



SES-DF — Residência Médica 2025 (R1)

Prova comentada

80 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 C

Assinale a alternativa que melhor representa a pontuação e a interpretação do escore de Alvarado para esse paciente.

- A. Quatro pontos. Baixa probabilidade de apendicite aguda. Investigar diagnósticos diferenciais.
- B. Seis pontos. Moderada probabilidade de apendicite aguda. Observar e realizar mais exames complementares.
- C. Nove pontos. Alta probabilidade de apendicite aguda. Indicação de abordagem cirúrgica. ✓**
- D. Dez pontos. Alta probabilidade de apendicite aguda. Indicação de drenagem guiada e antibioticoterapia, seguida de colonoscopia em quarto a seis semanas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O escore de Alvarado soma 10 pontos possíveis: dor migratória, anorexia, náusea/vômito, dor em FID, descompressão dolorosa, febre, leucocitose e desvio à esquerda. Pontuação de 9 significa alta probabilidade de apendicite aguda — cenário em que a propedêutica adicional só atrasa o tratamento e a indicação é cirúrgica direta. Quatro pontos (A) corresponde a baixa probabilidade e seis (B) à zona intermediária, em que exames de imagem ajudam. A conduta de drenagem, antibiótico e colonoscopia tardia (D) é a do abscesso apendicular bloqueado, não do quadro agudo não complicado. Resposta C.

QUESTÃO 2 — Gabarito B

O paciente do caso foi submetido à apendicectomia laparoscópica de urgência. Durante o procedimento, identificou-se apêndice cecal distendido, com presença de mucina e espessamento irregular da parede. Observou-se infiltração na base apendicular e aderências locais. Foi realizada apendicectomia e coleta de material para biópsia. O exame histopatológico evidenciou adenocarcinoma mucinoso do apêndice pouco diferenciado, com invasão focal da serosa e margens livres de comprometimento. Qual é a conduta pós-operatória mais adequada?

- A. Acompanhamento clínico com exames de imagem periódicos, sem nenhuma outra intervenção.
- B. Planejar hemicolectomia direita para ampliação da ressecção e estadiamento linfonodal. ✓**
- C. Iniciar quimioterapia adjuvante imediatamente após o diagnóstico.
- D. Encerrar o caso com a apendicectomia, pois, apesar do histopatológico maligno, a ressecção foi curativa, com margens livres de comprometimento.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma mucinoso do apêndice pouco diferenciado, com invasão da serosa, é doença com risco relevante de acometimento linfonodal. A apendicectomia isolada não fornece linfonodos suficientes para estadiamento nem margem oncológica adequada — por isso a recomendação é ampliar para hemicolectomia direita com linfadenectomia. Margens livres (D) não substituem o estadiamento nodal em tumor invasor. Só observar (A) subestadia o paciente, e a quimioterapia (C) depende do estadiamento definitivo, que ainda não existe. Resposta B.

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Com relação aos tumores primários de apêndice, assinale a alternativa correta.

- A. Os carcinoides apendiculares são tumores que se originam nas células glandulares do epitélio, e a maioria exibe comportamento maligno.
- B. No apêndice, os tumores carcinoides são mais comuns do que os tumores mucinosos.
- C. Tumores primários do apêndice são comuns e geralmente são diagnosticados e estadiados no pré-operatório, visando sempre a uma abordagem oncológica adequada.
- D. Tumores primários do apêndice são raros e geralmente são diagnosticados e estadiados no pós-operatório, visando sempre a uma abordagem oncológica adequada.

D. Quase todos os pacientes têm disseminação peritoneal de células tumorais no momento do diagnóstico. Porém, a maioria dessas neoplasias não é invasiva. Metástases para o fígado e nodais são incomuns. Já a recidiva locorregional é típica. Caso clínico para responder às questões de 4 a 6. Um paciente de 22 anos de idade foi admitido no pronto-socorro após ser vítima de ferimento por arma de fogo na região toracoabdominal esquerda. Na admissão, os sinais vitais eram PA = 85 mmHg X 60 mmHg, FC = 125 bpm, FR = 28 irpm, temperatura = 36,2 °C e SatO2 = 92% em ar ambiente. Ao exame físico, observou-se orifício de entrada na região lombar esquerda, hematoma palpável e em expansão na região lombar, abdome rígido, com sinais de peritonite, hematúria macroscópica e rebaixamento progressivo do nível de consciência. Realizou tomografia computadorizada com contraste, que evidenciou laceração extensa no parênquima do rim esquerdo, estendendo-se ao córtex, à medula e ao sistema coletor, com extravasamento de contraste, hematoma perirrenal volumoso e sinais de comprometimento vascular segmentar. O rim contralateral apresentava-se normal. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

As neoplasias mucinosas apendiculares tipicamente já se apresentam com disseminação peritoneal (pseudomixoma peritoneal) ao diagnóstico, mas são pouco invasivas: metástases hepáticas e nodais são incomuns e o padrão de falha é a recidiva locorregional/peritoneal. Os carcinoides derivam de células neuroendócrinas (não glandulares) e a maioria tem comportamento indolente, o que derruba A. No apêndice, as lesões mucinosas superam os carcinoides em várias séries (B). E tumores de apêndice são raros e quase sempre achado incidental no pós-operatório, nunca estadiados de rotina antes da cirurgia (C). Resposta D.

QUESTÃO 4 — Gabarito C

De acordo com os dados apresentados no caso e segundo a Associação Americana de Cirurgia do Trauma (AAST), qual é a classificação dessa lesão renal por grau?

- A. Grau II
- B. Grau III
- C. Grau IV ✓**
- D. Grau V

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação AAST, a laceração que ultrapassa a medula e atinge o sistema coletor, com extravasamento de contraste, e/ou lesão de artéria/veia renal segmentar com hematoma contido, define grau IV. Grau II é laceração menor que 1 cm sem extravasamento urinário; grau III é laceração maior que 1 cm sem acometer o coletor. Grau V ficaria reservado para rim shattered, avulsão do hilo ou desvascularização completa do órgão — o enunciado descreve comprometimento vascular segmentar, não hilar. Resposta C.

QUESTÃO 5 — Gabarito A

Qual é a melhor conduta para o paciente?

- A. Laparotomia exploradora com exploração precoce do hilo renal e da vasculatura antes do retroperitônio. ✓**
- B. Laparotomia exploradora com exploração do hematoma retroperitoneal e refiação da laceração renal por planos.
- C. Tratamento não operatório, com observação clínica e exames laboratoriais e de imagem seriados.
- D. Angiografia com embolização seletiva de artérias segmentares. PROVA APLICADA PÁGINA 3/15 ACESSO DIRETO TIPO "A" PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025

COMENTÁRIO OSCELABS

O paciente está instável (PAS 85, FC 125), com abdome peritonítico por ferimento por arma de fogo e hematoma retroperitoneal em expansão: há indicação de laparotomia imediata. A regra técnica é obter controle vascular proximal do pedículo renal ANTES de abrir o retroperitônio, sob pena de sangramento incontrolável ao descomprimir o hematoma — abrir o hematoma primeiro (B) é justamente o erro clássico. Tratamento não operatório (C) exige estabilidade hemodinâmica e ausência de peritonite. Embolização (D) serve ao paciente estável com sangramento arterial segmentar. Resposta A.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

A respeito da lesão renal traumática, assinale a alternativa correta.

- A. A hematúria é um indicador de pouca importância no trauma do sistema urinário, já que o primeiro volume urinado ou a amostra de urina cateterizada pode estar diluída e atrapalhar a interpretação do quadro.
- B. O grau de hematúria não se correlaciona necessariamente com o grau de lesão. Mas, a combinação de choque sistêmico (pressão arterial sistólica < 90 mmHg) e hematúria microscópica se associa fortemente a lesões renais graves. ✓**
- C. Pacientes sem choque e com qualquer hematúria (macroscópica ou microscópica) devem realizar exames de imagem em razão do risco elevado de lesões renais significativas.
- D. A minoria das lesões renais pode ser tratada de forma não operatória. Com estadiamento apropriado da lesão renal e seleção cuidadosa, apenas lesões de baixo grau podem ser tratadas clinicamente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O grau de hematúria não guarda correlação direta com a gravidade da lesão renal — há lesão de pedículo com urina limpa e contusão trivial com hematúria macroscópica. O que muda a probabilidade pré-teste é a combinação de choque (PAS abaixo de 90 mmHg) com hematúria, mesmo microscópica: essa associação aponta lesão significativa e obriga imagem. A hematúria é sim marcador útil no trauma urinário (A). Adulto sem choque, com hematúria microscópica e trauma fechado, não precisa obrigatoriamente de imagem (C). E a maioria das lesões renais — inclusive muitas de alto grau selecionadas — é tratada de forma não operatória (D). Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Assinale a alternativa que corresponde a um fio cirúrgico inabsorvível.

- A. Categute
- B. Polidioxanona
- C. Poliglactina
- D. Seda ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A seda é fio inabsorvível de origem natural (multifilamentar, trançado), degradado apenas muito lentamente por proteólise, e por isso classificado entre os inabsorvíveis junto de náilon, polipropileno e poliéster. Categute é absorvível de origem animal, com absorção por fagocitose; polidioxanona (PDS) é monofilamentar sintético absorvível de longa duração (cerca de 180 dias); poliglactina (Vicryl) é sintético absorvível trançado, com perda de força em torno de 3 a 4 semanas. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Após uma gastrectomia parcial realizada para o tratamento de câncer gástrico, a escolha da técnica de reconstrução é essencial para restaurar a continuidade do trato gastrointestinal. Assinale a alternativa que descreve corretamente a técnica de reconstrução em Y de Roux.

- A. Anastomose término-lateral entre o remanescente gástrico e o duodeno, restabelecendo a continuidade fisiológica do trânsito alimentar.
 - B. Anastomose término-lateral entre o estômago remanescente e uma alça jejunal preparada, seguida de uma anastomose látero-lateral entre a alça aferente e o jejuno, configurando a reconstrução. ✓**
 - C. Anastomose entre o remanescente gástrico e o jejuno por meio de uma anastomose término-lateral, com exclusão do duodeno e formação de uma alça aferente.
 - D. Anastomose término-terminal do remanescente gástrico ao cólon transversal, visando a restabelecer o trânsito alimentar em casos de exclusão do duodeno e jejuno. Área livre
- Caso clínico para responder às questões de 9 a 11. Um paciente de 25 anos de idade foi levado ao pronto-socorro pelo Corpo de Bombeiros com relato de ter sofrido atropelamento em via pública há 30 minutos. Chegou em protocolo de trauma, contactante, mas apenas por palavras inapropriadas, murmúrios vesiculares fisiológicos bilateralmente. Ao exame físico, apresentou SatO₂ = 92%, FR = 20 irpm, PA = 100 mmHg X 60 mmHg, FC = 100 bpm, movimento de flexão à pressão e abertura ocular ausente. Tinha uma ferida cortocontusa em região parietal, sem sangramento ativo.

COMENTÁRIO OSCELABS

A reconstrução em Y de Roux exige DUAS anastomoses: uma gastrojejunal (alça alimentar) e outra jejunojejunal, distal, que reconduz a alça biliopancreática/aferente ao trânsito — é esse segundo tempo látero-lateral que fecha o "Y" e desvia bile e suco pancreático do coto gástrico. A alternativa C descreve a Billroth II, que tem alça aferente mas não tem a enteroanastomose. A anastomose com o duodeno (A) é a Billroth I. Anastomose ao cólon transversal (D) não existe como reconstrução gástrica fisiológica. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito C

Tendo em vista esse caso clínico, é correto afirmar que, na escala de Glasgow, trata-se de um paciente com

- A. sete pontos, com indicação de intubação orotraqueal.
- B. oito pontos, sem indicação de intubação orotraqueal.
- C. oito pontos, com indicação de intubação orotraqueal. ✓**
- D. nove pontos, com indicação de intubação orotraqueal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Somando a escala de coma de Glasgow: abertura ocular ausente (1) + palavras inapropriadas (3) + flexão à pressão (4) = 8 pontos. Glasgow menor ou igual a 8 caracteriza TCE grave e é indicação clássica de via aérea definitiva, pela incapacidade de proteção da via aérea — o que exclui a opção de manter conduta expectante (B). As somas de sete (A) e nove (D) não correspondem à pontuação descrita. Pérola: a indicação de intubação no trauma não depende só do número, mas também de queda de 2 ou mais pontos, agitação incontrolável e necessidade de transporte/tomografia. Resposta C.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Disponível em: <<https://radiopaedia.org/articles>>. Acesso em: 11 dez. 2024. Considerando que, após a estabilização inicial do quadro, foram evidenciadas várias alterações agudas apresentadas na imagem, assinale qual achado não é caracterizado.

