e saturação de oxigênio de 96%. O exame físico não revelou anormalidades significativas. Exames laboratoriais iniciais indicaram níveis ligeiramente elevados de troponina T ultrasensível. O eletrocardiograma em repouso, feito no momento da chegada, está reproduzido abaixo. Considerando o caso clínico, assinale a alternativa que contempla o diagnóstico e o manejo adequado.

- A. Infarto agudo do miocárdico com supradesnívelamento do segmento ST de parede anterior - O paciente deve ser submetido ou à trombólise com alteplase ou à estratégia de estratificação invasiva imediata (< 2 horas).
- B. Infarto agudo do miocárdico sem supradesnívelamento do segmento ST de alto risco - O paciente necessita ser submetido à estratégia de estratificação invasiva precoce (< 24 horas).
- C. Infarto agudo do miocárdico sem supradesnívelamento do segmento ST, de muito alto risco - O paciente necessita ser submetido à estratégia de estratificação invasiva imediata (< 2 horas). ✓**
- D. Angina instável - O paciente deve ser submetido a teste de estresse não invasivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é uma síndrome coronariana aguda de apresentação típica: dor torácica opressiva com irradiação para o membro superior esquerdo, sudorese e náuseas em paciente de 67 anos com hipertensão, diabetes e tabagismo. A troponina T ultrasensível elevada retira o diagnóstico do campo da angina instável e caracteriza infarto agudo do miocárdio, e a alternativa oficial parte de um eletrocardiograma sem supradesnívelamento persistente do segmento ST, configurando infarto sem supra. O que define a conduta, então, é a estratificação de risco. Nas diretrizes de síndrome coronariana aguda sem supra, a categoria de muito alto risco inclui instabilidade hemodinâmica ou choque cardiogênico, dor refratária, arritmias com risco de vida, complicações mecânicas, insuficiência cardíaca aguda e alterações dinâmicas de ST; essa categoria impõe estratégia invasiva imediata, com coronariografia em menos de 2 horas, como no infarto com supra. A frequência cardíaca de 137 bpm em vigência de dor isquêmica é o dado que coloca o paciente nesse patamar. Descrever o quadro como infarto com supra (A) e indicar trombólise não se sustenta diante do traçado que a banca considera, e fibrinólise em infarto sem supra é formalmente contraindicada. Classificá-lo apenas como alto risco com invasiva em até 24 horas (B) subestima a gravidade e atrasa a revascularização. Angina instável com teste de estresse não invasivo (D) é duplamente errada: há necrose miocárdica documentada pela troponina, e provocar isquemia em paciente instável é conduta perigosa. Resposta C

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Paciente masculino, de 70 anos, com hipertensão de longa data, apresentou quadro súbito de dor torácica retroesternal, de forte intensidade, tendo sido trazido à Emergência. À admissão, apresentava saturação de oxigênio de 96%. Foram realizados eletrocardiografia de repouso e raio X de tórax (imagens abaixo). O resultado da dosagem de troponina estava normal, e a dosagem de D-dímeros indicou 1.900 ng/ml (valor de referência: 500 ng/ml). Qual o provável diagnóstico e qual a investigação complementar?

- A. Síndrome aórtica aguda - angiotomografia de tórax e abdômen ✓**
- B. Síndrome coronariana aguda - coronariografia
- C. Tromboembolismo pulmonar agudo - angiografia pulmonar
- D. Aneurisma roto da aorta torácica - angiotomografia de tórax FC 137 bpm Filtros: 60Hz Muscular Vel.: 25 mm/s DI DII DIII aVR aVL aVF V1 V2 V3 V4 V5 V6 DII ECG de Repouso FC 134 bpm Base Rede 32Hz Unidades: mm/mV 25 mm/s DI 10 mm/mV DII 10 mm/mV DIII 10 mm/mV aVR 10 mm/mV aVL 10 mm/mV aVF 10 mm/mV V1 10 mm/mV V2 10 mm/mV V3 10 mm/mV V4 10 mm/mV V5 10 mm/mV V6 10 mm/mV CM5 10 mm/mV 14 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e

Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica retroesternal de início súbito e forte intensidade em hipertenso de longa data, com troponina normal e D-dímero elevado (1.900 ng/ml), é o retrato clássico da síndrome aórtica aguda, que engloba a dissecação, o hematoma intramural e a úlcera aterosclerótica penetrante. A troponina normal afasta o infarto como explicação principal, e o D-dímero elevado não aponta para tromboembolismo: ele sobe na dissecação pela ativação maciça da coagulação no falso lúmen, sendo inclusive um dos marcadores de alta sensibilidade nesse contexto. O exame que confirma o diagnóstico, classifica em Stanford A ou B e define a conduta é a angiotomografia, que precisa cobrir tórax e abdome, porque a extensão distal do flap identifica má-perfusão de ramos viscerais, renais e ilíacos.

A síndrome coronariana aguda não se sustenta com troponina normal e dor máxima já na instalação, e levar um paciente com dissecação à coronariografia pode ser catastrófico. O tromboembolismo pulmonar é improvável com saturação de 96% e quadro dominado por dor retroesternal; ainda que fosse suspeitado, a investigação inicial hoje é a angiotomografia, não a angiografia pulmonar invasiva. O aneurisma roto cursaria com choque hemorrágico e instabilidade, ausentes aqui, e restringir a tomografia ao tórax deixaria de avaliar a extensão abdominal da doença.

Resposta A

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Paciente feminina, de 82 anos, com hipertensão arterial e diabetes melito, veio à consulta queixando-se de cansaço e palpitações, quadro iniciado há 1 semana. Tinha história de infarto do miocárdio há 5 anos. Negou desmaios, mas referiu quedas eventuais. Exames recentes não mostraram isquemia ou insuficiência cardíaca. Ao exame físico, apresentava pulsos irregulares e cheios, pressão arterial de 130/80 mmHg, pulmões limpos e ausência de sopros cardíacos. Eletrocardiograma evidenciou fibrilação atrial, frequência cardíaca de 102 bpm, QRS estreito, QTc de 0,43 ms, zona inativa anterior e ausência de sinais de isquemia aguda. Assinale a assertiva correta sobre o tratamento mais adequado.

A. Adenosina intravenosa em bolus é o medicamento de escolha para reversão farmacológica a ritmo sinusal.

B. Na cardioversão farmacológica, ao contrário do que ocorre na cardioversão elétrica, não é necessária anticoagulação prévia.

C. A cardioversão elétrica não sincronizada deve ser feita com brevidade devido ao intervalo QTc prolongado.

D. Mesmo com idade avançada, hipertensão arterial, diabetes melito e histórico de quedas eventuais, a paciente deve ser anticoagulada a longo prazo. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Fibrilação atrial em idosa de 82 anos com hipertensão, diabetes e infarto prévio: o ponto cobrado é a prevenção de tromboembolismo, não a reversão do ritmo. Pelo escore CHA2DS2-VASc ela soma pelo menos 6 pontos (idade igual ou maior que 75 vale 2, hipertensão 1, diabetes 1, sexo feminino 1 e doença vascular pelo infarto prévio 1), o que corresponde a risco anual elevado de AVC. Quedas eventuais não contraindicam anticoagulação: análises clássicas de custo-efetividade mostram que seria necessário um número absurdo de quedas por ano para que o risco de hemorragia intracraniana superasse o benefício de prevenção do AVC cardioembólico, que é devastador. Logo, ela deve ser anticoagulada a longo prazo, preferencialmente com anticoagulante oral direto.

A adenosina bloqueia transitoriamente o nó atrioventricular e tem meia-vida de segundos; não reverte fibrilação atrial, servindo para reverter taquicardias por reentrada nodal ou desmascarar o ritmo atrial. A anticoagulação prévia é exigida qualquer que seja o método de cardioversão, porque o risco embólico decorre do atordoamento atrial e do retorno da contração mecânica, e não do choque em si. E cardioversão em fibrilação atrial precisa ser sincronizada: o choque não sincronizado pode incidir sobre a onda T e induzir fibrilação ventricular, sem contar que o QTc de 0,43 descrito é normal.

Resposta D

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Paciente masculino, de 24 anos, veio à consulta dermatológica queixando-se de leve ardência na região lateral esquerda do lábio superior. Referiu que, logo após o início dos sintomas, constatou a presença de erupção com vesículas agrupadas formando um “cacho”. Já havia apresentado episódio semelhante no mesmo local há 1 ano. Assinale a assertiva correta sobre o caso.

- A. O eritema multiforme pode ser uma complicação desta infecção. ✓**
- B. O tratamento mais efetivo é feito com aciclovir tópico por 7 dias.
- C. É raro o paciente apresentar recorrências.
- D. Não há exames diagnósticos complementares que possam confirmar o diagnóstico, que é sempre clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ardência prodrômica seguida de vesículas agrupadas em cacho no lábio superior, com episódio idêntico no mesmo local há um ano, é herpes simples labial recorrente por HSV-1, e a recorrência no mesmo sítio se explica pela latência do vírus no gânglio trigeminal. O herpes simples é a causa mais frequente de eritema multiforme, sobretudo da forma recorrente: as lesões em alvo surgem alguns dias após o surto herpético, por resposta imune celular a fragmentos do DNA viral depositados na pele. É justamente por esse motivo que se indica profilaxia antiviral contínua nos pacientes com eritema multiforme recidivante associado ao HSV.

O aciclovir tópico tem eficácia marginal, reduzindo a duração das lesões em poucas horas; o tratamento efetivo é o antiviral oral iniciado ainda no pródromo, quando o paciente reconhece a ardência. A recorrência é a regra, e não a exceção, no herpes labial, e o próprio enunciado já relata um segundo episódio. Por fim, existem exames confirmatórios: PCR (o mais sensível), cultura viral, imunofluorescência direta e citodiagnóstico de Tzanck, ainda que na prática o diagnóstico seja essencialmente clínico.

Resposta A

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre o tratamento da obesidade tendo como base resultados de ensaios clínicos randomizados.

- A. A redução de peso com mudança de estilo de vida é, via de regra, sustentada a longo prazo.
- B. O tratamento medicamentoso é seguro por um prazo de 6 meses até 1 ano.
- C. Os agonistas combinados de GLP-1 e GIP pro- duzem redução de cerca de 20% de peso. ✓**

D. Os agonistas do GLP-1 reduzem o peso de forma sustentada, mas sem evidência de redução de mortalidade até o momento.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a magnitude de efeito documentada nos ensaios clínicos randomizados de tratamento da obesidade. A tirzepatida, agonista duplo dos receptores de GIP e GLP-1, produziu perda média em torno de 20% do peso corporal no SURMOUNT-1 (cerca de 20,9% na dose de 15 mg em 72 semanas), patamar que até então só era alcançado por cirurgia bariátrica, e por isso a alternativa que aponta redução de aproximadamente 20% é a correta.

A perda de peso obtida apenas com mudança de estilo de vida não costuma ser sustentada: há reganho progressivo após 12 meses por adaptação metabólica, queda da taxa metabólica de repouso, aumento da grelina e perda de adesão. A obesidade é doença crônica e recidivante, de modo que o tratamento medicamentoso é de uso prolongado, com segurança documentada muito além de 6 a 12 meses; a suspensão leva a reganho substancial, como mostrou o STEP 4. E já existe evidência de benefício em desfecho cardiovascular duro com agonista de GLP-1: o ensaio SELECT demonstrou redução de eventos cardiovasculares maiores com semaglutida em pacientes com obesidade e doença cardiovascular sem diabetes.

