



Unicamp — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

35 questões · gabarito oficial e comentário autoral da equipe OsceLabs em cada questão
tarde (respostas curtas)

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

Comentários: produção original OsceLabs.

oscelabs.com.br

QUESTÃO 51

Mulher, 34a, admitida no Pronto Socorro com queixa de fraqueza e dor muscular progressiva há três dias, associada a náuseas, constipação e câibras. Nega febre ou outros sintomas associados. Antecedentes: previamente hígida, nega tabagismo ou etilismo. Usando fórmula para emagrecimento que copiou de uma rede social, contendo furosemida e levotiroxina. Exame físico: bom estado geral; corada; desidratada; eupneica; PA=102/68mmHg; FC=92bpm; FR=14 irpm; temperatura axilar=36,4°C; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Força muscular 3/5 em membros inferiores e 4/5 em membros superiores, sensibilidade preservada, ausência de edema. Exames laboratoriais: ureia=78mg/dL; creatinina=1,8mg/dL; potássio=2,3mEq/L; sódio=140mEq/L; cálcio=7,5mg/dL; TSH=2,1uU/L; exame de urina=hemoglobina 3+, proteínas 1+, hemácias 1 por campo, leucócitos 2 por campo. O EXAME LABORATORIAL QUE CONFIRMA O DIAGNÓSTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que confirma o diagnóstico, e a resposta oficial é a dosagem de creatinofosfoquinase (CPK) sérica. O raciocínio: a fórmula de emagrecimento contém furosemida, que espolia potássio — daí o K de 2,3 mEq/L, as câibras, a constipação e a fraqueza proximal. A hipocalcemia grave é causa clássica de rabdomiólise, e a pista de ouro está no exame de urina: hemoglobina 3+ com apenas 1 hemácia por campo. Essa dissociação significa que a fita está detectando mioglobina, não sangue. Some-se a isso a lesão renal aguda (creatinina 1,8) por nefropatia pigmentar. A pérola de prova é justamente essa: fita positiva para sangue sem hematúria ao microscópio = mioglobinúria, e o CPK muito elevado é quem sela a rabdomiólise.

QUESTÃO 52

Homem, 46a, comparece para atendimento com queixa de náuseas, vômitos, diarreia e redução do volume urinário há um dia. Nega febre, disúria ou outros sintomas associados. Antecedentes: hipertensão arterial há 8 anos. Medicação em uso: losartana 25mg/dia e amlodipina 10mg/dia. Exame físico: bom estado geral; corado; eupneico; presença de edema maleolar 1+/4+; PA=102/64mmHg; FC=108bpm; FR=16irpm; temperatura axilar=36,8°C; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações. Exames laboratoriais realizados há um mês: ureia=45mg/dL; creatinina=1,2mg/dL. Exames laboratoriais hoje: ureia=110mg/dL; creatinina=2,0mg/dL; sódio=140mEq/L; albumina=3,6g/dL. Creatinina urinária=100mg/dL, sódio urinário=10mEq/L, exame de urina=proteínas ausentes, hemácias 1/campo, leucócitos 5/campo. ALÉM DA SUSPENSÃO DA TERAPIA ANTI-HIPERTENSIVA, A CONDUTA TERAPÊUTICA INDICADA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta terapêutica além de suspender o anti-hipertensivo, e o padrão aceita reposição volêmica endovenosa com cristalóide. O caso é de lesão renal aguda pré-renal: perdas digestivas de um dia, oligúria, taquicardia (FC 108) e PA relativamente baixa para um hipertenso crônico, com creatinina subindo de 1,2 para 2,0. Os índices urinários confirmam rim ávido por sódio — sódio urinário de 10 mEq/L e fração de excreção baixa —, e a urina sem proteínas nem cilindros afasta necrose tubular aguda e causa glomerular. Nesse cenário o rim está funcionando bem, apenas mal perfundido. A pérola: losartana e amlodipina agravam a queda da filtração na hipovolemia; suspendê-las e reexpandir com cristalóide isotônico corrige o quadro.

QUESTÃO 54

Mulher, 64a, procura atendimento por fadiga progressiva, formigamento nos pés e dificuldade para caminhar há dois meses. Refere perda de apetite e emagrecimento nos últimos seis meses. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de hidroclorotiazida. Exame físico: palidez cutaneomucosa e glossite atrófica. Hemograma: hemoglobina=8,3g/dL; leucócitos=2.200/mm³; plaquetas=70.000/mm³; LDH=1800U/L; bilirrubina total=2,1mg/dL (indireta=1,4mg/dL, direta=0,7mg/dL). Análise morfológica do esfregaço (IMAGEM Q54). O EXAME COMPLEMENTAR MAIS ÚTIL PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão quer o exame que confirma o diagnóstico, e a resposta esperada é a dosagem sérica de vitamina B12 (cobalamina). Tudo aponta para anemia megaloblástica: paciente idosa com anemia, leucopenia e plaquetopenia — ou seja, pancitopenia por eritropoese ineficaz —, glossite atrófica e, sobretudo, sintomas neurológicos (parestesia dos pés e marcha alterada), que são marca da carência de B12 e não do folato. LDH muito alto (1800) com bilirrubina indireta elevada não é hemólise periférica, e sim hemólise intramedular, achado típico da megaloblastose. O esfregaço complementa com macrocitose e neutrófilos hipersegmentados. A pérola de prova: pancitopenia com LDH altíssimo e sintomas cordonais posteriores obriga a dosar B12 antes de pensar em medula.