- A. Hematoma epidural ✓**
- B. Hematoma subdural

C. Hemorragia intraparenquimatosa

D. Hematoma subgaleal Área livre PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO "A" PÁGINA 4/15

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os achados listados, o hematoma epidural é o que não se caracteriza no quadro descrito. Pérola de neuroimagem: o epidural é uma coleção biconvexa (lenticular), que NÃO cruza suturas cranianas e se associa a fratura temporal com lesão da artéria meníngea média; o subdural é em crescente (côncavo-convexo), cruza suturas e acompanha a convexidade; a hemorragia intraparenquimatosa é hiperdensidade dentro do parênquima, típica de contusão por golpe/contragolpe; e o hematoma subgaleal é a tumefação de partes moles extracraniana, coerente com a ferida cortocontusa parietal. Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Em relação ao trauma cranioencefálico moderado (TCE) e grave, assinale a alternativa correta.

- A. A tomografia de crânio nem sempre é necessária no TCE moderado, devendo ser realizada caso o paciente apresente sinais de alarme avaliados desde o momento do trauma.
- B. O coma barbitúrico e a hiperventilação transitória já foram condutas muito adotadas nos pacientes vítimas de TCE grave, contudo, por causa dos efeitos colaterais, hoje são proscritas nesses pacientes.
- C. Uma vez que o alto fluxo cerebral é capaz de gerar danos agudos e subagudos no paciente vítima de TCE grave, a hipotensão permissiva deve ser iniciada assim que for possível manter a perfusão tecidual adequada.

D. O uso de manitol deve ser evitado em pacientes vítimas de TCE grave que mantenham hipotensão. Uma alternativa é o uso de soluções salinas hipertônicas. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

No TCE grave, o manitol é diurético osmótico e pode agravar a hipovolemia e derrubar a pressão de perfusão cerebral — em paciente hipotenso, prefere-se salina hipertônica, que reduz a pressão intracraniana sem depletar volume. A tomografia é mandatória em todo TCE moderado e grave (A). Coma barbitúrico e hiperventilação não são proscritos: seguem como medidas de resgate para hipertensão intracraniana refratária e herniação iminente, respectivamente (B). E hipotensão permissiva é justamente o que se deve EVITAR no TCE, porque um único episódio de PAS baixa dobra a mortalidade (C). Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito A

Uma paciente de 52 anos de idade, com relato de cólicas abdominais esporádicas associadas à alimentação, realizou ultrassonografia de abdome que evidenciou imagem sugestiva de pólipso único de vesícula biliar de 0,5 cm, sem colelitíase associada. A paciente foi submetida à colecistectomia videolaparoscópica e, ao exame anatomopatológico, foi evidenciado adenocarcinoma de vesícula biliar com invasão de lâmina própria. Nesse caso, em relação ao achado mencionado e à próxima conduta, assinale a alternativa correta.

A. A paciente deve ser considerada tratada, sem necessidade de procedimento cirúrgico adicional. ✓

- B. A paciente deve ser submetida a quimioterapia, com reestadiamento depois e avaliação da necessidade de ampliação cirúrgica.
- C. A paciente deve ser submetida à colecistectomia estendida e à linfadenectomia local, com ou sem necessidade de hepatectomia.
- D. A paciente deve ser submetida à biópsia de leito hepático laparoscópica para avaliação da necessidade de ampliação cirúrgica. Caso clínico para responder às questões de 13 a 15. Uma paciente de 52 anos de idade compareceu ao pronto-socorro com relato de que, há dois dias, iniciou quadro de dor em barra, em abdome superior, que irradia para as costas, com náuseas e vômitos associados, não aceitando dieta oral. À admissão, realizou exames laboratoriais que demonstraram Hb = 14 mg/dL, leuco = 19.500 cel/mm³, FAL =

150 U/L, GGT = 200 U/L, TGO = 300 U/L, TGP = 260 U/L, LDH = 500 U/L, BBT = 2,1 mg/dL, amilase = 890 U/L, lipase = 900 U/L e Ur = 130 mg/dL de Cr = 2,2 mg/dL. Fez ultrassonografia de abdome com diagnóstico de colelitíase com vesícula biliar não espessada e sem sinais aparentes de dilatação de vias biliares.

COMENTÁRIO OSCELABS

Adenocarcinoma de vesícula restrito à lâmina própria é T1a. Nesse estágio, a colecistectomia com vesícula íntegra e margem do ducto cístico livre é considerada tratamento oncológico completo, com sobrevida excelente e risco nodal desprezível — não há ganho em reoperar. A ampliação com colecistectomia estendida e linfadenectomia (C) passa a ser indicada a partir de T1b (invasão da muscular própria). Quimioterapia (B) e biópsia do leito hepático (D) não têm papel no T1a completamente ressecado. Resposta A.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

De acordo com esse caso clínico, é correto afirmar que, na classificação de gravidade da pancreatite aguda pela escala Ranson, trata-se de uma paciente com

- A. três pontos, que não é classificada como pancreatite grave.
- B. quatro pontos, que não é classificada como pancreatite grave.
- C. três pontos, que é considerada pancreatite grave. ✓**
- D. quatro pontos, que é classificada como pancreatite grave.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nos critérios de Ranson à admissão para pancreatite biliar, esta paciente pontua leucocitose acima de 16.000 (19.500), TGO acima de 250 (300) e LDH acima de 350 (500); a idade de 52 anos não pontua. São 3 pontos — e Ranson maior ou igual a 3 já classifica a pancreatite como GRAVE, com mortalidade que cresce progressivamente com a pontuação. Por isso as alternativas que negam a gravidade (A e B) erram, assim como a contagem de quatro pontos (D). Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito C

Diante do quadro clínico dessa paciente, qual é a melhor conduta para o caso?

- A. A paciente deve ser mantida em dieta zero, com reavaliação diária de enzimas pancreáticas. A partir do início do declínio das enzimas, é possível retomar a dieta por via oral, gradativamente.
- B. Início imediato de dieta zero por via oral, hidratação vigorosa e antibioticoterapia endovenosa devem ser implantados nas primeiras 24 horas de internação para melhor prognóstico da paciente.
- C. A colecistectomia tem de evitada na internação atual, devendo-se aguardar pelo menos seis semanas para redução da morbidade pós-operatória. ✓**
- D. Deve-se programar a CPRE com esfínterotomia, ainda durante a internação, para prevenção de complicações relacionadas à pancreatite aguda.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em pancreatite aguda biliar GRAVE, a colecistectomia na mesma internação aumenta morbidade, e a recomendação é adiá-la por cerca de 6 semanas, após resolução do processo inflamatório e das coleções — diferente da pancreatite leve, em que a colecistectomia deve ser feita antes da alta. A realimentação não é guiada pela queda das enzimas, e sim pela tolerância clínica, com dieta precoce (A). Antibiótico profilático não é indicado na pancreatite aguda, mesmo grave (B). E a CPRE fica reservada a colangite ou obstrução biliar persistente — aqui não há dilatação de vias biliares (D). Resposta C.

QUESTÃO 15 — Gabarito A

Disponível em: <<https://radiopaedia.org/articles>>. Acesso em: 11 dez. 2024. Considere que, 30 dias após a alta hospitalar, a paciente descrita tenha retornado ao pronto-socorro com relato de náuseas e vômitos pós-prandiais, que não melhoram após a medicação, sem outros sintomas associados. Realizou exame de imagem, que mostrou o resultado apresentado. Nesse caso, qual é a melhor conduta para resolução da referida complicação?

A. Drenagem endoscópica transgástrica ✓

B. Ressecção cirúrgica completa com avaliação histopatológica

C. Drenagem interna percutânea guiada por imagem

D. Drenagem laparoscópica com destelhamento da lesão PROVA APLICADA PÁGINA 5/15 ACESSO DIRETO TIPO "A" PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025

COMENTÁRIO OSCELABS

Náuseas e vômitos pós-prandiais 30 dias após pancreatite aguda apontam coleção pancreática encapsulada (pseudocisto/WON) comprimindo o estômago. Coleção madura, sintomática e com contato com a parede gástrica tem na drenagem endoscópica transgástrica o método de escolha: é minimamente invasivo, sem fístula externa e com menor morbidade que as alternativas. Ressecção cirúrgica (B) não se faz em coleção inflamatória. A drenagem percutânea (C) cria risco de fístula pancreatocutânea. E a abordagem laparoscópica (D) só entra quando a via endoscópica falha ou é inviável. Resposta A.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Disponível em: <<https://www.institutosimutec.com.br/post/aula-hernioplastia-inguinal-video-endoscopica>>. Acesso em: 11 dez. 2024. Considerando que a imagem apresentada ilustra a visão durante a realização de uma hernioplastia inguinal laparoscópica, o espaço destacado em preto na imagem corresponde ao

A. triângulo da dor.

B. espaço de ocorrência das hérnias inguinais diretas.

C. triângulo de doom.

D. espaço de ocorrência das hérnias femorais. CLÍNICA MÉDICA Questões de 17 a 32 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na visão laparoscópica do espaço pré-peritoneal, as referências obrigatórias são: triângulo de doom (entre ducto deferente e vasos gonadais, contendo vasos ilíacos externos), triângulo da dor (lateral aos vasos gonadais, com os nervos femorocutâneo e genitofemoral), o espaço das hérnias diretas (trígono de Hesselbach, medial aos vasos epigástricos inferiores) e o orifício femoral, abaixo do trato iliopúbico e medial à veia femoral — que é a área destacada. Pérola prática: reconhecer esses limites é o que evita lesão vascular e dor neuropática crônica na fixação da tela. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito C

Um paciente de 65 anos de idade, hipertenso e diabético, deu entrada no pronto-socorro com dor torácica de forte intensidade, iniciada há duas horas. Ao exame físico, encontra-se com FC = 105 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 96% e PA = 160 mmHg X 100 mmHg. O eletrocardiograma mostrou supradesnívelamento de ST em DII, DIII e aVF. Qual é a conduta inicial mais indicada para esse paciente?

A. Realizar ecocardiograma transtorácico imediatamente.

B. Iniciar terapia fibrinolítica e transferir para hemodinâmica.

C. Administrar AAS, clopidogrel, heparina e encaminhar para angioplastia primária. ✓

D. Solicitar biomarcadores de necrose miocárdica e repetir eletrocardiograma (ECG) após seis horas.

COMENTÁRIO OSCELABS

Supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF define IAM com supra de parede inferior, com apenas duas horas de evolução. O tratamento de reperfusão preferencial é a angioplastia primária, precedida de dupla antiagregação (AAS + inibidor P2Y12) e anticoagulação. O fibrinolítico (B) é alternativa apenas quando não há hemodinâmica disponível em tempo hábil (aproximadamente 120 minutos). Ecocardiograma (A) e a espera por biomarcadores com ECG seriado (D) atrasam a reperfusão — no IAM com supra, o diagnóstico é eletrocardiográfico e a troponina não deve ser aguardada. Resposta C.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Uma criança de 4 anos de idade foi levada ao pronto-socorro com febre alta há cinco dias, conjuntivite bilateral, adenomegalia cervical não supurativa e exantema maculopapular. Ao exame físico, apresentava lábios hiperemiados e rachados, além de edema de mãos e pés. Os sinais vitais são FC = 120 bpm, FR = 22 irpm e SatO₂ = 98%. Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Sarampo
- B. Doença de Kawasaki ✓**
- C. Escarlatina
- D. Eritema infeccioso

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre por 5 dias ou mais somada a conjuntivite bilateral não exsudativa, alterações de lábios e mucosa oral, exantema polimorfo, edema de extremidades e adenomegalia cervical não supurativa fecha os critérios clássicos de doença de Kawasaki — vasculite de médio calibre cuja gravidade está no aneurisma de coronária, o que torna o reconhecimento precoce e a imunoglobulina até o 10º dia decisivos. O sarampo (A) cursa com Koplik, tosse intensa e coriza. A escarlatina (C) dá exantema em lixa com palidez perioral e não faz conjuntivite. O eritema infeccioso (D) tem face esbofetada e curso benigno, sem febre alta prolongada. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Uma gestante de 28 semanas queixa-se de cefaleia intensa e turvação visual. Ao exame físico, apresentou PA = 170 mmHg X 110 mmHg, FC = 92 bpm, FR = 18 irpm e SatO₂ = 98%. O exame de urina 1 revelou proteinúria (+++). O diagnóstico mais provável para essa paciente é

- A. eclâmpsia.
- B. hipertensão arterial crônica.
- C. pré-eclâmpsia grave. ✓**
- D. síndrome HELLP.