Resposta C

QUESTÃO 67 — Gabarito D

Paciente masculino, de 21 anos, procurou, às 20 horas, o médico voluntário do abrigo em que se encontrava após a enchente em Porto Alegre, queixando-se de cansaço, mal-estar, náuseas e 2 episódios de vômito. Informou que teve diagnóstico de diabetes melito confirmado há 1 ano, que trouxera ao abrigo suas canetas de insulina (com prescrição de insulina glargina 24 UI antes do café e lispro conforme contagem de carboidratos), mas que esqueceu de aplicar algumas doses. Referiu ter peso de 62 kg e altura de 178 cm. Ao exame, encontrava-se em regular estado geral, corado, desidratado, com pressão arterial de 102/68 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 28 rpm e glicemia capilar de 490 mg/dl. Demais aspectos do exame físico não revelaram alterações. Qual a conduta mais adequada no momento?

- A. Aplicar 10 UI de insulina regular subcutânea e orientar que o paciente aplique suas doses de insulina habituais no dia seguinte.
- B. Aplicar 10 UI de insulina lispro subcutânea e reavaliar o paciente em 4 horas com glicemia capilar.
- C. Aplicar 6 UI de insulina lispro intravenosa e reavaliar o paciente em 1 hora com glicemia capilar.

D. Solicitar atendimento do SAMU para encaminhamento do paciente para Serviço de Emergência. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético tipo 1 que omitiu doses de insulina, apresentando náuseas, vômitos, desidratação, taquicardia de 110 bpm, frequência respiratória de 28 rpm (compatível com respiração de Kussmaul) e glicemia capilar de 490 mg/dl: até prova em contrário trata-se de cetoacidose diabética. O elemento decisivo da questão é o cenário — abrigo de enchente, às 20 horas, sem gasometria, sem eletrólitos, sem dosagem de cetonas e sem acesso venoso monitorizado. Cetoacidose se trata com hidratação venosa vigorosa, insulina em infusão contínua, reposição de potássio guiada por dosagem e reavaliação laboratorial seriada, nada disso disponível ali. A conduta correta é acionar o SAMU e transferir o paciente para um serviço de emergência.

Aplicar insulina regular subcutânea e orientar o retorno ao esquema habitual no dia seguinte ignora a acidose e a depleção de volume, permitindo a progressão do quadro durante a noite. Aplicar lispro subcutânea e reavaliar apenas em 4 horas repete o mesmo erro e ainda posterga o transporte. Insulina lispro intravenosa em bolus num abrigo é francamente inseguro: a insulina venosa exige bomba de infusão, hidratação prévia, glicemia horária e monitorização de potássio, sob risco de hipocalcemia grave, arritmia e hipoglicemia.

Resposta D

QUESTÃO 68 — Gabarito D

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Paciente masculino, de 65 anos, procurou atendimento médico por dor epigástrica em queimação, com intensidade moderada, irradiada para o dorso, com alívio após as refeições. Apresentou episódios de despertar noturno pela dor. Referiu uso frequente de ibuprofeno e nimesulida por osteoartrite de quadril. Negou a ocorrência de pirose, disfagia, emagrecimento, hematêmese ou melena. Exames recentes não indicaram anemia. O quadro clínico é sugestivo de, estando indicada avaliação diagnóstica com Confirmada a presença de, deve-se

- A. doença do refluxo gastroesofágico - endoscopia digestiva alta com pesquisa de *Helicobacter pylori* - esofagite erosiva grau A de Los Angeles - administrar antiácido por via oral conforme demanda
- B. doença do refluxo gastroesofágico - endoscopia digestiva alta com pesquisa de *Helicobacter pylori* - esofagite erosiva grau A de Los Angeles - evitar o uso de anti-inflamatório não esteroideal (AINE) e prescrever inibidor de bombas de prótons por 8 semanas
- C. úlcera péptica - raio X contrastado de esôfago, estômago e duodeno - úlcera gástrica por AINE - evitar o uso de AINE e tratar o *Helicobacter pylori*

D. Úlcera péptica - endoscopia digestiva alta com pesquisa de *Helicobacter pylori* - úlcera gástrica por AINE (*Helicobacter pylori* negativo) - evitar o uso de AINE e prescrever inibidor de bombas de prótons por 8 semanas Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 15 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica em queimação, irradiada para o dorso, que alivia com a alimentação e desperta o paciente à noite, em usuário crônico de ibuprofeno e nimesulida, é o padrão de úlcera péptica; a ausência de pirose, regurgitação e disfagia afasta a doença do refluxo gastroesofágico. Aos 65 anos, o paciente já tem indicação de endoscopia digestiva alta apenas pela idade, que é sinal de alarme por si só, e a pesquisa de *Helicobacter pylori* deve ser feita no mesmo exame porque define o tratamento. Confirmada úlcera gástrica associada a anti-inflamatório não esteroideal com pesquisa negativa para *H. pylori*, a conduta é suspender o AINE, que é o agente causal, e prescrever inibidor de bomba de prótons por 8 semanas, período mais longo exigido pela úlcera gástrica, com controle endoscópico de cicatrização.

As duas alternativas que apostam em refluxo erram já na hipótese diagnóstica, e uma delas ainda propõe antiácido sob demanda, incapaz de cicatrizar úlcera. O raio X contrastado foi abandonado como método diagnóstico nesse contexto, pois não permite biópsia, não pesquisa *H. pylori* e tem baixa sensibilidade para lesões superficiais; além disso, não há sentido em tratar *H. pylori* quando a úlcera é atribuída ao AINE.

Resposta D

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Paciente feminina, de 52 anos, com hipertensão arterial sistêmica (em tratamento com hidroclorotiazida e enalapril) e dislipidemia (em tratamento com atorvastatina), trouxe à consulta resultados de exames laboratoriais de rotina, que identificaram elevação de aminotransferases (AST de 59 U/l e ALT de 74 U/l), glicemia de jejum de 184 mg/dl, HbA1c de 6,1%, ferritina de 483 ng/ml, além de ultrassonografia abdominal, que revelou esteatose hepática moderada. Não tinha história de consumo de álcool, e as sorologias para hepatites B e C foram negativas. Estava assintomática. Ao exame físico, apresentava pressão arterial de 142/94 mmHg, circunferência abdominal de 102 cm, peso de 89 kg, altura de 165 cm (IMC de 32 kg/m²), abdômen globoso e hepatometria de 14 cm na linha hemiclavicular. Com base no quadro, assinale a assertiva correta sobre MASLD (Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease).

- A. Hiperferritinemia leve é incomum, devendo-se considerar hemocromatose hereditária o diagnóstico mais provável.
- B. A alteração de aminotransferases característica é AST > ALT, usualmente com níveis > 250 U/l.

C. A prevalência é maior em determinadas populações, podendo ser de aproximadamente 65% em indivíduos com diabetes melito tipo 2 e 90% em pacientes com obesidade grau 3. ✓

D. A ultrassonografia abdominal apresenta elevada acurácia para o diagnóstico, com valor preditivo positivo de 90% e valor preditivo negativo de 98%.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com obesidade, hiperglicemia, hipertensão, esteatose ao ultrassom e aminotransferases discretamente elevadas, sem consumo de álcool e com sorologias virais negativas, preenche o critério de MASLD, a doença hepática esteatótica associada a disfunção metabólica. A assertiva correta traz a epidemiologia: a prevalência acompanha a carga cardiometabólica e chega a cerca de 65 a 70% em portadores de diabetes melito tipo 2 e a aproximadamente 90% na obesidade grau 3, razão pela qual as diretrizes recomendam rastreamento ativo de fibrose (FIB-4 e elastografia) justamente nesses grupos.

Hiperferritinemia leve é achado comum na MASLD, presente em até um terço dos casos como reagente de fase aguda ligado à resistência insulínica; hemocromatose hereditária só entra no diferencial se a saturação de transferrina estiver elevada, o que não foi demonstrado. O padrão enzimático típico é ALT maior que AST, exatamente como no caso, com valores modestos, em geral abaixo de cinco vezes o limite superior da normalidade; relação AST maior que ALT sugere etiologia alcoólica ou fibrose avançada, e níveis acima de 250 U/l apontam para outra causa. Por fim, o ultrassom é o exame inicial, mas perde muito em sensibilidade quando a esteatose acomete menos de 20 a 30% do parênquima, não sustentando valor preditivo negativo de 98%.

Resposta C

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Paciente feminina, de 24 anos, sem histórico de doenças crônicas e previamente assintomática, procurou a UBS por sentir-se fraca e cansada. Relatou quadro de congestão de vias aéreas superiores, tosse seca, dor no corpo e febre baixa não mensurada, ocorrido há 2 semanas. Na ocasião, fizera uso de 2 doses de dipirona (500 mg por via oral) e não procurara atendimento. Houve melhora dos sintomas das vias aéreas e cessação da sensação de febre. Ao exame clínico, os sinais vitais eram normais. Foram evidenciadas mucosas levemente descoradas; a ausculta pulmonar revelou sibilos expiratórios discretos, sem outros achados positivos. O hemograma indicou hemoglobina de 10 g/dl, hipocromia e microcitose, leucócitos totais de 3.400/mm³ (1.300 neutrófilos/mm³ e 1.100 linfócitos/mm³) e 98.000 plaquetas/mm³. Exames básicos de bioquímica tiveram resultados normais, e testes rápidos para hepatites e vírus da imunodeficiência humana, disponíveis na UBS, foram negativos. Em relação ao quadro clínico, assinale a assertiva correta.

A. Trata-se de um quadro de pancitopenia atribuível a episódio prévio de infecção viral; por não apresentar sinais de alarme, a paciente deve ser reavaliada em 1-2 semanas. ✓

B. Trata-se provavelmente de agranulocitose associada a uso de dipirona; pela gravidade do quadro, a paciente deve ser imediatamente encaminhada para centro especializado.

C. Os achados do hemograma são atribuíveis a anemia ferropriva, estando indicada reposição de ferro por via oral, sem necessidade de acompanhamento posterior.

D. Nesta faixa etária, a causa mais comum dos achados descritos são as deficiências nutricionais, como as de folato ou vitamina B12, ou consumo abusivo de álcool. 16 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação

COMENTÁRIO OSCELABS

Citopenia nas três linhagens (hemoglobina de 10 g/dl, leucócitos de 3.400/mm³ com 1.300 neutrófilos e 98.000 plaquetas) surgida duas semanas após uma síndrome gripal, em paciente jovem, sem febre persistente, sangramento, adenomegalia, visceromegalia ou blastos, e com sinais vitais normais, tem como explicação mais provável a supressão medular pós-viral, tipicamente transitória e autolimitada. Como as citopenias são leves e não há sinal de alarme, a conduta correta é reavaliar clinicamente e com novo hemograma em 1 a 2 semanas, documentando a recuperação, e não deflagrar investigação invasiva imediata.

