



SUS-BA — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

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

objetiva

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1 — Gabarito B

Indique a conduta prioritária para a confirmação diagnóstica do paciente:

- A. Solicitar teste tuberculínico (PPD) e aguardar o resultado em 72 horas para definir a conduta.
- B. Coletar duas amostras de escarro para baciloscopia e teste rápido molecular (TRM-TB). ✓**
- C. Realizar broncoscopia com lavado broncoalveolar cultura em meio de Lowenstein-Jensen.
- D. Iniciar imediatamente o esquema terapêutico padrão e observar a resposta clínica do paciente.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve o sintomático respiratório clássico: tosse produtiva há quatro semanas com febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal e contato com colega de trabalho doente — tuberculose pulmonar até prova em contrário. A conduta prioritária é a confirmação bacteriológica em escarro, e o Ministério da Saúde coloca o teste rápido molecular (TRM-TB) como exame inicial de escolha, por detectar o DNA do *M. tuberculosis* em poucas horas e ainda informar resistência à rifampicina, complementado pela baciloscopia, que serve ao diagnóstico e sobretudo ao controle mensal do tratamento. Coletar o material é o passo que define tudo o que vem depois, inclusive o esquema. O teste tuberculínico (A) mede apenas infecção/exposição: é positivo na infecção latente e pode ser negativo na doença ativa com anergia, de modo que não confirma nem exclui tuberculose pulmonar. A broncoscopia com lavado (C) é invasiva e cara, reservada a quem não consegue expectorar ou a casos com bacteriologia negativa e alta suspeição — não é primeira linha em paciente que tosse com secreção. Iniciar o esquema padrão às cegas e observar a resposta (D) é tratamento de prova, admitido só em situações excepcionais, e joga fora a chance de documentar o bacilo e a sensibilidade às drogas. Resposta B

QUESTÃO 2 — Gabarito B

Indique o esquema de tratamento de primeira linha recomendado pelo Ministério da Saúde para esse paciente:

- A. Rifampicina, isoniazida e pirazinamida por 6 meses, associado a etambutol nos 2 primeiros meses.
- B. Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) por 2 meses, seguido por rifampicina e isoniazida (RI) por 4 meses. ✓**
- C. Rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) por 4 meses, seguido por rifampicina e isoniazida (RI) por 2 meses.
- D. Isoniazida, pirazinamida e etambutol por 4 meses, seguido por isoniazida e rifampicina por 2 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta cobra o esquema básico para tuberculose pulmonar em adulto virgem de tratamento, sem contraindicações. O Ministério da Saúde padroniza o esquema em duas fases: fase intensiva com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE) por 2 meses, para reduzir rapidamente a população bacilar e evitar seleção de resistentes, seguida de fase de manutenção com rifampicina e isoniazida (RI) por 4 meses, que elimina os bacilos persistentes e previne recidiva — total de 6 meses, hoje disponível em comprimido de dose fixa combinada ajustado por faixa de peso. A alternativa A inverte a lógica ao manter pirazinamida pelos 6 meses e restringir o etambutol aos 2 primeiros: a pirazinamida só tem papel na fase intensiva e prolongá-la aumenta hepatotoxicidade e hiperuricemia sem ganho. A alternativa C troca a duração das fases, deixando quatro drogas por 4 meses e apenas 2 meses de manutenção, o que expõe o paciente à toxicidade prolongada e encurta a fase que protege contra recidiva. A alternativa D retira a rifampicina da fase intensiva, erro grave, já que a rifampicina é a droga esterilizante que sustenta o regime de seis meses. Resposta B

QUESTÃO 3 — Gabarito D

Identifique o principal critério para definir a cura do paciente ao término do tratamento, segundo as normas do Ministério da Saúde:

- A. Resolução completa das alterações na radiografia de tórax de controle ao final do sexto mês.
- B. Ausência de sintomas respiratórios e resolução da cavitação ao final do sexto mês.
- C. Negativação do teste tuberculínico (PPD) após a conclusão do esquema terapêutico.

D. Apresentação de duas baciloscopias de escarro negativas no quinto e sexto meses de tratamento.

QUESTÕES OBJETIVAS DE MÚLTIPLA ESCOLHA ■ Questões de 1 a 45 Instruções ■ Para responder às questões, identifique apenas uma única alternativa correta e marque a letra correspondente na Folha de Respostas. Homem, 35 anos de idade, trabalhador da construção civil, procura a UBS com queixa de tosse produtiva há quatro semanas, associada à febre vespertina (não aferida), sudorese noturna e perda de 5 kg no período. Nega comorbidades, tabagismo ou uso de drogas ilícitas. Relata que um colega de trabalho foi recentemente diagnosticado e tratado para tuberculose. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, hipocorado (+/4+), com murmúrio vesicular diminuído e estertores crepitantes em ápice pulmonar direito. A radiografia de tórax, solicitada na Unidade, mostra um infiltrado com cavitação em lobo superior direito. O paciente reside com sua esposa e dois filhos, um de 4 anos e outro de 8 anos. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o critério de encerramento por cura na tuberculose pulmonar bacilífera, que no Brasil é bacteriológico, não clínico nem radiológico. Segundo o Ministério da Saúde, considera-se curado o paciente que completa o tratamento e apresenta duas baciloscopias de escarro negativas, uma na fase de acompanhamento (a do quinto mês tem peso especial, pois baciloscopia positiva nesse ponto define falência) e outra ao final do esquema, no sexto mês. É por isso que o controle mensal de escarro faz parte do seguimento e não é opcional no caso pulmonar com confirmação bacteriológica. A radiografia de tórax (A) costuma manter sequelas fibróticas, retrações e mesmo cavidades residuais estéreis por meses ou anos, de modo que exigir normalização radiológica condenaria o paciente a tratamento eterno. A ausência de sintomas com resolução da cavitação (B) é insuficiente: a melhora clínica ocorre já nas primeiras semanas, inclusive em quem vai falhar ou recair, e a imagem não acompanha a resposta bacteriológica. A negativação do PPD (C) simplesmente não acontece — o teste traduz memória imunológica e permanece reagente após a cura, não servindo como controle de tratamento. Resposta D

QUESTÃO 4 — Gabarito A

Diante dos dados clínicos apresentados, identifique a causa primária mais provável para o quadro atual da paciente:

- A. Glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF). ✓**
- B. Nefropatia por IgA (Doença de Berger).
- C. Glomerulonefrite membranoproliferativa (GNMP).
- D. Doença de lesões mínimas (DLM).

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro é de síndrome nefrótica no adulto: edema generalizado e periorbital, ascite, proteinúria maciça acima de 3,5 g em 24 horas, albumina de 1,8 g/dL e hiperlipidemia. O que orienta a etiologia são os achados acompanhantes — hipertensão arterial, creatinina já alterada em 1,6 mg/dL e obesidade com IMC 32 — combinação típica da glomeruloesclerose segmentar e focal, que é a principal causa de síndrome nefrótica primária no adulto e ainda pode surgir de forma secundária à obesidade, por hiperfiltração e sobrecarga do néfron. A GESF caracteristicamente cursa com nefrótica impura, ou seja, com hipertensão e perda de função renal desde a apresentação, exatamente como aqui. A nefropatia por IgA (B) manifesta-se predominantemente como síndrome nefrítica, com hematúria macroscópica sinfaringítica ou hematúria microscópica persistente, e raramente abre o quadro como nefrose pura. A glomerulonefrite membranoproliferativa (C) costuma ter apresentação mista nefrítica-nefrótica com consumo de complemento e associação a hepatite C, crioglobulinemia ou infecções crônicas, contexto ausente na vinheta. A doença de lesões mínimas (D) é a causa dominante na criança e, quando ocorre no adulto, tende a dar nefrótica pura, com pressão arterial e função renal normais, o oposto do que se vê nesta paciente. Resposta A

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Indique a fisiopatologia envolvida na hiperlipidemia apresentada pela paciente:

- A. Redução da atividade da lipase lipoproteica, diminuindo a depuração de triglicerídeos.
- B. Absorção intestinal aumentada de colesterol devido à perda de proteínas reguladoras.
- C. Aumento da síntese hepática de lipoproteínas, estimulada pela baixa pressão oncótica. ✓**
- D. Diminuição da excreção de colesterol pela bile por disfunção hepatocelular secundária.

COMENTÁRIO OSCELABS

A hiperlipidemia da síndrome nefrótica não é erro alimentar nem dislipidemia primária: é consequência direta da hipoalbuminemia. Com a perda urinária maciça de albumina, cai a pressão oncótica plasmática, e essa queda funciona como estímulo inespecífico à síntese hepática de proteínas, incluindo apolipoproteína B e as lipoproteínas ricas em colesterol, elevando VLDL e LDL — é o que explica colesterol total de 450 mg/dL com triglicerídeos de 380 mg/dL nesta paciente com albumina de 1,8 g/dL. Some-se a isso a perda urinária de fatores reguladores do metabolismo lipídico, que reduz o catabolismo das partículas. A alternativa A descreve um mecanismo que existe como coadjuvante, pois a perda urinária de reguladores realmente prejudica a depuração de triglicerídeos, mas não é a via central da hipercolesterolemia nefrótica, que é de superprodução hepática. A alternativa B inverte a fisiologia: não há aumento da absorção intestinal de colesterol mediado por perda proteica. A alternativa D pressupõe disfunção hepatocelular, que não existe aqui — o fígado está hiperfuncionante, não insuficiente, e a excreção biliar de colesterol não é o eixo do problema. Resposta C

QUESTÃO 6 — Gabarito D

Identifique as complicações mais provavelmente associadas ao quadro clínico dessa paciente:

- A. Acidose metabólica com ânion gap elevado, hipertensão maligna, encefalopatia hipertensiva.
- B. Hipocalcemia sintomática, anemia hemolítica microangiopática e insuficiência cardíaca.
- C. Glomerulonefrite rapidamente progressiva, síndrome urêmica e hipercalemia grave.
- D. Trombose de veia renal, infecções por germes encapsulados e hiperlipidemia refratária. Mulher, 32 anos de idade, com história de obesidade (IMC 32 kg/m²), é admitida na enfermaria de clínica médica para investigação de edema generalizado de início há 3 semanas, progressivo, associado a ganho de peso de 8 kg. Ao exame, apresenta-se hipertensa (PA 150/95 mmHg), com edema ++/4+ em membros inferiores, edema periorbital e ascite. Exames laboratoriais revelam: creatinina 1,6 mg/dL, albumina sérica 1,8 g/dL, colesterol total 450 mg/dL, triglicerídeos 380 mg/dL. A proteinúria de 24 horas foi de 8,5 gramas. O sedimento urinário mostrou lipidúria e hematúria microscópica, sem leucocitúria significativa. As sorologias para hepatites B, C e HIV foram negativas, e o FAN foi não reagente.**