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com 28 semanas, PA 170x110 mmHg, proteinúria e sintomas de iminência de eclâmpsia (cefaleia intensa e turvação visual) preenche pré-eclâmpsia com critérios de gravidade. A eclâmpsia (A) exige crise convulsiva, que não ocorreu. Hipertensão crônica (B) seria hipertensão anterior a 20 semanas e não explica a proteinúria de novo. A síndrome HELLP (D) demanda hemólise, elevação de enzimas hepáticas e plaquetopenia, não informadas. Conduta imediata: sulfato de magnésio para profilaxia de convulsão e anti-hipertensivo para o pico pressórico. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito D

Um paciente de 55 anos de idade tem histórico de etilismo e quadro de hematemese volumosa. Ao exame físico, apresentou PA = 90 mmHg X 60 mmHg, FC = 110 bpm, FR = 22 irpm e SatO₂ = 94%. Realizou endoscopia digestiva alta, a qual evidenciou varizes esofágicas com sangramento ativo. Nesse caso, qual é a conduta inicial mais indicada?

- A. Realizar transfusão de plasma fresco congelado.
- B. Iniciar antibioticoterapia empírica e octreotida.
- C. Realizar escleroterapia endoscópica imediatamente.
- D. Estabilizar o paciente com reposição volêmica e iniciar octreotida. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva alta varicosa com instabilidade: a prioridade é o ABC — reposição volêmica, com meta de hemoglobina restritiva (em torno de 7 g/dL), associada precocemente a droga vasoativa esplâncnica (octreotida/terlipressina), que reduz a pressão portal e facilita o controle endoscópico. Plasma fresco (A) não é reposição volêmica nem se corrige INR de cirrótico de rotina. A escleroterapia (C) — hoje suplantada pela ligadura elástica — não deve preceder a estabilização. A antibioticoprofilaxia (B) é obrigatória no cirrótico com HDA, mas não substitui a ressuscitação volêmica como conduta inicial. Resposta D.

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Uma paciente de 50 anos de idade, com histórico de hipertensão arterial e obesidade, deu entrada no pronto-socorro queixando-se de cefaleia severa, náuseas e vômitos há 24 horas. Ao exame físico, apresentou PA = 200 mmHg X 120 mmHg, FC = 92 bpm, FR = 18 irpm e SatO₂ = 97%. O fundo de olho revelou hemorragias em chama de vela e edema de papila. O resultado do exame laboratorial mostrou creatinina = 2,8 mg/dL. Quanto a esse caso clínico, é correto afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento de escolha são, respectivamente,

- A. encefalopatia hipertensiva; iniciar anti-hipertensivos orais para redução gradual da pressão arterial.
- B. insuficiência renal aguda pré-renal; realizar hidratação endovenosa vigorosa.
- C. crise hipertensiva; solicitar tomografia de crânio antes de iniciar o tratamento.
- D. emergência hipertensiva; administrar anti-hipertensivos intravenosos para redução controlada da pressão arterial. Área livre PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO "A" PÁGINA 6/15 ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

PA 200x120 mmHg com retinopatia hipertensiva grau IV (hemorragias em chama de vela e papiledema), sintomas neurológicos e lesão renal aguda caracteriza emergência hipertensiva: há lesão de órgão-alvo em curso, e o tratamento é anti-hipertensivo intravenoso titulável (nitroprussiato, nicardipina), com redução de até 25% da PA média na primeira hora. Anti-hipertensivo oral com redução gradual (A) é conduta de urgência hipertensiva, sem lesão aguda de órgão. A lesão renal aqui é hipertensiva, não pré-renal, e hidratar (B) pioraria o quadro. Aguardar tomografia (C) atrasa o tratamento sem déficit focal. Resposta D.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Um paciente de 65 anos de idade com histórico de diabetes mellitus tipo 2 e tabagismo foi levado ao pronto-socorro com queixa de dor torácica intensa, súbita, em região retroesternal, acompanhada de sudorese profusa e dispneia. Ao exame físico, apresenta PA = 90 mmHg X 60 mmHg, FC = 120 bpm, FR = 24 irpm e SatO₂ = 91%. Realizou eletrocardiograma (ECG), que revelou supradesnível do segmento ST em derivações DII, DIII e aVF. A troponina está elevada. Nesse caso clínico, é correto afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e o tratamento de escolha são, respectivamente,

- A. infarto agudo de parede inferior; administrar nitratos sublinguais como primeira linha.
- B. infarto agudo de parede inferior; realizar angioplastia primária emergencial. ✓**
- C. dissecção aguda de aorta; solicitar angiotomografia de tórax.
- D. tromboembolismo pulmonar; iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Supradesnivelamento de ST em DII, DIII e aVF com troponina elevada define IAM de parede inferior; o tratamento de escolha é a angioplastia primária de emergência. Atenção à pérola: hipotensão, bradicardia e turgência jugular no IAM inferior sugerem extensão para ventrículo direito — nesse cenário, nitrato (A) é contraindicado por reduzir a pré-carga e precipitar colapso hemodinâmico. Dissecção de aorta (C) cursa com dor lacerante irradiada ao dorso e assimetria de pulsos, sem supra localizado. TEP (D) não produz supra em parede inferior com troponina em padrão isquêmico transmural. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito D

Um paciente de 58 anos de idade, com histórico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), foi levado ao pronto-socorro com dispneia intensa, tosse produtiva com expectoração purulenta e febre há dois dias. Ao exame físico, apresentou PA = 130 mmHg X 80 mmHg, FC = 112 bpm, FR = 26 irpm e SatO₂ = 88% em ar ambiente. A ausculta pulmonar revelou murmúrio vesicular reduzido difusamente e roncos. Nesse caso clínico, após a suplementação de oxigênio, a principal conduta terapêutica consiste em

- A. iniciar antibióticos empíricos e corticosteroides sistêmicos.
- B. administrar broncodilatadores de curta duração por via inalatória.
- C. instituir ventilação não invasiva (VNI) imediatamente.
- D. combinar broncodilatadores, corticosteroides sistêmicos e antibióticos empíricos. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Exacerbação de DPOC com escarro purulento, dispneia e piora do volume de secreção preenche os três critérios de Anthonisen — o tratamento é combinado: broncodilatador de curta ação inalatório, corticosteroide sistêmico (encurta a recuperação e reduz recaída) e antibiótico empírico. As alternativas A, B e C isolam apenas um componente do tratamento. A VNI é fundamental, mas sua indicação formal é acidose respiratória (pH abaixo de 7,35 com hipercapnia) ou fadiga ventilatória, e não a saturação isolada. Resposta D.

QUESTÃO 24 — Gabarito B

Um paciente de 72 anos de idade compareceu à consulta com histórico de dispneia progressiva e fadiga há seis meses. Ao exame físico, revelou estertores crepitantes bibasais, baqueteamento digital e cianose discreta. Foram verificados FC = 88 bpm, FR = 22 irpm e SatO₂ = 89%. Ele realizou tomografia de tórax, que evidenciou opacidades reticulares subpleurais bilaterais e faveolamento. Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Fibrose pulmonar associada a doenças reumatológicas
- B. Fibrose pulmonar idiopática ✓**
- C. Sarcoidose

D. Pneumopatia associada à vasculopatia lúpica. Área livre

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem idoso com dispneia progressiva por meses, crepitações em velcro nas bases, baqueteamento digital e tomografia com padrão de pneumonia intersticial usual — reticulado subpleural, basal, com faveolamento — é fibrose pulmonar idiopática. O padrão UIP típico na tomografia dispensa biópsia. As pneumopatias de doenças reumatológicas (A) e a vasculopatia lúpica (D) exigem manifestações sistêmicas e sorologias, ausentes no caso. A sarcoidose (C) cursa com adenomegalia hilar bilateral e nódulos peribroncovasculares em campos superiores, não com faveolamento basal. Resposta B.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Um paciente de 45 anos de idade, hipertenso e diabético, deu entrada no pronto-socorro com dor epigástrica intensa há duas horas, irradiando para o dorso, associada a náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresentou PA = 100 mmHg X 70 mmHg, FC = 112 bpm, FR = 22 irpm e SatO₂ = 95%. O abdome estava distendido, com dor à palpação no epigástrio, sem sinais de defesa. O exame laboratorial revelou amilase sérica = 520 U/L (VR = 30-110 U/L). Nesse caso, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial são, respectivamente,

- A. úlcera gástrica perfurada; realizar radiografia de tórax.
- B. infarto agudo do miocárdio; solicitar eletrocardiograma e troponina.
- C. colecistite aguda; realizar ultrassonografia abdominal.

D. pancreatite aguda; iniciar reposição volêmica vigorosa. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, com vômitos e amilase quase cinco vezes o limite superior, fecha pancreatite aguda (critérios de Atlanta: dois de três — clínica, enzimas acima de 3 vezes o valor de referência, imagem). O pilar do tratamento inicial é a reposição volêmica vigorosa com cristalóide, que reduz necrose e falência orgânica nas primeiras 24 a 48 horas, somada a analgesia. Úlcera perfurada (A) daria abdome em tábua com pneumoperitônio. Colecistite (C) daria dor em hipocôndrio direito com Murphy positivo. O infarto (B) não elevaria a amilase nesse padrão, embora o ECG deva ser feito. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Uma paciente de 38 anos de idade procurou atendimento por causa de fadiga progressiva, icterícia e urina escura. Exames laboratoriais revelaram Hb = 9,0 g/dL, DHL = 800 U/L, bilirrubina indireta = 3,2 mg/dL e reticulócitos = 8%. O esfregaço de sangue periférico mostrou esferócitos. Nesse caso, qual é o próximo passo diagnóstico?

- A. Teste de Coombs direto ✓**
- B. Pesquisa de hemoglobina na urina
- C. Teste da glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD)
- D. Dosagem de anticorpos antinucleares (ANA)

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de anemia hemolítica (anemia, LDH alto, bilirrubina indireta elevada, reticulocitose) e o esfregaço mostra esferócitos. A pergunta-chave passa a ser: hemólise imune ou esferocitose hereditária? O Coombs direto responde exatamente isso, ao detectar IgG e/ou complemento na superfície da hemácia — positivo, anemia hemolítica autoimune; negativo, investigar defeito de membrana. Hemoglobinúria (B) sugere hemólise intravascular, que não é o padrão esferocítico. A deficiência de G6PD (C) produz corpúsculos de Heinz e bite cells. O ANA (D) só entraria depois, na busca de causa secundária. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

Um paciente de 52 anos de idade, etilista crônico e cirrótico, foi levado ao serviço de emergência com queixa de dor abdominal difusa, febre e confusão mental. Ao exame físico, apresentou PA = 90 mmHg X 60 mmHg, FC = 120 bpm, FR 24 = irpm, SatO₂ = 94% e abdome tenso, com sinal de Murphy negativo. O resultado do hemograma mostrou leucócitos = 18.000/mm³ com desvio à esquerda. Nesse caso, qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Peritonite bacteriana espontânea (PBE) ✓**
- B. Pancreatite necrotizante infectada
- C. Sepses de origem abdominal
- D. Hepatite alcoólica grave Área livre PROVA APLICADA PÁGINA 7/15 ACESSO DIRETO TIPO “A”
PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrótico com ascite que chega com dor abdominal difusa, febre, encefalopatia e leucocitose tem peritonite bacteriana espontânea até prova em contrário — é a infecção mais frequente nesse perfil e a confusão mental é apresentação típica. O diagnóstico se confirma com paracentese mostrando 250 ou mais polimorfonucleares por mm³, e o tratamento é cefalosporina de terceira geração, com albumina para prevenir a síndrome hepatorenal. Pancreatite infectada (B) exigiria enzimas e imagem compatíveis. Sepses abdominal secundária (C) pressupõe foco cirúrgico, com cultura polimicrobiana. A hepatite alcoólica (D) cursa com icterícia e AST/ALT em padrão 2:1, sem esse quadro peritoneal agudo. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

Uma paciente de 30 anos de idade, com história de lúpus eritematoso sistêmico (LES), compareceu à consulta queixando febre, dor torácica pleurítica e dispnéia há dois dias. Ao exame físico, apresentou PA = 110 mmHg X 70 mmHg, FC = 105 bpm, FR = 24 irpm, SatO₂ = 93% em ar ambiente, ausculta pulmonar com atrito pleural à esquerda, gasometria arterial = pH 7,44, PaCO₂ = 33 mmHg, PaO₂ = 68 mmHg e D-dímero elevado. Nesse caso, o próximo passo diagnóstico mais indicado é

- A. solicitar tomografia computadorizada de tórax com contraste.
- B. realizar ecocardiograma transtorácico.
- C. realizar angiotomografia pulmonar para descartar embolia pulmonar. ✓**
- D. solicitar radiografia de tórax e repetir gasometria arterial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lúpus é estado de hipercoagulabilidade (sobretudo com anticorpos antifosfolípidos), e o quadro reúne dor pleurítica, taquipneia, hipoxemia com hipocapnia (alcalose respiratória) e D-dímero elevado: a suspeita prioritária é embolia pulmonar. O exame de escolha para confirmar ou excluir é a angiotomografia de artérias pulmonares, com protocolo e fase de contraste específicos — uma tomografia de tórax contrastada genérica (A) não tem o mesmo desempenho. O ecocardiograma (B) avalia repercussão, não faz o diagnóstico. Radiografia e nova gasometria (D) são inespecíficas e atrasam a anticoagulação. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta a estratégia de maior impacto na redução da mortalidade por sepse.