Agranulocitose exige neutrófilos abaixo de 500/mm³, patamar muito distante dos 1.300 encontrados, e duas doses isoladas de dipirona não explicam acometimento das três séries. A anemia ferropriva pode até coexistir, dada a hipocromia e a microcitose, mas não explica leucopenia nem plaquetopenia, e ferropenia jamais se trata sem investigar a causa da perda e sem controle posterior de resposta. Deficiências de folato e vitamina B12 cursam com macrocitose, o oposto do observado, e não são a causa mais comum de citopenias nessa faixa etária.

Resposta A

QUESTÃO 71 — Gabarito B

Paciente feminina, de 73 anos, veio à consulta de rotina queixando-se de dor lombar, iniciada há aproximadamente 2 semanas após uma queda da própria altura em casa. Relatou fazer atividade física regularmente e tentar manter hábitos de vida saudáveis, tendo como base uma dieta vegana. Não havia história de fraturas prévias. A menopausa ocorrera aos 43 anos, sem uso de terapia de reposição hormonal. Submetia-se a tratamento para câncer de mama com inibidor de aromatase há 2 anos e negou uso de outros medicamentos. Trouxe raio X de coluna recente, evidenciando fratura moderada de T12 e L1. Diante do quadro, qual a conduta inicial mais adequada?

A. Solicitar densitometria óssea para confirmar o diagnóstico de osteoporose.

B. Solicitar exames laboratoriais para afastar causas secundárias de osteoporose e iniciar tratamento farmacológico com antirreabsortivo. ✓

C. Interromper o inibidor de aromatase e iniciar suplementação de cálcio, vitamina D e proteína.

D. Orientar analgesia, imobilização e suplementação de cálcio e vitamina D e reavaliar a paciente em 3 meses com novo exame de imagem.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura vertebral de T12 e L1 após queda da própria altura em mulher de 73 anos é, por definição, fratura por fragilidade, e fratura por fragilidade em corpo vertebral fecha o diagnóstico de osteoporose independentemente do valor da densitometria. A paciente ainda acumula fatores de risco potentes: menopausa precoce aos 43 anos sem reposição hormonal, uso de inibidor de aromatase há 2 anos (que suprime o estrogênio residual e é causa reconhecida de perda óssea acelerada) e dieta vegana, com risco de ingestão insuficiente de cálcio, proteína e vitamina B12. Como o risco de nova fratura é máximo nos primeiros 12 a 24 meses após a primeira, a conduta é rastrear causas secundárias (cálcio, fósforo, função renal, 25-OH-vitamina D, PTH, TSH, eletroforese de proteínas) e já iniciar tratamento antirreabsortivo.

Solicitar densitometria para confirmar o diagnóstico apenas atrasa o tratamento: o exame serve como base para acompanhamento, não como pré-requisito para tratar. Interromper o inibidor de aromatase é decisão oncológica que não se justifica aqui, pois se trata o osso e se mantém a terapia do câncer. E analgesia com cálcio e vitamina D isolados, reavaliando em 3 meses, deixa sem tratamento farmacológico uma osteoporose grave já estabelecida.

Resposta B

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Paciente masculino, de 25 anos, previamente hígido, veio à Emergência por mal-estar, mialgias, febre de 39°C e tosse, quadro progressivo iniciado há 5 dias. Ao exame físico, apresentava-se icteríco e com sufusão conjuntival. Referiu que seu bairro e sua casa em Porto Alegre foram inundados há cerca de 14 dias devido às chuvas e que teve contato com água e lama. Considerando o caso e a principal hipótese diagnóstica, assinale a assertiva correta.

- A. Transaminases > 1.000 U/l indicariam provável diagnóstico de leptospirose.
- B. Insuficiência renal oligúrica é típica da doença.

C. Hepatite A faz parte das hipóteses diagnósticas. ✓

- D. Presença de tosse afasta a possibilidade de leptospirose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem previamente hígido com febre de 39 graus, mialgia, tosse, icterícia e sufusão conjuntival cerca de 14 dias após contato com água e lama de enchente: a hipótese principal é leptospirose, e a sufusão conjuntival é o achado mais sugestivo da doença. A questão pede o diferencial, e a hepatite A entra sim na lista: é de transmissão fecal-oral, tem surtos justamente em cenários de inundação com contaminação de água e esgoto, o período de incubação é compatível e cursa com febre, mal-estar e icterícia.

Transaminases acima de 1.000 U/l falam contra leptospirose e a favor de hepatite viral aguda: na leptospirose a elevação enzimática é modesta, em geral abaixo de 200 U/l, com icterícia rubínica desproporcionalmente intensa, predomínio de bilirrubina direta e elevação de fosfatase alcalina. A insuficiência renal da leptospirose é caracteristicamente não oligúrica e acompanhada de hipocalemia, por lesão tubular com perda de potássio, o que é uma marca da doença. E a presença de tosse não afasta o diagnóstico: o comprometimento pulmonar é frequente, e a forma hemorrágica pulmonar grave é hoje a principal causa de óbito na leptospirose.

Resposta C

QUESTÃO 73 — Gabarito D

Durante as inundações da região metropolitana de Porto Alegre, paciente masculino, de 70 anos, que havia ficado exposto à água por mais de 12 horas, apresentou parada cardiorrespiratória logo após ser resgatado. Foram iniciadas as manobras de ressuscitação conforme as recomendações da American Heart Association (AHA). Com base no caso, assinale a assertiva correta.

- A. Hipotermia é a causa mais provável da parada cardiorrespiratória, pois mesmo casos leves (estágio I) estão associados a instabilidade hemodinâmica e arritmias.
- B. A idade do paciente não está associada a aumento de risco de complicações da hipotermia.
- C. Devido à hipotermia, desfibrilação está contraindicada até o reaquecimento do paciente.

D. As manobras de reanimação não devem ser interrompidas até que o paciente seja reaquecido (> 32°C). ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso de 70 anos resgatado após mais de 12 horas de exposição à água e que evolui com parada cardiorrespiratória: o cenário é de hipotermia acidental. A regra consagrada pela AHA é que ninguém está morto até estar aquecido e morto, porque a hipotermia reduz o consumo de oxigênio e confere proteção neurológica, permitindo recuperação sem sequelas mesmo após reanimações prolongadas. Assim, as manobras devem ser mantidas durante o reaquecimento, sendo o limiar habitual de aproximadamente 32 graus antes de se considerar a interrupção dos esforços; quando disponível, o reaquecimento extracorpóreo é a estratégia de escolha.

A hipotermia leve, estágio I (32 a 35 graus), cursa com tremor e paciente consciente, em geral hemodinamicamente estável; as arritmias malignas surgem abaixo de 30 graus, o que torna falsa a afirmação de instabilidade já no estágio I. A idade avançada aumenta o risco de hipotermia e de suas complicações, por menor massa muscular, resposta de tremor reduzida, comorbidades e uso de medicamentos. E a desfibrilação não está contraindicada: diante de ritmo chocável deve-se desfibrilar; apenas se houver refratariedade após as tentativas iniciais é que novas descargas podem ser postergadas enquanto se aquece o paciente.

Resposta D

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Paciente feminina, de 55 anos, veio à UBS para revisão do controle da pressão arterial e da dislipidemia. Com história de hipertensão desde os 45 anos, vinha em uso de enalapril (20 mg, 2 vezes/dia), hidroclorotiazida (25 mg/dia) e atorvastatina (40 mg/dia). Negou outras comorbidades. O exame físico indicou peso de 86 kg, altura de 156 cm e pressão arterial 128/78 mmHg; demais aspectos sem particularidades. Trouxe resultados de exames recentes, semelhantes aos anteriores: glicemia de 98 mg/dl, HbA1c de 5,6%, creatinina de 1,5 mg/dl (TFG de 42 ml/min/1,73 m²), albuminúria em amostra de 56 mg/l, colesterol total de 156 mg/dl, HDL de 38 mg/dl e triglicerídeos de 152 mg/dl. Com base nos dados clínicos e laboratoriais, qual a conduta mais adequada?

A. Recomendar apenas modificação de estilo de vida.

B. Iniciar o uso de inibidor de SGLT-2. ✓

C. Aumentar a dose de enalapril.

D. Aumentar a dose de estatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 55 anos com hipertensão controlada, sem diabetes (glicemia de 98 mg/dl e HbA1c de 5,6%), com taxa de filtração glomerular estimada de 42 ml/min/1,73 m² e albuminúria: o quadro é de doença renal crônica estágio G3b com albuminúria, ou seja, risco elevado de progressão para doença renal terminal e de eventos cardiovasculares. Os ensaios DAPA-CKD e EMPA-KIDNEY demonstraram que os inibidores de SGLT-2 reduzem a progressão da doença renal, a necessidade de terapia renal substitutiva e desfechos cardiovasculares também em pacientes sem diabetes, e o EMPA-KIDNEY contemplou exatamente a faixa de filtração entre 20 e 45 ml/min. Com o bloqueio do sistema renina-angiotensina já otimizado, o passo seguinte é iniciar o inibidor de SGLT-2.

Recomendar apenas mudança de estilo de vida deixa de oferecer nefroproteção comprovada a quem já tem perda funcional instalada. Aumentar o enalapril não é possível nem desejável: ela já usa 40 mg/dia, dose máxima, com pressão em 128/78 mmHg, e a escalada traria hipotensão e hipercalemia sem ganho adicional. Aumentar a estatina não altera a progressão da doença renal, e o perfil lipídico já está adequado sob atorvastatina em dose de alta intensidade.

Resposta B

QUESTÃO 75 — Gabarito B

Paciente masculino, de 65 anos, com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) avançada e câncer de pulmão de pequenas células recentemente diagnosticado, foi trazido à Emergência por ter apresentado uma crise convulsiva tônico-clônica generalizada. Em seu histórico, constavam perda de peso significativa, mal-estar e fraqueza profunda nas últimas semanas. Ao exame físico, encontrava-se confuso, taquipneico, com frequência respiratória de 30 mpm. A tomografia computadorizada de crânio foi considerada normal. Os resultados dos exames laboratoriais iniciais encontram-se reproduzidos abaixo. Exame Resultado Valor de referência Gasometria arterial Resultado Valor de referência Sódio sérico 120 mEq/l 135-145 mEq/l Potássio sérico 3,2 mEq/l 3,5-5,1 mEq/l pH 7,32 7,35-7,45 Cálcio sérico 10,0 mg/dl 8,2-10,2 mg/dl PCO₂ 60 mmHg 35-45 mmHg Albumina sérica 2,8 g/dl 3,5-5,2 g/dl PO₂ 85 mmHg 80-100 mmHg Leucócitos 10.000/mm³ 3.600-11.000/mm³ Hemoglobina 9,0 g/dl 11-16 g/dl Plaquetas 250.000/mm³ 150.000-400.000/mm³ Qual a causa mais provável para a crise convulsiva?

A. Encefalite límbica

B. Síndrome da secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH) ✓

C. Hipóxia

D. Hipercapnia

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso reúne carcinoma de pulmão de pequenas células, hiponatremia de 120 mEq/l e crise convulsiva tônico-clônica com tomografia de crânio normal: é a apresentação clássica da síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (SIADH) paraneoplásica. O oat cell é o tumor que mais produz ADH ectópico, e a hiponatremia hipotônica euvolêmica que se instala abaixo de 125 mEq/l provoca edema celular cerebral, com confusão, mal-estar, fraqueza e convulsão — todos presentes na vinheta. A tomografia normal afasta lesão estrutural (metástase, sangramento) e reforça a etiologia metabólica.

