



Unicamp — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

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

manhã (respostas curtas)

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 1

Homem, 62a, procurou atendimento em Unidade Básica de Saúde por dor intensa e sensação de queimação em região torácica direita há três dias e que pioram com a tosse. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial e diabetes melito. Medicamentos em uso: losartana 50mg/dia e metformina 850mg 3x/dia. Exame físico: PA=134/82mmHg; FC=84bpm; FR=16irpm; temperatura axilar=37,1°C. Ausculta pulmonar sem alterações. Presença de vesículas agrupadas sobre base eritematosa, em região torácica direita, respeitando linha média, com 4cm de distribuição máxima vertical. Exames complementares: glicemia capilar=146mg/dL. O FÁRMACO INDICADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o fármaco, e o quadro é clássico: vesículas agrupadas sobre base eritematosa, em faixa torácica unilateral que respeita a linha média, precedidas de dor em queimação há três dias. Isso é herpes zoster, e o padrão oficial aceita aciclovir ou valaciclovir por via oral. A perola é a janela terapêutica: o antiviral muda a história natural (reduz duração das lesões e risco de neuralgia pós-herpética) quando iniciado nas primeiras 72 horas do rash — este paciente está no limite e, por ser diabético e ter mais de 50 anos, tem indicação reforçada mesmo se passasse um pouco desse prazo. Analgesia e cuidado local são coadjuvantes; corticoide não é o que a banca pede aqui.

QUESTÃO 2

Homem, 68a, procura a Unidade Básica de Saúde por dor nas mãos e joelhos. Refere que a dor iniciou há dois anos, associada a rigidez matinal de cinco minutos, piorando com atividade física. Antecedentes: dislipidemia. Medicamentos: sinvastatina. Exame físico: PA=124/76mmHg; FC=82bpm; FR=16irpm; temperatura axilar=36,8°C. Apresenta dor à palpação de joelhos, com crepitação e aumento da área óssea. Há também dor à palpação de interfalângianas distais. Radiograma dos joelhos (IMAGEM Q02): CITE UMA ALTERAÇÃO NESTA IMAGEM RADIOLÓGICA QUE CORROBORA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se um achado radiológico que sustente a hipótese. O quadro é de osteoartrite: dor de ritmo mecânico (piora com atividade), rigidez matinal curta (cinco minutos), crepitação e alargamento ósseo dos joelhos, além de acometimento de interfalângianas distais. O padrão aceita qualquer uma das alterações clássicas da tetrade radiológica: redução assimétrica do espaço articular, esclerose subcondral, osteófitos e cistos subcondrais — e ainda o desalinhamento em varo do joelho. A perola é o contraste com artrite reumatoide, que daria rigidez matinal prolongada, acometimento de interfalângianas proximais/metacarpofalângianas e, no raio-X, erosões e osteopenia periarticular, e não osteófito com esclerose.

QUESTÃO 3

Mulher, 59a, é trazida para Unidade de Emergência Referenciada por dor precordial e dispnéia há três horas. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial. Medicamento em uso: hidroclorotiazida. Exame físico: Escala de coma de Glasgow=15; PA=84/52mmHg; FC=124bpm; FR=25irpm; oximetria de pulso=94% (ar ambiente); extremidades frias; tempo de enchimento capilar=4 segundos. Pulmões=estertores crepitantes em bases. Realizado eletrocardiograma. Recebeu aspirina e clopidogrel na sala de emergência. O TRATAMENTO INDICADO É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - MANHÃ 2

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta é sobre tratamento definitivo. Dor precordial com dispneia, hipotensão (84/52), taquicardia, extremidades frias, enchimento capilar lentificado e crepitações bilaterais configuram infarto agudo do miocárdio complicado por choque cardiogênico. Já recebeu dupla antiagregação; o que falta é a reperfusão. O padrão oficial é angioplastia primária / cateterismo cardíaco de urgência. A perola: no choque cardiogênico a estratégia invasiva é mandatória e o trombolítico não substitui o cateterismo — a fibrinólise tem baixa taxa de sucesso com pressão de perfusão coronária reduzida. Mesmo em serviço sem hemodinâmica, a conduta é transferir para reperfusão mecânica.

QUESTÃO 5

Mulher, 60a, sem comorbidades, procurou atendimento na Unidade Básica de Saúde para avaliação de resultados de exame admissional. Relata esquema vacinal completo para hepatite B, porém não se recorda de infecção prévia. Medicamentos em uso: nega. Exame físico: sem alterações. Exames complementares: anti-HBsAg=reagente, anti-HBcAg=reagente, HBsAg=não reagente. O DIAGNÓSTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

O enunciado pede a interpretação do perfil sorológico: anti-HBs reagente, anti-HBc reagente e HBsAg não reagente. O padrão oficial é infecção prévia pelo vírus da hepatite B já curada — cicatriz sorológica, hepatite B resolvida. O raciocínio está no anti-HBc: ele só aparece em quem teve contato com o vírus selvagem, nunca pela vacina. Logo, a paciente relatar esquema vacinal completo não explica o achado; se fosse apenas vacinada, teria anti-HBs isolado. Como o HBsAg é negativo, não há infecção ativa (aguda ou crônica), e o anti-HBs positivo indica imunidade adquirida. A perola de prova é justamente essa: anti-HBc diferencia vacinado de curado.