Situação-Problema: Questões de 4 a 6 ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 3 ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta cobra as complicações próprias da síndrome nefrótica, que decorrem da perda urinária indiscriminada de proteínas de baixo peso molecular. A perda de antitrombina III, proteínas C e S e plasminogênio, somada à hemoconcentração e ao aumento de fibrinogênio, cria estado de hipercoagulabilidade cujo evento mais emblemático é a trombose de veia renal, classicamente descrita com dor lombar, hematúria e piora abrupta da função renal. A perda de imunoglobulinas e do fator B do complemento compromete a opsonização e explica a suscetibilidade a germes encapsulados, com peritonite bacteriana espontânea pneumocócica como exemplo típico. E a hiperlipidemia por síntese hepática aumentada tende a ser persistente e pouco responsiva a dieta enquanto a proteinúria não for controlada. A alternativa A descreve emergência hipertensiva e acidose com ânion gap alto, próprias de outros cenários, não da nefrose. A alternativa B mistura anemia hemolítica microangiopática, que aponta para microangiopatia trombótica ou síndrome hemolítico-urêmica; a hipocalcemia da nefrose costuma ser apenas laboratorial, por queda do cálcio ligado à albumina, e raramente é sintomática. A alternativa C descreve o espectro nefrítico grave, com glomerulonefrite rapidamente progressiva e uremia, que não é a evolução esperada de uma nefrótica com creatinina de 1,6 mg/dL. Resposta D

QUESTÃO 7 — Gabarito A

Identifique a fisiopatologia central envolvida no quadro atual do paciente:

- A. Vaso-oclusão pulmonar por falcização de eritrócitos, infecção bacteriana e embolia gordurosa medular. ✓**
- B. Tromboembolismo pulmonar recorrente por estado de hipercoagulabilidade crônica da anemia falciforme.
- C. Lesão pulmonar aguda mediada por citocinas inflamatórias liberadas durante a hemólise intravascular.
- D. Hipertensão pulmonar aguda por aumento súbito da resistência vascular pulmonar durante crise vaso-oclusiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente falciforme com dor torácica pleurítica, febre, tosse, dispneia, hipoxemia e infiltrado com estertores em base direita preenche a definição de síndrome torácica aguda, principal causa de morte no adulto com anemia falciforme. A fisiopatologia é reconhecidamente multifatorial e a alternativa correta reúne justamente os três mecanismos que se sobrepõem e se retroalimentam: a vaso-oclusão pulmonar por falcização dos eritrócitos na microcirculação, favorecida pela hipoxemia local, a infecção respiratória, com peso importante de germes atípicos como Mycoplasma e Chlamydia além do pneumococo, e a embolia gordurosa proveniente da necrose da medula óssea durante a crise vaso-oclusiva. Cada um desses fatores gera hipóxia e inflamação, que aumentam a falcização e fecham o ciclo. A alternativa B atribui o quadro a tromboembolismo pulmonar de repetição: o falcêmico é de fato hipercoagulável, mas o TEP não é o mecanismo central da síndrome torácica aguda. A alternativa C isola a hemólise intravascular como gatilho de lesão pulmonar mediada por citocinas, explicação parcial que ignora a oclusão microvascular e a infecção. A alternativa D descreve hipertensão pulmonar aguda, que pode ser consequência do quadro grave, mas é desfecho hemodinâmico e não a origem do processo. Resposta A

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Indique a conduta terapêutica inicial mais adequada para esse quadro:

- A. Hidratação volêmica vigorosa, iniciar ceftriaxone e realizar exsanguineotransfusão total.
- B. Hidratação cautelosa, ceftriaxone e azitromicina, oxigênio suplementar. ✓**
- C. Administrar corticoide sistêmico, iniciar levofloxacino e oxigênio suplementar.

D. Hidratação cautelosa, iniciar heparina não fracionada para anticoagulação plena.

COMENTÁRIO OSCELABS

Firmado o diagnóstico de síndrome torácica aguda, o tratamento inicial é de suporte e antimicrobiano, com atenção especial ao balanço hídrico. A hidratação deve ser cautelosa, tipicamente próxima da manutenção, porque a hiper-hidratação precipita edema pulmonar e piora a troca gasosa num pulmão já lesado — mas também não se pode desidratar, sob risco de aumentar a viscosidade e a falcização. A antibioticoterapia precisa cobrir pneumococo e germes atípicos, daí a associação de cefalosporina de terceira geração com macrolídeo, exatamente ceftriaxona mais azitromicina. E o oxigênio suplementar é mandatório com SpO₂ de 88 % em ar ambiente, pois corrigir a hipoxemia é o que interrompe o ciclo de falcização. A alternativa A erra na hidratação vigorosa e ao indicar exsanguineotransfusão total de largada: a transfusão simples é o primeiro passo transfusional e a troca eritrocitária fica reservada aos casos graves ou refratários, com hipoxemia progressiva. A alternativa C usa corticoide sistêmico, que não é rotina e associa-se a rebote doloroso e reinternação, e cobre com levofloxacino isolado, esquema não padronizado nesse cenário. A alternativa D propõe anticoagulação plena sem TEP documentado, expondo a sangramento sem tratar o mecanismo dominante. Resposta B

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Identifique as medidas mais indicadas para prevenir novos episódios, semelhantes ao atual, após a alta hospitalar:

A. Uso regular da hidroxiureia, profilaxia com penicilina benzatina e vacinação contra germes encapsulados. ✓

B. Esplenectomia por cirurgia eletiva, profilaxia com amoxicilina oral e vacinação contra germes encapsulados.

C. Anticoagulação com varfarina, transfusões para manter Hb acima de 10 g/dL e profilaxia com amoxicilina.

D. Transfusões mensais para Hb acima de 10 g/dL, esplenectomia eletiva e profilaxia com penicilina benzatina.

Homem, 28 anos de idade, com diagnóstico de anemia falciforme, em acompanhamento irregular, dá entrada no Pronto-Socorro com dor torácica pleurítica, de início súbito há 1 dia, associada à febre de 38,7 °C, tosse produtiva e dispneia progressiva. Uso irregular de hidroxiureia e ácido fólico. Ao exame: FR 28 irpm, FC 115 bpm, temperatura 38,5 °C, SpO₂ 88 % em ar ambiente; estertores crepitantes em base pulmonar direita e murmúrio vesicular diminuído; palidez acentuada e icterícia leve. Radiografia: novo infiltrado em lobo inferior direito. Hemograma: Hb 7,2 g/dL, Ht 21 %, leucócitos 18.500/mm³, plaquetas 320.000/mm³.

Situação-Problema: Questões de 7 a 9

COMENTÁRIO OSCELABS

A prevenção secundária na anemia falciforme, depois de um episódio de síndrome torácica aguda, se apoia em reduzir a frequência de crises vaso-oclusivas e proteger contra infecção. A hidroxiureia é a medida de maior impacto: aumenta a hemoglobina fetal, reduz a falcização, e tem redução comprovada de crises álgicas, de episódios de síndrome torácica aguda, de necessidade transfusional e de mortalidade — o paciente da vinheta usava a droga de forma irregular, o que torna a adesão o alvo prioritário. A ela se somam a profilaxia antimicrobiana com penicilina e a imunização ampliada contra germes encapsulados (pneumococo, meningococo e *Haemophilus influenzae* tipo b), justificada pela asplenia funcional precoce desses pacientes. A alternativa B propõe esplenectomia eletiva, que não previne o quadro e é indicada apenas em situações específicas como sequestro esplênico de repetição, além de trocar a penicilina por amoxicilina. A alternativa C ancora tudo em anticoagulação com varfarina, sem indicação, e em regime transfusional crônico, reservado principalmente à profilaxia de AVC com Doppler transcraniano alterado. A alternativa D repete o erro da esplenectomia e o do hipertransfundir de rotina, com risco de sobrecarga de ferro e aloimunização. Vale registrar que a profilaxia com penicilina é classicamente indicada na infância, até cerca dos cinco anos, e seu uso no adulto é ponto discutível — ainda assim, é a única alternativa que traz a hidroxiureia e a vacinação, que são as medidas de fato estruturantes. Resposta A

QUESTÃO 10 — Gabarito C

Indique o principal hormônio que promove a hiperglicemia durante a fase aguda do trauma:

A. Insulina.

B. Cortisol.

C. Glucagon. ✓

D. Aldosterona. Situação-Problema: Questões de 10 a 12

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de choque hemorrágico por trauma, e a glicemia de 178 mg/dL num jovem sem diabetes ilustra a hiperglicemia de estresse, achado esperado na fase aguda da resposta metabólica ao trauma. Essa hiperglicemia resulta da ativação neuroendócrina, com predomínio dos hormônios contrarreguladores sobre a insulina. Entre eles, o glucagon é o hormônio hiperglicemiante por excelência: age diretamente no hepatócito promovendo glicogenólise e, sobretudo, gliconeogênese a partir de aminoácidos, lactato e glicerol, sustentando a oferta de glicose para tecidos glicose-dependentes como o sistema nervoso central e as células de reparo. A insulina (A) é o hormônio anabólico do eixo e está funcionalmente suprimida e antagonizada na fase aguda, com resistência periférica associada, portanto não pode causar hiperglicemia. O cortisol (B) participa da resposta favorecendo a gliconeogênese, a proteólise e a resistência insulínica, mas seu efeito é mais lento e permissivo do que o do glucagon. A aldosterona (D) é mineralocorticoide e atua sobre sódio, água e potássio, sem papel direto no metabolismo glicídico. Vale a ressalva de que várias referências dão peso equivalente ou maior às catecolaminas e ao cortisol nessa hiperglicemia, o que torna o ponto discutível, mas dentro das opções oferecidas o glucagon é o hormônio hiperglicemiante direto. Resposta C

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Indique a alternativa que descreve corretamente as modificações da fase de catabolismo agudo do trauma:

A. Mobilização de substratos energéticos e balanço nitrogenado negativo. ✓

B. Predomínio de síntese proteica e armazenamento de energia.

C. Aumento da secreção de insulina e diminuição do consumo de oxigênio.

D. Retenção de glicose e formação de corpos cetônicos.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a fase catabólica da resposta metabólica ao trauma, a chamada fase de fluxo descrita por Cuthbertson, que sucede a fase de ebb e domina os primeiros dias após a lesão. Sob comando das catecolaminas, do cortisol e do glucagon, com resistência periférica à insulina, o organismo mobiliza substratos energéticos: glicogenólise e gliconeogênese hepáticas, lipólise com liberação de ácidos graxos livres e proteólise muscular para fornecer aminoácidos gliconeogênicos. Como a degradação proteica supera a síntese e as perdas nitrogenadas urinárias aumentam, instala-se balanço nitrogenado negativo, marcador clássico dessa fase, acompanhado de aumento do gasto energético e do consumo de oxigênio. A alternativa B descreve a fase anabólica de recuperação, que só se estabelece dias depois, com reconstrução de massa magra e reposição de estoques. A alternativa C erra duplamente: a secreção de insulina está relativamente suprimida e sua ação, bloqueada, e o consumo de oxigênio aumenta na fase de fluxo, em vez de cair. A alternativa D fala em retenção de glicose e cetogênese proeminente, padrão do jejum simples e prolongado, no qual a cetose poupa proteína — justamente o que não ocorre no trauma, em que a resposta hormonal mantém a hiperglicemia e o consumo de proteína muscular. Resposta A

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Indique o hormônio que tem como principal efeito aumentar a reabsorção de sódio e água nos rins, contribuindo para a manutenção do volume intravascular durante o trauma:

- A. Hormônio anti-diurético (ADH).
- B. Cortisol.
- C. Renina.