Encefalite límbica paraneoplásica (anti-Hu) de fato ocorre nesse tumor, mas cursa com déficit subagudo de memória recente, alteração de comportamento e crises focais ao longo de semanas, e não explicaria o sódio de 120 diante de um distúrbio hidroeletrolítico flagrante. Hipóxia está descartada pela PO₂ de 85 mmHg com saturação adequada. A hipercapnia de 60 mmHg com pH 7,32 traduz a acidose respiratória crônica agudizada esperada na DPOC avançada e produz cefaleia, sonolência e narcose — rebaixamento, não crise convulsiva isolada. Resposta B

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Com base na análise da radiografia reproduzida ao lado, realizada em incidência anteroposterior e em posição ortostática, é possível afirmar que

A. foi realizada lobectomia pulmonar inferior direita.

B. há um abscesso no pulmão direito.

C. há hidropneumotórax à direita. ✓

D. há uma consolidação na metade inferior do pulmão direito.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o reconhecimento radiográfico do hidropneumotórax, entidade que só se evidencia quando o raio é horizontal e o paciente está de pé — exatamente as condições descritas no enunciado. O achado que define o diagnóstico é o nível hidroaéreo pleural: uma interface horizontal e retilínea que atravessa o hemitórax de parede a parede, com ar acima (hipertransparência sem trama vascular, delimitada pela linha da pleura visceral) e líquido abaixo (opacidade homogênea). É a coexistência de ar e líquido no mesmo espaço pleural, e a posição ortostática é justamente o que permite ao líquido se acomodar por gravidade e formar a linha reta. Lobectomia inferior direita produziria sinais de perda de volume — elevação da cúpula frênica, desvio de traqueia e mediastino para o lado operado, estreitamento dos espaços intercostais —, sem nível hidroaéreo pleural. Abscesso pulmonar gera cavidade de paredes espessas circunscrita ao parênquima, com nível hidroaéreo curto limitado ao contorno da própria cavidade, e não uma interface que cruza todo o gradil costal. Consolidação é opacidade homogênea com broncograma aéreo, respeitando limites lobares e sem qualquer interface líquida horizontal. Resposta C

QUESTÃO 77 — Gabarito D

Paciente masculino, de 38 anos, com asma desde a infância, consultou por piora dos sintomas nos últimos meses, com eliminação de escarro espesso com tampões mucosos. À avaliação complementar, foram constatados piora do distúrbio ventilatório obstrutivo, IgE de 1.200 UI/ml e eosinófilos no sangue periférico de 900/mm³. Tomografia computadorizada de tórax evidenciou algumas bronquiectasias centrais com impactações mucoides e opacidades em dedo de luva. Qual a mais provável complicação clínica nessa situação?

- A. Pneumonia eosinofílica
- B. Micobacteriose não tuberculosa
- C. Bronquiectasias por discinesia ciliar

D. Aspergilose broncopulmonar alérgica Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 17 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Asmático de longa data que piora, elimina tampões mucosos, tem IgE total muito elevada, eosinofilia periférica e tomografia com bronquiectasias centrais, impactação mucoide e opacidades em dedo de luva: o quadro é aspergilose broncopulmonar alérgica (ABPA), reação de hipersensibilidade ao *Aspergillus fumigatus* colonizando a via aérea. Os critérios de ISHAM exigem doença predisponente (asma ou fibrose cística), IgE total acima de 1.000 UI/ml, IgE específica ou teste cutâneo positivo para *A. fumigatus* e pelo menos dois entre eosinofilia acima de 500/mm³, precipitinas/IgG específica e alterações radiológicas compatíveis — a vinheta preenche praticamente todos, e as bronquiectasias centrais com dedo de luva são quase patognomônicas. Pneumonia eosinofílica crônica cursa com infiltrados periféricos em imagem espelhada do edema pulmonar, sem bronquiectasias centrais nem tampões mucosos. Micobacteriose não tuberculosa produz bronquiectasias em língua e lobo médio com nódulos centrolobulares em árvore em brotamento e não eleva IgE a esse patamar. Discinesia ciliar é congênita, manifesta-se com sinusopatia, otites de repetição e infertilidade desde a infância, e dá bronquiectasias predominantemente basais, não centrais. Resposta D

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Paciente feminina, de 30 anos, buscou atendimento na UBS, acompanhada pelo marido, por vir apresentando insônia, irritabilidade, anedonia e choro fácil. Relatou que não conseguia sair sozinha e vinha tendo crises de ansiedade frequentes, especialmente à noite, antes de deitar-se, sintomas iniciados há 10 dias, logo após ter sido resgatada numa estrada em razão de sua casa situar-se em região totalmente alagada pelas chuvas. Referiu ter ficado 3 dias abrigada em uma escola e, há 1 semana, ter ido morar com a sogra, por não conseguir retornar para sua casa por medo. Que conduta, dentre as abaixo, o médico da UBS deve priorizar?

- A. Orientar suporte familiar e social, apoio psicológico para uma escuta empática neste momento de estresse agudo e não prescrever benzodiazepínicos para insônia e irritabilidade. ✓**
- B. Estimular a paciente a falar sobre suas vivências e sentimentos, mesmo que ela se recuse, e prescrever benzodiazepínicos para melhorar o sono.
- C. Encaminhar a paciente para a Emergência psiquiátrica, pois ela deve estar com ideação suicida; o médico não poderia perguntar sobre pensamentos de morte para não a incentivar a cometer suicídio.
- D. Considerar o diagnóstico de um transtorno de estresse pós-traumático em função dos sintomas intrusivos, sintomas de esquiva, alterações do humor e da cognição e reatividade alterada, prescrevendo antidepressivo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher exposta a um desastre natural há 10 dias, com insônia, irritabilidade, choro fácil, ansiedade e evitação de retornar à casa: trata-se de reação aguda ao estresse, e o manejo de primeira linha é o dos primeiros socorros psicológicos — acolhimento, escuta empática, ativação da rede familiar e social, garantia de segurança e necessidades básicas, com reavaliação seriada. Nesse contexto, os benzodiazepínicos são explicitamente desaconselhados: além do risco de tolerância e dependência, há evidência de que seu uso precoce após trauma se associa a pior evolução e maior chance de cronificação em transtorno de estresse pós-traumático.

A alternativa B erra duas vezes: forçar a paciente a narrar a vivência contra sua vontade reproduz o debriefing psicológico compulsório, prática abandonada por poder agravar sintomas, e prescreve benzodiazepínico. A alternativa C parte de uma presunção de ideação suicida sem avaliação e repete um mito perigoso — perguntar sobre pensamentos de morte não induz suicídio, é conduta obrigatória e protetora. A alternativa D esbarra no critério temporal: o TEPT exige sintomas por mais de um mês; com 10 dias de evolução o rótulo cabível seria transtorno de estresse agudo, e antidepressivo não é a prioridade neste momento. Resposta A

QUESTÃO 79 — Gabarito A

Paciente masculino, de 55 anos, veio à Emergência por dor no joelho direito, iniciada há 2 dias, e sensação de febre (não aferida) nas últimas 12 horas. Negou trauma e episódios semelhantes prévios. Informou ser portador de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito tipo 2 em tratamento com hidroclorotiazida e metformina. Ao exame físico, constataram-se artrite com eritema e dor à mínima mobilização do joelho direito, úlcera secretiva no hálux direito e eritema de dorso do pé direito. Em relação à principal hipótese diagnóstica, assinala a assertiva correta.

- A. Na análise do líquido sinovial, espera-se encontrar celularidade aumentada, mesmo com pesquisa direta de bactérias e cultura negativas. ✓**
- B. O paciente deve receber anti-inflamatório não esteroideal intravenoso e, após melhora, alta com colchicina até o retorno ambulatorial.
- C. A infiltração intra-articular com glicocorticoide está indicada por apresentar melhor perfil de segurança sistêmico, levando-se em consideração as comorbidades.
- D. O tratamento antimicrobiano deve ser iniciado conforme resultado da cultura, levando-se em consideração o perfil de sensibilidade identificado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem diabético com monoartrite aguda de joelho, febre, dor à mínima mobilização e uma porta de entrada evidente (úlcera secretiva no hálux com celulite do dorso do pé): a hipótese principal é artrite séptica por disseminação hematogênica, e a artrocentese é obrigatória. A alternativa correta traduz uma armadilha frequente da prática: o líquido sinovial mostra celularidade francamente elevada, tipicamente acima de 50.000 leucócitos/mm³ com predomínio de polimorfonucleares, mas a bacterioscopia é positiva em cerca de metade dos casos e a cultura pode vir negativa em parcela relevante, sobretudo se houve antibiótico prévio. Cultura negativa não exclui artrite séptica — o diagnóstico permanece clínico-citológico.

A alternativa B trata o paciente como se fosse crise de gota (AINE seguido de colchicina), o que retardaria o antibiótico e a drenagem, com risco de destruição condral em dias. A infiltração intra-articular com glicocorticoide é formalmente contraindicada na suspeita de artrite séptica, pois agrava a infecção — a comorbidade citada, aliás, é fator de risco para sepse articular, não argumento a favor do corticoide. E esperar o resultado da cultura para iniciar antimicrobiano inverte a sequência correta: colhe-se líquido e hemoculturas e inicia-se antibiótico empírico com cobertura para *S. aureus* imediatamente, ajustando depois pelo perfil de sensibilidade. Resposta A

QUESTÃO 80 — Gabarito C

Trabalhador rural, de 37 anos, veio à consulta queixando-se de dor em dedo do pé esquerdo há 2 semanas. Negou trauma ou comorbidades. Re- latou episódios de diarreia recorrentes nos últimos meses. Ao exame físico, havia dor à palpação e à mobilização, edema e eritema do terceiro dedo- dátilo esquerdo, além de onicodistrofia e pitting ungueal em mãos e pés. Diante do quadro, assi- nale a alternativa que confirma o diagnóstico e au- menta a chance de acometimento axial.

A. Fator reumatoide reagente

B. Colite à biópsia

C. HLA-B27 presente ✓

D. Pesquisa de fungo ungueal negativa

COMENTÁRIO OSCELABS

Dactilite do terceiro pododáctilo (o dedo em salsicha, com edema difuso e dor à palpação e mobilização) associada a onicodistrofia e pitting ungueal aponta para artrite psoriásica, uma espondiloartrite soronegativa em que a lesão ungueal pode preceder ou substituir a placa cutânea evidente. A pergunta pede o exame que sustenta o diagnóstico dentro do espectro das espondiloartrites e, ao mesmo tempo, prediz envolvimento axial: é o HLA-B27. Esse antígeno é o marcador genético do grupo, e na artrite psoriásica sua positividade se associa de forma consistente a sacroileíte e espondilite, ou seja, à forma axial da doença.