QUESTÃO 6

Homem, 29a, procurou o Pronto-Socorro com queixa de febre, dor de cabeça progressiva, náuseas, vômitos e sonolência há sete dias. Antecedentes pessoais: sem comorbidades. Medicamentos em uso: nenhuma. Exame físico: sonolento; escala de coma de Glasgow=11; presença de rigidez de nuca; paralisia de VI par craniano à esquerda. PA=124/76mmHg, FC=94bpm, FR=18irpm, temperatura axilar=38,2°C. Tomografia de crânio: hidrocefalia leve. Líquor: células=180cél/mm³ (90% linfócitos), proteína=210mg/dL, glicose=28mg/dL (glicemia=88mg/dL), bacilos álcool-ácido resistentes positivos na coloração de Ziehl-Neelsen. Iniciado tratamento específico. O MEDICAMENTO ADJUVANTE INDICADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se o adjuvante, não o esquema principal. Líquor com pleocitose linfocítica, proteína muito alta, glicose baixa e BAAR positivo, em paciente com paralisia do VI par e hidrocefalia, fecha meningite tuberculosa. Além do RIPE, a resposta esperada é corticoterapia: dexametasona (ou metilprednisolona). A perola é saber que a meningite tuberculosa é uma das poucas situações em que o corticoide tem benefício de mortalidade comprovado — ele reduz a inflamação do exsudato basal, atenuando aracnoidite, vasculite, hidrocefalia e lesão de pares cranianos. Vale o mesmo raciocínio da pericardite tuberculosa; já na tuberculose pulmonar isolada o corticoide não entra de rotina.

QUESTÃO 7

Mulher, 58a, apresenta-se ao Pronto Atendimento por dor facial intensa em região mandibular esquerda, iniciada há duas semanas. A dor é descrita como um "choque elétrico", intensificada ao falar, mastigar ou lavar o rosto. Refere episódios curtos e recorrentes. Antecedentes pessoais: diabetes melito e dislipidemia. Medicamentos em uso: metformina 850mg 2x/dia e sinvastatina 20mg/noite. Exame físico: dor desencadeada por toque leve na região mandibular esquerda, sem déficits neurológicos ou alterações sensoriais evidentes. PA=130/82mmHg, FC=82bpm, FR=17irpm, temperatura axilar=36,6°C. Exames laboratoriais recentes normais. Ressonância magnética de encéfalo sem alterações estruturais. O MEDICAMENTO DE PRIMEIRA ESCOLHA PARA ESTA PACIENTE É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - MANHÃ 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o fármaco de primeira escolha. Dor facial em choque elétrico, paroxística, breve e recorrente, desencadeada por estímulos triviais (falar, mastigar, lavar o rosto) em território mandibular (V3), com exame neurológico normal e ressonância sem lesão estrutural, e neuralgia do trigêmeo clássica. O padrão oficial é carbamazepina ou oxcarbazepina. A perla é que essa dor não responde a analgésico comum nem a anti-inflamatório: o tratamento é com bloqueador de canal de sódio, que estabiliza a descarga ectópica da raiz nervosa. Baclofeno, lamotrigina e gabapentina são alternativas de segunda linha, e a descompressão microvascular fica para os refratários.

QUESTÃO 8

Homem, 50a, procura atendimento por inchaço nas pernas há 15 dias. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de atenolol. Exame físico: PA=126/84mmHg; edema 3+/4+ bilateral e simétrico em membros inferiores; panturrilhas sem sinais de empastamento; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exames laboratoriais: ureia=45mg/dL; creatinina=1,2mg/dL; albumina=2,5g/dL; exame de urina: proteína=3+; hemácias=3/campo; leucócitos=2/campo. Relação proteína/creatina urinária=5g/g. Pesquisa de anticorpos anti-receptor de fosfolipase A2 sérico=positiva. Indicada biópsia renal. O DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO ESPERADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o diagnóstico histopatológico. A paciente tem síndrome nefrótica do adulto (proteinúria de 5 g/g, albumina 2,5, edema importante, sedimento sem hematuria significativa) e, sobretudo, anticorpo anti-receptor de fosfolipase A2 (anti-PLA2R) positivo. O padrão aceita glomerulopatia (ou glomerulonefrite) membranosa e a descrição morfológica correspondente: espessamento difuso da membrana basal glomerular, com depósitos subepiteliais e o clássico aspecto em espículas na prata. A perla é que o anti-PLA2R é praticamente patognomônico da forma primária da nefropatia membranosa — sua positividade dispensa dúvida diagnóstica e serve de marcador de atividade e resposta ao tratamento.