QUESTÃO 55

Homem, 45 anos, trabalhador rural, procura atendimento por fraqueza intensa, perda de peso significativa (mais de 10 kg em 4 meses), náuseas, escurecimento da pele e episódios recorrentes de lipotimia. Relata febre baixa vespertina e tosse seca. Exame físico: emagrecido; hiperpigmentação em mucosas orais e palmas; PA=82/56mmHg; FC=88bpm; temperatura axilar=37,1°C. Exames laboratoriais: hemoglobina=11,5g/dL; sódio=126mEq/L; potássio=5,4mEq/L; glicemia=63mg/dL; creatinina=1,0mg/dL. Sorologia para Paracoccidioides brasiliensis: positiva. A ALTERAÇÃO HORMONAL HIPOFISÁRIA ESPERADA NESTE CASO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a alteração hormonal hipofisária, e o padrão é ACTH elevado. O caso é de insuficiência adrenal primária (doença de Addison) por paracoccidioidomicose disseminada — trabalhador rural, febre vespertina, tosse seca, emagrecimento e sorologia positiva; a suprarrenal é sítio clássico de acometimento pelo fungo. O quadro bioquímico é o clássico da falência do córtex: hiponatremia, hipercalemia, hipoglicemia e hipotensão, pela perda conjunta de cortisol e aldosterona. Como a lesão é na glândula-alvo, não há cortisol para frear o eixo, e a hipófise responde secretando ACTH em excesso. A pérola: é justamente esse ACTH alto que, por conter o fragmento MSH, produz a hiperpigmentação de mucosa oral e pregas palmares descrita no exame físico.

QUESTÃO 57

Homem, 46a, com quadro de artrite de joelho direito há sete meses. Refere tosse seca com episódios de febre vespertina (não aferida) e queda do estado geral. Nos antecedentes relata que, quando criança, tratou uma infecção na coluna. Realizada biópsia da membrana sinovial do joelho acometido. (IMAGEM Q57). O AGENTE ETIOLÓGICO MAIS PROVÁVEL É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026-ACESSO DIRETO - TARDE 3

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o agente etiológico, e a resposta é o *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch). A construção do caso é toda a favor: monoartrite de joelho arrastada por sete meses — evolução crônica, incompatível com artrite séptica piogênica, que é aguda e fulminante —, associada a sintomas consumptivos com tosse seca e febre vespertina. O antecedente de 'infecção na coluna' tratada na infância remete ao mal de Pott, indicando doença tuberculosa prévia com possibilidade de reativação. A biópsia sinovial fecha o raciocínio ao mostrar granuloma com necrose caseosa. A pérola de prova: diante de artrite crônica monoarticular com granuloma caseoso, pensa-se em tuberculose osteoarticular, cuja forma articular periférica mais comum acomete joelho e quadril.

QUESTÃO 59

Mulher, 39a, procurou Unidade Básica de Saúde há um mês por caroço no pescoço, notado há dois meses. Retornou hoje para trazer resultado de exames. Antecedentes: sem comorbidades. Medicações: nenhuma. Exame físico: PA=118/70mmHg; FC=78bpm; FR=14irpm; temperatura axilar=36,5°C. Exames laboratoriais: TSH=2,1uUI/mL; T4Livre=1,1ng/dL. Ultrassonografia de tireoide: nódulo sólido hipoecoico, 1,6cm, com microcalcificações, em lobo tireoidiano direito; não foram observados linfonodomegalias. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta, e o padrão é encaminhar para punção aspirativa por agulha fina (PAAF). A paciente é eutireoidiana (TSH e T4 livre normais), o que já afasta a investigação de nódulo hiperfuncionante — cintilografia só entraria se o TSH estivesse suprimido. A ultrassonografia descreve um nódulo com características francamente suspeitas: sólido, hipoecoico e com microcalcificações, achados de alto risco nas classificações tipo TI-RADS/ACR. Com 1,6 cm e esse padrão sonográfico, o limiar para punção está claramente ultrapassado. A pérola de prova: em nódulo tireoidiano com TSH normal, quem decide a punção é o tamanho somado ao padrão ecográfico de suspeição, e a PAAF é o exame que define a natureza da lesão antes de qualquer indicação cirúrgica.

QUESTÃO 60

Homem, 33a, procura a Unidade de Emergência referindo febre há uma semana e olhos amarelados há quatro dias, além de desconforto abdominal, náuseas e vômitos. Exame físico: icterico, afebril, com dor à palpação do hipocôndrio direito. Exames laboratoriais: hemoglobina=15g/dL; leucócitos=6.500/mm³; plaquetas=169.000/mm³; ALT=3.500UI/mL; AST=2.500UI/mL; fosfatase alcalina=245UI/mL; gamaGT=185U/L; bilirrubina total=4,5mg/dL (direta=3,0mg/dL); RNI=1,7. O DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - TARDE 4

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico nosológico e o padrão exige a expressão completa: hepatite aguda grave. Não basta escrever 'hepatite aguda' — a gravidade é parte da resposta e é onde mora a pegadinha. O padrão bioquímico é de lesão hepatocelular pura e intensa: transaminases acima de 2.000 UI com predomínio de ALT sobre AST, enquanto fosfatase alcalina e gama-GT sobem apenas discretamente, o que afasta obstrução biliar. A icterícia é de padrão direto, compatível com colestase intra-hepática da própria inflamação. O que qualifica a gravidade é o RNI de 1,7: alargamento do tempo de protrombina significa falência da síntese hepática de fatores de coagulação. A pérola: INR igual ou acima de 1,5 sem encefalopatia define hepatite aguda grave; com encefalopatia, já seria insuficiência hepática aguda.

QUESTÃO 64

Adolescente, 15a, apresenta dor testicular súbita e intensa há duas horas, sem sinais de infecção. O TEMPO MÁXIMO IDEAL PARA REALIZAR INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E PRESERVAR A FUNÇÃO TESTICULAR É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o tempo máximo ideal para a cirurgia, e o padrão aceita até 6 horas do início dos sintomas (ou até cerca de 4 horas contadas do atendimento). O quadro descrito — dor testicular súbita e intensa em adolescente, sem sinais infecciosos — é torção do cordão espermático até prova em contrário, e o tempo aqui é tecido. A torção interrompe primeiro o retorno venoso e depois o fluxo arterial, produzindo isquemia progressiva da gônada. Dentro das primeiras seis horas a taxa de salvamento testicular beira 90 a 100%; entre 12 e 24 horas cai drasticamente, e após 24 horas a viabilidade é próxima de zero, restando a orquiectomia. A pérola de prova: torção é diagnóstico clínico e indicação de exploração cirúrgica imediata — nenhum exame de imagem deve atrasar o centro cirúrgico.