Fator reumatoide reagente aponta para artrite reumatoide e, nos critérios CASPAR, sua negatividade é justamente um dos itens que pontuam a favor da artrite psoriásica. Colite à biópsia confirmaria doença inflamatória intestinal — plausível diante da diarreia recorrente, e a artrite enteropática também é espondiloartrite —, mas não explica o acometimento ungueal nem é o marcador de risco axial cobrado. Pesquisa de fungo ungueal negativa apenas afasta onicomicose como diagnóstico diferencial da unha; é achado de exclusão, sem qualquer valor prognóstico para o esqueleto axial. Vale a ressalva de que HLA-B27 isolado não confirma diagnóstico algum (não integra os critérios CASPAR e é encontrado em parte da população saudável), o que torna o verbo confirma da questão discutível — mas, no conjunto das opções, é a única que soma valor diagnóstico e prognóstico axial. Resposta C

QUESTÃO 81 — Gabarito B

Assinale a assertiva correta sobre estudos de revi- são sistemática.

A. Uma metanálise pode ser realizada de forma independente de uma revisão sistemática, sem risco de vieses nos resultados.

B. Uma metanálise de vários estudos pequenos nem sempre irá prever o resultado de um ensaio clínico randomizado grande, particularmente se houver viés de publicação. ✓

- C. Uma revisão sistemática é um método estatístico para combinar matematicamente os resultados de 2 ou mais estudos independentes.
- D. Uma revisão sistemática deve apresentar uma única metanálise para todos os desfechos de todos os estudos incluídos na revisão.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão separa dois conceitos que os candidatos costumam fundir. Revisão sistemática é o método de pesquisa: pergunta estruturada, busca exaustiva e reprodutível, seleção com critérios explícitos, avaliação do risco de viés e síntese dos achados. Metanálise é a técnica estatística que combina matematicamente os resultados de dois ou mais estudos independentes — pode existir dentro de uma revisão sistemática, mas não substitui o método. A assertiva correta traz um fato clássico da epidemiologia clínica: metanálises de vários estudos pequenos nem sempre reproduzem o resultado de um grande ensaio clínico randomizado posterior, e o viés de publicação é uma das explicações mais importantes, já que estudos pequenos positivos são publicados e pequenos negativos ficam na gaveta, inflando o efeito agregado.

A alternativa A está errada porque metanálise feita sem busca sistemática seleciona estudos de forma arbitrária, o que agrava o viés em vez de eliminá-lo. A alternativa C troca as definições: combinar matematicamente resultados é metanálise, não revisão sistemática. A alternativa D erra porque cada desfecho e cada comparação demandam sua própria síntese quantitativa, quando ela for cabível; havendo heterogeneidade clínica ou metodológica relevante, a revisão pode e deve limitar-se à síntese narrativa, sem nenhuma metanálise. Resposta B

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Um novo antibiótico está sendo avaliado para tratamento de traqueobronquite bacteriana, apresentando menor curso e maior comodidade posológica em relação ao tratamento padrão (comparador), que tem cerca de 90% de eficácia (desfecho “taxa de cura”). O grupo pesquisador desenhou um ensaio clínico randomizado e propôs que uma efetividade de 81% seja definida como “não inferior” (Risco Relativo de 0,9 como margem de não inferioridade). Com base nas informações e na análise da figura, assinale a assertiva correta sobre estudos de não inferioridade.

- A. Nesse cenário e desfecho, um tratamento será considerado superior (melhor) quando a estimativa de risco relativo, com seus intervalos de confiança, for < 1 .
- B. Não inferioridade estará estabelecida quando a estimativa de risco e os intervalos de confiança tocarem a linha de nulidade (C, D).
- C. Não inferioridade não pode ser estabelecida se quaisquer resultados apresentarem intervalos de confiança abaixo da margem de não inferioridade, como no resultado E.

D. De acordo com os parâmetros definidos pelo pesquisador, os resultados B, C e E podem ser aceitos como não inferiores ao tratamento comparador. Margem de não inferioridade: 0,9 A B C D E 0,8 1 1,25 Risco Relativo para Cura Novo Novo tratamento tratamento pior melhor 18 Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Estudos de não inferioridade não perguntam se o novo tratamento é melhor, e sim se ele não é pior que o comparador além de um limite tolerado, previamente definido — a margem de não inferioridade. Aqui o desfecho é taxa de cura, de modo que risco relativo maior significa mais cura, e o pesquisador fixou 0,9 como margem: tolera-se perder até 10% da eficácia relativa em troca de curso mais curto e melhor comodidade posológica. A regra de leitura é única e vale para qualquer figura desse tipo: a não inferioridade fica estabelecida quando todo o intervalo de confiança permanece acima da margem, isto é, quando o limite inferior do IC não cruza 0,9. É essa regra que a alternativa correta aplica aos resultados apontados na figura. A alternativa A inverte o sentido do efeito: com desfecho de cura, superioridade exigiria o intervalo de confiança inteiramente acima de 1, não abaixo. A alternativa B confunde os conceitos — tocar a linha de nulidade significa apenas ausência de diferença estatisticamente significativa entre os tratamentos; o que define não inferioridade é a posição do IC em relação à margem, não em relação a 1. A alternativa C reformula a regra de forma imprecisa e desqualifica um resultado que, pela margem estipulada, se mantém dentro do limite aceitável. Resposta D

QUESTÃO 83 — Gabarito B

Em um estudo prospectivo avaliando eventos adversos de um novo medicamento, 15 dos participantes da pesquisa que receberam o medicamento apresentaram epigastralgia e 45 dos que receberam o medicamento não apresentaram tal sintoma. Dos 80 participantes que não tomaram o novo medicamento, apenas 2 apresentaram epigastralgia. Assinale a assertiva correta sobre o efeito adverso “epigastralgia” nesse estudo.

A. A Razão de Chances (odds ratio) do estudo é 25.

B. O Risco Relativo para apresentar eventos adversos com o novo medicamento é 10. ✓

C. O Risco Absoluto de eventos adversos no grupo controle é 25%.

D. O Risco Relativo de eventos adversos com o novo medicamento é 15/60.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão exige montar a tabela 2x2 antes de qualquer cálculo. Expostos ao novo medicamento: 15 com epigastralgia e 45 sem, total de 60. Não expostos: 80 participantes, 2 com epigastralgia e 78 sem. O risco absoluto no grupo exposto é $15/60 = 25\%$; no grupo controle, $2/80 = 2,5\%$. O risco relativo é a razão entre esses dois riscos: $25\% \text{ dividido por } 2,5\% = 10$. Ou seja, quem recebeu o medicamento teve dez vezes mais chance de epigastralgia do que quem não recebeu.

A alternativa A erra o valor da razão de chances: odds no exposto é $15/45 = 0,333$ e no não exposto $2/78 = 0,0256$, resultando em OR de aproximadamente 13, e não 25. A alternativa C confunde os grupos — 25% é o risco absoluto no grupo que tomou o medicamento; no grupo controle o risco absoluto é 2,5%. A alternativa D apresenta 15/60 como risco relativo, mas essa fração é o risco absoluto do grupo exposto; risco relativo é sempre razão entre dois riscos, nunca uma incidência isolada. Vale lembrar que, com desfecho relativamente frequente no grupo exposto como neste caso, a odds ratio se afasta bastante do risco relativo e superestima o efeito. Resposta B

QUESTÃO 84 — Gabarito C

Um estudo de coortes prospectivo descreve que a coorte com uso de equipamentos de proteção individual (EPI) têm um risco relativo de 0,45, quando comparada à coorte sem uso de EPI, para acidentes de trabalho com dano moderado a grave. Com base no estudo, assinale a assertiva correta.

A. A Redução de Risco Relativo (RRR) do grupo que utiliza EPI é 45%, e a diferença absoluta de risco, 55%.

B. A redução de risco de mais de 50% indica que o valor p deverá ser significativo.

C. Usuários de EPI têm 0,45 vez o risco de acidentes de trabalho com dano moderado a grave em comparação aos não usuários de EPI. ✓

D. Não usuários de EPI são 55% mais propensos a sofrerem acidentes de trabalho com dano moderado a grave em comparação aos usuários de EPI.

COMENTÁRIO OSCELABS

Risco relativo é uma razão entre riscos, e sua leitura correta é multiplicativa. Um RR de 0,45 significa que a coorte exposta — aqui, quem usa EPI — apresenta 0,45 vez o risco de acidente de trabalho com dano moderado a grave em comparação à coorte não exposta. É exatamente o que enuncia a alternativa correta, e é a tradução literal do valor, sem necessidade de conhecer os riscos absolutos de cada grupo.

A alternativa A erra a redução de risco relativo: RRR é $1 - RR$, ou seja, 55% e não 45%; além disso, a diferença absoluta de risco não pode ser derivada do RR isoladamente, pois depende da incidência basal no grupo não exposto, que o enunciado não fornece. A alternativa B confunde magnitude de efeito com significância estatística: um efeito grande pode ter p não significativo se a amostra for pequena ou o intervalo de confiança amplo cruzar a unidade — quem decide isso é a precisão da estimativa, não o tamanho da redução. A alternativa D inverte a comparação de forma incorreta: se os usuários têm 0,45 vez o risco, os não usuários têm $1/0,45$, cerca de 2,2 vezes o risco, isto é, aproximadamente 122% mais propensos, e não 55%. Resposta C

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Até agosto de 2024, os casos de Mpox na região da República Democrática do Congo e em países vizinhos totalizaram 15.600 com 537 mortes associadas, número maior do que o registrado em todo ano de 2023. Por essa razão, a Organização Mundial da Saúde declarou Mpox como nova Emergência em Saúde Pública de importância internacional. No Brasil, desde o início de 2024, já foram registrados 709 casos, com maior concentração na região Sudeste, principalmente nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. A respeito dessa situação, assinale a assertiva correta.

A. O coeficiente de letalidade na região africana é 537 mortes/15.600 casos. ✓

B. A densidade de incidência no Brasil é 709 casos/100.000 habitantes/ano.

C. A notificação é compulsória, imediata e por telefone para os casos internados confirmados e no e-SUS Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) para os demais.

D. A vacinação é obrigatória para todos os contatos de casos confirmados.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a definição precisa dos indicadores epidemiológicos aplicados ao surto de Mpox. Coeficiente de letalidade é a razão entre o número de óbitos pela doença e o número de casos da mesma doença em um período — no cenário africano descrito, 537 mortes sobre 15.600 casos, o que corresponde a cerca de 3,4%. É indicador de gravidade da doença entre os doentes, e não deve ser confundido com mortalidade, que tem a população geral como denominador.

A alternativa B erra o conceito: densidade de incidência exige denominador em pessoa-tempo; 709 casos por 100.000 habitantes ao ano seria coeficiente de incidência acumulada, e o enunciado sequer traz a população brasileira para compor o denominador — o que se tem é número absoluto de casos. A alternativa C distorce a regra de notificação: Mpox é de notificação compulsória imediata, em até 24 horas, para caso suspeito, confirmado ou óbito, independentemente de internação, com registro no sistema oficial de notificação; não existe essa divisão entre notificar por telefone os internados e pelo sistema os demais. A alternativa D é falsa porque não há vacinação obrigatória contra Mpox no Brasil — a imunização é seletiva, dirigida a grupos e situações específicas, e sempre voluntária. Resposta A

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Um serviço para ser considerado de Atenção Primária à Saúde necessita apresentar alguns atributos, os quais podem ser divididos em essenciais ou derivados. Em uma UBS em condições precárias de atendimento, tais como horário limitado de agendamento, ausência de prontuários para registro das consultas e não disponibilidade de materiais para procedimentos cirúrgicos ambulatoriais, quais atributos estão sendo comprometidos respectivamente?