D. Aldosterona. Paciente, sexo masculino, 22 anos de idade, vítima de espancamento, é levado ao Pronto-Socorro cerca de 2 horas após o evento. Encontra-se pálido, sudorético, taquicárdico, FC 128 bpm, e com PA 90/58 mmHg, apresentando múltiplos hematomas em tórax e abdome, além de dor difusa. Está confuso, com tempo de enchimento capilar prolongado (4 segundos) e extremidades frias. Gasometria inicial revela pH 7,28, lactato 4,8 mmol/L, glicemia 178 mg/dL e potássio sérico de 3,2 mEq/L. Apresenta ainda temperatura de 35,6 °C e débito urinário reduzido (12 mL/h). Após reposição volêmica inicial com cristaloides e controle hemostático das lesões superficiais, o paciente evolui com melhora parcial dos sinais vitais: PA 110/70 mmHg, FC 104 bpm, extremidades mais aquecidas e diurese crescente para 0,7 mL/kg/h ao final de 4 horas. O lactato cai para 2,6 mmol/L e a temperatura se normaliza. Paciente, sexo masculino, 68 anos de idade, portador de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e DPOC leve, é avaliado ambulatorialmente para colectomia direita eletiva por adenocarcinoma de cólon. Nega dor torácica, mas refere dispneia aos grandes esforços (classe funcional II). Faz uso de losartana, metformina e tiotrópio. Não há história de doença coronariana prévia. ECG de repouso mostra extrassístoles supraventriculares isoladas. Com base no caso clínico e nos princípios de avaliação pré-operatória, Situação-Problema: Questões de 13 a 15 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta isola o hormônio responsável pela retenção de sódio e água na resposta ao trauma. A hipovolemia reduz a perfusão renal e ativa o sistema renina-angiotensina-aldosterona; a angiotensina II estimula a suprarrenal a liberar aldosterona, que atua no túbulo contorcido distal e no ducto coletor aumentando a reabsorção de sódio, com água acompanhando de forma isosmótica, e promovendo excreção de potássio e hidrogênio. Esse mecanismo explica bem o paciente da vinheta, oligúrico com 12 mL/h e hipocalêmico com potássio de 3,2 mEq/L apesar da acidose — a caliurese induzida pela aldosterona é a assinatura laboratorial do quadro. O ADH (A) também é liberado e contribui para a manutenção do volume, mas seu efeito principal é a reabsorção de água livre nos ductos coletores via aquaporinas, sem reter sódio; por isso tende a gerar hiponatremia dilucional, e não retenção conjunta de sódio e água. A renina (C) não é hormônio efetor renal: é uma enzima liberada pelo aparelho justaglomerular que apenas dispara a cascata ao clivar o angiotensinogênio. O cortisol (B) é glicocorticoide com atividade mineralocorticoide fraca e efeito metabólico predominante sobre glicose e proteínas, não sendo o responsável principal pela reabsorção tubular de sódio. Resposta D

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Indique a conduta mais adequada em relação à avaliação cardiovascular pré-operatória para esse paciente:

- A. Realizar teste não invasivo (teste ergométrico ou cintilografia) se o resultado alterar a conduta cirúrgica e a capacidade funcional for < 4 METs. ✓**
- B. Solicitar ecocardiograma transtorácico e teste ergométrico como recomendado para pacientes com mais de 65 anos.
- C. Iniciar betabloqueador 10 dias antes da cirurgia para controle da hipertensão e da frequência cardíaca.
- D. Cancelar o procedimento até avaliação cardiológica, independentemente da gravidade.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso cobra a aplicação do algoritmo de avaliação cardiovascular pré-operatória, em que exame complementar só se justifica quando o resultado muda a conduta. Afastada a urgência e estimado o risco do procedimento por índices como o RCRI, o passo seguinte é a capacidade funcional: quem atinge 4 METs ou mais (subir um lance de escada, caminhar rápido em plano) segue para a cirurgia sem teste adicional. Quando a capacidade funcional é ruim ou indeterminada, abaixo de 4 METs, e o risco é elevado, o teste não invasivo (ergométrico, cintilografia miocárdica ou eco de estresse) está indicado apenas se puder modificar o manejo, seja antecipando revascularização, mudando a técnica anestésica ou adiando o procedimento. É exatamente o que enuncia a alternativa A. A alternativa B transforma idade em indicação, e não existe recomendação de ecocardiograma ou ergometria de rotina para maiores de 65 anos assintomáticos. A alternativa C inverte a lógica do betabloqueador perioperatório, que não é medida de controle pressórico agudo: iniciá-lo às vésperas da cirurgia aumentou acidente vascular encefálico e mortalidade no estudo POISE, e a droga se mantém em quem já a usa cronicamente ou tem indicação clínica própria, com titulação bem anterior. A alternativa D propõe cancelamento indiscriminado, contrário ao princípio de que a avaliação estratifica risco e otimiza o paciente, não veta cirurgia por regra. Resposta A

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Indique a conduta mais adequada para o controle glicêmico no perioperatório:

- A. Suspende metformina 24 horas antes da cirurgia e reiniciar imediatamente após o término do procedimento.
- B. Manter metformina até o dia da cirurgia e ajustar a dose de insulina conforme necessidade intraoperatória.
- C. Suspende metformina uma semana antes da cirurgia devido ao risco de hipoglicemia.
- D. Suspende metformina no dia anterior à cirurgia e utilizar esquema de insulina regular em bomba ou em correção conforme glicemia capilar. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata do manejo perioperatório do diabético em uso de antidiabético oral. A metformina não é hipoglicemiante de risco isolado, mas depende de função renal e perfusão preservadas: no jejum prolongado, com hipovolemia, eventual uso de contraste e possível instabilidade hemodinâmica intraoperatória, o acúmulo da droga favorece acidose láctica. Por isso a orientação padrão é suspendê-la na véspera do procedimento e cobrir o intraoperatório com insulina regular, em bomba de infusão contínua ou em esquema de correção guiado por glicemia capilar seriada, mantendo alvos em torno de 140 a 180 mg/dL, que é o descrito na alternativa D. A alternativa A acerta a suspensão, mas erra ao reintroduzir a metformina imediatamente após o término da cirurgia: o retorno só é seguro com dieta oral reiniciada, função renal estável e ausência de instabilidade hemodinâmica. A alternativa B mantém o oral até o dia da cirurgia, expondo o paciente exatamente ao risco descrito. A alternativa C exagera na antecedência, sem qualquer respaldo, e ainda justifica a suspensão pelo risco de hipoglicemia, efeito que a metformina em monoterapia praticamente não produz, por não estimular a secreção de insulina. Resposta D

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Indique a melhor conduta em relação à avaliação pulmonar pré-operatória para este paciente:

- A. Adiar a cirurgia e iniciar corticoide sistêmico profilático se o paciente for portador de DPOC.
- B. Solicitar espirometria apenas se o resultado influenciar o planejamento anestésico ou cirúrgico. ✓**
- C. Suspende o broncodilatador tiotrópico uma semana antes da cirurgia para evitar interação medicamentosa.
- D. Realizar radiografia de tórax e espirometria de rotina, pois o paciente tem mais de 60 anos. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 4

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é avaliação pulmonar pré-operatória, e a regra é a mesma do restante da propedêutica perioperatória: exame só quando o resultado muda a conduta. O risco de complicação pulmonar pós-operatória é estimado clinicamente, por idade, tabagismo, doença obstrutiva conhecida, classificação ASA, duração da anestesia e, sobretudo, sítio cirúrgico, pois quanto mais próximo do diafragma maior o risco. A espirometria tem papel restrito: planejamento de ressecção pulmonar, dúvida diagnóstica ou doença obstrutiva de gravidade indefinida cujo resultado altere o planejamento anestésico ou cirúrgico, exatamente como afirma a alternativa B. A alternativa A adia a cirurgia e prescreve corticoide sistêmico profilático apenas pelo rótulo de DPOC, quando o corticoide sistêmico se reserva à exacerbação e otimização clínica não é sinônimo de cancelamento automático. A alternativa C manda suspender o tiotrópio, sendo que a conduta correta é manter os broncodilatadores inalatórios até o dia da cirurgia, inclusive na manhã do procedimento. A alternativa D repete o erro de usar a idade como indicação: nem radiografia de tórax nem espirometria de rotina em maiores de 60 anos demonstraram alterar desfecho. Resposta B

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Com base no caso, identifique a alternativa correta em relação à epidemiologia e fatores de risco para o câncer gástrico:

- A. O tipo difuso de Lauren está mais relacionado à infecção por *Helicobacter pylori* do que o tipo intestinal.
- B. A gastrectomia prévia e a gastrite atrófica autoimune aumentam o risco de adenocarcinoma gástrico.** ✓
- C. O consumo de frutas e vegetais frescos é fator predisponente para câncer gástrico distal.
- D. O câncer gástrico proximal tem maior associação com dieta rica em sal e nitratos do que o distal.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra epidemiologia e fatores de risco do adenocarcinoma gástrico. O estômago operado é fator clássico: o coto gástrico, exposto ao refluxo biliopancreático crônico e à hipocloridria, tem risco aumentado de neoplasia 15 a 20 anos após a gastrectomia, o que justifica vigilância endoscópica tardia. A gastrite atrófica autoimune, associada à anemia perniciosa, segue a mesma lógica, com destruição das células parietais, acloridria, hipergastrinemia e metaplasia intestinal, de graus da cascata de Correa. A alternativa B reúne as duas condições e está correta. A alternativa A inverte a classificação de Lauren: é o tipo intestinal que se associa mais fortemente ao *Helicobacter pylori* e à sequência gastrite crônica, atrofia, metaplasia e displasia, enquanto o tipo difuso, com células em anel de sinete, tem maior peso genético, como a mutação de CDH1 da E-caderina, acomete pacientes mais jovens e não segue essa sequência. A alternativa C afirma o oposto do estabelecido, já que frutas e vegetais frescos, ricos em antioxidantes, são fatores protetores. A alternativa D troca as topografias: sal, defumados e nitratos, junto ao *H. pylori*, associam-se ao câncer distal, ao passo que o tumor proximal e de cárdia guarda relação com doença do refluxo, obesidade e esôfago de Barrett. Resposta B

QUESTÃO 17 — Gabarito D

Indique a conduta mais correta para o tratamento cirúrgico do câncer gástrico distal localizado:

- A. Gastrectomia subtotal com margem distal de 3 cm, independentemente do tipo histológico.
- B. Gastrectomia subtotal com linfadenectomia D2, sem necessidade de ressecção do omento.
- C. Gastrectomia total com linfadenectomia D3 e esofagojejunostomia em Y de Roux para todos os tumores antrais.
- D. Gastrectomia subtotal com margem proximal ≥ 5 cm e linfadenectomia D2, preservando o baço se não houver invasão.** ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a cirurgia oncológica padrão do adenocarcinoma gástrico distal localizado. Em tumor de antro, a gastrectomia subtotal é oncolologicamente equivalente à total, com menor morbidade e melhor qualidade de vida, desde que se obtenha margem proximal livre, cuja referência clássica é de 5 cm no tipo intestinal e cerca de 8 cm no tipo difuso, pela infiltração submucosa mais extensa. A linfadenectomia recomendada é a D2, preservando baço e pâncreas, na chamada D2 modificada, já que a esplenopancreatectomia de rotina apenas elevou a morbimortalidade sem ganho de sobrevida. É o que descreve a alternativa D. A alternativa A fixa margem distal de 3 cm e ignora o tipo histológico, quando a margem crítica no tumor antral é a proximal e sua extensão depende da classificação de Lauren. A alternativa B dispensa a omentectomia, que integra a ressecção oncológica padrão junto ao bloco linfonodal. A alternativa C generaliza gastrectomia total com linfadenectomia D3 para todo tumor antral: a dissecação para-aórtica ampliada não trouxe benefício de sobrevida no JCOG9501, e a gastrectomia total se justifica quando a margem proximal não pode ser obtida ou pela extensão da lesão, não como regra. Resposta D

QUESTÃO 18 — Gabarito C

Indique a alternativa correta em relação à avaliação pré-operatória e ao estadiamento desse paciente:

- A. A endoscopia digestiva alta com biópsia é suficiente para definir o estadiamento clínico inicial.
- B. O PET-CT substitui a tomografia de abdome no estadiamento inicial de rotina.

C. A ultrassonografia endoscópica é útil para determinar profundidade da invasão (T) e linfonodos regionais (N). ✓

- D. O estadiamento laparoscópico não tem papel na avaliação pré-operatória de tumores gástricos
- Paciente, sexo masculino, 63 anos de idade, procura o ambulatório com queixa de empachamento pós-prandial, perda ponderal de 10,0 kg nos últimos 4 meses e vômitos ocasionais. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, regular estado geral, descorado +2/+4, emagrecido; ausculta respiratória e cardíaca sem alterações; abdome plano, flácido, dor leve à palpação profunda do epigástrico, sem sinais de irritação peritoneal, massas não palpáveis. Foi realizado endoscopia digestiva alta que mostrou lesão ulcerada no antro gástrico, medindo 4,0 cm; feito biópsia que confirmou adenocarcinoma gástrico intestinal de Lauren. Realizado tomografia computadorizada de abdome e pelve que evidenciou espessamento parietal antral, linfonodos perigástricos aumentados e ausência de metástases à distância. Situação-Problema: Questões de 16 a 18 ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 5

COMENTÁRIO OSCELABS

O item discute estadiamento do câncer gástrico, que é multimodal e escalonado. A ecoendoscopia é o método que melhor discrimina as camadas da parede gástrica, permitindo estimar a profundidade da invasão, o T, e avaliar linfonodos perigástricos e regionais, o N, com possibilidade de punção aspirativa dirigida. Essa informação é decisiva para separar lesões precoces candidatas a ressecção endoscópica de tumores que exigem gastrectomia com linfadenectomia D2 ou quimioterapia perioperatória, o que valida a alternativa C. A alternativa A confunde diagnóstico com estadiamento: a endoscopia com biópsia confirma a histologia, mas não define T, N nem M. A alternativa B superestima o PET-CT, que não substitui a tomografia de tórax, abdome e pelve no estadiamento inicial de rotina e é particularmente falho no tipo difuso e nos tumores mucinosos, de baixa captação de FDG, além de não detectar carcinomatose peritoneal de pequeno volume. A alternativa D nega o papel da laparoscopia de estadiamento, indicada em tumores localmente avançados, T3 ou T4 e N positivo, justamente para flagrar implantes peritoneais e citologia positiva, achados que mudam a estratégia terapêutica. Resposta C

QUESTÃO 19 — Gabarito A

Indique a conduta inicial mais adequada para essa paciente:

A. Histeroscopia diagnóstica com biópsia dirigida. ✓

- B. Curetagem uterina diagnóstica.
- C. Progestagênio oral empírico.
- D. Apenas acompanhamento clínico.

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher de 46 anos com sangramento uterino anormal, ciclos mais frequentes e fluxo intenso, obesa e hipertensa: acima dos 45 anos, ou antes disso na presença de fatores de risco para exposição estrogênica sem oposição, a avaliação histológica do endométrio é obrigatória antes de qualquer tratamento. A histeroscopia com biópsia dirigida é o padrão-ouro porque oferece visão direta da cavidade, identifica lesões focais como pólipos, mioma submucoso ou área suspeita, e colhe material no ponto certo, respondendo ao mesmo tempo sobre causa estrutural, o grupo PALM da classificação FIGO, e sobre hiperplasia ou carcinoma. A alternativa B, curetagem às cegas, é inferior: amostra menos da metade da cavidade e escapa justamente das lesões focais, tendo sido substituída pela histeroscopia ou pela biópsia ambulatorial dirigida. A alternativa C inicia progestagênio empírico, que reduz o sangramento e pode mascarar ou retardar o diagnóstico de neoplasia; tratar antes de amostrar o endométrio nessa faixa etária é erro conceitual. A alternativa D propõe observação em paciente com anemia sintomática, com palidez, fadiga progressiva, palpitações e dois episódios de lipotímia, o que é inaceitável. Resposta A

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Com base no caso apresentado e no conhecimento sobre fatores de risco para hiperplasia/carcinoma endometrial, identifique o principal fator de risco:

- A. História familiar de câncer de mama.
- B. Uso de losartana.
- C. Obesidade. ✓**
- D. Menarca tardia.

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o fator de risco dominante para hiperplasia e carcinoma endometrial do tipo I. O mecanismo é o estímulo estrogênico crônico sem oposição da progesterona, e na paciente descrita a obesidade, com IMC de 32 kg/m², é a fonte desse estímulo: o tecido adiposo converte androgênios em estrona pela aromatase periférica, reduz a SHBG e eleva a fração livre de estradiol, somando-se anovulação e resistência insulínica. É o fator de risco modificável de maior peso nesse contexto, o que torna a alternativa C correta. A alternativa A troca o alvo, pois história familiar de câncer de mama não é determinante principal de neoplasia endometrial; o antecedente familiar que realmente importa aqui é a síndrome de Lynch, com câncer colorretal e endometrial em idade precoce. A alternativa B não tem plausibilidade biológica: losartana e demais anti-hipertensivos não interferem no eixo estrogênico, e a hipertensão entra na cena como comorbidade acompanhante da obesidade, não como causa. A alternativa D inverte o sentido do dado, já que menarca tardia encurta a vida reprodutiva e é protetora, enquanto menarca precoce e menopausa tardia é que aumentam o risco. Resposta C

QUESTÃO 21 — Gabarito D

Indique a medida terapêutica adjuvante que pode ser iniciada concomitantemente à investigação diagnóstica desse caso:

- A. Inserção de DIU medicado com levonorgestrel.
- B. Administração empírica de GnRH agonista por 6 meses.
- C. Terapia estrogênica isolada contínua.
- D. Suplementação de ferro. Mulher, 46 anos de idade, G3P3 (três partos vaginais), procura ambulatório por sangramento uterino anormal há 12 meses. Tinha ciclos menstruais regulares anteriormente, mas vem com períodos menstruais mais frequentes este ano, com fluxo intenso nos últimos 6 ciclos**

(coágulos e troca de absorvente a cada 1 - 2 horas nos piores dias). Relata fadiga progressiva, palpitações e dois episódios de lipotimia nas últimas 2 semanas. Nega uso de ACO. Antecedentes: HAS controlada (losartana), IMC 32 Kg/m². Exame físico: pálida (++/4), PA 130/85 mmHg, FC 88 bpm; tireoide sem alterações. Abdome flácido, indolor, Exame ginecológico: colo sem lesões, útero discretamente aumentado à palpação bimanual, sem dor anexial. Laboratório: Hb 9,8 g/dL, Ht 30%, VCM 74 fL, ferritina 8 ng/mL, TSH 2,1 mUI/L, beta-hCG negativo. USG transvaginal (fase proliferativa tardia): endométrio difusamente espessado (14 mm); miométrio heterogêneo discreto; anexos sem alterações. Paciente refere desejo de manter útero e evitar internações. Situação-Problema: Questões de 19 a 21 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta separa o tratamento da consequência do tratamento da causa. Enquanto a investigação endometrial corre, a paciente já apresenta anemia ferropriva sintomática por sangramento crônico e volumoso, com palidez, fadiga progressiva, palpitações e dois episódios de lipotimia. A reposição de ferro é a medida adjuvante que pode e deve começar de imediato, porque corrige o dano hematológico sem modificar o endométrio nem comprometer o resultado da biópsia; em anemia grave ou intolerância ao ferro oral, considera-se a via endovenosa. Daí a alternativa D. A alternativa A, DIU de levonorgestrel, é excelente tratamento do sangramento uterino anormal e mesmo da hiperplasia sem atipia, mas não antes de excluir malignidade, pois altera o endométrio e pode postergar o diagnóstico. A alternativa B, agonista de GnRH empírico por seis meses, não tem indicação diagnóstica, induz hipoestrogenismo com perda de massa óssea e apenas mascara o quadro. A alternativa C é a pior escolha: estrogênio isolado e contínuo em mulher com útero estimula ainda mais o endométrio, reproduzindo exatamente o mecanismo da hiperplasia que se quer afastar. Resposta D

QUESTÃO 22 — Gabarito B

Diante do quadro clínico, identifique o diagnóstico mais provável:

- A. Insuficiência lútea.
- B. Síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAAF). ✓**
- C. Malformação uterina.
- D. Infecção crônica uterina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de perda gestacional recorrente com investigação ampla negativa e um único dado laboratorial positivo. A paciente teve três perdas consecutivas antes de 12 semanas, todas com embrião e batimentos cardíacos previamente documentados, e a propedêutica afastou causa anatômica, com histerossalpingografia, histeroscopia e ultrassom tridimensional normais, causa genética, com cariótipo parental normal, causa endócrina, com TSH e prolactina normais, e trombofilias hereditárias. Restou a anticardiolipina IgG elevada em duas coletas, o que preenche o critério laboratorial da síndrome do anticorpo antifosfolípide quando as amostras distam pelo menos 12 semanas e o título é médio ou alto. Associado ao critério clínico obstétrico, que inclui três ou mais perdas consecutivas antes da décima semana, fecham-se os critérios de Sydney. A alternativa A, insuficiência lútea, é entidade de definição frágil, sem teste confirmatório aceito, e não explica o achado sorológico. A alternativa C foi diretamente excluída pelos exames de imagem da cavidade uterina. A alternativa D não se sustenta, pois infecção crônica uterina não é causa estabelecida de abortamento de repetição e a paciente nega intercorrências infecciosas. Resposta B

QUESTÃO 23 — Gabarito A

Indique a conduta recomendada na próxima gestação, segundo protocolos nacionais e internacionais:

- A. AAS em baixa dose e heparina de baixo peso molecular profilática. ✓**
- B. Apenas AAS.