QUESTÃO 65

Mulher, 68a, apresenta ascite e múltiplas imagens hepáticas sugestivas de lesões secundárias em ultrassonografia. Tomografia computadorizada de abdome: presença de ascite, nódulos hepáticos hipocaptantes compatíveis com lesões metastáticas e espessamento da flexura hepática do cólon. Ascite não punçionável devido ao seu pequeno volume. O EXAME INDICADO PARA CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o exame que confirma o diagnóstico, e o padrão é a colonoscopia com biópsia da lesão (biópsia da flexura hepática do cólon). O raciocínio é encontrar o sítio primário: a tomografia mostra espessamento da flexura hepática do cólon, achado que identifica o tumor de origem, enquanto os nódulos hepáticos hipocaptantes e a ascite representam a doença secundária. Como a ascite tem volume pequeno e não é punçionável, a citologia oncótica do líquido está descartada como via diagnóstica. Restam então a abordagem do primário ou a biópsia hepática, e a colonoscopia é superior por ser menos invasiva, permitir a visão direta e o mapeamento da lesão e ainda fornecer histologia. A pérola: sempre que houver lesão primária acessível endoscopicamente, é dela que se tira o diagnóstico, não da metástase.

QUESTÃO 66

Homem, 29a, vítima de trauma moto x caminhão. Deu entrada na Unidade de Pronto Atendimento. Exame físico: PA=100/78mmHg; FC=122bpm; oximetria de pulso=97% (ar ambiente). Instabilidade da pelve à esquerda, sem outras lesões. Radiograma (IMAGEM Q66): DE ACORDO COM AS RECOMENDAÇÕES DO SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NO TRAUMA, EM RELAÇÃO À ALTERAÇÃO PÉLVICA, A CONDUTA IMEDIATA É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - TARDE 5

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão cobra a conduta IMEDIATA do ATLS diante de fratura pélvica instável com sinais de choque (taquicardia de 122bpm, PA limitofe) após trauma de alta energia. A resposta esperada é a estabilização mecânica da pelve com cinta pélvica ou lençol amarrado, obrigatoriamente apoiado ao NÍVEL DOS TROCANTERES MAIORES — não na crista ilíaca. O raciocínio: na fratura em livro aberto o volume pélvico aumenta e o hematoma retroperitoneal deixa de sofrer tamponamento; fechar o anel reduz esse volume, aproxima os fragmentos e favorece a hemostasia, ganhando tempo até angioembolização ou packing. Pérola de prova: a banca só pontuou quem citou o nível trocântero — dizer apenas 'estabilizar a pelve' não vale, porque a cinta alta é erro técnico clássico e não fecha o anel.

QUESTÃO 67

Homem, 62a, com neoplasia primária de pulmão à esquerda, apresentou a síndrome de Horner no momento do diagnóstico. Há dois dias iniciou quadro de rouquidão. Laringoscopia=paralisia da prega vocal à esquerda. DIANTE DA EVOLUÇÃO DO QUADRO, A ESTRUTURA ANATÔMICA ACOMETIDA PELO TUMOR QUE JUSTIFICA O ACHADO ATUAL É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a estrutura anatômica acometida que explica o achado novo, e a resposta é o nervo laríngeo recorrente esquerdo (também chamado laríngeo inferior). A rouquidão de instalação recente com paralisia de prega vocal esquerda à laringoscopia traduz lesão desse nervo, ramo do vago responsável pela inervação motora de quase toda a musculatura intrínseca da laringe. A anatomia explica a lateralidade e a vulnerabilidade: à esquerda o recorrente desce até o tórax, contorna o arco aórtico sob o ligamento arterioso e volta ao pescoço, percorrendo a janela aortopulmonar e o mediastino — território invadido por tumores pulmonares do lado esquerdo. A pérola: a síndrome de Horner do enunciado já indicava comprometimento da cadeia simpática cervical, e o novo sintoma marca extensão do tumor a outra estrutura mediastinal.

QUESTÃO 69

Homem, 62a, com história de angina persistente e incapacitante, mesmo com tratamento clínico otimizado, é encaminhado para avaliação ambulatorial. Traz cateterismo cardíaco=estenose crítica de tronco de coronária esquerda, doença multiarterial, função ventricular esquerda reduzida. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta, e o padrão só pontua revascularização cirúrgica do miocárdio — angioplastia ou abordagem percutânea explicitamente não pontuam. O paciente reúne a tríade que consagra a cirurgia como superior: lesão crítica de tronco de coronária esquerda, doença multiarterial e disfunção ventricular esquerda. Some-se a isso a angina refratária a tratamento clínico otimizado, que já é indicação de revascularização por si só. Nesse perfil anatômico e funcional, a cirurgia com enxertos, sobretudo usando a artéria torácica interna esquerda para a descendente anterior, demonstra ganho de sobrevida e menor necessidade de novos procedimentos em comparação com o stent. A pérola de prova: tronco somado a multiarterial e fração de ejeção reduzida é o cenário-padrão da cirurgia, não do cateterismo terapêutico.

QUESTÃO 70

Mulher, 25a, motociclista, é trazida à Unidade de Emergência após sofrer lesão na região cervical por linha com cerol. Exame físico: consciente; orientada; PA=126/73mmHg; FC=97bpm; FR=14irpm; oximetria de pulso=96% (ar ambiente). A lesão (IMAGEM Q70) apresentava mínimo sangramento. CONSIDERANDO A TOPOGRAFIA DA LESÃO, O SINAL QUE INDICA COMPROMETIMENTO DE VIA AÉREA SUPERIOR É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o sinal que indica comprometimento da via aérea superior, e o padrão exige a ideia de saída de ar pelo ferimento: escape aéreo, borbulhamento, ferimento soprante ou fluxo de ar durante os movimentos respiratórios. A banca é explícita ao não pontuar enfisema subcutâneo, estridor e alteração da fala. A lógica é topográfica: o ferimento cervical por linha com cerol é anterior e superficial em relação à laringe e à traqueia; se a coluna aérea foi violada, o ar sai diretamente pela ferida a cada ciclo respiratório, e esse é o sinal direto e inequívoco de comunicação da via aérea com o meio externo. A pérola de prova: em trauma cervical penetrante, a saída de ar pela lesão é sinal duro de lesão aerodigestiva e obriga controle definitivo da via aérea, mesmo com sangramento mínimo e paciente estável.