- A. Acesso, equidade e integralidade do cuidado
- B. Acesso, longitudinalidade e integralidade do cuidado ✓**
- C. Coordenação do cuidado, longitudinalidade e competência cultural
- D. Coordenação do cuidado, longitudinalidade e orientação comunitária

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os atributos da Atenção Primária à Saúde descritos por Barbara Starfield, divididos em essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado) e derivados (orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural). Basta associar cada precariedade descrita ao atributo que ela fere, na ordem apresentada. Horário limitado de agendamento compromete o acesso de primeiro contato, que envolve acessibilidade geográfica e organizacional para o serviço ser a porta de entrada procurada a cada novo problema. A ausência de prontuários inviabiliza a longitudinalidade, pois sem registro não há memória do vínculo nem acompanhamento da pessoa ao longo do tempo. A falta de material para pequenos procedimentos cirúrgicos ambulatoriais fere a integralidade, entendida como a oferta, na própria unidade, do elenco de serviços que a população necessita.

A alternativa A insere equidade, que é princípio doutrinário do SUS e não atributo da APS na classificação cobrada. As alternativas C e D começam por coordenação do cuidado, atributo que se refere à integração das informações e ao gerenciamento do percurso do usuário na rede — não é o que o horário restrito de agendamento compromete diretamente —, e fecham com competência cultural e orientação comunitária, atributos derivados que nada têm a ver com falta de insumo para procedimento. Resposta B

QUESTÃO 87 — Gabarito B

Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do parágrafo abaixo. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, na esfera federal, são originários da e fiscalizados pelo(a); as receitas geradas são creditadas diretamente no

- A. Saúde - Conselho de Saúde - Fundo Municipal de Saúde
- B. Seguridade Social - Conselho de Saúde - Fundo Nacional de Saúde ✓**
- C. Seguridade Social - Conferência de Saúde - Fundo Nacional de Saúde
- D. Previdência Social - Conferência de Saúde - Fundo Municipal de Saúde

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o circuito do financiamento do SUS na esfera federal, tema da Constituição Federal e das Leis 8.080/1990 e 8.142/1990. A origem dos recursos é o Orçamento da Seguridade Social (CF, art. 195, e art. 198, parágrafo 1º): a saúde é um dos três pilares da seguridade, ao lado da previdência e da assistência social, e por isso o dinheiro federal do SUS não vem de um orçamento isolado da Saúde nem da Previdência. O art. 33 da Lei 8.080 determina que esses recursos sejam depositados em conta especial em cada esfera de atuação e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, órgãos permanentes, deliberativos e de composição paritária, que exercem o controle social e a fiscalização financeira. Na esfera federal, o crédito é feito diretamente no Fundo Nacional de Saúde, ponto de partida do repasse fundo a fundo previsto na Lei 8.142.

A erra na origem, pois não existe uma fonte chamada Saúde, e erra no destino, já que na esfera federal o fundo é o Nacional, não o Municipal. C acerta a origem, mas troca o fiscalizador: a Conferência de Saúde reúne-se a cada quatro anos para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes, e não fiscaliza a movimentação de recursos. D erra duas vezes, ao atribuir a origem à Previdência Social e ao colocar a fiscalização na Conferência, além de destinar a receita federal ao fundo municipal.

Resposta B

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Na regulamentação do Sistema Único de Saúde - SUS (Lei no 8.080/1990), há referência à oferta de serviços pela iniciativa privada. Assinale a assertiva correta sobre a participação complementar dos serviços privados no SUS.

- A. A participação complementar desses serviços será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito privado.
- B. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial são estabelecidos pelas Sociedades Médicas de cada especialidade.
- C. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no SUS. ✓**
- D. As Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) terão preferência para participar do SUS. Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 19

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado cobra os arts. 24 a 26 da Lei 8.080/1990, que disciplinam a participação complementar da iniciativa privada no SUS, admitida apenas quando as disponibilidades da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial. O parágrafo 4º do art. 26 é expresso ao vedar que proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados exerçam cargo de chefia ou função de confiança no SUS, regra de prevenção de conflito de interesses, já que a mesma pessoa não pode contratar e ser contratada.

A está errada porque o parágrafo único do art. 24 determina que o contrato ou convênio observe as normas de direito público, e não de direito privado, uma vez que o particular passa a atuar dentro de um serviço público. B está errada porque os critérios e valores para remuneração e os parâmetros de cobertura assistencial são estabelecidos pela direção nacional do SUS e aprovados no Conselho Nacional de Saúde, não por sociedades de especialidade. D está errada porque a preferência legal, quando há necessidade de complementação, é das entidades filantrópicas e das sem fins lucrativos (art. 25), e não das OSCIP.

Resposta C

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Determinado município de 20 mil habitantes possui 2 Equipes de Saúde da Família; 1 Hospital geral com 10 leitos clínicos, 3 cirúrgicos, 3 obstétricos, 3 pediátricos e 6 psiquiátricos; e 1 Ambulatório de especialidades. Em 2022, apresentou taxa de mortalidade infantil de 14/1.000 nascidos vivos, predominantemente no componente pós-neonatal, e altas taxas de internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde (hipertensão arterial sistêmica, gastroenterites e infecção do trato urinário em adultos e por asma nos com menos de 18 anos). Considerando que está sendo planejada a reestruturação de seu Plano Municipal de Saúde, assinale a alternativa que contempla o investimento na força de trabalho mais adequado para esse município.

- A. 1 médico(a) neonatologista para sala de parto e 1 médico(a) pneumologista
- B. 1 médico(a) psiquiatra ou médico(a) com formação em saúde mental, 1 enfermeiro(a), 3 profissionais de nível superior: psicólogo(a), assistente social, terapeuta ocupacional ou pedagogo(a) para implantar um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i)
- C. 2 médicos(as) e 2 enfermeiros(as) (diurno e noturno) e Equipe Assistencial Multiprofissional com quantitativo de profissionais compatível com uma Unidade de Pronto-atendimento (UPA) Porte 1
- D. 2 médicos(as) de família e comunidade ou médicos(as) generalistas, 2 enfermeiros(as), 2 técnicos(as) de enfermagem e 2 agentes comunitários(as) de saúde compatíveis com a ampliação de 2 Equipes de Saúde da Família (ESF) ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão é de planejamento em saúde e pede que o investimento em força de trabalho siga o diagnóstico epidemiológico do município. Dois marcadores apontam para o mesmo lugar: mortalidade infantil de 14 por mil com predomínio do componente pós-neonatal, que reflete falhas de cuidado ambulatorial, acompanhamento do crescimento, vacinação e manejo de infecções, e altas taxas de internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária, indicador clássico de acesso e resolatividade insuficientes da APS. Some-se a isso a cobertura: 2 equipes de Saúde da Família para 20 mil habitantes cobrem em torno de 6 a 8 mil pessoas, ou seja, menos da metade da população, considerando o parâmetro de até 4 mil pessoas por equipe. Ampliar a APS é a intervenção com maior impacto sobre exatamente os desfechos descritos.

A erra o alvo, porque o neonatologista atua sobre o componente neonatal, que não é o predominante, e o pneumologista não resolve asma de manejo ambulatorial, que deveria ser controlada na APS. B propõe um CAPS i, serviço com parâmetro populacional muito acima de 20 mil habitantes e sem relação com os indicadores apresentados. C propõe estrutura equivalente a uma UPA Porte 1, dimensionada para populações da ordem de 50 a 100 mil habitantes, e que ampliaria a porta de urgência sem corrigir a causa das internações evitáveis.

Resposta D

QUESTÃO 90 — Gabarito A

Os determinantes sociais, tais como Status Socio-econômico (SES), Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e Índice de Desenvolvimento Social (IDS), atuam sobre o risco e a mortalidade das doenças crônico-degenerativas na população. Assinale a assertiva correta sobre os determinantes sociais.

- A. SES baixo se relaciona a doença cardiovascular e aumenta o risco cardiovascular na mesma proporção que fatores de risco clássicos, como hipertensão arterial, diabetes melito, obesidade e tabagismo. ✓**
- B. Educação, etnia, situação de emprego e condições ambientais são os fatores que compõem o SES.
- C. Hipertensão arterial, tabagismo, obesidade e hipercolesterolemia são os fatores de risco mais frequentes entre pessoas negras do que em outros grupos étnicos.
- D. Baixa escolaridade, IVS alto e IDS baixo estão relacionados ao aumento da frequência de demência de Alzheimer, doença cerebrovascular e doença de Parkinson.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do peso dos determinantes sociais sobre doenças crônicas. A literatura contemporânea, incluindo os posicionamentos científicos sobre determinantes sociais e doença cardiovascular, mostra que o status socioeconômico baixo se comporta como fator de risco independente e de magnitude comparável à dos fatores clássicos, hipertensão, diabetes melito, obesidade e tabagismo, agindo tanto por vias materiais (acesso a alimentos, medicamentos e serviços) quanto por estresse crônico e comportamento de saúde.

B está errada porque o SES é classicamente composto por renda, escolaridade e ocupação; etnia e condições ambientais são determinantes sociais relevantes, mas não integram a definição de SES, e sim interagem com ela. C generaliza indevidamente: hipertensão arterial e obesidade têm de fato maior prevalência entre pessoas negras, mas tabagismo e hipercolesterolemia não apresentam esse padrão, de modo que a assertiva erra ao agrupar os quatro. D está parcialmente correta apenas para demência e doença cerebrovascular, que têm gradiente social bem documentado, mas inclui a doença de Parkinson, cuja associação com baixa escolaridade e vulnerabilidade social não é consistente na literatura.

Resposta A

QUESTÃO 91 — Gabarito B

Paciente de 26 anos, com seu primogênito de 13 dias de vida, procurou a UBS por estar tendo dificuldades com a amamentação. Há 3 dias, refe-riu a ocorrência de dor e sangramento pelo mamilo da mama esquerda durante a amamentação, razão pela qual vinha extraindo o leite dessa mama manualmente e mantendo a amamentação apenas na mama direita. A dor e a vermelhidão tinham piorado nos últimos 2 dias. Negou febre, prurido ou sensação de queimação nos mamilos, mas relatou sudorese intensa e calafrios durante a noite. Ao exame, a temperatura axilar era 37,5o C. A mama esquerda apresentava área com eritema, calor e endurecimento sem flutuação; o mamilo era plano, estava com eritema e apresentava fissuras. A criança encontrava-se saudável e, desde a alta hospitalar, já havia ganhado 320 g. Além da análgesia e orientação da pega, assinale a alternativa que contempla o diagnóstico, a conduta e as orientações adequadas para a mãe.

A. Mastite - Prescrever amoxicilina-clavulanato, realizar a extração manual do leite na mama esquerda até parar o sangramento e manter a amamentação na mama direita. - Tratar o mamilo com mupirocina creme a 2%.

B. Mastite - Prescrever cefalexina, colocar compressas mornas e manter a amamentação em ambas as mamas, iniciando pela direita. - Orientar a alternância de posições de mama, reduzindo a pressão sobre os pontos dolorosos. ✓

C. Ingurgitamento mamário - Colocar compressas mornas e manter a amamentação em ambas as mamas, iniciando pela esquerda. - Tratar o mamilo com creme de lanolina mantendo-o seco e expondo-o ao sol.