- C. Prednisona e AAS.
D. Progesterona vaginal isolada.

COMENTÁRIO OSCELABS

A conduta na síndrome do anticorpo antifosfolípide obstétrica é profilaxia combinada, iniciada precocemente: ácido acetilsalicílico em baixa dose, habitualmente 100 mg ao dia, começando antes da concepção ou logo à confirmação da gravidez, associado à heparina de baixo peso molecular em dose profilática, mantida durante toda a gestação e estendida ao puerpério pelo risco trombótico persistente. Em paciente sem trombose prévia, como a do caso, a dose é profilática e não plena, reservada a quem já teve evento trombótico. Foi a associação, e não a monoterapia, que aumentou a taxa de nascidos vivos nesse cenário, o que torna a alternativa B insuficiente. A alternativa C, prednisona com AAS, foi testada e abandonada: não melhorou o desfecho gestacional e elevou prematuridade, diabetes gestacional, hipertensão e infecção, ficando o corticoide restrito a situações específicas, como SAAF catastrófica ou lúpus em atividade. A alternativa D, progesterona vaginal isolada, tem papel em colo curto e em perdas de causa não esclarecida, mas não atua sobre o mecanismo trombótico e inflamatório placentário da síndrome, deixando a paciente desprotegida. Resposta A

QUESTÃO 24 — Gabarito C

Indique outra complicação obstétrica associada ao diagnóstico do caso, além de abortos recorrentes:

- A. Acretismo placentário.
B. Diabetes gestacional.
C. Pré-eclâmpsia grave e/ou parto prematuro < 34 semanas. ✓

D. Gestação ectópica. Mulher, 32 anos de idade, G3P0A3. Três perdas gestacionais consecutivas com <12 semanas: 8, 9 e 10 semanas (todas com embrião e BCF prévio, seguidas de sangramento). Nega infecções nas gestações; nega consumo de álcool ou tabagismo. Sem antecedente de trombose, IMC 24 kg/m². Dados da investigação já feita: histerossalpingografia e histeroscopia diagnóstica normais; ultrassom 3D sem malformações. Cariótipo parental: 46, XX/46, XY. TSH 1,5 mUI/L; prolactina normal; trombofilias hereditárias ausentes. Anticorpos antifosfolípidos: anticardiolipina IgG elevada em duas coletas com 14 semanas de intervalo; anticoagulante lúpico negativo; anti-beta2GP1 limítrofe. Situação-Problema: Questões de 22 a 24
ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 6

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome do anticorpo antifosfolípide não se restringe ao abortamento de repetição: seus critérios clínicos obstétricos incluem também o óbito fetal a partir da décima semana e o parto prematuro antes de 34 semanas decorrente de pré-eclâmpsia grave, eclâmpsia ou insuficiência placentária. O mecanismo é trombose e inflamação na interface materno-fetal, com placentação deficiente, o que se traduz clinicamente em pré-eclâmpsia precoce e grave, restrição de crescimento fetal, oligoâmnio, descolamento prematuro de placenta e prematuridade, muitas vezes iatrogênica pela necessidade de interrupção. A alternativa C reproduz esse critério e está correta. A alternativa A, acretismo placentário, decorre de lesão prévia do endométrio e da cicatriz uterina, ligando-se a cesáreas anteriores, curetagens e placenta prévia, sem relação com a síndrome. A alternativa B, diabetes gestacional, associa-se a obesidade, idade materna e história familiar e, no contexto reumatológico, ao uso de corticoide, não à doença em si. A alternativa D, gestação ectópica, tem como fatores de risco doença tubária, doença inflamatória pélvica e ectópica prévia, sem vínculo causal com anticorpos antifosfolípidos. Resposta C

QUESTÃO 25 — Gabarito B

Segundo as Diretrizes Nacionais da FEBRASGO, os dados clínicos e laboratoriais apresentados por essa paciente são compatíveis com:

- A. Gestação normal.

B. Diabetes mellitus gestacional. ✓

C. Pré-diabetes.

D. Diabetes prévio (diabetes mellitus tipo 2).

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o diagnóstico de hiperglicemia na gestação a partir do teste oral de tolerância à glicose com 75 g realizado na janela clássica de 24 a 28 semanas. Pelo critério adotado pela FEBRASGO (mesmo do IADPSG), basta UM valor alterado para fechar diabetes mellitus gestacional: jejum maior ou igual a 92 mg/dL, 1 hora maior ou igual a 180 mg/dL ou 2 horas maior ou igual a 153 mg/dL. A paciente ultrapassa os três pontos de corte (94, 185 e 161 mg/dL), num contexto que reforça o diagnóstico: pai com diabetes tipo 2, sedentarismo e dieta rica em carboidratos simples. Vale fixar que o diagnóstico é bioquímico — ultrassonografia com crescimento fetal em p60, líquido amniótico e doppler normais não afastam nada, apenas indicam que ainda não há repercussão fetal.

A gestação normal exigiria todos os valores abaixo dos cortes acima, o que não ocorre. Pré-diabetes é categoria diagnóstica de mulheres fora do ciclo gravídico e não se aplica à interpretação do TOTG na gestação, em que os cortes são mais rigorosos justamente pela fisiologia de resistência insulínica do segundo trimestre. Diabetes prévio (overt diabetes) exigiria jejum maior ou igual a 126 mg/dL, 2 horas no TOTG maior ou igual a 200 mg/dL, glicemia casual maior ou igual a 200 mg/dL com sintomas ou HbA1c maior ou igual a 6,5% — nenhum desses parâmetros está presente, e a paciente não tinha comorbidade prévia conhecida. Resposta B

QUESTÃO 26 — Gabarito C

Indique a primeira medida terapêutica recomendada para essa gestante:

A. Iniciar insulina NPH à noite.

B. Iniciar metformina oral

C. Modificar a dieta e indicar atividade física. ✓

D. Prescrever glibenclamida oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso pede a primeira linha terapêutica do diabetes mellitus gestacional recém-diagnosticado, e a resposta é a mesma em todas as diretrizes nacionais: terapia nutricional individualizada associada a exercício físico regular, mantida por uma a duas semanas com automonitorização glicêmica antes de qualquer decisão farmacológica. Essa escolha é ainda mais evidente nesta paciente, cuja anamnese entrega os dois alvos modificáveis — alimentação rica em carboidratos simples e sedentarismo por trabalho administrativo —, com hiperglicemia apenas discretamente acima dos cortes, sem cetonúria e com crescimento fetal adequado. Cerca de 70% a 85% das gestantes com DMG atingem as metas só com dieta e atividade física.

Iniciar insulina NPH à noite é a conduta correta apenas quando as metas glicêmicas não são alcançadas após o período de terapia não farmacológica, ou de imediato diante de hiperglicemia franca e repercussão fetal (circunferência abdominal acima do p75, polidrâmnio) — nada disso está descrito. A metformina atravessa a placenta e, embora aceita em situações selecionadas, não é a medida inicial nem substitui a mudança de estilo de vida. A glibenclamida é a pior opção da lista: caiu em desuso na gestação por maior risco de macrossomia e hipoglicemia neonatal quando comparada à insulina. Resposta C

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Indique os níveis glicêmicos desejáveis como metas, no acompanhamento dessa paciente:

A. Glicemias de Jejum < 110 mg/dL

B. Glicemias de Jejum entre 65 - 95 mg/dL ✓

C. Glicemias Pós-prandiais (2h) < 160 mg/dL

D. Glicemias de Jejum < 100 mg/dL e Pós-prandiais (2h) < 180 mg/dL Mulher, 28 anos de idade, G2P1, 26 semanas de gestação, sem comorbidades prévias. História familiar de diabetes mellitus tipo 2 (pai). Ganho ponderal de 10 kg até o momento. Teste oral de tolerância à glicose (TOTG) 75 g: jejum 94 mg/dL; 1 h: 185 mg/dL; 2 h: 161 mg/dL. Relata alimentação rica em carboidratos simples e rotina sedentária por trabalho administrativo. Ultrassonografia obstétrica às 26 semanas: feto único, crescimento adequado (p60), líquido amniótico normal, doppler normal. Sem cetonúria. Não usa medicamentos. Solicita plano alimentar estruturado. Situação-Problema: Questões de 25 a 27 Situação-Problema: Questões de 28 a 30 Menino, 12 anos de idade, vai à consulta pediátrica acompanhado dos pais e apresenta a seguinte queixa: “Meus amigos já cresceram e eu não”. A história mostra uma criança saudável, sem antecedentes de doenças crônicas. O pai refere ter sido o menor da turma e que “cresceu só no último ano do colégio”. Exame físico: altura no percentil 3, velocidade de crescimento de 4 cm/ano, Tanner I. Idade óssea atrasada em 2 anos. Sem distúrbios.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre as metas do controle glicêmico no diabetes gestacional em automonitorização capilar. As diretrizes nacionais estabelecem jejum abaixo de 95 mg/dL, 1 hora pós-prandial abaixo de 140 mg/dL e 2 horas pós-prandial abaixo de 120 mg/dL — alvos deliberadamente mais estreitos que os do diabetes fora da gestação, porque é a hiperglicemia materna que dirige a hiperinsulinemia fetal, a macrosomia e as complicações neonatais. Ao mesmo tempo, o controle não pode ser feito à custa de hipoglicemia materna, o que justifica um piso de segurança em torno de 65 a 70 mg/dL. A alternativa que reproduz esse par de limites — teto de 95 mg/dL no jejum com piso que evita hipoglicemia — é a faixa de 65 a 95 mg/dL. Jejum abaixo de 110 mg/dL é um alvo frouxo, incompatível com a meta gestacional e mais próximo do que se tolera fora da gravidez. Pós-prandial de 2 horas abaixo de 160 mg/dL também é excessivamente permissivo, pois o alvo de 2 horas é 120 mg/dL. A última opção combina dois alvos igualmente inadequados (jejum abaixo de 100 e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL), típicos do manejo do diabetes tipo 2 no adulto não gestante, e deixaria a gestante exposta a hiperglicemia sustentada. Resposta B

QUESTÃO 28 — Gabarito D

Indique a hipótese diagnóstica a ser considerada, prioritariamente, para esse caso:

- A. Síndrome genética.
- B. Deficiência de GH.
- C. Baixa estatura familiar.
- D. Atraso constitucional do crescimento e da puberdade. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra o diagnóstico diferencial das baixas estaturas na infância e adolescência, em que dois quadros benignos respondem pela maioria dos casos: a baixa estatura familiar e o atraso constitucional do crescimento e da puberdade. O que caracteriza o atraso constitucional é o conjunto de estatura abaixo do esperado para a idade cronológica com velocidade de crescimento preservada, idade óssea atrasada em relação à idade cronológica e compatível com a idade-estatura, início puberal postergado e, muito frequentemente, história familiar de maturação tardia (mãe com menarca tardia, pai que cresceu depois dos colegas). São os chamados maturadores lentos: crescem menos na idade em que os pares fazem o estirão, mas mantêm potencial de estatura final dentro do alvo genético.