QUESTÃO 72

Menino, 11m, previamente hígido, é levado ao Pronto Atendimento com história de febre, inapetência e vômitos há quatro dias. Nega outros sintomas. Nega doenças ou uso de medicamentos. Exame físico: FC=120bpm; FR=27irpm; PA=82/53mmHg; enchimento capilar=2segundos; pulsos cheios. Abdome: flácido, fígado palpável a 3cm do rebordo costal direito. Exame neurológico normal. Pesquisa do antígeno NS1 positiva. QUAL É A CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE DA DOENÇA DE ACORDO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE (DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO, 2024)?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a classificação de gravidade segundo o Ministério da Saúde, e a resposta é dengue com sinais de alarme, o grupo C — responder apenas 'dengue' não pontua. O NS1 positivo confirma a etiologia, e o que define o grupo é o achado do exame físico: fígado palpável a 3 cm do rebordo costal direito. Hepatomegalia maior que 2 cm é sinal de alarme formal na classificação brasileira, ao lado de dor abdominal intensa e contínua, vômitos persistentes, letargia ou irritabilidade, sangramento de mucosa, acúmulo de líquidos e aumento do hematócrito com queda de plaquetas. Note que a criança não tem choque — enchimento capilar de 2 segundos, pulsos cheios —, o que a mantém fora do grupo D. A pérola: grupo C exige internação e hidratação endovenosa imediata com 10 mL/kg de cristalóide.

QUESTÃO 73

Menina, 3a, é trazida à Unidade Básica de Saúde para consulta de puericultura e a mãe queixa-se de que está com os joelhos virados para dentro. Nega fatores desencadeantes, dor ou alterações locais. Nega quedas frequentes. Criança andou com 1 ano e, no momento, acha a criança bem esperta, com bom desenvolvimento. Nega antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Frequenta a creche e brinca bastante ao ar livre. Exame Físico: bom estado geral; corada; hidratada; eupneica; IMC=escore Z +1,8; estatura=escore Z +1,1; inspeção dos joelhos (imagem); restante sem alterações. A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta, e o padrão aceita observação, seguimento clínico ou simplesmente tranquilizar a mãe explicando que se trata de variação normal — qualquer exame complementar, encaminhamento ou tratamento não pontua. O geno valgo é fisiológico nessa faixa etária: o eixo dos membros inferiores evolui de varo no primeiro ano de vida para valgo máximo por volta dos 3 a 4 anos, alinhando-se espontaneamente até os 7 anos. Os elementos que descartam patologia estão todos no enunciado: quadro indolor, simétrico, sem quedas frequentes, sem antecedentes familiares, criança com estatura acima da média e desenvolvimento adequado. A pérola de prova: sinais de alarme que mudariam a conduta seriam assimetria, dor, baixa estatura, deformidade progressiva ou desvio persistente após os 7 a 8 anos.

QUESTÃO 74

Menino, 3m, está em consulta de rotina na Unidade Básica de Saúde. Mãe refere estar muito preocupada porque o filho continua apresentando episódios frequentes de golfadas (sic), com piora há 15 dias. Refere que o quadro teve início nas primeiras semanas de vida e que acontecem após quase todas as mamadas, com conteúdo leitoso. Nega irritabilidade, recusa alimentar ou outras queixas. Refere evacuações pastosas duas vezes ao dia, e diurese clara e abundante sete vezes ao dia. Está em aleitamento materno exclusivo desde o nascimento. Antecedentes pessoais: prematuro tardio (36semanas e 4dias), sem necessidade de internação. O exame físico é normal e o ganho ponderal é de 30g/dia. O DIAGNÓSTICO NOSOLÓGICO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o diagnóstico nosológico, e o padrão aceita regurgitação do lactente ou refluxo gastroesofágico fisiológico. Todos os marcadores de benignidade estão presentes: início nas primeiras semanas de vida, episódios pós-mamada com conteúdo leitoso e sem esforço, ausência de irritabilidade e de recusa alimentar, exame físico normal, diurese e evacuações adequadas. O dado que decide a questão é o ganho ponderal de 30 g por dia, muito acima do esperado para a idade — a criança está prosperando, o que exclui doença do refluxo gastroesofágico. A regurgitação decorre da imaturidade do esfíncter esofágico inferior, do esôfago intra-abdominal curto e da dieta exclusivamente líquida, resolvendo-se espontaneamente até os 12 a 18 meses. A pérola: a conduta é orientação e tranquilização, sem exames nem medicação.

QUESTÃO 75

Uma professora na classe de crianças escolares de 5 a 6 anos presencia um menino da sala manipulando a região pubiana de uma colega da mesma idade, com a mão colocada embaixo da roupa íntima da mesma. Ela chama os dois alunos e conversa com ambos sobre o ocorrido, alertando as famílias. O COMPORTAMENTO DAS CRIANÇAS É DEFINIDO COMO:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a definição do comportamento observado, e o padrão é jogos sexuais infantis, aceitando sinônimos que traduzam normalidade para a faixa etária. A leitura correta parte de três elementos: as crianças têm a mesma idade, portanto não há diferença de poder, tamanho ou estágio de desenvolvimento entre elas; o contexto é exploratório e curioso, próprio dos 5 a 6 anos; e não há descrição de coerção, ameaça, segredo imposto, dor ou simulação de ato sexual adulto. Nessa configuração, o comportamento é manifestação esperada do desenvolvimento psicosssexual, e a conduta correta é exatamente a da professora: conversar com as crianças e comunicar as famílias. A pérola de prova: o que transformaria isso em suspeita de abuso seria assimetria etária ou de poder, uso de força, conhecimento sexual incompatível com a idade ou repetição compulsiva.