D. Ingurgitamento mamário - Colocar compressas frias, realizar a extração manual do leite na mama esquerda até parar o sangramento e manter amamentação na mama direita. - Tratar o mamilo com mupirocina creme a 2%.

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de mastite puerperal: mama unilateral com área de eritema, calor e endurecimento sem flutuação, no 13º dia pós-parto, precedida de fissuras em mamilo plano e agravada pela retirada da mama esquerda do circuito de amamentação, o que produziu estase láctea. Sudorese noturna, calafrios e temperatura de 37,5 graus completam o componente sistêmico. A ausência de flutuação afasta abscesso, e o ganho de 320 g do bebê mostra que a amamentação é efetiva. O tratamento tem dois pilares: antibiótico com cobertura para *Staphylococcus aureus*, sendo a cefalexina a escolha ambulatorial padrão, e, sobretudo, esvaziamento eficaz da mama, ou seja, manter a amamentação nas duas mamas. Compressas mornas antes da mamada auxiliam o reflexo de ejeção, iniciar pela mama sadia desencadeia a descida do leite quando a dor impede começar pela acometida, e alternar posições distribui a pressão de sucção e drena os pontos dolorosos.

A mantém o diagnóstico correto, mas comete o erro central de suspender a mamada na mama acometida, o que perpetua a estase e favorece abscesso; o sangramento vem da fissura e não contraindica a mamada, e a amoxicilina com clavulanato não é primeira linha. C e D erram o diagnóstico: o ingurgitamento é tipicamente bilateral, ocorre entre o terceiro e o quinto dia, com mamas difusamente tensas e brilhantes, sem área localizada de inflamação nem sintomas sistêmicos. C ainda orienta secar o mamilo e expô-lo ao sol, conduta abandonada, pois a cicatrização da fissura é úmida. D soma o diagnóstico errado a compressas frias e à interrupção da mamada na mama doente, exatamente o oposto do necessário.

Resposta B

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Paciente masculino, de 25 anos, veio à UBS com queixa de lesão ulcerada no pênis, surgida há cerca de 1 semana, levemente dolorosa e com discreta secreção. Referiu ser este o primeiro episódio. Era sexualmente ativo, não tinha parceira(o) fixa(n) nem fazia uso de preservativos em todas as relações. Negou outros sintomas. A UBS não dispunha de microscopia. O médico recomendou ao paciente comunicar-se com seus contatos e solicitar-lhe sorologias. Qual(is) o(s) diagnóstico(s) mais provável(is) e a conduta mais apropriada?

A. Donovanose - Prescrever azitromicina por 3 semanas e notificar o caso.

B. Herpes genital ou cancroide - Prescrever aciclovir por 7 dias e azitromicina em dose única.

C. Sífilis tardia - Prescrever penicilina benzatina por 3 semanas.

D. Cancroide ou sífilis recente - Prescrever azitromicina e penicilina benzatina em dose única. 20

Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de úlcera genital com menos de quatro semanas de evolução, dolorosa, sem vesículas e sem relato de episódios prévios, em unidade sem recurso de microscopia. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de IST do Ministério da Saúde resolve isso por fluxograma sindrômico: diante de úlcera genital com menos de quatro semanas e sem lesões vesiculosas, trata-se empiricamente sífilis recente e cancroide na mesma consulta, com penicilina benzatina 2,4 milhões de UI em dose única e azitromicina 1 g em dose única, além de rastrear as demais IST, notificar quando cabível e convocar as parcerias sexuais, como o médico já fez.

A está errada porque a donovanose é doença de evolução lenta, com úlcera crônica, indolor, de fundo granulomatoso e bordas hipertróficas, incompatível com uma semana de história. B está errada porque a presença de vesículas agrupadas sobre base eritematosa é o que define o fluxograma do herpes, e aqui elas não existem; tratar herpes deixaria a sífilis sem cobertura. C erra na classificação e no raciocínio: úlcera é manifestação da sífilis primária, o cancro duro, e não da sífilis tardia; o esquema de três doses semanais destina-se justamente à sífilis tardia ou de duração ignorada, não ao quadro descrito.

Resposta D

QUESTÃO 93 — Gabarito A

Paciente masculino, de 37 anos, veio à consulta na UBS por apresentar descamação no couro cabeludo de limites imprecisos, lesões descamativas na região do supercílio, na glabella, nos sulcos paranasais e mentoniano e nas regiões retroauriculares. Relatou que as lesões eram recorrentes e melhoravam no verão. Nunca fizera tratamento. Qual dos esquemas de tratamento abaixo é o mais apropriado?

- A. Creme e xampu de cetoconazol a 2%, por 4 semanas, na face e no couro cabeludo respectivamente** ✓
- B. Itraconazol por via oral (200 mg/dia), por 7 dias, seguido de itraconazol por via oral (200 mg/dia), por 2 dias, no início de cada mês, por 3 meses
- C. Isotretinoína (10 mg), por via oral, a cada 2 dias, por 3 meses
- D. Xampu de cetoconazol a 2% por 4 semanas e dipropionato de betametasona (0,5 mg/g) + ácido salicílico tópico na face por 1 semana

COMENTÁRIO OSCELABS

A descrição é típica de dermatite seborreica: placas descamativas em couro cabeludo de limites imprecisos, supercílios, glabella, sulcos nasolabiais, sulco mentoniano e regiões retroauriculares, com curso recorrente e melhora no verão pela exposição solar. A doença resulta da resposta inflamatória a leveduras do gênero *Malassezia* sobre áreas ricas em glândulas sebáceas, de modo que o tratamento de primeira linha é antifúngico tópico: creme de cetoconazol a 2 por cento na face e xampu de cetoconazol a 2 por cento no couro cabeludo, por cerca de quatro semanas, com manutenção intermitente depois.

B propõe itraconazol oral em esquema de pulso, indicado para onicomicose e dermatofitoses extensas, exposição sistêmica desnecessária e desproporcional para uma dermatose superficial e crônica. C usa isotretinoína oral, que reduz a produção sebácea mas não é tratamento inicial de dermatite seborreica, além de exigir controle laboratorial e ter perfil de efeitos adversos incompatível com um caso virgem de tratamento. D falha no ponto mais perigoso: dipropionato de betametasona é corticoide de alta potência e não deve ser usado na face, onde provoca atrofia, telangiectasias e dermatite perioral, e o ácido salicílico tópico é irritante nessa região; o corticoide tópico na face, quando necessário, é de baixa potência e por período curto.

Resposta A

QUESTÃO 94 — Gabarito A

Paciente masculino, de 48 anos, veio à consulta ambulatorial queixando-se de sensação de letargia iniciada há pelo menos 3 semanas, associada à sensação de irritabilidade. Informou ter dificuldade em sair da cama pela manhã, algo diferente de seu padrão usual. Ao ser perguntado, disse estar se sentindo um pouco triste e desanimado. Referiu um episódio depressivo prévio, aos 34 anos. Para o diabetes melito tipo 2, fazia uso de metformina (850 mg, 3 vezes/dia) de forma regular; para o hipotireoidismo, de levotiroxina (100 mg/dia). A hemoglobina glicada aferida há 20 dias teve como resultado 6,0%; o hemograma não indicou alterações. Não fazia uso de outros medicamentos, nem outras condições de saúde foram identificadas. Assinale a alternativa com a principal hipótese diagnóstica que deverá conduzir a investigação do quadro no momento.

- A. Deficiência de vitamina B12** ✓
- B. Transtorno misto ansioso e depressivo
- C. Episódio depressivo
- D. Reação de ajustamento

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso apresenta sintomas inespecíficos, letargia, irritabilidade e humor levemente deprimido, com três semanas de evolução, em paciente com antecedente de episódio depressivo. A pista está na farmacoterapia: metformina 850 mg três vezes ao dia, ou seja, dose alta e uso regular prolongado, é causa reconhecida de deficiência de vitamina B12, por interferência na absorção ileal cálcio-dependente do complexo B12 e fator intrínseco. A hemoglobina glicada de 6,0 por cento confirma uso continuado e bom controle, e o hemograma normal não afasta a hipótese, porque as manifestações neuropsiquiátricas e de fadiga podem preceder a anemia e a macrocitose. Diante de sintomas depressivos com causa orgânica plausível, barata e facilmente rastreável, a boa prática é investigar a causa secundária antes de rotular o quadro como recorrência psiquiátrica.

B exige sintomas ansiosos e depressivos coexistentes, ambos sem gravidade suficiente para diagnóstico isolado, e a vinjeta não descreve ansiedade. C é a armadilha, pois o antecedente aos 34 anos torna a hipótese atraente, mas o diagnóstico de episódio depressivo pressupõe exclusão de causa orgânica, exatamente o passo que a questão pede neste momento. D requer estressor identificável nos meses precedentes, que não existe no relato.

Resposta A

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Paciente feminina, negra, de 44 anos, consultou na UBS queixando-se de forte ansiedade, tristeza, choro fácil, pensamentos de desvalia, irritabilidade, cansaço excessivo, sensação de esgotamento e de incapacidade de executar as atividades de forma adequada, dificuldade de concentração e atenção, cefaleia e distúrbio do sono. Informou que trabalhava na mesma empresa há 5 anos, que iniciara como recepcionista e que fora promovida em poucos meses para auxiliar de escritório. Há 4 anos havia assumido a chefia do setor, que contava com 10 funcionários e alta demanda de trabalho. Desde então, vinha sofrendo cobranças excessivas e desrespeitosas de sua chefia imediata, inclusive com comentários em relação a sua etnia. Naquela época, começaram os sintomas descritos. Com base no relato, o médico da UBS prescreveu fluoxetina. A paciente retornou à UBS após 2 meses de uso do medicamento e relatou que a situação piorara drasticamente: solicitara um aumento salarial compatível com a função exercida que culminou com sua demissão imediatamente após o afastamento de 14 dias por doença. Diante do exposto, qual a primeira conduta a ser tomada?

A. Emissão de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

B. Avaliação da capacidade laboral e do nexó ocupacional ✓

C. Encaminhamento para psicoterapia

D. Ajuste na dose do antidepressivo

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve sofrimento mental relacionado ao trabalho: os sintomas surgiram junto com a assunção da chefia e com a exposição continuada a cobranças excessivas, desrespeito e comentários de conteúdo racial, ou seja, a fatores de risco psicossociais bem caracterizados. Transtornos mentais relacionados ao trabalho constam da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho e do Anexo II do Decreto 3.048/1999, e o afastamento de 14 dias seguido de demissão logo após o pedido de reajuste reforça o contexto. A primeira conduta é avaliar a capacidade laboral e caracterizar o nexo ocupacional, porque é essa avaliação que fundamenta tudo o que vem depois: a emissão de documentos, o encaminhamento previdenciário, a notificação e a orientação sobre direitos.

A é obrigatória, mas não é a primeira: a CAT é consequência da caracterização do nexo, e emití-la sem essa avaliação inverte a ordem técnica do raciocínio. C é parte do plano terapêutico, e provavelmente será indicada, mas isolada não enfrenta o determinante ocupacional nem assegura reconhecimento e proteção. D é a conduta menos adequada, porque atribui a piora à insuficiência do antidepressivo quando o fator mantenedor é a exposição e o desfecho no trabalho, e ajustar dose nesse contexto medicaliza um adoecimento de origem laboral.