Síndrome genética entraria na lista se houvesse distúrbios, desproporção corporal ou estigmas sugestivos (Turner, Noonan), o que não é o eixo do caso. Deficiência de GH cursa com queda progressiva de canal de crescimento e velocidade de crescimento francamente reduzida, adiposidade troncular e fâcies característica, com prognóstico ruim sem tratamento. Baixa estatura familiar se distingue justamente pela idade óssea compatível com a cronológica e pela puberdade em idade normal, com estatura final baixa, porém dentro do alvo parental. Resposta D

QUESTÃO 29 — Gabarito A

Analise a evolução natural dessa condição e identifique a alternativa correta:

- A. O crescimento acelera tardiamente, com estatura final normal. ✓**
- B. O crescimento geralmente permanece comprometido na vida adulta.
- C. A estatura final é sempre menor que o percentil 3.
- D. Há risco elevado de obesidade e dislipidemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre a história natural do atraso constitucional do crescimento e da puberdade, e o ponto central é que se trata de uma variante do normal, não de doença. A criança cresce em um canal abaixo do esperado, entra na puberdade mais tarde que os pares e, por isso mesmo, mantém por mais tempo as cartilagens de crescimento abertas — a idade óssea atrasada é o marcador desse potencial preservado. O resultado é um estirão puberal tardio, com crescimento que se prolonga além da idade habitual e estatura final normal, dentro do alvo genético familiar. É essa previsão de bom prognóstico que sustenta a conduta expectante, com acompanhamento da velocidade de crescimento e apoio ao impacto psicossocial do atraso.

Dizer que o crescimento permanece comprometido na vida adulta descreve as baixas estaturas patológicas não tratadas, não o atraso constitucional. Afirmar que a estatura final é sempre menor que o percentil 3 contradiz a definição do quadro, além de que o advérbio absoluto já denuncia o distrator. O risco elevado de obesidade e dislipidemia não faz parte da evolução natural dessa condição — esses adolescentes costumam ser magros; o que se descreve na literatura são repercussões psicossociais e, eventualmente, menor densidade mineral óssea. Resposta A

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Sobre as causas de baixa estatura em crianças, é correto afirmar:

- A. A baixa estatura idiopática é uma condição rara no desenvolvimento infantil.
- B. A maioria dos casos de baixa estatura apresentará uma causa genética identificável.
- C. Cerca de 5% das crianças com baixa estatura têm uma condição patológica definida. ✓**
- D. A deficiência de GH está presente entre 20 e 30% das crianças com baixa estatura. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a epidemiologia da baixa estatura, definida como estatura abaixo do percentil 3 ou de dois desvios-padrão para idade e sexo. O dado que precisa estar memorizado é que a grande maioria das crianças com baixa estatura tem variante da normalidade — baixa estatura familiar ou atraso constitucional do crescimento e da puberdade, que juntas compõem a chamada baixa estatura idiopática — e que apenas uma minoria, da ordem de 5%, tem uma condição patológica definida por trás (doença celíaca, hipotireoidismo, doença renal crônica, síndromes genéticas, deficiência de GH, desnutrição). Daí a lógica da investigação: história, velocidade de crescimento, alvo genético e idade óssea filtram os poucos que merecem propedêutica ampliada.

Dizer que a baixa estatura idiopática é rara inverte exatamente esse dado — ela é a apresentação mais comum. Afirmar que a maioria terá causa genética identificável também está errado: mesmo com painéis genéticos modernos, a proporção com diagnóstico molecular é pequena. E a deficiência de GH está longe de 20 a 30%: sua prevalência é estimada em torno de 1 caso para cada 3.500 a 10.000 crianças, respondendo por uma fração mínima dos encaminhamentos por baixa estatura. Resposta C

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Com base nos dados clínicos, indique o mecanismo fisiopatológico predominante, responsável pelo quadro descrito:

- A. Liberação de histamina mediada por IgE após ativação de mastócitos. ✓**
- B. Liberação de bradicinina em resposta a estímulo farmacológico.
- C. Formação de imunocomplexos e ativação do complemento.
- D. Reação tardia mediada por linfócitos T CD8+.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve urticária aguda: pápulas eritematosas e edematosas em tronco e membros, com prurido intenso, iniciadas 30 minutos após a ingestão de ovo e camarão. Essa cronologia curta, o alimento como gatilho e a morfologia da lesão apontam para hipersensibilidade do tipo I de Gell e Coombs — o alérgeno se liga a IgE específica previamente fixada na superfície de mastócitos e basófilos cutâneos, promove ligação cruzada dos receptores FcεRI e desencadeia degranulação imediata, com liberação de histamina e outros mediadores pré-formados. A histamina, agindo em receptores H1, produz vasodilatação, aumento da permeabilidade capilar (a pápula edematosa) e estimulação de terminações nervosas (o prurido).

A liberação de bradicinina em resposta a estímulo farmacológico é o mecanismo do angioedema por inibidores da ECA e do angioedema hereditário por deficiência de C1-inibidor — quadros sem urticária e sem prurido, o oposto do descrito. Formação de imunocomplexos com ativação do complemento é hipersensibilidade tipo III (doença do soro, vasculites), que tem latência de dias e lesões que duram mais de 24 horas, muitas vezes com púrpura residual. Reação tardia mediada por linfócitos T é tipo IV, o modelo da dermatite de contato e das farmacodermias tardias, com pico entre 24 e 72 horas — incompatível com um quadro instalado em meia hora. Resposta A

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Indique a conduta inicial mais apropriada para esse caso:

- A. Evitar o alimento suspeito por 24 horas e observar a evolução.
 - B. Iniciar de imediato o uso de anti-histamínico de segunda geração. ✓**
 - C. Administrar corticosteroide sistêmico.
 - D. Fazer uso de antibiótico profilático. Menina, 3 anos de idade, é levada ao Pronto Atendimento com história de manchas avermelhadas e pruriginosas pelo corpo, iniciadas 30 minutos após o almoço. A mãe relata que a criança comeu ovo mexido e camarão pela primeira vez. Ao exame físico, observam-se pápulas eritematosas e edematosas em tronco e membros, prurido intenso, sem sinais respiratórios ou hipotensão.
- Situação-Problema: Questões de 31 a 33

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de urticária aguda alimentar em pré-escolar, e o primeiro passo do raciocínio é estratificar gravidade: a criança tem acometimento exclusivamente cutâneo, sem estridor, dispneia, broncoespasmo, vômitos, hipotensão ou alteração do nível de consciência. Não há, portanto, critério de anafilaxia, e não está indicada adrenalina intramuscular. Nesse cenário, a conduta inicial recomendada é o anti-histamínico H1 de segunda geração (cetirizina, loratadina, desloratadina), que bloqueia o receptor H1 responsável pelo prurido e pela pápula, com a vantagem de não ser sedativo nem anticolinérgico como os de primeira geração — o que preserva a avaliação neurológica da criança sob observação.

Apenas evitar o alimento suspeito por 24 horas e observar não trata o quadro já instalado nem alivia o prurido intenso; a exclusão do alérgeno é medida complementar e de longo prazo, com investigação alergológica posterior. O corticosteroide sistêmico não é a droga de primeira linha na urticária aguda — fica reservado a casos extensos, refratários ao anti-histamínico ou com angioedema importante, e sempre em curso curto. O antibiótico profilático não tem qualquer papel: não há infecção, e o mecanismo do quadro é alérgico. Resposta B

QUESTÃO 33 — Gabarito D

Sobre a epidemiologia dessa condição na infância, é correto afirmar:

- A. É mais comum em adolescentes e raramente relacionada a alimentos.
- B. Tem curso superior a seis semanas, sendo frequentemente autoimune.
- C. Afeta igualmente meninos e meninas e é sempre idiopática.
- D. É uma manifestação comum de reações alérgicas alimentares e virais. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a epidemiologia da urticária aguda na infância. Ela é definida por lesões urticariformes com duração inferior a seis semanas e é extremamente frequente em lactentes, pré-escolares e escolares, sendo um dos motivos mais comuns de atendimento dermatológico em pronto-socorro pediátrico. Os dois grandes grupos de desencadeantes nessa faixa etária são as infecções — sobretudo virais, e é comum a urticária surgir no curso de um quadro respiratório banal — e os alimentos, com destaque para leite de vaca, ovo, amendoim, castanhas, peixe e frutos do mar, exatamente o cenário desta criança. Medicamentos, picadas de inseto e látex completam a lista.

Dizer que é mais comum em adolescentes e raramente relacionada a alimentos inverte o perfil etário e o peso dos gatilhos alimentares na pediatria. Curso superior a seis semanas define urticária crônica, entidade distinta, mais frequente em adultos e mulheres, essa sim com parcela autoimune relevante — não é o quadro agudo aqui descrito. E afirmar que é sempre idiopática é incorreto: na urticária aguda pediátrica, ao contrário da crônica, na maioria das vezes se identifica um gatilho, como neste caso a introdução de dois alimentos alergênicos. Resposta D

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Diante dos dados clínicos, indique a classificação nutricional mais adequada para essa lactente, segundo a OMS:

- A. Baixo peso, mas estatura adequada.
- B. Peso adequado para a idade, mas baixa estatura.
- C. Baixo peso para a idade e baixa estatura para a idade. ✓**
- D. Eutrófica com desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a classificação nutricional pelos índices antropométricos da OMS, e a chave é avaliar os dois eixos separadamente. Trata-se de menina de 9 meses com peso atual de 6.100 g e comprimento de 65 cm. Para o sexo feminino nessa idade, a mediana de peso está em torno de 8,9 kg e o escore z -2 fica próximo de 6,5 kg; a mediana de comprimento gira em torno de 70 cm, com escore z -2 próximo de 65,3 cm. Ou seja, tanto o peso para idade quanto o comprimento para idade estão abaixo de -2 escores z, configurando simultaneamente baixo peso para a idade e baixa estatura para a idade. O histórico reforça: nasceu com 3.200 g e 52 cm, dentro da normalidade, e não chegou a dobrar o peso aos 9 meses, quando o esperado é dobrar por volta dos 4 a 6 meses e triplicar aos 12 — evidência de agravo instalado e já crônico, coerente com a queixa de baixa ingesta.