QUESTÃO 76

Menino, 3a, vítima de atropelamento, é trazido ao Pronto Atendimento. Exame físico: Escala de Coma de Glasgow=9; FC=58bpm; FR=12irpm; PA=142/89mmHg. ALÉM DE MONITORIZAR E ESTABELECEER ACESSO VENOSO E VENTILAÇÃO PULMONAR, O TRATAMENTO IMEDIATO É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - TARDE 7

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o tratamento imediato além das medidas de suporte, e o padrão aceita manitol ou solução salina hipertônica. O enunciado desenha hipertensão intracraniana grave em traumatismo cranioencefálico: Glasgow de 9, hipertensão arterial marcante para uma criança de 3 anos (142/89), bradicardia (58 bpm) e bradipneia — a tríade de Cushing, resposta reflexa à queda da pressão de perfusão cerebral e sinal de herniação iminente. Nesse cenário a terapia hiperosmolar deve ser instituída de imediato, junto com cabeceira elevada, normocapnia e controle da dor, sem esperar tomografia. A pérola de prova: bradicardia com hipertensão em criança politraumatizada nunca deve ser lida como estabilidade hemodinâmica; é sinal de sofrimento do tronco encefálico e exige osmoterapia e neurocirurgia urgentes.

QUESTÃO 77

Menina, 3m, é trazida à Unidade de Emergência com história de coriza e tosse há cinco dias e desconforto respiratório há dois dias, com piora progressiva. Nega febre ou outras queixas. Mãe nega doenças e refere bom desenvolvimento e ganho pondero estatural. Antecedentes: pré-natal sem intercorrências, ultrassonografia gestacional normal, nega prematuridade e internações. Exame físico: Pulmões: murmúrio vesicular presente com sibilos, com expiração prolongada. Escore Bronchiolitis score of Sant Joan de Deu (BROSJOD)=6. Radiograma de tórax= hiperinsuflação pulmonar. Foi internada em Enfermaria de Pediatria e mantida com cateter nasal com 1LO2/minuto, com melhora do desconforto respiratório (oximetria de pulso >96%). Na evolução encontra-se afebril, hidratada, corada, e mantendo taquicardia sinusal, mesmo durante o sono. Não foram administrados medicamentos. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA NOSOLÓGICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a hipótese diagnóstica nosológica, e a resposta oficial é miocardite (viral). A armadilha da questão é o quadro inicial perfeitamente compatível com bronquiolite — lactente de 3 meses, pródrômo de coriza e tosse, sibilos com expiração prolongada, hiperinsuflação ao radiograma e escore BROSJOD de 6. O que muda o diagnóstico está na evolução: a criança melhorou o desconforto respiratório com oxigênio suplementar, está afebril, hidratada e corada, e ainda assim mantém taquicardia sinusal persistente mesmo durante o sono. Taquicardia que não cede com a correção da hipoxemia, da febre, da dor e da hipovolemia é sinal de doença miocárdica, e vírus respiratórios comuns na faixa etária cursam com acometimento cardíaco. A pérola: taquicardia desproporcional e mantida no sono obriga investigar miocardite com ECG, troponina e ecocardiograma.

QUESTÃO 78

Menino, 4a, é trazido para consulta de puericultura sem queixas. Mãe nega acompanhamento anterior. Exame físico: fronte olímpica, punhos alargados (“quadráticos”), joelhos proeminentes e membros inferiores valgos. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a hipótese diagnóstica, e o padrão é raquitismo, aceitando também deficiência de vitamina D. O exame físico reúne o quadro esquelético clássico da mineralização óssea deficiente na criança em crescimento: fronte olímpica pelo espessamento frontal e parietal, alargamento das metáfises nos punhos — os punhos ‘quadráticos’ —, proeminência dos joelhos e deformidade em valgo dos membros inferiores. Todos esses achados decorrem do acúmulo de tecido osteoide não mineralizado nas placas de crescimento, que ficam alargadas e amolecidas. O antecedente de ausência de acompanhamento prévio reforça a origem carencial, por baixa ingestão ou pouca exposição solar. A pérola de prova: outros sinais que compõem o quadro são o rosário raquítico nas junções costoverbrais, o sulco de Harrison e o atraso no fechamento das fontanelas e na erupção dentária.

QUESTÃO 80

Menina, 2d, nasceu a termo (40 semanas) e adequada para a idade gestacional. Está assintomática, em aleitamento materno exclusivo e o exame físico é normal. Encontra-se em alojamento conjunto. Antecedentes: mãe apresentou teste rápido (TR) para sífilis reagente com 12 semanas de gestação, com Teste Não Treponêmico (TNT) reagente=1/512. A gestante e o parceiro foram adequadamente tratados. Durante o acompanhamento pré-natal manteve-se assintomática, com acompanhamento sorológico mensal com TNT. No dia do parto, apresentou TNT reagente=1/32. CONSIDERANDO QUE O TNT DA CRIANÇA É REAGENTE =1/8, A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta, e o padrão aceita apenas puericultura, seguimento ambulatorial ou acompanhamento clínico e laboratorial — ou seja, nada de punção lombar, exames complementares ou penicilina. O raciocínio segue o protocolo brasileiro: a mãe foi adequadamente tratada, com o parceiro, e apresentou queda de quatro diluições no teste não treponêmico ao longo do pré-natal, de 1/512 para 1/32, o que caracteriza resposta terapêutica satisfatória. O recém-nascido está assintomático, com exame físico normal, e seu título de 1/8 é inferior ao materno, sem a diferença de duas diluições ou mais que caracterizaria infecção. A pérola de prova: nesse cenário a criança não é considerada caso de sífilis congênita, seguindo apenas com puericultura e sorologias seriadas até a negatificação.

QUESTÃO 81

Mulher, 29a, G1P0A0, com 40 semanas e 4 dias de gestação, comparece ao ambulatório de pré-natal de risco habitual para avaliação. Relata boa movimentação fetal, sem queixas de sangramento, contrações ou perda de líquido. Exame físico sem alterações. Altura uterina=34cm. Batimento cardíaco fetal (BCF)=140 bpm. Cardiotocografia normal. Ultrassonografia obstétrica recente (realizada ontem): líquido amniótico reduzido, com índice de líquido amniótico (ILA)=5,8cm, feto adequado para a idade gestacional e Doppler normal. Toque: Colo uterino com 1cm de dilatação, 30% esvaecido, posição posterior, consistência firme e apresentação alta (Bishop: 3). A CONDUTA INDICADA É: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - TARDE 8

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a conduta, e o padrão é indução do parto, aceitando explicitamente os métodos de preparo cervical, como misoprostol vaginal ou balão intrauterino — cesárea não pontua, e conduta apenas expectante também não. O que motiva a interrupção é o oligoâmnio: índice de líquido amniótico de 5,8 cm, abaixo de 8, em gestação já de 40 semanas e 4 dias. Líquido reduzido no termo tardio sinaliza insuficiência placentária incipiente e aumenta o risco de sofrimento fetal e compressão funicular, mesmo com cardiotocografia e Doppler normais. Como não há sofrimento agudo nem contraindicação ao parto vaginal, a via de escolha é a baixa. A pérola de prova: com Bishop de 3, colo desfavorável, não se começa com ocitocina — primeiro se amadurece o colo com prostaglandina ou método mecânico, mantendo controle da vitalidade fetal.