QUESTÃO 12

Homem, 83a, é trazido por familiares à Unidade de Emergência com confusão mental. Referem quedas recorrentes da própria altura há dois meses, sendo a última há dois dias. Antecedentes: diabetes melito e hipertensão arterial. Exame físico: corado; acianótico; PA=153/88mmHg; FR=16irpm; FC=82bpm; oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Neurológico: Escala de Coma de Glasgow=14, pupilas fotorreagentes. Restante do exame sem alterações. Tomografia computadorizada de crânio (IMAGEM Q12): A HIPERDENSIDADE LOCALIZADA NO ESPAÇO SUBDURAL É SUGESTIVA DE:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão foca na densidade da coleção subdural. Idoso com quedas de repetição e confusão mental, e a tomografia mostra hiperdensidade no espaço subdural. Na TC sem contraste, sangue agudo e hiperdenso porque o coágulo tem alta concentração de hemoglobina; com o passar dos dias ele se degrada e vira isodenso (subagudo, 1 a 3 semanas) e depois hipodenso (crônico). Por isso o padrão oficial exige que a resposta traga o componente agudo: hemorragia recente. A perola é que hematoma subdural crônico ou subagudo só pontua se vier acompanhado da ideia de agudização/ressangramento — quadro típico do idoso com atrofia cerebral e veias-ponte estiradas, que sangra de novo sobre a coleção antiga.

QUESTÃO 13

Homem, 62a, procurou atendimento referindo dois episódios de sangramento retal há dois dias. Exame físico: consciente; PA=130/82mmHg; FC=72bpm. Exame proctológico normal. Endoscopia digestiva alta de urgência: normal. Traz colonoscopia realizada há um mês (IMAGEM Q13). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica para hemorragia digestiva baixa. O paciente teve sangramento retal, exame proctológico normal e endoscopia alta normal, e traz colonoscopia recente evidenciando divertículos colônicos. O padrão oficial é doença diverticular dos colons / diverticulose, aceitando também hemorragia de origem diverticular. A perola de prova está na distinção que a banca cobra explicitamente: diverticulite não pontua. Diverticulite cursa com dor em fossa ilíaca esquerda, febre e leucocitose e tipicamente não sangra; já o sangramento diverticular é indolor, volumoso e autolimitado na maioria dos casos, decorrente da erosão do vaso reto no colo do divertículo.

QUESTÃO 14

Mulher, 40a, é recebida na Unidade de Emergência, vítima de incêndio em ambiente fechado. Exame físico: agitada; membros superiores e tronco com lesão cutânea expondo a área queimada, de coloração esbranquiçada. Nega dor nas áreas afetadas. EM RELAÇÃO À PROFUNDIDADE DA LESÃO, A ÁREA QUEIMADA É CLASSIFICADA COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede apenas a classificação pela profundidade. Vítima de incêndio em ambiente fechado com área queimada de aspecto esbranquiçado, com exposição da área lesada e — o dado decisivo — ausência de dor. A resposta é queimadura de terceiro grau, ou seja, de espessura total. O raciocínio: a analgesia da lesão traduz destruição das terminações nervosas da derme, e a coloração branca (por vezes acinzentada ou acastanhada, com aspecto de couro) indica coagulação de toda a derme. A perola é a comparação — primeiro grau é eritema doloroso sem bolha, segundo grau tem flictenas e é muito doloroso; queimadura que não dói é queimadura profunda, e não queimadura leve.

QUESTÃO 15

Recém-nascido, 28 dias, nascido a termo, vem evoluindo com distensão abdominal desde o nascimento. Apresentou a primeira eliminação de mecônio após 48 horas de vida. Toque retal: ampola retal vazia, com eliminação de fezes explosivas após o exame. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 16. Homem, 62a, foi diagnosticado com tumor de orofaringe à esquerda. É importante avaliar as possíveis metástases linfonodais para a região cervical. A imagem abaixo demonstra os níveis de drenagem dos linfonodos cervicais à esquerda. O PRINCIPAL NÍVEL DE ACOMETIMENTO LINFONODAL NESTE CASO É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - MANHÃ 5 17. Homem, 78a, etilista, apresentou tosse, febre, queda do estado geral e dispneia progressiva há duas semanas. Foi diagnosticado com pneumonia lobar inferior à esquerda e tratado com amoxicilina + clavulanato por 10 dias. Como não apresentou melhora completa do quadro clínico, buscou novamente atendimento médico. Realizada tomografia de tórax (IMAGEM Q17) e indicada toracocentese. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: 18. Homem, 56a, procura Unidade Básica de Saúde referindo dor em membro inferior ao caminhar. A hipótese diagnóstica é de claudicação intermitente por obstrução arterial crônica. Na anamnese, a descrição da localização e características da dor auxiliam neste diagnóstico. A ESTRUTURA ANATÔMICA CORRESPONDENTE À DOR REFERIDA PELO PACIENTE É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Trata-se de recém-nascido com distensão abdominal desde o nascimento, eliminação de mecônio após 48 horas de vida e, ao toque retal, ampola vazia com saída explosiva de fezes ao retirar o dedo. O padrão oficial e megacolon congenito, isto é, doença de Hirschsprung — aganglionose. O raciocínio: a ausência congênita de células ganglionares dos plexos mioentérico e submucoso no segmento distal impede o relaxamento, criando obstrução funcional com dilatação a montante. A perola são os dois sinais que a banca plantou: atraso na eliminação do mecônio além de 24 a 48 horas em recém-nascido a termo e o sinal do jato explosivo pos-toque. A confirmação vem pela biópsia retal.