- A. Administração precoce de corticosteroides sistêmicos.
- B. Implementação de ventilação mecânica protetora.
- C. Controle glicêmico estrito com insulina.
- D. Reposição volêmica precoce associada à antibioticoterapia inicial. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O maior impacto em mortalidade na sepse vem do pacote da primeira hora: coleta de culturas, antibiótico de amplo espectro precoce e ressuscitação volêmica com cristalóide (30 mL/kg na hipoperfusão), com vasopressor se a hipotensão persistir. Cada hora de atraso no antibiótico aumenta a mortalidade. Corticosteroide (A) só entra no choque refratário a volume e vasopressor. Ventilação protetora (B) reduz mortalidade na SDRA, não na sepse em geral. Controle glicêmico estrito (C) foi abandonado por hipoglicemia e ausência de benefício — a meta atual é em torno de 140 a 180 mg/dL. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Acerca da profilaxia de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes internados, assinale a alternativa correta.

- A. A profilaxia mecânica é mais eficaz do que a farmacológica em pacientes com alto risco de sangramento.
- B. A enoxaparina deve ser administrada apenas em pacientes cirúrgicos de alto risco.

C. A profilaxia com heparina de baixo peso molecular reduz significativamente a mortalidade hospitalar em pacientes clínicos. ✓

- D. Pacientes com insuficiência renal grave devem receber heparina de baixo peso molecular em dose ajustada.

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia com heparina de baixo peso molecular em pacientes clínicos de risco reduz eventos tromboembólicos e a mortalidade hospitalar associada — é a conduta padrão, não restrita a cirúrgicos (o que derruba B). A profilaxia mecânica é a opção quando há alto risco de sangramento, mas por segurança, não por maior eficácia (A). E, na insuficiência renal grave (clearance abaixo de 30 mL/min), a HBPM acumula e o preferido é a heparina não fracionada, ou HBPM com dose reduzida e monitorização de anti-Xa (D). Pérola: risco de TEV e risco de sangramento devem ser avaliados juntos, com escores tipo Pádua e IMPROVE. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Em relação ao manejo da hipertensão arterial resistente, assinale a alternativa correta.

A. A causa secundária mais comum de hipertensão resistente é a apneia obstrutiva do sono. ✓

- B. O uso de antagonista de aldosterona, como a espironolactona, é indicado em casos refratários.
- C. Deve-se associar inibidor da enzima conversora de angiotensina (ECA) com betabloqueador como primeira linha.
- D. A combinação de três anti-hipertensivos em doses máximas garante controle em todos os casos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão resistente é a que persiste acima da meta com três anti-hipertensivos em dose otimizada, incluindo um diurético. Entre as causas secundárias, a apneia obstrutiva do sono é a mais prevalente — daí a recomendação de rastreá-la sistematicamente nesse perfil (obesidade, roncos, sonolência diurna). A espironolactona é de fato a quarta droga preferencial (B), mas a alternativa correta cobrada é a epidemiológica. Associar IECA com betabloqueador (C) não é esquema de primeira linha, que combina IECA/BRA, bloqueador de canal de cálcio e tiazídico. E nenhuma combinação garante controle em todos os casos (D). Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

No contexto de tratamento da Covid-19 em pacientes hospitalizados, assinale a alternativa correta.

- A. O uso de corticosteroides está indicado apenas para pacientes em ventilação mecânica.
- B. O uso de anticoagulação profilática é contraindicado em pacientes com D-dímero elevado.

C. A administração de dexametasona está indicada para pacientes com necessidade de oxigenoterapia.

✓

D. O uso de tocilizumabe é recomendado para todos os pacientes com Covid-19 de moderada a grave.

PEDIATRIA Questões de 33 a 48 Caso clínico para responder às questões de 33 a 36. Um escolar de 8 anos de idade foi levado à emergência em razão de um quadro de indisposição, inapetência, cefaleia e edema periorbital. A médica, em sua anamnese, perguntou acerca de quedas, brigas na escola e sintomas associados, como queda de cabelo, febre, vômitos e síncope. A mãe negou quaisquer dos sintomas citados. Na história patológica pregressa, relatou infecção de garganta com frequência. Ao exame, a criança encontrava-se em bom estado geral, eupneica (FR = 20 irpm), eucárdica (FC = 100 bpm), com SatO₂ = 98%, edema periorbital bilateralmente, de moderada intensidade, sem hiperemia, indolor, sem sinais de trauma. Verificaram-se pressão arterial acima do percentil 95 para a idade e exame simples de urina com hematúria presente.

COMENTÁRIO OSCELABS

Em Covid-19 hospitalizada, a dexametasona reduz mortalidade em quem necessita de oxigênio suplementar — do cateter nasal à ventilação mecânica — e por isso a indicação não se restringe ao paciente intubado (A). Em paciente sem hipoxemia, o corticoide não traz benefício e pode piorar o desfecho. A anticoagulação profilática é indicada na internação, e D-dímero elevado reforça o risco trombótico em vez de contraindicá-la (B). O tocilizumabe (D) é reservado a casos com inflamação sistêmica progressiva e necessidade crescente de suporte, não a todos os pacientes moderados a graves. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

A respeito do caso clínico descrito e com base nos conhecimentos médicos correlatos, assinale a alternativa correta.

A. Sintomas como edema e hipertensão manifestam-se durante o episódio de infecção de garganta pelo estafilococo.

B. O edema é frequente e pode ser evidenciado por queixas indiretas, como aumento brusco de peso e (ou) calçados apertados. ✓

C. Os sintomas clínicos clássicos são cabelos escassos, finos e quebradiços, edema e proteinúria.

D. O edema é generalizado na maior parte dos casos e está sempre acompanhado de história de trauma anterior.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica: escolar com faringites de repetição, edema periorbital, hipertensão acima do percentil 95 e hematúria. O edema é achado frequente e costuma ser percebido de forma indireta pelos familiares — ganho súbito de peso, calçados ou roupas apertados, pálpebras inchadas ao acordar. A infecção causadora é estreptocócica (não estafilocócica) e o quadro surge 1 a 3 semanas APÓS a faringite, não durante (A). Cabelos quebradiços com proteinúria maciça (C) descrevem síndrome nefrótica. E o edema não exige história de trauma (D), que aqui foi ativamente afastado na anamnese. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito A

Com base no caso clínico apresentado, assinale a alternativa que indica característica da doença.

A. É a mais comum das glomerulopatias da infância. ✓

B. A faixa etária de maior acometimento é o lactente abaixo de 2 anos de idade e o adolescente.

C. A insuficiência renal aguda é a sua principal complicação.

D. Pode estar associada a episódios de piodermite causada pelo vírus varicela zóster. PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO "A" PÁGINA 8/15

COMENTÁRIO OSCELABS

A glomerulonefrite difusa aguda pós-estreptocócica é a glomerulopatia mais comum da infância e o protótipo da síndrome nefrítica. Acomete tipicamente escolares entre 5 e 12 anos, e não lactentes abaixo de 2 anos (B). Sua evolução é benigna na grande maioria: a insuficiência renal aguda é possível, porém incomum, e as complicações que realmente preocupam na fase aguda são a congestão circulatória e a encefalopatia hipertensiva (C). A associação com piodermite existe, mas o agente é o estreptococo beta-hemolítico do grupo A, não o vírus varicela zóster (D). Resposta A.

QUESTÃO 35 — Gabarito C

Em relação aos exames complementares, assinale a alternativa correta.

- A. A proteinúria é alta > 50 mg/kg/dia.
- B. Cilindros hemáticos são sugestivos de lipidúria.
- C. A dosagem do complemento sérico é obrigatória para o diagnóstico. ✓**
- D. A hematúria é rara e geralmente ocorre por causa de complicação tardia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A dosagem do complemento sérico é peça central na investigação: o C3 baixo, com normalização em torno de 6 a 8 semanas, sustenta o diagnóstico de glomerulonefrite pós-estreptocócica, e a persistência de consumo obriga rever o diagnóstico (por exemplo, glomerulonefrite membranoproliferativa ou lúpus). Proteinúria acima de 50 mg/kg/dia (A) é faixa nefrótica, não o esperado na nefrite pós-estreptocócica. Cilindros hemáticos indicam sangramento glomerular, e não lipidúria (B). E a hematúria, longe de rara, é achado obrigatório e precoce da síndrome nefrítica (D). Resposta C.

QUESTÃO 36 — Gabarito B

No que se refere ao tratamento, assinale a alternativa correta.

- A. É preciso usar estatinas para o tratamento da dislipidemia severa.
- B. Deve-se fazer restrição hídrica e dietética. ✓**
- C. O tratamento deve ser feito mediante internação e repouso absoluto, independentemente de complicações.
- D. Deve-se usar eritromicina preferencialmente em dose única de 600.000 U para crianças com menos de 25 kg e de 1.200.000 U para crianças com mais de 25 kg. Caso clínico para responder às questões de 37 a 40. As doenças respiratórias são as principais responsáveis pela morbidade e mortalidade no período neonatal, representando a causa mais comum de internação nessa faixa etária. Com base nisso, considere um recém-nascido (RN) de 37 semanas de idade gestacional, com peso de nascimento = 2900, Apgar 7/9, internado em unidade de terapia intensiva neonatal em razão de desconforto respiratório com 24 horas de vida. A gestação ocorreu sem intercorrências, parto vaginal sem intercorrências, líquido amniótico claro, bolsa rota no ato. Ao exame físico, observaram-se FC = 150 bpm, FR = 90 irpm, SatO₂ = 96%, RN acianótico, anictérico, ativo, reativo ao exame, com desconforto respiratório, ausculta sem sibilos ou ruídos adventícios.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento da glomerulonefrite pós-estreptocócica é de suporte: restrição hídrica e de sal para controlar a congestão e a hipertensão, com diurético de alça se necessário, enquanto se aguarda a resolução espontânea. Estatina (A) pertence ao manejo da dislipidemia da síndrome nefrótica. Internação com repouso absoluto para todos (C) é desnecessária — hospitaliza-se quem tem hipertensão grave, congestão ou oligúria. E o esquema em dose única de 600.000 e 1.200.000 unidades conforme o peso é o da penicilina G benzatina, não da eritromicina, reservada aos alérgicos e em outro esquema (D). Resposta B.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Quanto a esse caso clínico, é correto afirmar que a hipótese diagnóstica mais provável e o respectivo tratamento de escolha são

- A. taquipneia transitória do recém-nascido - suporte geral e oxigenoterapia. ✓**
- B. síndrome da membrana hialina - CPAP nasal.
- C. pneumonia adquirida - corticoterapia intravenosa.
- D. pneumonia congênita - óxido nítrico. Área livre

COMENTÁRIO OSCELABS

Recém-nascido de 37 semanas, parto vaginal sem intercorrências, que abre taquipneia isolada (FR 90) com saturação preservada, sem cianose, sem ruídos adventícios e em bom estado geral, tem taquipneia transitória do recém-nascido — retardo na reabsorção do líquido pulmonar. O tratamento é de suporte: oxigenoterapia conforme necessidade e resolução em 24 a 72 horas. Doença da membrana hialina (B) é do prematuro com deficiência de surfactante, com curso progressivamente pior. Pneumonia congênita (D) pressupõe fatores de risco infecciosos, ausentes (bolsa rota no ato, líquido claro), e corticoide não trata pneumonia neonatal (C). Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Considerando os critérios do Boletim de Silverman-Andersen para avaliação do desconforto respiratório, em relação aos achados esperados no caso clínico mencionado, assinale a alternativa correta.