Baixo peso com estatura adequada estaria certo se apenas o eixo ponderal tivesse caído, o que não ocorre. Peso adequado com baixa estatura descreve o inverso do encontrado. E eutrofia com desenvolvimento neuropsicomotor adequado é incompatível tanto com a antropometria quanto com os marcos relatados, já que a criança não senta sem apoio nem balbucia sílabas aos 9 meses. Resposta C

QUESTÃO 35 — Gabarito D

Indique a mais provável razão para os dados descritos nos marcos do desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança:

- A. Falta de estímulo ambiental adequado.
- B. Condição neurológica primária, como paralisia cerebral.
- C. Uma variação da normalidade do ritmo de desenvolvimento.

D. Desnutrição energético-proteica e anemia. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 8 Uma Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena atua em uma aldeia de um povo originário localizada no semiárido nordestino. A comunidade mantém organização sociopolítica própria, com lideranças tradicionais reconhecidas e práticas de cuidado compartilhadas entre Agentes de Saúde Indígenas, parteiras e rezadores. Com o início da estação seca, o acesso à água potável torna-se mais difícil e a logística de deslocamento até o polo-base é limitada. A equipe identifica aumento de casos de infecções respiratórias, interrupções vacinais e a necessidade de cuidado pré-natal mais próximo. As lideranças da aldeia solicitam que o planejamento seja construído respeitando os rituais, o calendário cultural e as práticas tradicionais de cura, sem imposição externa. Situação-Problema: Questões de 37 a 39 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso descreve atraso em múltiplos domínios do desenvolvimento neuropsicomotor de uma lactente de 9 meses: não senta sem apoio, marco esperado entre 6 e 7 meses, não balbucia sílabas como mama ou papa e mostra-se pouco ativa. O ponto da questão é ler esse atraso dentro do contexto nutricional, e não isoladamente. A criança tem déficit ponderoestatural importante e história de ingesta insuficiente desde a introdução alimentar, o que caracteriza desnutrição energético-proteica; nessa faixa etária, isso se acompanha quase sempre de carências de micronutrientes, com destaque para a anemia ferropriva, cuja repercussão sobre a mielinização, a atividade dopaminérgica e a interação da criança com o meio traduz-se em apatia, hipoatividade e atraso motor e de linguagem. A desnutrição é, portanto, a explicação unificadora dos achados.

Falta de estímulo ambiental é hipótese plausível em atraso isolado de linguagem e social, mas não justifica o déficit antropométrico associado, que exige causa orgânica ou de ingesta. Paralisia cerebral cursaria com alterações de tônus, postura, reflexos ou assimetrias ao exame, e o atraso costuma vir com sinais neurológicos claros, ausentes na descrição. E variação da normalidade não se sustenta diante do atraso simultâneo em dois domínios somado ao comprometimento de peso e estatura. Resposta D

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Indique, entre as deficiências nutricionais citadas, a mais frequente e compatível com a combinação de apatia e cabelos quebradiços observada nesta criança:

- A. Deficiência de vitamina A.
- B. Deficiência de vitamina C .

C. Deficiência de ferro e zinco. ✓

D. Deficiência de vitamina D. Situação-Problema: Questões de 34 a 36 Menina, 9 meses de idade, é levada à consulta de puericultura na UBS. A mãe, primigesta, relata que a criança está em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses, quando iniciou a introdução alimentar, mas “come muito pouco”, inclusive o leite materno. Informa que a criança ainda não senta sem apoio, não balbucia “mama” ou “papa” e mostra-se pouco ativa. A caderneta da criança informa que o peso ao nascer foi de 3 200 g e o comprimento de 52 cm. O peso atual é de 6 100 g e o comprimento de 65 cm. Ao exame físico, a lactente está apática, hipocorada (++)/4+, com cabelos finos e quebradiços, e apresenta palidez palmar. O tecido subcutâneo é escasso e a musculatura é hipotrófica.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão testa a correlação entre sinal clínico e carência específica em uma lactente desnutrida do semiárido. A dupla apatia e cabelos quebradiços, somada à anorexia e ao déficit de crescimento, aponta para as duas deficiências de micronutrientes mais prevalentes na infância brasileira e que costumam coexistir na desnutrição energético-proteica: ferro e zinco. A carência de ferro é a mais comum do mundo e produz anemia, palidez, irritabilidade, apatia e atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, por interferir na mielinização e na neurotransmissão dopaminérgica. A de zinco explica a anorexia com hipogeusia, a fragilidade e queda de cabelo, as alterações cutâneas periorificiais e o déficit de crescimento — sendo a reposição de zinco, inclusive, parte do protocolo da OMS no manejo da desnutrição e da diarreia persistente.

A deficiência de vitamina A se manifesta como cegueira noturna, xerose conjuntival, manchas de Bitot e hiperqueratose folicular, com risco de ceratomalácia — quadro ocular, não o descrito. A de vitamina C causa escorbuto, com gengivorragia, dor óssea por hemorragia subperiosteal, petéquias e pelos em saca-rolha, hoje raro e de apresentação bem distinta. A de vitamina D leva ao raquitismo, com alargamento de metáfises, rosário raquítico, craniotabes e deformidades de membros, sem relação com apatia ou alteração de cabelo. Resposta C

QUESTÃO 37 — Gabarito B

A estrutura de Atenção à Saúde Indígena no Brasil fundamenta-se na articulação entre equipes locais e serviços de referência do SUS. Identifique o elemento central para essa organização territorial:

- A. Núcleo de Apoio à Saúde da Família da região urbana mais próxima.

B. Distrito Sanitário Especial Indígena, com gestão articulada e base territorial definida. ✓

- C. Coordenação direta pelas Secretarias Municipais de Saúde, com supervisão estadual.
- D. Organização assistencial centrada em hospitais gerais de referência regionais.

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a arquitetura do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), criado pela Lei Arouca (Lei 9.836/1999) como parte do SUS e gerido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena do Ministério da Saúde. O elemento organizador desse subsistema é o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), unidade gestora descentralizada com base territorial e etnocultural definida — o recorte não segue a divisão político-administrativa de municípios e estados, e sim a distribuição das populações, a ocupação do território e o acesso aos serviços. Dentro do DSEI operam as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena nas aldeias, os polos-base como retaguarda intermediária e as Casas de Saúde Indígena (CASAI) para apoio à referência, com articulação formal com a rede do SUS para média e alta complexidade. O NASF é dispositivo de apoio matricial da atenção básica urbana e nunca foi a base organizativa da saúde indígena. A gestão não é atribuição direta das Secretarias Municipais com supervisão estadual: a responsabilidade é federal, via SESAI/DSEI, com pactuação complementar. Centrar a organização em hospitais gerais regionais inverte a lógica do modelo, que é de atenção primária diferenciada no território, tendo o hospital apenas como referência. Resposta B

QUESTÃO 38 — Gabarito A

Na construção do cuidado compartilhado com pajés e parteiras tradicionais é recomendado que os profissionais de saúde privilegiem a:

- A. Integração dialogada das práticas tradicionais que não apresentem risco identificado com as práticas cientificamente comprovadas. ✓**
- B. Educação para a saúde com substituição progressiva das práticas tradicionais por condutas biomédicas.
- C. Neutralidade frente às práticas culturais da comunidade, mantendo conduta técnica de forma independente.
- D. Restrição das práticas tradicionais aos espaços cerimoniais, sem utilização dos cenários de atenção clínica.

COMENTÁRIO OSCELABS

O tema é atenção diferenciada e interculturalidade, eixo estruturante da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. A recomendação é reconhecer os sistemas tradicionais de cura — pajés, rezadores, parteiras — como legítimos e articulá-los ao cuidado biomédico por meio do diálogo, respeitando as práticas que não tragam risco identificado ao paciente e negociando apenas aquelas com dano potencial demonstrável. É o modelo do cuidado compartilhado: o profissional não valida acriticamente tudo, mas também não desqualifica; ele pactua. Educar para substituir progressivamente a prática tradicional por conduta biomédica é postura etnocêntrica e produz afastamento da comunidade dos serviços, exatamente o oposto do vínculo que sustenta a cobertura assistencial. Manter neutralidade e conduzir a técnica de forma independente também falha, porque a atenção diferenciada exige incorporação ativa do repertório cultural ao plano de cuidado, e não indiferença a ele. Restringir as práticas tradicionais ao espaço cerimonial, excluindo-as do cenário clínico, é segregar dois saberes que a política determina que se articulem, além de ignorar o papel concreto de parteiras e pajés na assistência cotidiana da aldeia. Resposta A

QUESTÃO 39 — Gabarito C

Indique a estratégia mais efetiva para melhorar a cobertura vacinal, considerando barreiras geográficas, calendário cultural próprio e limitações de deslocamento ao polo-base:

- A. Realizar campanhas anuais conduzidas por equipes externas.
- B. Priorizar atendimento apenas na demanda espontânea no polo-base.
- C. Planejar microterritorialização com participação da comunidade e de Agentes Indígenas de Saúde. ✓**
- D. Padronizar o calendário vacinal e o cronograma de visitas com base no fluxo administrativo municipal.

ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 9

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado descreve o cenário clássico de baixa cobertura vacinal em território indígena: dispersão geográfica, dificuldade de deslocamento até o polo-base e um calendário cultural próprio, com períodos de mobilidade, roça, caça ou rituais. A resposta é organizar a ação a partir do território, e não da unidade: microterritorialização, ou seja, mapear aldeias, famílias e crianças suscetíveis com participação da comunidade e dos Agentes Indígenas de Saúde, que são o elo linguístico e de confiança da equipe e viabilizam a busca ativa e a vacinação extramuros no momento em que a comunidade está disponível. Campanhas anuais com equipes externas produzem picos isolados, sem vínculo e sem seguimento de esquemas com múltiplas doses. Atender apenas por demanda espontânea no polo-base transfere ao usuário justamente a barreira que o enunciado apontou — vacinação é ação de oferta organizada e busca ativa, não de espera. Padronizar calendário e cronograma pelo fluxo administrativo municipal ignora tanto o calendário cultural quanto a sazonalidade de acesso, e é o erro que costuma explicar a queda de cobertura nesses territórios. Resposta C

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Indique a conduta central da Atenção Primária à Saúde (APS) para organizar e garantir a continuidade do cuidado dessa criança:

- A. Encaminhar para a neuropediatria na Policlínica Especializada e aguardar orientações especializadas.
- B. Programar consultas de acompanhamento com agenda prévia e garantia de convocação pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), em caso de não comparecimento.
- C. Priorizar acompanhamento com cardiologista devido ao histórico de cardiopatia congênita corrigida.
- D. Construir um Projeto Terapêutico Singular, envolvendo família, equipe Multiprofissional de Atenção Primária à Saúde (APS) e reabilitação. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A vinheta traz criança de 2 anos com síndrome de Down, cardiopatia congênita já corrigida, alta das especialidades, comparecimento irregular à USF, atraso motor, pouca interação e dificuldade de acesso a fonoaudiologia e reabilitação. É um caso de múltiplas necessidades simultâneas com vínculo frágil, e a ferramenta que a APS tem para organizar isso é o Projeto Terapêutico Singular: um plano construído em equipe, com a família, definindo metas, responsáveis, periodicidade e articulação com a equipe multiprofissional e os serviços de reabilitação — é o instrumento que garante coordenação do cuidado e integralidade, que são atributos da APS. Encaminhar à neuropediatria e aguardar orientações é abdicar da coordenação e repetir o ciclo de alta e abandono já descrito. Programar consultas com convocação pelo ACS em caso de falta é uma ação correta e necessária, mas isolada: resolve o comparecimento, não organiza o conjunto das necessidades da criança. Priorizar o cardiologista não se sustenta, porque a cardiopatia já foi corrigida e não é o problema atual — as demandas ativas são desenvolvimento, socialização e reabilitação. Resposta D

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Indique a abordagem mais adequada, a ser adotada na Atenção Primária à Saúde, para o acompanhamento do desenvolvimento neuropsicomotor dessa criança:

- A. Utilizar instrumentos estruturados e orientar estimulação contínua em domicílio e em espaços coletivos da comunidade. ✓**
- B. Considerar os atrasos nos marcos de desenvolvimento como esperados e aguardar melhora gradual, trabalhando a família para aceitação.
- C. Solicitar avaliação neuropediátrica e neuropsicopedagógica anual como estratégia principal de monitoramento.
- D. Realizar consultas programadas em intervalos curtos, definidos pela equipe, para acompanhamento dos marcos de desenvolvimento. Criança, 2 anos de idade, com diagnóstico neonatal de Síndrome de Down e história de cardiopatia congênita corrigida cirurgicamente aos 8 meses de idade, acompanhada, inicialmente,

em serviço de referência. Após a alta da equipe das especialidades, a família passou a comparecer de forma irregular à Unidade de Saúde da Família (USF). A mãe relata preocupação com atraso motor, pouca interação com outras crianças e dificuldades de acesso regular à fonoaudiologia e à fisioterapia. A criança não frequenta creche, passa a maior parte do tempo em casa sob o cuidado da avó e apresenta poucas oportunidades de estimulação. Os pais demonstram insegurança quanto às metas de desenvolvimento e pedem orientações claras. Situação-Problema: Questões de 40 a 42

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão trata da vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor na APS de uma criança com síndrome de Down, em que o atraso é esperado em ritmo, mas nunca dispensa monitoramento e intervenção. A conduta adequada é usar instrumentos estruturados — a Caderneta da Criança com os marcos por faixa etária e escalas de triagem do desenvolvimento — que padronizam a observação, permitem comparar consultas sucessivas e detectar precocemente o desvio que exige encaminhamento, associados à orientação de estimulação contínua no domicílio e em espaços coletivos, já que a interação com outras crianças é justamente uma das queixas maternas e a estimulação precoce tem impacto documentado no desfecho funcional. Considerar o atraso como esperado e apenas trabalhar a aceitação da família é erro grave: naturaliza a perda de janela de estimulação. Reservar a avaliação neuropediátrica e neuropsicopedagógica anual como estratégia principal terceiriza o acompanhamento e tem periodicidade incompatível com a velocidade das aquisições nessa idade. Realizar consultas programadas em intervalos curtos definidos pela equipe é parte do seguimento, mas sem instrumento padronizado e sem estimulação estruturada a consulta frequente não qualifica a vigilância. Resposta A

QUESTÃO 42 — Gabarito D

Considerando as recomendações para acompanhamento sistemático de crianças com Síndrome de Down, indique os exames complementares a serem, prioritariamente, realizados pela Atenção Primária à Saúde:

- A. Glicemia de jejum trimestral para rastreio de diabetes.
- B. Hemograma mensal para rastreio de leucemia.
- C. Teste ergométrico anual para avaliação cardiorrespiratória.

D. TSH periódico e triagem auditiva. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 10 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O item cobra o rastreamento sistemático recomendado para crianças com síndrome de Down na APS, que se orienta pelas comorbidades de alta prevalência e de tratamento disponível. Disfunção tireoidiana é a mais frequente delas, com hipotireoidismo muitas vezes oligossintomático e confundido com a própria trissomia, o que justifica dosagem periódica de TSH desde a triagem neonatal e ao longo do seguimento; e a perda auditiva, muito comum por estenose de conduto e otite média serosa recorrente, exige triagem auditiva repetida, com impacto direto sobre linguagem e desenvolvimento — que é exatamente a preocupação trazida no caso. Glicemia de jejum trimestral não é recomendada: há maior risco de diabetes autoimune, mas o rastreio não tem essa periodicidade e se guia por sinais clínicos. Hemograma mensal para rastrear leucemia também não se sustenta: o risco de leucemia é maior, porém o monitoramento é clínico, e hemograma mensal geraria falsos positivos e ansiedade sem ganho de desfecho. Teste ergométrico anual não faz parte de protocolo pediátrico nesse contexto; a avaliação cardíaca se dá por ecocardiograma e seguimento clínico, e a criança já teve a cardiopatia corrigida. Resposta D

QUESTÃO 43 — Gabarito B

Diante do caso, indique a conduta inicial a ser enfatizada na UBS:

- A. Imobilização parcial prolongada do segmento afetado.

B. Avaliação funcional e medidas de controle de dor com orientação ativa. ✓

C. Solicitação de ressonância magnética e eletroneuromiografia.

D. Encaminhamento prioritário ao ortopedista e ao médico do trabalho.

COMENTÁRIO OSCELABS

O caso é de trabalhador de call center há cinco anos, com jornada prolongada, posto fixo e metas de produtividade, apresentando cervicalgia, dor em ombros, peso em antebraços e parestesias nas mãos após picos de demanda — quadro típico de LER/DORT, cujo diagnóstico é clínico-ocupacional e cuja abordagem inicial na atenção básica é funcional. A conduta correta é avaliar a repercussão sobre a função (o que ele consegue ou não fazer, no trabalho e fora dele) e instituir controle da dor com orientação ativa: manutenção do movimento, exercícios, pausas, ajuste postural e educação sobre o quadro, estratégia que reduz cronificação e comportamento de medo-evitação. Imobilização parcial prolongada é justamente o que se deve evitar, pois leva a rigidez, descondicionamento e perpetuação do sintoma. Ressonância magnética e eletroneuromiografia não pertencem à etapa inicial: o diagnóstico não depende delas, e o achado incidental de imagem tende a medicalizar e afastar o foco da causa ocupacional. Encaminhar de imediato ao ortopedista e ao médico do trabalho, antes de qualquer avaliação e manejo, rompe a coordenação do cuidado pela APS e retarda a intervenção que já poderia começar na própria UBS. Resposta B

QUESTÃO 44 — Gabarito A

Identifique como o médico avaliará o nexos causal das queixas do paciente com o trabalho:

A. Considera a história ocupacional do paciente, a ergonomia e o impacto na função. ✓

B. Utiliza como elemento único o laudo do médico perito.

C. Define o nexos com base na queixa subjetiva e na percepção do paciente.

D. Prioriza os aspectos do exame físico musculoesquelético. Trabalhador, 32 anos de idade, comparece à UBS da zona urbana relatando que atua há 5 anos em uma central de atendimento telefônico (call center), cumprindo jornadas prolongadas em estação de trabalho fixa, com metas diárias de produtividade. Relata dor contínua nas regiões cervical e dos ombros, sensação de peso nos antebraços e episódios de parestesias nas mãos, após períodos de maior demanda. Já realizou atendimentos esporádicos em serviços de urgência, quando recebeu analgésicos, mas sem orientações estruturadas. O paciente refere aumento da tensão emocional relacionada à cobrança por metas, sono irregular e afastamentos intermitentes de curta duração, seguidos de retorno com piora progressiva dos sintomas. Apresenta receio de perder o emprego.

Situação-Problema: Questões de 43 a 45

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede como se constrói o nexos entre a queixa e o trabalho, e a resposta está na tríade da abordagem em saúde do trabalhador: anamnese ocupacional detalhada (o que faz, há quanto tempo, ritmo, jornada, metas, pausas, histórico de outros postos), análise da situação de trabalho e da ergonomia do posto (estação fixa, uso de headset, mobiliário, cadência imposta pela meta) e avaliação do impacto sobre a função e sobre a relação temporal dos sintomas com os períodos de maior demanda — elemento explicitamente descrito na vinheta. É esse conjunto que sustenta o nexos técnico e permite ao médico assistente notificar e emitir a CAT. Usar o laudo do perito como elemento único é incorreto: a perícia tem finalidade previdenciária e não substitui a avaliação clínico-ocupacional feita pelo médico assistente, a quem cabe o reconhecimento do agravo relacionado ao trabalho. Definir nexos apenas pela queixa subjetiva e pela percepção do paciente fragiliza tecnicamente a conclusão e não caracteriza a exposição. Priorizar o exame físico musculoesquelético é insuficiente e frequentemente inespecífico nas LER/DORT, em que o exame pode ser pobre e o determinante está na organização do trabalho. Resposta A

QUESTÃO 45 — Gabarito C

Indique a estratégia mais efetiva a ser adotada com relação ao trabalho do paciente, nesse caso:

A. Afastamento prolongado até a remissão dos sintomas.

B. Suspensão das atividades laborais de atendimento telefônico.

C. Retorno gradativo, com adaptações laborais e suporte em saúde mental. ✓

D. Realização de fisioterapia intensiva, com retorno em 3 meses para verificação de resposta. ABAEM - PROCESSO SELETIVO UNIFICADO DE RESIDÊNCIA MÉDICA 2026 - ACESSO DIRETO 11

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto aqui é a conduta em relação ao trabalho num quadro de LER/DORT, e a evidência atual é contrária tanto ao afastamento prolongado quanto ao retorno sem mudança nas condições que geraram o agravo. A estratégia mais efetiva é o retorno gradativo com adaptações laborais — ajuste ergonômico do posto, revisão de jornada, pausas, redução ou reorganização das metas, rodízio de tarefas — somado a suporte em saúde mental, já que a pressão por produtividade descrita no caso é fator de risco reconhecido tanto para dor persistente quanto para sofrimento psíquico, e os dois se retroalimentam. Afastamento prolongado até a remissão dos sintomas favorece descondicionalamento, perda do papel social e cronificação, com pior taxa de reinserção quanto mais longo o período. Suspender as atividades de atendimento telefônico sem adaptação apenas transfere o problema e costuma ser inviável para o vínculo do trabalhador, além de não corrigir a organização do trabalho. Fisioterapia intensiva com reavaliação apenas em três meses trata o sintoma e deixa intacta a exposição, de modo que a recidiva ao retorno é a regra. Resposta C