QUESTÃO 19

Mulher, 38a, no oitavo dia de puerpério, parto cesárea. Procura Unidade de Emergência referindo edema do membro inferior esquerdo há dois dias, acometendo até a raiz da coxa, acompanhado de dor ao caminhar e alteração azulada do membro. O EXAME COMPLEMENTAR QUE CONFIRMA A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se o exame que confirma a hipótese, não o tratamento. Puerpera de cesárea com edema de todo o membro inferior esquerdo até a raiz da coxa, dor e cianose do membro tem quadro de trombose venosa profunda iliofemoral — a coloração azulada sugere a forma grave, flegmásia cerúlea dolens. O padrão oficial e ultrassonografia vascular com Doppler do membro. A perola é reconhecer o puerpério como estado de hipercoagulabilidade máximo (estase, lesão endotelial cirúrgica e fatores pro-coagulantes elevados) e lembrar que o D-dímero, além de fisiologicamente elevado na gestação e no puerpério, não confirma nada — serve para excluir em baixa probabilidade. O método de escolha é a compressibilidade venosa ao ultrassom.

QUESTÃO 20

Homem, 80a, procura a Unidade de Pronto Atendimento queixando-se de dor em baixo ventre há seis horas. Refere história de dificuldade para urinar e jato urinário fraco, com piora no último mês. Exame físico: abaulamento em baixo ventre, doloroso à palpação. O TRATAMENTO IMEDIATO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o tratamento imediato. Homem de 80 anos com sintomas obstrutivos progressivos (jato fraco, dificuldade miccional) que evolui com dor hipogástrica de seis horas e abaulamento doloroso em baixo ventre tem globo vesical por retenção urinária aguda, muito provavelmente secundária a hiperplasia prostática benigna. O padrão oficial e a desobstrução imediata: cateterismo/sondagem vesical de alívio. O raciocínio é que o abaulamento e a bexiga distendida, e nenhuma medida farmacológica resolve a dor ou protege o trato urinário superior a tempo. A perola é não se perder investigando a causa antes de aliviar — alfa-bloqueador, ultrassom e avaliação urológica vem depois; se a uretra for intransponível, recorre-se a cistostomia.

QUESTÃO 21

Menino, 3a e 6m, previamente hígido, é trazido à Unidade Básica de Saúde com queixa de dor em pênis. Mãe refere que a criança começou a reclamar de dor local durante o banho, após tê-lo deixado sozinho por alguns minutos. Nega febre, hematúria ou outras queixas. Nega doenças ou uso de medicamentos. Exame físico: bom estado geral, corado, hidratado, chorando muito. Inspeção genital: (IMAGEM Q21). Restante do exame sem alterações. A CONDUTA IMEDIATA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta imediata. Menino de 3 anos que passa a referir dor peniana após manipulação no banho, com aspecto genital característico, tem parafimose: o prepúcio retraído para trás da glândula não retorna e forma anel constritor, gerando edema progressivo e dor. O padrão oficial é a redução da parafimose. O raciocínio é que se trata de urgência urológica com risco isquêmico — a constrição compromete primeiro o retorno venoso e linfático e, mantida, evolui para sofrimento arterial e necrose da glândula. A perola prática e a técnica: analgesia, compressão manual sustentada da glândula para reduzir o edema e reposicionamento do prepúcio; se falhar, incisão dorsal do anel. Postectomia eletiva fica para depois.

QUESTÃO 22

Menina, 7a, previamente hígida, é levada ao Pronto-Socorro com febre (40°C) há um dia, associada a dor intensa na perna direita. Nas últimas horas, evoluiu com sonolência, delírio e anúria. Exame físico: mal estado geral; sonolenta; confusa; FC=180bpm; FR=28irpm; PA=73/32mmHg; oximetria de pulso=94% (ar ambiente); temperatura axilar=39,2°C. Perna direita=edema, calor, eritema, áreas de coloração violácea, sem focos de crepitação subcutânea, sem ferimentos. Exames laboratoriais: leucócitos=24.320/mm³; Proteína C reativa=320mg/dL; CPK=2.300U/L; Hemocultura=cocos gram positivos, em identificação. ALÉM DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS, QUAL OUTRO AGENTE ETIOLÓGICO DEVE SER CONSIDERADO E PRONTAMENTE TRATADO? PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - MANHÃ 6 23. Menino, 5a, é levado ao Pronto Atendimento com queixa de febre há dois dias, tosse produtiva e dificuldade respiratória. A mãe relata episódios frequentes de engasgos durante a alimentação e aumento da salivação. O paciente é alimentado por via oral com dieta pastosa. Antecedentes pessoais: paralisia cerebral tetraparética; três pneumonias nos últimos meses (última há dois meses). Exame físico: FR=35irpm; oximetria de pulso=91% (ar ambiente). Pulmões= murmúrio vesicular presente com roncos, sibilos e estertores à direita. Radiograma de tórax=opacidade heterogênea em topografia de lobo inferior direito. AS PNEUMONIAS RECORRENTES SÃO RESULTADO DE:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se qual agente somar ao *Staphylococcus aureus* na cobertura. Menina com febre alta, dor desproporcional em membro, edema com áreas violáceas, CPK elevada, choque (PA 73/32), anúria e rebaixamento configuram infecção necrosante de partes moles com síndrome do choque tóxico; a hemocultura mostra cocos gram-positivos. A resposta é *Streptococcus pyogenes*, o estreptococo beta-hemolítico do grupo A. O raciocínio: é o agente clássico da fasciite necrosante em criança previamente hígida e produtor de superantígenos, que explicam o choque precoce e a falência de múltiplos órgãos. A perla terapêutica é associar clindamicina ao betalactâmico, pela inibição da síntese de toxinas, além do desbridamento cirúrgico.