QUESTÃO 83

Mulher, 31a, refere corrimento branco e prurido vulvar há uma semana. Refere episódios semelhantes, nos quais fez uso de nistatina para tratamento. Exame ginecológico: discreta hiperemia em grandes e pequenos lábios bilateralmente, ausência de edema e fissuras. Exame especular: paredes vaginais hiperemiadas, presença de corrimento vaginal branco, grumoso, sem odor fétido, pH vaginal=4,0. Exame de bacterioscopia vaginal (IMAGEM Q83). A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta, e a resposta oficial é a alcalinização vaginal, na forma de banho de assento ou ducha com solução de bicarbonato de sódio. A questão testa a capacidade de não repetir o tratamento anterior por reflexo. Apesar do corrimento branco grumoso e do prurido que imitam candidíase, dois dados desmontam esse diagnóstico: o pH vaginal de 4,0 ou menos, francamente ácido, e a bacterioscopia, que mostra lactobacilos aumentados com fragmentação das células epiteliais e ausência de hifas ou pseudo-hifas. Trata-se de vaginose citolítica, ou citólise de Döderlein, em que o excesso de lactobacilos acidifica o meio e lisa as células escamosas. A pérola de prova: o antifúngico não resolve porque não há fungo — o tratamento é elevar o pH vaginal com bicarbonato, e prurido recorrente que não responde a nistatina deve levantar essa suspeita.

QUESTÃO 84

Menina, 15a, procura a Unidade de Emergência, com quadro de sangramento genital importante há uma semana. Nuligesta, menarca aos 14 anos, nega atividade sexual. Tem diagnóstico de doença de Von Willebrand. Exame físico: descorada 2+/4+; PA=80/50mmHg; FC=130 bpm. Exame abdominal sem alterações. Sangramento genital de moderada quantidade. APÓS A ESTABILIZAÇÃO HEMODINÂMICA, A OPÇÃO DE TRATAMENTO COM MELHOR RESPOSTA TERAPÊUTICA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com doença de von Willebrand e sangramento uterino anormal volumoso, já com repercussão hemodinâmica (PA 80/50, FC 130, palidez). A pergunta é o tratamento com MELHOR resposta terapêutica após a estabilização, e a resposta esperada é o contraceptivo hormonal oral combinado (estrogênio + progestágeno), em esquema de altas doses até cessar o sangramento, com desmame posterior. O racional: o estrogênio promove rápida proliferação e estabilização do endométrio denudado, e ainda eleva os níveis de fator VIII e de fator de von Willebrand, atacando o defeito hemostático de base. Perola: antifibrinolítico e desmopressina são coadjuvantes úteis, mas a banca só pontuou a resposta que contemplasse o contraceptivo oral combinado.

QUESTÃO 85

Primigesta, comparece em consulta de pré-natal de rotina. Idade Gestacional de 32 semanas por amenorreia de certeza; ganho ponderal= 1,5kg em 14 dias. Queixa-se de inchaço nas mãos e face. Nega cefaleia, epigastria ou alteração visual. PARA AFERIR A PRESSÃO ARTERIAL DESTA GESTANTE, COMO ELA DEVE SER POSICIONADA?

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o posicionamento para aferir a pressão arterial da gestante, e a resposta oficial é sentada, desde que a técnica esteja corretamente descrita. O padrão é sentar a paciente após repouso de cinco minutos, com as costas apoiadas, os pés no chão e as pernas descruzadas, mantendo o braço apoiado na altura do coração, no nível do quarto espaço intercostal, com manguito de tamanho adequado à circunferência braquial. O contexto justifica o rigor: primigesta de 32 semanas com ganho de 1,5 kg em 14 dias e edema de mãos e face é candidata a pré-eclâmpsia, e o diagnóstico depende de uma medida confiável. A pérola de prova: o decúbito lateral esquerdo é reservado a situações específicas do trabalho de parto, e a posição supina deve ser evitada pela compressão aortocava, que falseia o valor obtido.

QUESTÃO 87

Mulher, 32a, comparece à Unidade Básica de Saúde para rastreamento de câncer de colo uterino. Apresentava resultado de colpocitologias: abril/25= células escamosas atípicas de significado indeterminado; outubro/25= sugestiva de lesão de alto grau. DE ACORDO COM AS DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA O RASTREAMENTO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO (2023), A CONDUTA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta segundo as diretrizes brasileiras de rastreamento de 2023, e a resposta é colposcopia — se a palavra não constar, não pontua. O raciocínio é direto: a citologia de outubro sugestiva de lesão intraepitelial de alto grau já é, isoladamente, indicação de encaminhamento imediato para colposcopia, independentemente do resultado anterior. Some-se a isso o fato de a paciente ter apresentado ASC-US seis meses antes, ou seja, uma atipia que evoluiu para alteração mais grave no seguimento, o que reforça a necessidade de avaliação do colo com magnificação e biópsia dirigida das áreas suspeitas. A pérola de prova: repetir a citologia é conduta apenas para ASC-US isolado em mulheres com 25 anos ou mais; diante de alto grau, não se repete exame nem se trata às cegas — investiga-se com colposcopia.