- A. Movimentos de tórax e abdome: declínio inspiratório; intensa retração costal interior; batimentos de asas do nariz: intenso. ✓**
- B. Movimentos de tórax e abdome: sincronismo; ausência de retração costal interior; sem gemido expiratório.
- C. Movimentos de tórax e abdome: sincronismo; presença de distensão abdominal; icterícia.
- D. Gemidos: audível sem estetoscópio; batimento de asas do nariz: intenso; icterícia presente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O boletim de Silverman-Andersen pontua exclusivamente cinco parâmetros mecânicos da respiração: sincronismo toracoabdominal, retração intercostal, retração xifoide, batimento de asas do nariz e gemido expiratório. As alternativas que incluem icterícia ou distensão abdominal (C e D) não descrevem o escore. E a opção que traz sincronismo, ausência de retração e ausência de gemido (B) corresponde a pontuação zero, incompatível com o recém-nascido descrito, que tem desconforto respiratório e taquipneia de 90 irpm. Restam os achados de desconforto relevante da alternativa A. Resposta A.

QUESTÃO 39 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta os achados radiológicos do caso clínico apresentado.

- A. Hipotransparência difusa, imagem em vidro moído
- B. Imagem de “ar fora”
- C. Opacidades pulmonares assimétricas, irregulares, múltiplas
- D. Reforço da trama vascular, cisurite ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O padrão radiológico da taquipneia transitória do recém-nascido é de "pulmão úmido": reforço da trama vascular peri-hilar, cisurite (líquido nas cisuras), discreta hiperinsuflação e às vezes derrame laminar — tudo revertendo em poucos dias. Hipotransparência difusa em vidro moído com broncogramas aéreos (A) é a doença da membrana hialina. "Ar fora" do parênquima (B) traduz escape aéreo, como pneumotórax. Opacidades múltiplas, assimétricas e irregulares (C) sugerem pneumonia ou síndrome de aspiração meconial. Resposta D.

QUESTÃO 40 — Gabarito B

Existe uma grande variedade de causas de insuficiência respiratória no período neonatal. No que concerne à semiologia e aos achados clínicos usados na abordagem do recém-nascido com insuficiência respiratória aguda, assinale a alternativa correta.

A. A acidose metabólica pode causar desconforto respiratório em razão de alterações vasculares.

B. O desconforto respiratório de origem cardíaca tem como característica a cianose resistente ao oxigênio. ✓

C. A hérnia diafragmática acarreta um desconforto respiratório de causa central, semelhante à depressão por drogas.

D. A anemia do prematuro pode causar desconforto respiratório por hipotonia da musculatura torácica. Área livre

PROVA APLICADA PÁGINA 9/15 ACESSO DIRETO TIPO "A" PROCESSO SELETIVO

RM-1/SES-DF/2025 Caso clínico para responder às questões de 41 a 43. Um pré-escolar de 4 anos de idade compareceu a consulta no pronto atendimento apresentando sinais e sintomas caracterizados por febre elevada (Tax = 39 °C), tosse seca intensa, cefaleia e prostração há três dias. No quarto dia de doença, a febre piorou, tornando-se mais elevada e apareceu exantema que se inicia atrás do pavilhão auricular e dissemina-se rapidamente para o pescoço e as extremidades dos membros, com característica morbiliforme. Ao exame físico, a criança se apresenta com aparência toxemiada, olhos hiperemiados, fotofobia, tosse extenuante, FC = 140 bpm, FR = 23 irpm, Tax = 39,8 °C e SatO₂ = 98%.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pérola aqui é a prova da hiperóxia: no desconforto respiratório de origem cardíaca, com shunt direita-esquerda, a cianose é resistente à oferta de oxigênio — a PaO₂ praticamente não sobe com FiO₂ de 100%, ao contrário do que ocorre nas causas pulmonares. A acidose metabólica gera taquipneia por compensação respiratória, não por alteração vascular (A). A hérnia diafragmática causa insuficiência respiratória por compressão pulmonar e hipoplasia, quadro periférico e não central como a depressão por drogas (C). E a anemia do prematuro cursa com apneia e taquipneia por baixo transporte de oxigênio, não por hipotonia torácica (D). Resposta B.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

A respeito do caso clínico descrito e com base nos conhecimentos médicos correlatos, assinale a alternativa correta.

A. A etiologia é o togavírus.

B. A citomegalovirose é a principal causa.

C. O agente etiológico é o vírus coxsackie.

D. O agente etiológico é um paramixovírus. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é clássico de sarampo: pródromo de 3 a 4 dias com febre alta, tosse intensa, coriza e conjuntivite com fotofobia, seguido de exantema morbiliforme que começa atrás das orelhas e progride craniocaudalmente, com piora da febre no início do rash. O agente é o vírus do sarampo, um Morbillivirus da família Paramyxoviridae. Togavírus (A) causa rubéola, cujo exantema é mais fugaz e vem com linfadenopatia retroauricular e occipital. Citomegalovírus (B) e coxsackie (C) — este da doença mão-pé-boca e da herpangina — não produzem esse padrão. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito B

O exantema morbiliforme é caracterizado

A. por grandes áreas de petéquias difusas.

B. por máculas ou placas vermelhas na pele, com áreas de pele sã entre as lesões. ✓

C. pela aparência de lixa, difuso.

D. por ser vesicular confluenta.

COMENTÁRIO OSCELABS

Exantema morbiliforme, como o nome diz, é o do sarampo: máculas e pápulas eritematosas que confluem em placas, mas preservam ilhas de pele sã entre as lesões. Petéquias difusas (A) caracterizam exantema purpúrico, de alerta para meningococemia e dengue. A textura de lixa, difusa, com pele sem áreas poupadas e acentuação em dobras (B) é o exantema escarlatiforme. E lesões vesiculares (D) apontam varicela e enterovirose. Pérola: descrever corretamente o exantema encurta o diferencial antes de qualquer sorologia. Resposta B.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Entre as complicações dessa doença, está a

A. síndrome de Reye, que é uma degeneração aguda do fígado.

B. insuficiência cardiorrespiratória por causa da hipoxemia.

C. otite média, que é a principal complicação bacteriana. ✓

D. conjuntivite alérgica em razão da coçadura. Área livre

COMENTÁRIO OSCELABS

A otite média aguda é a complicação bacteriana mais frequente do sarampo, decorrente da imunossupressão transitória e da lesão do epitélio respiratório provocadas pelo vírus (a pneumonia é a complicação mais letal, sobretudo em desnutridos e menores de 5 anos). A síndrome de Reye (A) associa-se ao uso de salicilato em varicela e influenza. Insuficiência cardiorrespiratória por hipoxemia (B) não é complicação típica. E a conjuntivite do sarampo faz parte do próprio pródromo viral, não é alérgica por coçadura (D). Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Uma mãe procurou o pronto-socorro relatando que seu filho de 18 meses de vida vem apresentando quadro de cansaço, rouquidão, tosse parecida a um “latido de cachorro” um “barulho esquisito”, ao respirar e febre moderada. Refere que, dois dias antes, o lactente se apresentava com rinorreia clara e tosse leve. Considerando esse caso clínico e com base nos conhecimentos médicos correlatos, assinale a alternativa correta.

A. Embora a maioria dos casos ocorra no verão, eles podem se manifestar durante todo o ano.

B. O crupe caracteriza um grupo de doenças que se manifestam por rouquidão, tosse ladrante e estridor inspiratório. ✓

- C. Estridor é o som respiratório gerado pelo aumento de líquido intra-alveolar.
D. A etiologia é bacteriana na maioria dos casos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse ladrante, rouquidão e estridor inspiratório após 1 a 2 dias de pródromo catarral definem crupe (laringotraqueíte), síndrome de obstrução da via aérea EXTRAtorácica. A etiologia é viral na imensa maioria — parainfluenza à frente —, o que derruba D. A sazonalidade é de outono e inverno, não de verão (A). E estridor não tem nada a ver com líquido intra-alveolar (C): é ruído gerado por fluxo turbulento em via aérea alta estreitada. Pérola terapêutica: dexametasona em dose única para todos e adrenalina nebulizada nos casos com estridor em repouso. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Os critérios de Jones são considerados padrão-ouro para o diagnóstico clínico da febre reumática. Tais critérios são divididos em maiores e menores conforme a especificidade da manifestação. Com base nos critérios de Jones e no diagnóstico da febre reumática, assinale a alternativa correta.

- A. Eritema marginado é um critério menor e aparece frequentemente.
B. Nódulos subcutâneos localizam-se na região do tórax e abdome, são dolorosos e estão associados à cardite.
C. A artrite tem característica aditiva de grandes e pequenas articulações e geralmente deixa sequelas.
D. Não há exigência de infecção estreptocócica anterior na presença da coreia de Sydenham. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A coreia de Sydenham é manifestação tardia da febre reumática, aparecendo meses após a infecção, quando os títulos de anticorpos antiestreptocócicos já normalizaram — por isso ela (assim como a cardite indolente) dispensa a comprovação de infecção estreptocócica prévia e, isolada, já fecha o diagnóstico. O eritema marginado é critério MAIOR, ainda que raro (A). Os nódulos subcutâneos são indolores e ficam sobre superfícies extensoras e proeminências ósseas (B). E a artrite é migratória, de grandes articulações, autolimitada e sem sequelas — ao contrário do coração, que é o único órgão que a febre reumática lesa de forma permanente (C). Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito C

A toxoplasmose é uma zoonose de distribuição universal, frequente no ser humano, causada pelo *T. gondii*, um parasita intracelular. O risco de transmissão materno-fetal é em torno de 40%, aumentando com o avanço da gestação. De acordo com os conhecimentos relacionados à toxoplasmose, assinale a alternativa correta.

- A. A maioria dos recém-nascidos com infecção congênita são sintomáticos ao nascimento e apresentam-se com sintomas hematológicos.
B. O tratamento do recém-nascido infectado deve ser feito durante seis meses, e espera-se queda progressiva dos títulos de IgG.
C. Crianças infectadas e assintomáticas ao nascerem, se não forem tratadas adequadamente, desenvolvem sequelas na infância ou na vida adulta. ✓
D. Quando a infecção ocorre no terceiro trimestre, a maioria dos conceitos apresenta formas clínicas graves.
- PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO "A" PÁGINA 10/15

COMENTÁRIO OSCELABS

A maioria dos recém-nascidos com toxoplasmose congênita é ASSINTOMÁTICA ao nascer (o que já derruba A) e, sem tratamento, uma parcela expressiva desenvolve sequelas ao longo da infância ou na vida adulta — coriorretinite recorrente à frente, além de déficits auditivos e neurológicos. É exatamente esse o motivo de se tratar o recém-nascido infectado mesmo sem sintomas, por 12 meses, e não por seis (B). Quanto ao momento da infecção, vale a regra: quanto mais tardia a transmissão, maior a chance de contágio e menor a gravidade — no terceiro trimestre, os conceitos são em geral assintomáticos (D). Resposta C.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

A incidência da comunicação interventricular (CIV) é de 2,56 casos por 1.000 nascidos vivos. É a cardiopatia congênita mais frequente, correspondendo a 41,59% do total dessas enfermidades. Com base na CIV e nos conhecimentos médicos correlatos, assinale a alternativa correta.

- A. É classificada como cardiopatia congênita que pode se manifestar com insuficiência cardíaca. ✓**
- B. A maioria dos lactentes necessitam de cirurgia para o fechamento da CIV, que deve ser realizada até o segundo mês de vida.
- C. As manifestações clínicas da doença são tardias, geralmente após o sexto mês de vida.
- D. É uma das cardiopatias congênitas cianóticas que se apresenta como cianose periférica ao exame físico.

COMENTÁRIO OSCELABS

A comunicação interventricular é a cardiopatia congênita mais frequente e ACIANÓTICA, com shunt esquerda-direita; quando o defeito é amplo, cursa com hiperfluxo pulmonar e insuficiência cardíaca no lactente (taquipneia, sudorese às mamadas, déficit de ganho ponderal). A maioria dos defeitos, sobretudo os musculares pequenos, fecha espontaneamente, e a cirurgia é exceção (B). As manifestações surgem justamente com a queda da resistência vascular pulmonar, entre a segunda e a oitava semana de vida, e não após o sexto mês (C). E cianose só apareceria com inversão do shunt na síndrome de Eisenmenger, evolução tardia (D). Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito A

A desidratação aguda na infância tem como causa principal perdas gastrointestinais por diarreia aguda. A introdução da terapêutica de hidratação oral (HO), associada com a melhora das condições sanitárias, nutricionais e vacinais, promoveram uma redução da morbimortalidade pela doença no Brasil. Com base nos conhecimentos médicos correlatos a respeito da desidratação e da terapêutica de hidratação oral, assinale a alternativa correta.