QUESTÃO 24

Menina, 5m, previamente hígida, é levada à Unidade Básica de Saúde com história de febre (38,5°C) de início súbito e persistente há 36h, associada a coriza, tosse e recusa alimentar. Refere boa aceitação de líquidos e diurese abundante. Nega vômitos, diarreia ou outras queixas. A mãe relata que há casos semelhantes na creche, incluindo uma professora. Refere ter administrado dipirona há uma hora. Exame físico: bom estado geral; corada; hidratada; eupneica; FC=112bpm; FR=31irpm; temperatura axilar=36,8°C; enchimento capilar=2segundos; pulsos cheios. Pulmões= murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios; restante do exame sem alterações. ALÉM DE ORIENTAR ANTITÉRMICO E HIDRATAÇÃO, O MEDICAMENTO INDICADO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o medicamento além de sintomáticos. Lactente de 5 meses com febre alta de início súbito, coriza e tosse há 36 horas, em bom estado geral, com surto de quadro semelhante na creche (inclusive em adulto) tem síndrome gripal. O padrão oficial é oseltamivir, e a banca deixa claro que nenhum outro medicamento pontua. O raciocínio está na estratificação de risco preconizada no Brasil: menores de 5 anos — sobretudo menores de 2 anos — integram os grupos de risco para complicações da influenza e devem receber o antiviral precocemente, idealmente nas primeiras 48 horas, independentemente de confirmação laboratorial e mesmo sem sinais de gravidade. A perla é não esperar exame nem prescrever antibiótico.

QUESTÃO 26

Menino, 3a, previamente hígido, é admitido convulsionando na Unidade de Emergência. Tem história de tosse, coriza e febre há um dia. Exame físico: FC=154bpm; FR=38irpm; temperatura axilar=36,1°C; oximetria de pulso=96% (ar ambiente); arresponsivo; pupilas isocóricas e fotorreagentes; movimentos tônico-clônicos. A MEDICAÇÃO E A VIA DE ADMINISTRAÇÃO SÃO:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se medicação e via em criança de 3 anos admitida em crise convulsiva ativa, no contexto de quadro febril recente. A resposta esperada é um benzodiazepínico: diazepam por via endovenosa ou retal, ou midazolam por via endovenosa, intramuscular, nasal ou bucal. O raciocínio é que o benzodiazepínico é a primeira linha de qualquer crise em curso por potencializar o GABA e interromper a descarga; a escolha da via depende do acesso disponível. A perla de prova é justamente essa flexibilidade: sem acesso venoso, não se perde tempo punccionando — usa-se diazepam retal ou midazolam IM/nasal. Fenitoina, fenobarbital e levetiracetam são drogas de segunda linha, para a crise que não cede.

QUESTÃO 29

Menino, 4d, é trazido para avaliação por lesões de pele que apareceram há dois dias. Mãe está preocupada porque acha que houve piora. Nega febre, inapetência, irritabilidade, hipoatividade ou outras queixas. Refere aleitamento materno complementado com fórmula láctea de partida. Antecedentes: nascido a termo (39 semanas e 5 dias) com 3.845g. Sorologias maternas logo antes do parto para HIV, hepatites B e C e sífilis= não reagentes. Exame físico: sem alterações, exceto por lesões de pele (IMAGEM Q29) que não estão presentes em regiões plantar e palmar. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese para lesões de pele surgidas no segundo dia de vida em recém-nascido a termo, hígido, sem febre e sem qualquer sinal sistêmico, com sorologias maternas negativas e poupando regiões palmar e plantar. O padrão oficial é eritema tóxico neonatal. O raciocínio é reconhecer uma dermatose benigna e autolimitada: maculas eritematosas com papula ou pustula central, de caráter migratório (por isso a mãe acha que piorou), tipicamente entre o segundo e o quarto dia de vida, com resolução espontânea em cerca de uma semana e sem necessidade de tratamento. A perola é o topográfico — poupar palmas e plantas ajuda a afastar sífilis congênita, e a ausência de toxemia afasta infecção bacteriana.