QUESTÃO 88

Mulher, 38 anos, G3P2C2A0, idade gestacional de 14 semanas, traz em consulta pré-natal laudo de ultrassonografia morfológica evidenciando anencefalia fetal, assinado por dois especialistas. Paciente pesquisou sobre a possibilidade de interrupção de gestação, mas continua em dúvida sobre os documentos necessários para prosseguir com o processo. A ORIENTAÇÃO É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a orientação sobre a documentação necessária, e o padrão é claro: não é preciso autorização judicial para interromper a gestação. Qualquer resposta que mencione ordem judicial, ilegalidade ou outros documentos não pontua. Desde a decisão do Supremo Tribunal Federal na ADPF 54, de 2012, a antecipação terapêutica do parto em caso de anencefalia foi despenalizada, e a resolução do Conselho Federal de Medicina que a regulamenta exige apenas o diagnóstico ecográfico firmado a partir da 12ª semana, com laudo assinado por dois médicos, exatamente como a paciente já traz. O que se deve providenciar é o termo de consentimento livre e esclarecido, com a decisão sendo exclusivamente da gestante. A pérola: a equipe tem autonomia para programar o procedimento, sem necessidade de alvará ou boletim de ocorrência.

QUESTÃO 89

Mulher, 27 anos, G3P2C2A0, é submetida a cesárea eletiva por iteratividade, às 39 semanas e 2 dias de idade gestacional. Após nascimento do bebê, a placenta não dequita, havendo áreas de aderência de placenta na parede anterior uterina, com vasos de grosso calibre em região vesical. Foi feito alerta de alto risco de hemorragia, foram cateterizados dois acessos calibrosos, solicitados exames e reserva de sangue. A CONDUTA É: 90. Gestante, 26a, G2C1, encontra-se em trabalho de parto espontâneo às 39 semanas. Sua gestação anterior foi finalizada por cesariana eletiva por apresentação pélvica. Nesta gestação, o feto está em apresentação cefálica, a termo, e a paciente encontra-se em trabalho de parto. DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE ROBSON, REPRESENTADA NA IMAGEM Q90, ESTA GESTANTE PERTENCE A QUAL GRUPO?

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a conduta, e o padrão é histerectomia, podendo vir acompanhada de embolização das artérias uterinas — qualquer resposta que proponha manobras de dequitação não pontua. O quadro descrito é de acretismo placentário: placenta que não descola, com áreas francamente aderidas à parede uterina anterior e neovascularização de grosso calibre invadindo a região vesical, sugerindo percretismo. O antecedente de duas cesáreas prévias com nova cesárea por iteratividade é o fator de risco clássico, pela cicatriz uterina que impede a decidualização adequada. A pérola de prova, e o ponto que a banca cobra com rigor: jamais tentar extração manual ou curetagem da placenta acreta, porque a manobra desencadeia hemorragia maciça incontrolável — o tratamento definitivo é a histerectomia com a placenta in situ, já com sangue reservado.

QUESTÃO 91

A Secretaria Municipal de Saúde de uma determinada cidade recebeu os gráficos abaixo de uma assessoria contratada para analisar o desempenho de dois exames laboratoriais rápidos, utilizados em sua rede de atenção primária no diagnóstico de covid-19. A SUPERIORIDADE DO TESTE 1 SOBRE O TESTE 2 REFERE-SE À/O: PROCESSO SELETIVO RESIDÊNCIA MÉDICA 2026- ACESSO DIRETO - TARDE 10

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede em que consiste a superioridade do teste 1, e o padrão é melhor acurácia, com ampliação de gabarito para maior área sob a curva. Os gráficos apresentados são curvas ROC, que plotam a sensibilidade contra a taxa de falso-positivos em todos os pontos de corte possíveis de um teste. A área sob a curva resume esse desempenho global em um único número: quanto mais a curva se aproxima do canto superior esquerdo, maior a área e melhor a capacidade do teste de discriminar quem tem a doença de quem não tem. Um teste sem valor algum tem área de 0,5, equivalente ao acaso, e o teste perfeito chega a 1,0. A pérola de prova: a curva ROC não compara sensibilidade ou especificidade isoladas nem depende da prevalência — ela mede a acurácia global do exame, e é por isso que serve para escolher entre dois testes.

QUESTÃO 93

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH): “...negociar restrições para o paciente [da proposta terapêutica] sem rancor e considerar os investimentos do doente: muitas vezes, a equipe acreditando que uma determinada forma de viver seja mais saudável, põe-se a orientar enfaticamente os usuários sobre o que fazer e evitar. Fala-se muito e escuta-se pouco, e quando os usuários encontram dificuldades de seguir “as recomendações” ou têm outras prioridades, a equipe se irrita com eles, muitas vezes não se dando conta disso...”. A DIRETRIZ DA PNH QUE RECOMENDA ATENÇÃO E COMPREENSÃO DOS PROFISSIONAIS COM OS AFETOS E PROJEÇÕES PRESENTES NA RELAÇÃO COM O PACIENTE É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a diretriz da Política Nacional de Humanização compatível com o trecho citado, e o padrão é clínica ampliada, com ampliação de gabarito para acolhimento. O fragmento descreve exatamente o núcleo dessa diretriz: negociar a proposta terapêutica em vez de impô-la, considerar os investimentos e os projetos de vida do doente e, sobretudo, reconhecer os afetos que circulam na relação — a irritação da equipe diante da não adesão é justamente a contratransferência que o texto pede que seja percebida. A clínica ampliada propõe deslocar o foco da doença para o sujeito, ampliando o objeto de trabalho e compartilhando a decisão com o usuário. A pérola de prova: quando o enunciado fala em vínculo, escuta e manejo dos próprios sentimentos da equipe frente ao paciente, a resposta na PNH é clínica ampliada.

QUESTÃO 94

Em um hospital, estabeleceu-se a diretriz de buscar contato com a equipe de Atenção Primária em Saúde (APS), logo no início das internações e manter este contato para “alta responsável”. Com esta medida a equipe hospitalar conta potencialmente com a colaboração da APS em relação às singularidades do contexto sócio cultural e aspectos subjetivos que podem contribuir ou atrapalhar internação e alta. O ATRIBUTO DA APS FACILITADO PELA DIRETRIZ ADOTADA NO HOSPITAL É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede o atributo da Atenção Primária favorecido pela diretriz hospitalar, e a resposta é a coordenação, ou coordenação do cuidado. Buscar a equipe de APS já no início da internação e manter esse contato até a alta responsável é precisamente o exercício de integrar as ações prestadas em outros pontos da rede, garantindo continuidade informacional e reconhecimento do problema pela equipe que acompanha longitudinalmente o usuário. É a APS agindo como ordenadora da rede e centro de comunicação, trazendo ao hospital o conhecimento do contexto sociocultural e dos aspectos subjetivos daquela pessoa. A pérola de prova: nos atributos de Starfield, longitudinalidade é o vínculo ao longo do tempo com a mesma equipe, integralidade é a oferta ampla de serviços, e coordenação é justamente essa articulação entre níveis de atenção.