- A. Na desidratação moderada, existem perdas de até 10% dos líquidos e sede intensa. ✓**
 - B. Os parâmetros clínicos para avaliação do grau de desidratação são sede, mucosas, pele e presença de sangue nas fezes.
 - C. Após uso da hidratação oral, deve-se suspender a dieta habitual e (ou) aleitamento materno da criança hidratada até a resolução completa do quadro diarreico.
 - D. O objetivo do plano B é prevenir a desidratação no domicílio, e isso deve ser realizado pelos pais da criança.
- Área livre GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA Questões de 49 a 64 Caso clínico para responder às questões de 49 a 51. Uma paciente de 59 anos de idade apresenta perda urinária insensível, associada a urgência miccional, sem queixas de esvaziamento vesical associado. Ao exame clínico, mostra-se em bom estado geral, sem demais alterações, com FC = 90 bpm, PA = 120 mmHg x 80 mmHg, FR = 17 irpm, SatO₂ = 95%, POP-Q tópico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação clássica, a desidratação leve corresponde a perdas de até 5%, a moderada de 5 a 10%, com sede intensa, mucosas secas, olhos encovados e turgor diminuído, e a grave acima de 10%, com sinais de choque. Sangue nas fezes é dado de disenteria, não parâmetro de hidratação (B). A dieta habitual e sobretudo o aleitamento materno NUNCA devem ser suspensos — mantê-los reduz a duração da diarreia e a desnutrição (C). E prevenir a desidratação no domicílio, com aumento da oferta de líquidos pelos pais, é o plano A; o plano B é a terapia de reidratação oral supervisionada na unidade de saúde (D). Resposta A.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Em relação ao diagnóstico clínico da paciente, assinale a alternativa correta.

- A. Incontinência urinária por transbordamento
- B. Hiperatividade detrusora
- C. Infecção do trato urinário inferior

D. Bexiga hiperativa molhada ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda urinária associada a urgência miccional, sem sintomas de esvaziamento e com POP-Q tópico, caracteriza a síndrome da bexiga hiperativa em sua forma "molhada" (com urgeincontinência). Trata-se de diagnóstico CLÍNICO. A hiperatividade detrusora (B) é diagnóstico urodinâmico, feito pela observação de contrações não inibidas do detrusor — não pode ser afirmado apenas pela anamnese. A incontinência por transbordamento (A) exigiria resíduo pós-miccional elevado e sintomas de esvaziamento, explicitamente ausentes. Infecção urinária (C) traria disúria e alteração do exame de urina. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Quanto ao referido caso clínico, assinale a alternativa que corresponde ao tratamento de primeira linha.

- A. Medicamento anticolinérgico ou simpaticomimético

B. Modificação do estilo de vida ✓

- C. Cirurgia da incontinência urinária (sling)
- D. Toxina botulínica intravesical

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento de primeira linha da bexiga hiperativa é conservador: mudança de estilo de vida e terapia comportamental — perda de peso, redução de cafeína e álcool, ajuste da ingesta hídrica, diário miccional, treinamento vesical e fisioterapia do assoalho pélvico. Anticolinérgicos e beta-3-agonistas (A) compõem a segunda linha, adicionados quando as medidas comportamentais falham. Toxina botulínica intravesical (D), neuromodulação sacral e demais terapias invasivas são terceira linha. O sling (C) trata incontinência de esforço, que não é o caso. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

No caso clínico citado, qual seria a indicação para se realizar o estudo urodinâmico?

- A. Confirmação diagnóstica
- B. Exame prévio ao tratamento cirúrgico de sling
- C. Não há indicação

D. Na refratariedade aos tratamentos de segunda linha Caso clínico para responder às questões de 52 a 54. Uma paciente de 27 anos de idade, em consulta de rotina, assintomática, realizou exame

preventivo com o diagnóstico de ASCUS. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo urodinâmico não é exame de rotina na bexiga hiperativa, cujo diagnóstico é clínico. Ele se justifica quando a resposta terapêutica não corresponde ao diagnóstico presumido, ou seja, na refratariedade após esgotadas as linhas prévias de tratamento, e também em incontinência mista complexa, disfunção neurogênica ou antes de cirurgia em cenário duvidoso. Confirmação diagnóstica de rotina (A) não é indicação; a paciente não vai para sling (B); e dizer que não há indicação em nenhuma hipótese (C) ignora justamente o cenário de refratariedade. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

De acordo com o Ministério da Saúde, a melhor conduta diante desse achado consiste em

- A. realizar colposcopia de imediato.
- B. repetir exame em 6 meses.

C. repetir exame em 12 meses. ✓

- D. realizar teste molecular de pesquisa de HPV. Área livre PROVA APLICADA PÁGINA 11/15 ACESSO DIRETO TIPO “A” PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelas diretrizes brasileiras de rastreamento do câncer do colo do útero, a conduta diante de ASC-US depende da idade: abaixo de 25 anos, repetir a citologia em 3 anos; de 25 a 29 anos, repetir em 12 meses; e a partir de 30 anos, repetir em 6 meses. A paciente tem 27 anos, portanto o intervalo correto é de 12 meses. A colposcopia imediata (A) só entra com duas citologias alteradas ou em atipias de maior grau (ASC-H, HSIL, AGC). Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito A

Na mesma paciente do citado caso clínico, foram realizadas colposcopia e nova coleta de preventivo que apresentou epitélio acetobranco tênue, com orifícios glandulares espessados. O resultado da citologia evidenciou lesão de baixo grau (LSIL). Diante do novo diagnóstico, a conduta correta é

A. repetir exame de citologia em 6 meses. ✓

- B. repetir exame de citologia em 12 meses.
- C. realizar cirurgia de alta frequência (CAF).
- D. realizar teste molecular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de citologia com lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL) em mulher com 25 anos ou mais, e colposcopia sem achados maiores (acetobranco tênue é achado menor), a conduta preconizada é repetir a citologia em 6 meses — a maioria dessas lesões regride espontaneamente, refletindo infecção transitória por HPV. Repetir em 12 meses (B) é o intervalo do ASC-US nessa faixa etária. A cirurgia de alta frequência (C) é excisão, reservada a lesões de alto grau confirmadas — tratar LSIL com CAF é sobretratamento, com risco obstétrico futuro. Resposta A.

QUESTÃO 54 — Gabarito B

A mencionada paciente foi submetida a uma biópsia de colo uterino, que demonstrou carcinoma escamoso com invasão de 4 mm. Qual é o estadiamento?

- A. 1A1

B. 1A2 ✓

C. 1B1

D. 1B2 Caso clínico para responder às questões de 55 a 57. Uma gestante de 14 semanas realizou exame de VDRL com resultado de 1/128, sem demais alterações nos exames de primeiro trimestre.

COMENTÁRIO OSCELABS

No estadiamento FIGO do câncer de colo uterino, o estágio IA é o carcinoma invasor diagnosticado apenas microscopicamente, subdividido pela profundidade de invasão do estroma: IA1 até 3 mm e IA2 acima de 3 mm e até 5 mm. Uma invasão de 4 mm cai, portanto, em IA2. A partir de mais de 5 mm de profundidade entra-se em IB1, e o IB2 corresponde a lesões de 2 a 4 cm. Pérola: a subdivisão importa porque muda a conduta — de conização/histerectomia simples no IA1 para abordagem com avaliação linfonodal a partir do IA2. Resposta B.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Qual é a indicação referente ao tratamento inicial da paciente, segundo o protocolo do Ministério da Saúde?

A. Iniciar tratamento com penicilina benzatina, 2,4 milhões, dose única, em todos os casos.

B. Não há necessidade de tratamento do parceiro por não ser transmissível na gravidez.

C. Não há necessidade de solicitar nenhum teste confirmatório.

D. Não há necessidade de aguardar confirmação diagnóstica para início do tratamento. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na gestante, sífilis é emergência de saúde pública: com teste reagente, o tratamento deve começar imediatamente, sem aguardar o resultado do teste confirmatório, porque cada semana de atraso aumenta o risco de sífilis congênita. Isso não significa dispensar o teste confirmatório (C) nem tratar o parceiro depois — a parceria sexual deve sempre ser avaliada e tratada (B). E o esquema não é dose única para todos (A): VDRL 1/128 em gestante com tempo de evolução indeterminado exige penicilina benzatina 2,4 milhões UI semanais, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões UI. Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito A

Nessa paciente, após o tratamento, um novo exame detectou VDRL positivo sem titulação após 12 semanas, sendo repetido novo exame que apresentou resultado 1/64. Nesse contexto, qual é a conduta correta?

A. É necessário novo tratamento. ✓

B. Aguardar o período de 6 meses após o tratamento da sífilis tardia.

C. Aguardar o período de 12 meses após o tratamento da sífilis precoce.

D. Caso persista a titulação ou aumente o nível, são necessários novo tratamento e avaliação oftalmológica e (ou) neurológica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O critério de resposta ao tratamento da sífilis é a queda de pelo menos duas diluições do teste não treponêmico. Aqui houve o oposto: após negativação/ausência de titulação, o VDRL retornou em 1/64 — elevação de quatro ou mais diluições, que caracteriza falha terapêutica ou reinfecção e impõe RETRATAMENTO imediato, com investigação e tratamento da parceria. Em gestante, não cabe simplesmente aguardar 6 ou 12 meses de seguimento (B e C), porque o feto continua exposto. A alternativa D descreve a conduta genérica de persistência de título, mas o caso já demonstra aumento consumado. Resposta A.

QUESTÃO 57 — Gabarito C

Considerando que a paciente descrita foi tratada com ceftriaxona em razão de história de alergia a penicilina, assinale a alternativa correta.

- A. A paciente poderia ter utilizado a doxiciclina com segurança na gravidez.
- B. O feto é considerado tratado, independentemente do antibiótico utilizado na gravidez.

C. As gestantes devem ser acompanhadas com VDRL mensal até o parto. ✓

- D. Não há necessidade de novo exame após o tratamento. Caso clínico para responder às questões de 58 a 60.
Uma gestante de 10 semanas iniciou consulta de pré-natal com exames solicitados por outro médico e retornou para avaliação.

COMENTÁRIO OSCELABS

Regra central do protocolo: só a penicilina trata o feto. Gestante tratada com qualquer outro antibiótico — ceftriaxona incluída — é considerada INADEQUADAMENTE tratada para fins de sífilis congênita, e o recém-nascido será investigado e tratado (o que derruba B). Por isso mesmo o ideal é a dessensibilização à penicilina. A doxiciclina é contraindicada na gravidez (A). E o seguimento correto da gestante é sorologia não treponêmica MENSAL até o parto, bem mais estreito que o trimestral da não gestante, o que também exclui a ideia de dispensar novos exames (D). Resposta C.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Em relação aos achados dos exames, assinale a alternativa correta.

- A. A paciente com glicemia de 95 possui rastreio positivo, devendo realizar teste oral de tolerância a glicose após as 28 semanas para rastreio de diabetes gestacional.
- B. A hemoglobina glicada acima de 6,5% faz diagnóstico de overt diabetes, mas necessita de confirmação diagnóstica com teste oral de tolerância a glicose.
- C. A glicemia de jejum abaixo de 100 permite descartar a diabetes gestacional, não sendo necessário nenhum outro exame durante a gravidez.

D. O diagnóstico de overt diabetes ocorre quando a glicemia de jejum se apresenta com valores acima de 126 mg/dL no primeiro trimestre. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Overt diabetes (diabetes prévio detectado na gestação) é diagnosticado quando, no primeiro trimestre, a glicemia de jejum é maior ou igual a 126 mg/dL, ou a HbA1c é maior ou igual a 6,5%, ou a glicemia ao acaso é maior ou igual a 200 mg/dL com sintomas — sem necessidade de confirmação por teste oral de tolerância à glicose (o que derruba B). Glicemia de jejum de 92 a 125 mg/dL no início da gestação já diagnostica diabetes gestacional, dispensando o TOTG posterior: 95 mg/dL não é "rastreio positivo a confirmar" (A). E jejum abaixo de 92 não descarta nada — o TOTG entre 24 e 28 semanas segue indicado (C). Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito B

Essa mesma paciente realizou perfil glicêmico que constatou alteração de mais de 30% das medidas, sendo necessário tratamento adjuvante às medidas comportamentais. Acerca do tratamento, assinale a alternativa correta.

- A. Deve-se iniciar o tratamento com metformina para melhor controle glicêmico.