QUESTÃO 30

Criança nasce com 39 semanas de idade gestacional por parto vaginal, em apneia e cianótica. Após a ligadura do cordão umbilical, recebe os passos iniciais da reanimação. À reavaliação, encontra-se em apneia, com FC=90bpm. Realizada ventilação com pressão positiva em ar ambiente, mantendo apneia e bradicardia. O PRÓXIMO PASSO NO PROCESSO DE REANIMAÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o próximo passo da reanimação neonatal. O recém-nascido segue em apneia e bradicárdico após ventilação com pressão positiva em ar ambiente. O padrão oficial é verificar e corrigir a técnica de ventilação. O raciocínio é o pilar da reanimação neonatal: a bradicardia do recém-nascido e quase sempre hipoxia, e a ventilação efetiva e a intervenção que resolve — se não houve resposta, presume-se que a ventilação não está adequada. Checa-se posição da cabeça, vedação da máscara, permeabilidade de vias aéreas, pressão e frequência, e considera-se aumentar a oferta de oxigênio ou usar via aérea avançada. A perola é não pular direto para massagem cardíaca ou adrenalina antes de garantir ventilação adequada.

QUESTÃO 31

Mulher, 30a, G3P0A2, com 21 semanas de gestação, procura o Pronto Atendimento Ginecológico com queixa de aumento de secreção vaginal há dois dias. Nega dor, sangramento ou contrações. Exames laboratoriais dentro da normalidade. Ultrassonografia obstétrica morfológica de primeiro trimestre sem alterações. Exame especular (IMAGEM Q31). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica. Gestante de 21 semanas com duas perdas gestacionais prévias, que procura atendimento apenas por aumento de secreção vaginal — sem dor, sem contrações e sem sangramento — e cujo exame especular mostra colo alterado, tem insuficiência (ou incompetência) istmocervical. O raciocínio está na dissociação clássica: dilatação cervical indolor no segundo trimestre, com herniação das membranas, na ausência de trabalho de parto. Abortamento tem dor e sangramento; trabalho de parto prematuro tem contrações. A perola é o antecedente obstétrico de perdas de repetição no segundo trimestre, que já levantaria a suspeita antes mesmo do exame — a conduta seria a cerclagem.

QUESTÃO 32

Mulher, 31a, nuligesta, com queixa de dismenorreia e disporeunia de penetração. Nega disporeunia de profundidade, dor acíclica, dor ao evacuar ou ao urinar. Ultrassonografia transvaginal= útero em medioversão, volume= 49,70cm³, aspecto globoso; miométrio de textura heterogênea com estrias no miométrio externo e perda da interface miométrio-endométrio; linha endometrial=3,5mm. Ovários sem alterações. Fundo de saco posterior com espessamento tipo III= 28x16x11mm. Lesão em parede de íleo terminal=17x13x7mm. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta. Nuligesta com dismenorreia e disporeunia, ultrassom com útero globoso, miométrio heterogêneo com estrias e perda da interface miométrio-endométrio (adenomiose), espessamento tipo III do fundo de saco posterior e lesão na parede do íleo terminal: e endometriose profunda com acometimento intestinal. O padrão oficial e tratamento cirúrgico, e a banca avisa que qualquer conduta não cirúrgica isolada não pontua. O raciocínio: lesão intestinal infiltrativa não regride com bloqueio hormonal e carrega risco de obstrução. A perla é diferenciar da endometriose superficial ou da adenomiose isolada, onde o tratamento clínico e a primeira linha — o nódulo profundo em alca muda a conduta.

QUESTÃO 33

Mulher, 28a, casada, faz uso de contraceptivo oral combinado. Procura o ginecologista para saber se pode manter este método, com o qual está bem adaptada. Traz exame de ressonância magnética mostrando hiperplasia nodular hepática. Exame físico: PA=120/80mmHg; IMC=30kg/m². A ORIENTAÇÃO NESTE CASO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se a orientação sobre o contraceptivo. Mulher de 28 anos, bem adaptada ao contraceptivo oral combinado, com ressonância mostrando hiperplasia nodular focal do fígado. O padrão oficial é que ela pode manter o método. O raciocínio está nos critérios de elegibilidade da OMS: a hiperplasia nodular focal e categoria 2 — benefícios superam riscos — porque não há evidência de que o estrogênio a cause ou faça progredir, e trata-se de lesão benigna sem potencial maligno. A perla é não confundir com adenoma hepatocelular, este sim hormônio-dependente, com risco de sangramento e de transformação, no qual o combinado é contraindicado (categoria 4), assim como no hepatocarcinoma e na cirrose descompensada.