QUESTÃO 96

A Caderneta da Pessoa Idosa de 2020, publicada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, inclui uma medida para avaliação de sarcopenia. ESTE INDICADOR É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se o indicador de sarcopenia incluído na Caderneta da Pessoa Idosa de 2020, e a resposta é o perímetro (ou circunferência) da panturrilha. A escolha se justifica pela praticidade: é uma medida antropométrica simples, feita com fita métrica na maior circunferência da perna com o idoso sentado e o joelho em ângulo reto, sem custo e aplicável em qualquer unidade básica. A panturrilha reflete bem a massa muscular apendicular, que é o compartimento que se perde na sarcopenia, e valores reduzidos se associam a maior risco de quedas, fragilidade, incapacidade funcional e mortalidade. A pérola de prova: o ponto de corte adotado no Brasil é 31 cm, e medida abaixo desse valor sinaliza depleção de massa muscular, indicando aprofundar a avaliação com força de preensão e teste de desempenho físico.

QUESTÃO 98

Um estudo clínico coletou dados de 200 pacientes diabéticos. Entre as variáveis analisadas estavam: presença de diabetes (sim ou não); valores de glicemia (em mg/dL); índice de massa corpórea ($IMC = kg/m^2$); entre outras. Observou-se que os dados de glicemia se concentravam ao redor da média, e que a média era semelhante à moda. A DISTRIBUIÇÃO ESTATÍSTICA DOS DADOS DE GLICEMIA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a distribuição estatística dos dados de glicemia, e a resposta é distribuição normal, também chamada gaussiana. Os dois elementos oferecidos são exatamente os que definem essa curva: os valores se concentram ao redor da média, e média e moda coincidem. Na distribuição normal, média, mediana e moda são iguais e ocupam o centro da curva, que é simétrica em relação a esse ponto e tem formato de sino. Quando média e moda se afastam, há assimetria, e a distribuição deixa de ser normal — cauda à direita indica assimetria positiva, com média puxada para cima. A pérola de prova: reconhecer a normalidade dos dados é o que autoriza usar testes paramétricos, como o teste t e a ANOVA, e descrever a amostra por média e desvio-padrão; em dados assimétricos, o correto é mediana com intervalo interquartil e testes não paramétricos.

QUESTÃO 99

Homem, 62 a, procurou a Unidade Básica de Saúde com queixa de lesões cutâneas de crescimento lento e progressivo há dez anos. Exame dermatológico: presença de lesões cutâneas difusas infiltradas, simétricas e mal definidas (IMAGEM Q99). Perda de sensibilidade térmica e dolorosa. Realizada biópsia de uma dessas lesões (imagens, coradas por Hematoxilina e Eosina- H&E e Ziehl-Neelsen). A FORMA CLÍNICA DESTA DOENÇA É:

COMENTÁRIO OSCELABS

Pede-se a forma clínica da doença, e a resposta é a forma virchowiana (lepromatosa) da hanseníase. O quadro é o polo multibacilar puro: lesões cutâneas difusas, infiltradas, simétricas e de limites mal definidos, com evolução lentamente progressiva ao longo de dez anos, acompanhadas de perda de sensibilidade térmica e dolorosa. Essa apresentação decorre da resposta imune celular deficiente contra o *Mycobacterium leprae*, com predomínio de padrão Th2, o que permite multiplicação bacilar maciça. A histologia confirma: infiltrado de macrófagos vacuolizados, as células de Virchow ou células espumosas, e a coloração de Ziehl-Neelsen revela bacilos álcool-ácido resistentes em grande quantidade, formando globias. A pérola de prova: no polo oposto, o tuberculoide, as lesões são poucas, assimétricas e bem delimitadas, com granuloma e baciloscopia negativa.

QUESTÃO 100

Mulher, 43a, procura atendimento referindo cansaço e insônia há cerca de um ano. É enfermeira de um hospital de médio porte há 12 anos. Há dois anos, durante reestruturação do hospital, sua carga horária foi aumentada para suprir a redução do efetivo de enfermagem e a contratação de profissionais com pouca experiência. No último ano, as atividades tornaram-se extenuantes, física e emocionalmente. Passou a apresentar ansiedade, tristeza profunda, falta de prazer, dificuldade em tomar decisões, perda de apetite, "brancos" de memória, sentimento de desvalorização pessoal, irritação e impaciência ao pensar em ir ao hospital. Refere que os sintomas melhoraram no início das férias. A PRINCIPAL HIPÓTESE DIAGNÓSTICA É: Processo Seletivo Residência Médica 2026 Acesso Direto- Tarde Caderno de Imagens 1 IMAGEM Q53 IMAGEM Q54 IMAGEM Q57 Processo Seletivo Residência Médica 2026 Acesso Direto- Tarde Caderno de Imagens 2 IMAGEM Q66 IMAGEM Q70 IMAGEM Q83 Processo Seletivo Residência Médica 2026 Acesso Direto- Tarde Caderno de Imagens 3 IMAGEM Q90 IMAGEM Q99

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a principal hipótese diagnóstica, e a resposta é síndrome de burnout, ou síndrome do esgotamento profissional. O caso reúne as três dimensões que definem o quadro: exaustão emocional e física diante de atividades tornadas extenuantes, distanciamento e sentimentos negativos em relação ao trabalho — a irritação e a impaciência só de pensar em ir ao hospital —, e redução da eficácia profissional, expressa nos lapsos de memória, na dificuldade de decidir e na desvalorização pessoal. O nexos ocupacional é explícito: sobrecarga por aumento de carga horária e redução do efetivo de enfermagem. A pérola de prova, que é o que separa burnout de depressão maior: a melhora dos sintomas logo no início das férias mostra dependência do contexto laboral — na depressão, o afastamento do trabalho não alivia o quadro.