B. Deve-se iniciar tratamento com insulina na dose de 0,5 UI/Kg/dia. ✓

- C. O uso de hipoglicemiantes orais, como a glifozina, permite um melhor controle da diabetes na gravidez.

- D. A semaglutida pode ser utilizada na gravidez e auxilia no controle de ganho de peso. Área livre PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO "A" PÁGINA 12/15

COMENTÁRIO OSCELABS

A insulina é o tratamento farmacológico de escolha no diabetes na gestação, por não atravessar a placenta e permitir titulação segura; a dose inicial habitual é de 0,5 UI/kg/dia, fracionada e ajustada pelo perfil glicêmico. A metformina (A) atravessa a barreira placentária e, embora usada em situações selecionadas, não é a primeira escolha do protocolo. Inibidores de SGLT2 ("glifozinas", C) e análogos de GLP-1 como a semaglutida (D) são formalmente contraindicados na gravidez, por ausência de segurança fetal comprovada. Resposta B.

QUESTÃO 60 — Gabarito C

A mencionada paciente realizou ultrassonografia obstétrica do terceiro trimestre, por meio da qual foram verificados peso fetal estimado de 2.810 g (percentil 100), 33 semanas e 4 dias de gravidez, com líquido amniótico apresentando maior bolsão vertical de 12 cm, com Doppler de artérias uterinas e umbilical dentro da normalidade. A respeito do melhor momento de interrupção e da via de parto, assinale a alternativa correta.

- A. Interrupção com 37 semanas, via alta (parto cesárea)
- B. Interrupção com 38 semanas, via baixa (parto vaginal)
- C. Interrupção com 37 semanas, via baixa (parto vaginal) ✓**
- D. Interrupção com 38 semanas, via alta (parto cesárea)

COMENTÁRIO OSCELABS

Feto grande para a idade gestacional (percentil 100) com polidrâmnio (maior bolsão vertical de 12 cm), mas com Dopplers normais, tem indicação de interrupção com 37 semanas — evita-se prolongar a gestação por causa do risco de óbito fetal e do crescimento adicional, sem antecipar para prematuridade tardia desnecessária. A via de parto preferencial permanece a VAGINAL: a cesárea eletiva por macrosomia só se cogita com peso fetal estimado acima de 4.500 g (ou acima de 4.000 g em diabética), o que não é o caso. Resposta C.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Uma paciente de 36 anos de idade apresenta ciclos persistentes, com volume aumentado de início há um ano, associado a dismenorreia frequente, sem repercussão hemodinâmica no atendimento ambulatorial. Acerca do manejo inicial da paciente com sangramento uterino anormal, assinale a alternativa correta.

- A. O uso de anti-inflamatórios não esteroidais e o ácido tranexâmico auxiliam no controle do sangramento em torno de 50% dos casos. ✓**
- B. O rastreio de patologias não estruturais inclui os englobados no mnemônico PALM (pólipo, adeniose, malignidade e miomas).
- C. O mnemônico COEIN inclui as patologias estruturais, como coagulopatias, disfunção ovulatória, patologias endometriais, causas iatrogênicas e as não especificadas.
- D. O tratamento hormonal com uso de estrogênios deve ser iniciado o mais precocemente possível para controle do sangramento.

COMENTÁRIO OSCELABS

No sangramento uterino anormal sem repercussão hemodinâmica, o tratamento não hormonal é a primeira tentativa: anti-inflamatórios não esteroidais reduzem o fluxo em cerca de 30 a 50% e o ácido tranexâmico, antifibrinolítico, em torno de 40 a 50% — controlando aproximadamente metade dos casos. As alternativas B e C invertem o mnemônico FIGO PALM-COEIN: PALM (pólipo, adeniose, leiomioma, malignidade) reúne as causas ESTRUTURAIS, e COEIN (coagulopatia, disfunção ovulatória, endometrial, iatrogênica, não classificada) as NÃO estruturais. Estrogênio em alta dose (D) é resgate do sangramento agudo grave, não do manejo ambulatorial inicial. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito D

Certa paciente realizou um exame de ultrassonografia que evidenciou lesão heterogênea regular de aproximadamente 5 cm em porção anterior uterina, com menos de 50% da superfície em tecido miometrial. Acerca do achado, assinale a alternativa correta.

- A. A miomectomia histeroscópica deve ser o procedimento de escolha diante de um mioma com classificação FIGO 3, como o citado.
- B. A miomectomia laparotômica ou laparoscópica deve ser o procedimento de eleição diante do descrito mioma com classificação FIGO 2.
- C. A miomectomia laparotômica ou laparoscópica deve ser o procedimento de eleição diante do referido mioma com classificação FIGO 3.

D. A miomectomia histeroscópica deve ser o procedimento de escolha diante de um mioma com classificação FIGO 1, como o mencionado. Área livre ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificação FIGO dos miomas, os submucosos são: tipo 0 (totalmente intracavitário), tipo 1 (menos de 50% do volume intramural) e tipo 2 (50% ou mais intramural). O nódulo descrito, com menos de 50% no miométrio, é FIGO 1 — e miomas submucosos tipos 0 e 1 são justamente os candidatos à miomectomia HISTEROSCÓPICA, com acesso pela cavidade e sem incisão uterina. O tipo 3 é intramural em contato com o endométrio, sem componente cavitário, portanto não abordável por histeroscopia (A e C descrevem a combinação errada). Resposta D.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Na paciente com rotura prematura de membranas ovulares, em que condição necessariamente é preciso realizar antibioticoterapia profilática para profilaxia de infecção por estreptococo do grupo B de imediato?

- A. Na paciente abaixo de 37 semanas, sem resultado de cultura de estreptococo. ✓**
- B. Na paciente com resultado de cultura de estreptococo com resultado negativo.
- C. Na paciente com história de cultura de urina positiva para Proteus durante o pré-natal.
- D. Na presença de taquicardia fetal, associada a febre intraparto e secreção vaginal com odor fétido.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na rotura prematura de membranas abaixo de 37 semanas com cultura para estreptococo do grupo B desconhecida, entra-se com antibioticoprofilaxia intraparto de imediato — o prematuro é o grupo de maior letalidade por sepse neonatal precoce por GBS, e não há tempo nem sentido em aguardar o resultado. Cultura NEGATIVA dispensa a profilaxia (B). Urocultura positiva para GBS indicaria profilaxia, mas Proteus não (C). E o cenário de taquicardia fetal com febre e secreção fétida (D) é corioamnionite: exige antibioticoterapia TERAPÊUTICA e resolução da gestação, não profilaxia. Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito B

Assinale a alternativa que indica os principais músculos afetados nas lacerações de terceiro e quarto graus.

- A. Elevador do ânus, incluindo o pubococcígeo.
- B. Elevador do ânus, incluindo o ileococcígeo. ✓**
- C. Bulboesponjoso e músculo puborretal.
- D. Transverso superficial do períneo e glúteo máximo. Área livre PROVA APLICADA PÁGINA 13/15 ACESSO DIRETO TIPO “A” PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 MEDICINA SOCIAL E PREVENTIVA Questões de 65 a 80

COMENTÁRIO OSCELABS

Laceração de terceiro grau é a que atinge o complexo esfíncteriano anal, e a de quarto grau avança até a mucosa retal — diferentemente das de primeiro e segundo graus, restritas à mucosa vaginal, à pele e à musculatura perineal superficial. Além do esfíncter, a musculatura profunda do assoalho pélvico, o elevador do ânus, participa da lesão, e a banca destacou o feixe ileococcígeo. Bulboesponjoso e transverso superficial do períneo (C e D) pertencem ao plano superficial, comprometido já no segundo grau, e o glúteo máximo não integra o assoalho pélvico. Resposta B.

QUESTÃO 65 — Gabarito A

Um paciente de 45 anos de idade, hipertenso, em uso de medicação regular, apresenta quadro de tosse seca persistente há três semanas, com febre intermitente e emagrecimento progressivo. O exame físico mostrou, FC = 95 bpm, FR = 20 irpm, SatO₂ = 94%, exame de fundo de olho sem alterações e linfonodomegalia cervical. Com base nesse caso clínico, qual é o diagnóstico mais provável?

A. Tuberculose pulmonar ✓

B. Pneumonia bacteriana

C. Infecção por HIV

D. Linfoma

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse por mais de três semanas com febre vespertina/intermitente, emagrecimento progressivo e linfonodomegalia cervical em adulto configura o caso de sintomático respiratório e obriga investigar tuberculose pulmonar — teste rápido molecular e baciloscopia de escarro. A pneumonia bacteriana (B) tem curso agudo, de dias, com febre alta e toxemia, não semanas de consumo. HIV (C) e linfoma (D) entram no diferencial e podem coexistir (a tuberculose é a infecção oportunista mais comum no HIV no Brasil), mas a hipótese mais provável, pela epidemiologia e pela tríade tosse crônica, febre e perda de peso, é a tuberculose. Resposta A.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Um paciente de 70 anos de idade, diabético tipo 2 e tabagista, compareceu à consulta com queixa de dor em membro inferior esquerdo. O exame físico, mostrou FC = 88 bpm, FR = 18 irpm e SatO₂ = 97%. Apresenta palidez e cianose no pé esquerdo, com pulsos femorais palpáveis e ausência de pulsos distais. Considerando esse caso clínico, qual a principal conduta nesse caso?

A. Iniciar antibiótico de amplo espectro.

B. Encaminhar para angioplastia urgente.

C. Realizar angiografia para avaliação de obstrução arterial. ✓

D. Solicitar exames de sangue e aguardar resposta clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético e tabagista com dor em membro inferior, palidez e cianose no pé e ausência de pulsos distais tem obstrução arterial com pulsos femorais preservados — ou seja, doença femoropoplíteia/distal. A angiografia é o exame que define o nível, a extensão e o leito de saída da obstrução, e é justamente o que permite planejar a revascularização, seja endovascular, seja cirúrgica. Encaminhar direto para angioplastia (B) sem mapear a anatomia é conduta cega. Antibiótico (A) trataria infecção, ausente. E aguardar resposta clínica (D) em membro com sofrimento isquêmico é o caminho para a amputação. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito A

A Lei no 14.679/2023 alterou a Lei no 8.080/1990, incluindo no art. 61 desta lei o inciso IV, que abrange a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes. A esse respeito, assinale a alternativa que melhor expressa a abrangência desse novo princípio.

- A. Estabelece a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes como fundamento da formação profissional na área da saúde e a atenção à identificação de maus-tratos, negligência e violência sexual como princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). ✓**
- B. Estabelece a obrigatoriedade de notificação de casos suspeitos de maus-tratos apenas para profissionais de saúde.
- C. Garante a prioridade no atendimento de saúde para crianças e adolescentes em detrimento de outros grupos populacionais.
- D. Prioriza o atendimento de crianças e adolescentes em unidades de saúde exclusivas, separadas dos atendimentos à população adulta.

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 14.679/2023 acrescentou inciso ao art. 6º/61 da Lei 8.080/1990 firmando a proteção integral dos direitos de crianças e adolescentes como princípio do SUS, com destaque para a formação e a capacitação dos profissionais de saúde na identificação de maus-tratos, negligência e violência sexual. A notificação compulsória de violência já existia e não é exclusiva do profissional de saúde (B). A norma não cria prioridade em detrimento de outros grupos (C) nem determina unidades exclusivas e segregadas para o público infantojuvenil (D) — o SUS mantém a universalidade e a equidade. Resposta A.

QUESTÃO 68 — Gabarito B

Um paciente de 55 anos de idade, com história de hipertensão não controlada e obesidade, deu entrada no pronto-socorro com quadro de dor torácica em aperto, sudorese e dificuldade respiratória. Ao exame físico, apresentou FC = 110 bpm, FR = 22 irpm e SatO₂ = 92%. Qual é a conduta inicial mais indicada para o caso?

- A. Iniciar medicação anti-hipertensiva.
- B. Administrar AAS e clopidogrel e realizar eletrocardiograma. ✓**
- C. Solicitar exames laboratoriais e aguardar evolução.
- D. Encaminhar para terapia de reabilitação cardiovascular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica em aperto com sudorese e dispneia em hipertenso e obeso é síndrome coronariana aguda até prova em contrário. A conduta inicial reúne ECG em até 10 minutos da chegada — que define se há supra de ST e, portanto, reperfusão imediata — associada a AAS e segundo antiagregante, além de analgesia e oxigênio se houver hipoxemia, como aqui (saturação de 92%). Anti-hipertensivo isolado (A) trata o sintoma pressórico e ignora a isquemia. Aguardar exames sem ECG (C) é o erro que mais atrasa reperfusão. Reabilitação cardiovascular (D) é etapa tardia, pós-evento. Resposta B.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

O art. 7º da Lei no 8.080/1990, que trata da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece princípios para as ações e serviços de saúde. De acordo com o princípio da “participação da comunidade” (inciso VIII), assinale a alternativa que melhor o representa na prática.