Resposta B

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Assinale a assertiva correta sobre as intervenções breves em pessoas com uso problemático de álcool.

- A. O aconselhamento para parar de beber é mais efetivo quando feito de forma diretiva e prática (como uma prescrição): o paciente deve parar de beber por sua saúde.
- B. A técnica de balança entre prós e contras de manter o comportamento está indicada no estágio pré-contemplativo.
- C. O aconselhamento para pessoas com problemas com uso de álcool deve focar na empatia e autonomia da pessoa. ✓**
- D. Considerando que os problemas com uso de álcool atingem mais homens do que mulheres, os homens devem receber aconselhamento mais frequente em relação a diminuir ou suspender o uso de álcool.

Processo Seletivo Público para Residências Médicas/2025 - Acesso Direto e Autoavaliação 21

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra os princípios da intervenção breve e da entrevista motivacional no uso problemático de álcool. O eixo dessa abordagem é o estilo colaborativo: expressar empatia, evitar confrontação, trabalhar a ambivalência e reforçar a autonomia e a autoeficácia da pessoa, que é quem decide sobre a mudança. É justamente esse conjunto que sustenta a efetividade das intervenções breves na atenção primária.

A inverte o princípio, pois o aconselhamento prescritivo e diretivo, no modelo de ordem médica, tende a gerar resistência e reatância e reduz a adesão; orientar de forma clara não é o mesmo que impor a decisão. B erra o estágio: a balança decisória entre prós e contras é ferramenta do estágio de contemplação, quando a ambivalência já está instalada; na pré-contemplação o objetivo é ampliar a percepção do problema e oferecer informação sem pressionar mudança. D erra ao transformar dado epidemiológico em critério de oferta de cuidado, uma vez que o rastreamento e o aconselhamento devem ser oferecidos a todos os adultos, e mulheres inclusive apresentam maior vulnerabilidade a doses menores de álcool, o que torna a seleção por sexo indefensável.

Resposta C

QUESTÃO 97 — Gabarito C

Primigesta de 25 anos, com 6 semanas de gestação, procurou uma UBS em Porto Alegre para o pré-natal. Não havia registro das vacinações pré-vias. Assinale a assertiva que contempla o conjunto de vacinas que a gestante deve receber antes do parto.

- A. Vacina dTpa (tríplice bacteriana adulto - difteria, tétano e coqueluche acelular, 1 dose); VFA (vacina contra febre amarela atenuada) após a 20a semana de gestação; influenza em qualquer período de gestação
- B. Vacina dTpa (1 dose) após a 20a semana de gestação; vacina contra influenza em qualquer período de gestação
- C. Vacina dT (difteria e tétano, 2 doses); vacina contra influenza em qualquer período de gestação; vacina dTpa (1dose) após a 20a semana de gestação ✓**
- D. Vacina dT (3 doses); influenza em qualquer período de gestação; VFA após a 20a semana de gestação

COMENTÁRIO OSCELABS

A situação é de gestante no primeiro trimestre sem comprovação de vacinação prévia, o que obriga a considerar o esquema como não iniciado. Para o componente tetânico, o calendário da gestante prevê três doses de vacina que o contenha; na prática, faz-se dT em duas doses e substitui-se a dose restante pela dTpa, aplicada a partir da vigésima semana, garantindo simultaneamente a proteção materna contra tétano e difteria e a transferência transplacentária de anticorpos contra coqueluche para o recém-nascido, que é o alvo principal dessa estratégia. A vacina contra influenza é recomendada em qualquer idade gestacional, por ser inativada e por a gestante integrar grupo de risco para formas graves.

A e D incluem a vacina contra febre amarela atenuada, que é de vírus vivo e contraindicada na gestação, sendo admitida apenas em situações excepcionais de risco elevado de exposição, o que não é o caso de uma gestante em Porto Alegre em pré-natal de rotina. B oferece apenas uma dose de dTpa, o que deixaria uma gestante sem esquema conhecido com imunização primária antitetânica incompleta. D ainda propõe três doses de dT sem qualquer dose com componente pertussis, perdendo a proteção do recém-nascido contra coqueluche.

Resposta C

QUESTÃO 98 — Gabarito D

Dermatose ocupacional é caracterizada por qualquer doença de pele, unhas e anexos, desencadeada ou agravada por atividades ocupacionais. As doenças podem ser classificadas de acordo com os mecanismos etiológicos: agentes mecânicos, de natureza física, biológica ou química. Com base nessa informação, associe as lesões de pele (coluna da esquerda) aos agentes causadores mais prováveis (coluna da direita). 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - Eritema pérfio Miliária Dermatite de contato alérgica Dermatite de contato irritativa Queimadura química () () () () () Detergentes Sulfato de níquel Hidróxido de sódio (soda cáustica) Frio Calor A sequência numérica correta, de cima para baixo, da coluna da direita, é

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

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a associação entre dermatoses ocupacionais e seus agentes etiológicos. Eritema pérmio decorre de agente físico, a exposição ao frio úmido, com lesões eritemato-violáceas e pruriginosas em extremidades. Miliária resulta do calor, por obstrução dos ductos das glândulas sudoríparas écrinas em ambientes quentes e úmidos. Dermatite de contato alérgica é hipersensibilidade tardia do tipo IV, e o sulfato de níquel é o alérgeno mais prevalente nos testes de contato. Dermatite de contato irritativa dispensa sensibilização prévia e decorre de dano direto à barreira cutânea por substâncias como detergentes, solventes e sabões, típica de quem lava as mãos repetidamente no trabalho. Queimadura química é lesão por agente cáustico, e o hidróxido de sódio, um álcali forte, produz necrose de liquefação, mais profunda e progressiva que a dos ácidos.

Lendo a coluna da direita de cima para baixo, detergentes correspondem à irritativa (4), sulfato de níquel à alérgica (3), soda cáustica à queimadura química (5), frio ao eritema pérmio (1) e calor à miliária (2), resultando em 4, 3, 5, 1, 2. A e B invertem as duas primeiras associações, trocando o mecanismo alérgico pelo irritativo, e C, embora acerte o início, desloca as três últimas ao ligar soda cáustica ao eritema pérmio.

Resposta D

QUESTÃO 99 — Gabarito C

A notificação de incidentes ocorridos na assistência ao paciente (eventos adversos) é uma das maneiras de identificar falhas. A partir da análise das situações notificadas, os serviços de saúde podem planejar sistemas de cuidados mais seguros. Assim, a assertiva correta sobre sistemas de notificação de incidentes.

- A. O objetivo das notificações é identificar os profissionais envolvidos para promover seu treinamento e evitar que se envolvam em novos incidentes.
- B. Os incidentes notificados, por questões de privacidade institucional, não devem ser relatados aos pacientes.
- C. Mesmo um incidente que não atinge o paciente deve ser notificado (por exemplo: uma troca de medicamento que é percebida antes da administração, e o erro é evitado). ✓**
- D. A notificação de incidentes ocorridos em uma instituição de saúde só pode ser feita por profissionais de saúde que ali trabalham.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o princípio central dos sistemas de notificação em segurança do paciente: notificar serve para aprender sobre o sistema, não para punir quem errou. A alternativa correta traduz exatamente o conceito de near miss (quase-erro ou incidente que não atinge o paciente), categoria expressamente prevista na taxonomia da OMS e na RDC 36/2013 da Anvisa, que estrutura os Núcleos de Segurança do Paciente. O exemplo da troca de medicamento percebida antes da administração é o caso clássico: nenhum dano ocorreu, mas a falha latente na barreira de checagem já existe e vai se repetir. Justamente por serem mais frequentes que os eventos com dano e por não gerarem prejuízo, os quase-erros são a fonte mais rica e menos custosa de aprendizado organizacional.

A erra porque inverte a lógica: o sistema deve ser voluntário, não punitivo e preferencialmente anônimo ou não identificado, sob pena de subnotificação — culpar o indivíduo esconde a falha de processo (abordagem sistêmica de Reason, do queijo suíço). B erra porque contraria a disclosure ou comunicação aberta: o paciente e a família têm direito a ser informados sobre o incidente que os atingiu, dever ético e recomendação formal das políticas de segurança; sigilo institucional não se sobrepõe a isso. D erra porque a notificação não é privativa dos profissionais da instituição — pacientes, acompanhantes, visitantes, estudantes e qualquer pessoa que identifique o incidente podem e devem notificar, inclusive por canais próprios do NOTIVISA. Resposta C

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Homem de 21 anos sofreu picada de cobra (espécie não identificada) no membro inferior esquerdo (MIE) que causou lesão necrótica extensa e profunda. Após 24 horas, foi internado na UTI com alteração da coagulação, celulite extensa no MIE, sepse e necessidade de ventilação mecânica. No sétimo dia, passou a apresentar anúria, acidose, insuficiência renal aguda e hiperpotassemia, evoluindo com parada cardiorrespiratória refratária e indo a óbito. Assinale a assertiva correta sobre o fornecimento do atestado de óbito.

- A. Por se tratar de causa renal, o mais adequado é que a equipe da Nefrologia forneça o atestado de óbito.
- B. Como a etiologia da nefrite é obscura, é recomendável propor à família que seja realizada necropsia no Serviço de Patologia do hospital, o qual fornecerá o atestado de óbito.
- C. Como a equipe assistencial conhece o caso e seguindo o que recomenda o Código de Ética Médica, o plantonista da UTI deve fornecer o atestado de óbito, indicando insuficiência renal aguda como causa principal.

D. A equipe médica está impedida de fornecer o atestado de óbito e deve indicar a realização de exame anatomopatológico no Instituto Médico Legal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso trata de morte cujo nexos causal se origina em uma causa externa: acidente ofídico. Toda a cadeia — lesão necrótica, coagulopatia, celulite, sepse, ventilação mecânica, insuficiência renal aguda e hiperpotassemia com parada cardiorrespiratória — é desdobramento do envenenamento. Na Declaração de Óbito, a causa básica é o evento que iniciou a sequência, e não a complicação terminal. Morte por causa externa (acidentes, incluindo os por animal peçonhento, homicídio ou suicídio), independentemente do tempo decorrido entre o evento e o óbito, é considerada morte não natural e deve ser encaminhada ao Instituto Médico Legal, a quem cabe a necropsia médico-legal e a emissão da DO — regra da Resolução CFM sobre a Declaração de Óbito e do Código de Ética Médica, que veda ao assistente atestar óbito de morte violenta ou suspeita.

A erra porque a insuficiência renal aguda é consequência, não causa básica, e a especialidade que tratou a complicação final não herda a responsabilidade pelo atestado. B erra porque o Serviço de Verificação de Óbito ou a patologia hospitalar cobrem mortes naturais sem diagnóstico esclarecido; aqui a etiologia não é obscura nem natural, é traumática. C erra duplamente: viola a vedação ética de o assistente atestar morte por causa externa e ainda registraria como causa principal uma complicação, quebrando a lógica da causa básica. Vale a ressalva de que a alternativa oficial fala em exame anatomopatológico, quando o termo técnico apropriado seria necropsia médico-legal ou perícia — imprecisão de redação que, no entanto, não muda o encaminhamento correto ao IML. Resposta D