QUESTÃO 36

Primigesta, 40a, hipertensa crônica, com 34 semanas de gestação. Procura o Pronto Atendimento por piora no controle pressórico, queixa de cefaleia e embaçamento visual. Durante a espera para o atendimento, apresentou convulsão. Foi levada à sala de Urgência, para os cuidados iniciais, sendo realizada dose de ataque de sulfato de magnésio (4g intravenoso) e instalada dose de manutenção (1g/h). Após 20 minutos, apresenta nova convulsão, com PA 140/90mmHg. Realizada estabilização e proteção de vias aéreas. EM RELAÇÃO AO SULFATO DE MAGNÉSIO, A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta específica com o sulfato de magnésio. Gestante com eclampsia que, já em dose de manutenção de 1 g/h após ataque de 4 g, apresenta nova convulsão. A resposta esperada é administrar mais 2 g de sulfato de magnésio por via intravenosa — metade da dose de ataque inicial — e a banca é explícita: a resposta só pontua se citar os 2 g. O raciocínio é que a recorrência convulsiva sob magnésio indica nível sérico insuficiente, e a correção é um bolus adicional, com eventual aumento da manutenção, e não a troca por benzodiazepínico ou fenitoína. A perola prática é sempre reavaliar a toxicidade antes de repetir: reflexo patelar presente, frequência respiratória e diurese; o antidoto é o gluconato de cálcio.

QUESTÃO 37

Mulher, 28a, apresenta nódulo palpável de 1,5cm no quadrante superior medial da mama esquerda, distando 4cm do mamilo, móvel e indolor. Ultrassonografia: Sistema de relatório de dados e imagem da mama (BI-RADS) categoria 3. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta diante de nódulo mamário palpável em mulher jovem classificado como BI-RADS 3 a ultrassonografia. O padrão oficial é repetir a ultrassonografia em 6 meses. O raciocínio é o significado da categoria: BI-RADS 3 é a lesão provavelmente benigna, com risco de malignidade abaixo de 2%, e a conduta preconizada é o seguimento de curto intervalo — habitualmente aos 6, 12, 24 e 36 meses — em vez de biópsia. A perola é não escalonar a conduta só porque o nódulo é palpável: a classificação já incorpora as características de imagem. Biópsia entraria a partir do BI-RADS 4, e mudança de tamanho ou de aspecto durante o seguimento reclassifica a lesão.

QUESTÃO 38

Mulher, 25a, primigesta, 12 semanas e 4 dias, vem para segunda consulta de pré-natal. Assintomática. Exames: sorologia de toxoplasmose= IgM positiva, IgG negativa. Ultrassonografia morfológica normal. Prescrito espiramicina 3g/dia. O PRÓXIMO PASSO NA INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o próximo passo da investigação. Gestante de 12 semanas com IgM positiva e IgG negativa para toxoplasmose já em uso de espiramicina. O padrão oficial é repetir a sorologia. O raciocínio é que esse perfil é ambíguo e não confirma infecção aguda: pode representar infecção muito recente, ainda antes da soroconversão da IgG, ou — muito mais comum — IgM falso-positiva, já que a IgM pode persistir por meses ou reagir de forma inespecífica. Repetindo em duas a três semanas, a viragem da IgG confirma a infecção aguda; se a IgG permanecer negativa, trata-se de falso-positivo e a espiramicina pode ser suspensa. A perola é não partir para amniocentese/PCR antes de comprovar a infecção materna.

QUESTÃO 39

Mulher, 30 a, submetida a rastreamento de câncer de colo de útero com DNA-HPV oncogênico. Resultado positivo para HPV não 16/18 (HPV outros). A citologia reflexa apresentou resultado de alterações celulares inflamatórias. A ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO AO RASTREAMENTO DE CâNCER DE COLO DE ÚTERO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pergunta-se a orientação de rastreamento. Mulher de 30 anos com teste de DNA-HPV oncogênico positivo para tipos 16/18 e citologia reflexa apenas com alterações inflamatórias, ou seja, sem atipias. O padrão oficial é repetir o teste de DNA-HPV em 1 ano. O raciocínio segue a lógica do rastreamento molecular adotado no Brasil: HPV 16 ou 18 positivo encaminha direto para colposcopia pelo risco elevado; já os demais tipos oncogênicos, com citologia negativa, tem risco baixo no curto prazo e a maioria das infecções é transitória e regride espontaneamente. A perla é não supertratar — colposcopia só se a citologia reflexa vier alterada ou se o teste persistir positivo na repetição de um ano.

QUESTÃO 43

Uma equipe interdisciplinar discute um caso que está evoluindo mal. Inicialmente, escutando cada um dos profissionais que conhece o paciente, a equipe busca fazer uma lista dos problemas mais importantes e definir os objetivos de curto, médio e longo prazo e as ações necessárias para cada um dos problemas. O NOME DO DISPOSITIVO RECOMENDADO PELA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO, E ELABORADO NA REUNIÃO DE EQUIPE É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão descreve uma reunião de equipe interdisciplinar que escuta cada profissional, constroi uma lista de problemas e define objetivos de curto, médio e longo prazo com as ações correspondentes. O dispositivo é o Projeto Terapêutico Singular (também chamado plano terapêutico singular). O raciocínio é reconhecer os quatro momentos que a banca praticamente descreve: diagnóstico ampliado, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. A perla é o adjetivo singular — o cuidado é desenhado para aquele sujeito concreto, com participação dele e da família, superando a lógica de protocolo único. É um dos dispositivos centrais da Política Nacional de Humanização, tipicamente aplicado a casos complexos.