- A. Centralização das decisões relacionadas a políticas de saúde nos gestores governamentais, priorizando a eficiência administrativa.
- B. Desenvolvimento de ações de saúde com base em evidências científicas, sem considerar a percepção e as necessidades da população.

C. Implementação de conselhos e conferências de saúde, que garantem espaços de discussão e participação da comunidade na formulação e no controle social das políticas de saúde. ✓

D. Priorização de atendimentos individuais e especializados, sem a necessidade de considerar as demandas e as características da comunidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A participação da comunidade, princípio do art. 7º da Lei 8.080/1990 e regulamentada pela Lei 8.142/1990, materializa-se nos Conselhos de Saúde (permanentes, deliberativos e paritários, com 50% de usuários) e nas Conferências de Saúde, instâncias de formulação de estratégias e de controle social da execução das políticas. Centralizar decisões nos gestores (A) contraria o próprio princípio. Ignorar a percepção da população (B) esvazia o controle social. E priorizar atendimentos individuais especializados sem olhar o território (D) contraria também a integralidade. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

A Lei no 9.836/1999 acrescentou dispositivos à Lei no 8.080/1990, criando o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI). Assinale alternativa que descreve corretamente um dos objetivos principais da criação do SASI.

A. Centralizar o atendimento aos indígenas em grandes centros urbanos, facilitando o acesso a tecnologias de ponta.

B. Garantir aos indígenas o acesso a ações e serviços de saúde com enfoque diferenciado e adequado às suas características culturais, sociais e econômicas. ✓

C. Transferir a responsabilidade do cuidado da saúde indígena exclusivamente para as instituições privadas de saúde.

D. Unificar os modelos de atenção à saúde indígena e de atenção prestada à população não indígena, desconsiderando as especificidades culturais. PROVA APLICADA PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025 ACESSO DIRETO TIPO “A” PÁGINA 14/15

COMENTÁRIO OSCELABS

A Lei 9.836/1999 criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, organizado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, com a lógica da atenção DIFERENCIADA: os serviços devem considerar a realidade local, as especificidades culturais, epidemiológicas e geográficas de cada povo, e articular-se com a medicina tradicional indígena. Centralizar o atendimento em grandes centros urbanos (A), terceirizar exclusivamente à iniciativa privada (C) ou unificar o modelo ignorando as diferenças culturais (D) são exatamente o oposto do que a norma estabeleceu. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Suponha que uma equipe de saúde da família, ao iniciar seu trabalho em uma nova área, tenha realizado um mapeamento detalhado da região. Eles identificaram as características geográficas, sociais, econômicas e culturais do território, incluindo as diferentes comunidades, os equipamentos sociais existentes, as condições de moradia e saneamento, os principais problemas de saúde e os recursos locais disponíveis. Com base nesse mapeamento, a equipe irá planejar suas ações, adaptando-as às especificidades de cada localidade. No caso, qual dos eixos operacionais da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) está sendo exemplificado pela conduta dessa equipe de saúde?

A. Territorialização ✓

B. Participação social

C. Intersetorialidade

D. Educação popular em saúde

COMENTÁRIO OSCELABS

Mapear limites geográficos, perfil social e econômico, equipamentos sociais, moradia, saneamento, problemas de saúde e recursos disponíveis, para então planejar ações adaptadas a cada localidade, é a definição operacional de TERRITORIALIZAÇÃO — eixo da Política Nacional de Promoção da Saúde e base da atuação da Estratégia Saúde da Família. Participação social (B) seria o envolvimento da comunidade na decisão. Intersetorialidade (C) exigiria articulação com educação, assistência social e outros setores. Educação popular em saúde (D) trabalha o diálogo de saberes com a população. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Assinale a alternativa que corresponde à doença crônica não transmissível (DCNT) de maior frequência no Brasil.

- A. Doenças infecciosas
- B. Câncer
- C. Doença respiratória crônica
- D. Doença do aparelho circulatório ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

As doenças do aparelho circulatório — doença isquêmica do coração e doenças cerebrovasculares à frente — são o grupo de doenças crônicas não transmissíveis mais frequente e a principal causa de morte no Brasil, respondendo por cerca de 27 a 30% dos óbitos. Vêm em seguida as neoplasias (B), que crescem em participação e já lideram em alguns estados do Sul e Sudeste, e as doenças respiratórias crônicas (C). Doenças infecciosas (A) sequer pertencem ao grupo das DCNT, o que já elimina a alternativa por definição. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Uma paciente de 55 anos de idade, com histórico de depressão, apresenta quadro de dor abdominal difusa associada a constipação. O exame físico mostrou FC = 80 bpm, FR = 16 irpm e SatO₂ = 97%. Acerca desse caso clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A. Doença inflamatória intestinal
- B. Síndrome do intestino irritável ✓**
- C. Úlcera péptica
- D. Câncer de cólon Área livre

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal difusa crônica associada a alteração do hábito intestinal (aqui, constipação), em paciente com transtorno do humor, exame físico normal e sem sinais de alarme, aponta síndrome do intestino irritável — diagnóstico clínico pelos critérios de Roma, com forte associação a ansiedade e depressão. Doença inflamatória intestinal (A) traria diarreia crônica, sangue nas fezes, febre, anemia e marcadores inflamatórios. Úlcera péptica (C) daria dor epigástrica relacionada à alimentação. Câncer de cólon (D) exigiria sinais de alarme: perda de peso, anemia ferropriva, sangramento ou idade com rastreio alterado. Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito A

Uma paciente de 40 anos de idade, com histórico de asma e rinite alérgica, apresenta quadro de dispneia progressiva e sibilos. O exame físico mostrou FC = 100 bpm, FR = 26 irpm, SatO₂ = 89%. Qual é a conduta imediata a ser adotada nesse caso?

- A. Iniciar broncodilatador de ação curta e observar a resposta. ✓**

- B. Solicitar radiografia de tórax para avaliação.
- C. Prescrever corticoide sistêmico imediatamente.
- D. Encaminhar para hospitalização em unidade de terapia intensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Crise de asma com saturação de 89% e taquipneia exige tratamento imediato, e o primeiro passo farmacológico é o broncodilatador beta-2-agonista de curta ação inalatório (com espaçador ou nebulização, associado ao ipratrópio nos casos graves), junto com oxigênio suplementar — é a medida que reverte o broncoespasmo em minutos e cuja resposta orienta os passos seguintes. O corticoide sistêmico (C) deve ser dado na primeira hora, mas seu efeito só aparece em 4 a 6 horas, não é a conduta imediata. Radiografia (B) só se houver suspeita de complicação. A internação em UTI (D) depende da resposta ao tratamento. Resposta A.

QUESTÃO 75 — Gabarito D

Um paciente de 60 anos de idade, com histórico de hipertensão e dislipidemia, compareceu à consulta com quadro de dor torácica intensa, sudorese e náusea. Ao exame físico, apresentou FC = 110 bpm, FR = 24 irpm e SatO₂ = 92%. Qual o diagnóstico mais provável nesse caso?

- A. Refluxo gastroesofágico
- B. Pneumonia
- C. Pericardite
- D. Infarto agudo do miocárdio ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor torácica intensa com sudorese e náusea, em paciente de 60 anos com hipertensão e dislipidemia, taquicárdico e com saturação de 92%, tem como hipótese principal o infarto agudo do miocárdio — a combinação de fatores de risco, sintomas adrenérgicos e repercussão hemodinâmica sustenta a suspeita e obriga ECG imediato e troponina. O refluxo (A) provoca queimação relacionada ao decúbito e à alimentação, sem sudorese. A pneumonia (B) traria febre e tosse. A pericardite (C) dá dor pleurítica que piora ao deitar e melhora ao inclinar-se para frente, com atrito pericárdico. Resposta D.

QUESTÃO 76 — Gabarito B

Assinale a alternativa que indica a principal estratégia de prevenção primária para redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.

- A. Uso regular de estatinas em adultos com fatores de risco
- B. Promoção de atividade física regular e alimentação saudável ✓**
- C. Monitoramento de pressão arterial em toda a população
- D. Uso de aspirina para prevenção de infarto do miocárdio

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção PRIMÁRIA atua antes de a doença existir, sobre os fatores de risco na população: atividade física regular, alimentação saudável, cessação do tabagismo e controle do peso — é a estratégia de maior impacto populacional na mortalidade cardiovascular. Estatina em adultos com fatores de risco (A) e aspirina (D) são intervenções farmacológicas dirigidas a indivíduos de risco já estabelecido, com benefício mais restrito e efeitos adversos (a aspirina, hoje, não é recomendada para prevenção primária de rotina). Medir pressão em toda a população (C) é rastreamento, ou seja, prevenção secundária. Resposta B.

QUESTÃO 77 — Gabarito C

Qual o principal fator de risco modificável para o desenvolvimento de câncer de pulmão?

- A. Exposição a radiações ionizantes
- B. Histórico familiar de câncer de pulmão

C. Tabagismo ✓

- D. Poluição ambiental Área livre PROVA APLICADA PÁGINA 15/15 ACESSO DIRETO TIPO “A” PROCESSO SELETIVO RM-1/SES-DF/2025

COMENTÁRIO OSCELABS

O tabagismo é o principal fator de risco modificável para o câncer de pulmão, responsável por cerca de 85% dos casos, com risco proporcional à carga tabágica e queda progressiva após a cessação. Radiação ionizante (A) e poluição ambiental (D) — assim como radônio e asbesto — são fatores reconhecidos, mas de contribuição muito menor. E histórico familiar (B), embora aumente o risco, não é modificável, o que já o exclui pelo enunciado. Pérola: é essa magnitude de risco que sustenta o rastreamento com tomografia de baixa dose em tabagistas e ex-tabagistas de alta carga. Resposta C.

QUESTÃO 78 — Gabarito B

Qual é a principal estratégia de prevenção da diabetes tipo 2?

- A. Uso de medicamentos preventivos para pacientes com risco

B. Prática regular de exercícios físicos ✓

- C. Monitoramento constante da glicemia em adultos saudáveis
- D. Restrição total do consumo de carboidratos na dieta

COMENTÁRIO OSCELABS

A principal estratégia de prevenção do diabetes tipo 2 é a mudança de estilo de vida, com prática regular de exercícios físicos e alimentação adequada, promovendo perda de peso — intervenção que, em ensaios clínicos, reduziu a incidência de diabetes em cerca de 58%, superando inclusive a metformina. Fármacos preventivos (A) ficam reservados a subgrupos de altíssimo risco e não são estratégia populacional. Monitorar glicemia em adultos saudáveis (C) é rastreamento, não prevenção. E restrição TOTAL de carboidratos (D) não é recomendada nem sustentável. Resposta B.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

O principal objetivo da vigilância epidemiológica em saúde pública é

- A. diagnosticar doenças precocemente.
- B. aumentar a cobertura vacinal.

C. monitorar e controlar a disseminação de doenças. ✓

- D. controlar o custo de tratamentos médicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Vigilância epidemiológica, conforme a Lei 8.080/1990, é o conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudanças nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e CONTROLE das doenças e agravos — ou seja, monitorar e controlar a disseminação. Diagnóstico precoce (A) e ampliação de cobertura vacinal (B) são ações que podem decorrer da vigilância, mas não são seu objetivo maior. Controle de custos (D) pertence à gestão, não à vigilância. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

Assinale a alternativa que apresenta a principal ação da estratégia de saúde da família para a promoção da saúde comunitária.

- A. Realização de campanhas de vacinação em massa.
- B. Tratamento de doenças em hospitais especializados.
- C. Coordenação de exames laboratoriais de rotina.

D. Identificação e monitoramento de fatores de risco individuais e coletivos. Área livre Área livre ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A Estratégia Saúde da Família se organiza sobre território adscrito e população definida, e sua ação central de promoção é identificar e monitorar continuamente fatores de risco individuais e coletivos — por meio de cadastro das famílias, visitas do agente comunitário e busca ativa —, permitindo intervenção antes do adoecimento. Campanhas de vacinação em massa (A) são pontuais e não exclusivas da ESF. Tratamento hospitalar especializado (B) pertence a outro nível de atenção. Coordenar exames de rotina (C) é atividade-meio, não a essência da promoção da saúde comunitária. Resposta D.