QUESTÃO 44

Em um hospital, instituiu-se que todas as interconsultas devem conter o pedido por escrito e o contato direto entre o profissional que solicita e o membro da equipe que irá realizar a interconsulta. A devolutiva da interconsulta deve seguir o mesmo trâmite. A responsabilidade de condução global do caso permanece com a equipe demandante. DE ACORDO COM A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E DA GESTÃO, A DIRETRIZ FORTALECIDA POR ESTA PROPOSTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a diretriz da Política Nacional de Humanização fortalecida pelo arranjo descrito: pedido escrito, contato direto entre solicitante e consultor, devolutiva pelo mesmo caminho e, sobretudo, manutenção da responsabilidade global do caso com a equipe que demandou. A resposta é equipe de referência (equipe responsável), com ampliação de gabarito para acolhimento, clínica ampliada, cogestão e matriciamento. O raciocínio está na frase-chave: quem conduz o caso continua sendo a equipe de referência, e o especialista atua como apoio — lógica do apoio matricial, que combate a fragmentação do cuidado e a transferência de responsabilidade. A perla é associar vínculo e continuidade à equipe de referência.

QUESTÃO 46

Considerando a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, QUAL DEVE SER A PROPORÇÃO DE REPRESENTANTES DOS USUÁRIOS NOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AOS DEMAIS MEMBROS (GESTORES E TRABALHADORES)?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a composição dos conselhos de saúde. A resposta é 50%, ou seja, os usuários ocupam metade das vagas, de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. O raciocínio vem da Lei 8.142/90 e da Resolução 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde: a representação é paritária entre usuários e o restante, e esse restante se distribui em 25% de trabalhadores da saúde e 25% de gestores e prestadores de serviço. A perla é entender o sentido político dessa regra — garantir que o controle social não seja diluído pelo poder institucional, assegurando ao usuário peso decisório equivalente ao de gestores e trabalhadores somados. Vale também para as conferências de saúde.

QUESTÃO 49

Mulher, 32a, técnica de enfermagem há três anos. Refere o aparecimento de lesões nas mãos há seis meses, que melhoram com uso de pomada de corticoide. Relata melhora durante o período de férias, com reaparecimento das lesões no retorno. Exame físico: Pele=lesões eritemato-descamativas em região dorsal das mãos e regiões interdigitais bilaterais. O EXAME COMPLEMENTAR QUE CONFIRMA O DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o exame que confirma a etiologia. Técnica de enfermagem com lesões eritemato-descamativas no dorso das mãos e regiões interdigitais, que melhoram com corticoide e nas férias e recidivam ao voltar ao trabalho: o padrão temporal atrelado à exposição ocupacional aponta dermatite de contato alérgica. O padrão oficial é o teste de contato — patch teste ou teste epicutâneo. O raciocínio é que a dermatite de contato alérgica é uma hipersensibilidade tardia, tipo IV, mediada por linfócitos T, e o patch test reproduz essa reação aplicando a bateria de alérgenos com leitura em 48 e 96 horas. A perla é não confundir com o prick test, que investiga hipersensibilidade imediata (IgE) e não serve aqui.

QUESTÃO 50

Mulher, 44a, é acompanhada na Unidade Básica de Saúde por quadro de tosse e falta de ar. Antecedentes: trabalhou com confecção de prótese dentária por cerca de 14 anos, cessando esta atividade há cinco anos. Exame físico: PA=114/68mmHg; FC=70 bpm; FR=20irpm; oximetria de pulso=92% (ar ambiente). Ausculta pulmonar com estertores em terço médio. Baciloscopia de escarro=negativa. Tomografia computadorizada de tórax (IMAGEM Q50). A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ETIOLÓGICA É: Processo Seletivo Residência Médica 2026 Imagens- Acesso Direto - manhã 1 Imagem Q02 Imagem Q10 Imagem Q12 Processo Seletivo Residência Médica 2026 Imagens- Acesso Direto - manhã 2 Imagem Q13 Imagem Q17 Imagem Q21 Processo Seletivo Residência Médica 2026 Imagens- Acesso Direto - manhã 3 Imagem Q29 Imagem Q31 Processo Seletivo Residência Médica 2026 Imagens- Acesso Direto - manhã 4 Imagem Q34 Imagem Q50

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese etiológica. Mulher com tosse e dispneia, hipoxemia leve e estertores, com história ocupacional de 14 anos na confecção de próteses dentárias e baciloscopia negativa. O padrão oficial é silicose — pneumopatia crônica por sílica. O raciocínio é a associação ocupacional: o trabalho com jateamento, desgaste e polimento de material odontológico gera poeira rica em sílica cristalina, e a doença tem longo período de latência, podendo se manifestar ou progredir anos após o afastamento, como aqui. A perla é a dupla armadilha da banca: pensar em tuberculose (que a silicose de fato predispõe, mas com baciloscopia negativa) e esquecer de perguntar a ocupação — sem a anamnese ocupacional, o diagnóstico não se faz.