



USP Ribeirão Preto — Residência Médica 2026 (R1)

Prova comentada

99 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 A

Paciente masculino, 55 anos, procurou atendimento para rastreamento de câncer de próstata com resultados de exames a seguir. Apresenta sintomas leves do trato urinário inferior com pontuação de 6/35 de acordo com o International Prostate Symptoms Score (I PSS). Refere antecedente de neoplasia de próstata na família. Exame digital demonstrou próstata com consistência fibroelástica, sem nódulos, indolor e peso estimado em 30g. Ressonância Magnética Multiparamétrica de próstata não demonstrou nódulos ou lesões suspeitas. Volume da próstata à ressonância de 21cm³. Exames do paciente Qual a conduta mais apropriada?

- A. Retorno em um ano com novo PSA. ✓**
- B. Fluxometria urinária.
- C. Alfa bloqueador associado a inibidor da 5 alfa redutase.
- D. Biópsia de próstata.

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento em homem de 55 anos com toque retal normal (próstata fibroelástica, sem nódulos), sintomas leves (IPSS 6) e ressonância multiparamétrica SEM lesão suspeita: não há indicação de biópsia. A RM negativa tem alto valor preditivo negativo para câncer clinicamente significativo, e a conduta e seguimento com novo PSA em um ano. Biópsia (D) exigiria lesão suspeita ou PSA em ascensão; alfabloqueador com 5-ARI (C) trata sintomas moderados/graves com próstata volumosa, o que não é o caso (21 cm³); fluxometria (B) não muda conduta em sintomas leves. Resposta A.

QUESTÃO 2 — Gabarito C

Um homem de 70 anos, com histórico de claudicação intermitente para menos de 200 metros, chega ao serviço de urgência referindo piora aguda da dor no pé direito nas últimas 8 horas, com dor mesmo em repouso. Ao exame, o pé encontra-se frio, pálido e com cianose de dedos. Os pulsos femorais são palpáveis, mas os pulsos poplíteo, tibiais e pediosos não são palpáveis e estão ausentes ao Doppler. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para o agravamento agudo da condição do paciente?

- A. Embolia arterial aguda.
- B. Flegmasia cerulea dolens.
- C. Trombose arterial aguda. ✓**
- D. Insuficiência arterial crônica descompensada. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Claudicação previa a menos de 200 m indica doença arterial obstrutiva crônica já estabelecida. A piora aguda com dor de repouso, palidez e cianose sobre esse terreno e trombose arterial aguda sobre placa ateromatosa: há circulação colateral, por isso o quadro costuma ser menos dramático que a embolia. Embolia (A) ocorre em artérias previamente saudáveis, geralmente com fonte cardíaca (FA) e sem história de claudicação. Flegmasia cerulea dolens (B) é venosa, com edema maciço. Resposta C.

QUESTÃO 3 — Gabarito C

Homem, 45 anos, obeso (IMC 32 kg/m²), é submetido a artroplastia total de joelho direito. No 3º dia pós-operatório, apresenta dispneia súbita, taquicardia (FC: 110 bpm), saturação de oxigênio de 88% em ar ambiente e dor torácica pleurítica. Ao exame físico, nota-se edema assimétrico em membro inferior direito, com diferença de circunferência de 3 cm em relação ao contralateral. O paciente não recebeu profilaxia antitrombótica adequada no pré-operatório. A angiotomografia de tórax confirma embolia pulmonar bilateral e o ultrassom Doppler venoso evidencia trombose venosa profunda em veias poplíteas e femoral superficial direitas. Qual a conduta mais apropriada para este paciente?

- A. Realizar trombólise sistêmica com alteplase seguida de anticoagulação com heparina de baixo peso molecular.
- B. Iniciar anticoagulação com heparina não fracionada endovenosa por 24 horas, seguida de varfarina por 3 meses, mantendo INR entre 2,0 - 3,0.
- C. Administrar rivaroxabana 15 mg de 12/12h por 21 dias, seguida de 20 mg 1x/dia por 3 a 6 meses. ✓**
- D. Iniciar dabigatrana 150 mg de 12/12h imediatamente, sem necessidade de anticoagulação parenteral prévia.

COMENTÁRIO OSCELABS

TEP com TVP proximal em paciente hemodinamicamente estável (sem hipotensão/choque) = risco baixo a intermediário: o tratamento e anticoagulação plena, não trombolise. A rivaroxabana é um DOAC de estratégia 'single-drug', com dose de ataque 15 mg 12/12h por 21 dias seguida de 20 mg/dia, dispensando heparina prévia. Trombolise (A) só no TEP de alto risco. Varfarina (B) é alternativa antiga e menos prática. Dabigatrana (D) exige 5-10 dias de parenteral antes. Resposta C.

QUESTÃO 4 — Gabarito B

Homem de 58 anos, tabagista de 40 anos/maço, com diagnóstico conhecido de DPOC grave, faz uso contínuo de oxigênio domiciliar (2 L/min) e broncodilatadores de longa ação. Apresenta dor torácica súbita de início noturno e dispneia em repouso. Ao exame físico, murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo, timpanismo à percussão e tiragem subcostal. Radiografia de tórax revela pneumotórax espontâneo à esquerda, com colapso parcial do pulmão. É realizada drenagem pleural com selo d'água. Mesmo após 72 horas de drenagem, persiste fuga aérea contínua, e a radiografia de controle mostra ausência de expansão pulmonar significativa. O paciente permanece estável, sem febre ou sinais de infecção. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- A. Realizar broncoscopia com instilação de cola biológica no brônquio segmentar afetado.
- B. Realizar videotoracoscopia com ressecção de bolhas subpleurais e pleurodese mecânica. ✓**
- C. Realizar pleurodese química com talco através do dreno torácico.
- D. Retirar o dreno e manter seguimento ambulatorial com radiografias seriadas. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Pneumotorax espontâneo SECUNDÁRIO (DPOC grave) com fuga aérea persistente por mais de 72 horas e pulmão não expandido tem indicação cirúrgica. A videotoracoscopia permite tratar a causa (ressecar bolhas subpleurais/blebs) e prevenir recidiva com pleurodese. Pleurodese química isolada pelo dreno (C) exige pulmão expandido e não fecha a fístula. Retirar o dreno (D) com fuga ativa causa colapso. Cola biológica endobronquial (A) e recurso de exceção em inoperáveis. Resposta B.

QUESTÃO 5 — Gabarito C

Menina de 12 anos é levada ao pronto-socorro com história de dor abdominal há cerca de 24 horas, associada a náuseas, vômitos, prostração progressiva e redução da diurese. Ao exame, apresenta-se hipotensa, com sinais de desidratação, abdome distendido e doloroso difusamente. Foi realizada tomografia de abdome com contraste, cuja reconstrução coronal é apresentada a seguir: Tomografia de abdome com contraste Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A. Apendicite aguda complicada com peritonite generalizada.
- B. Intussuscepção ileocólica com necrose colônica.
- C. Torção intestinal com comprometimento vascular do delgado. ✓**
- D. Obstrução intestinal por corpo estranho com sinais de isquemia.

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança de 12 anos com dor abdominal de 24 horas, vômitos, choque e distensão, com tomografia demonstrando sofrimento vascular: o quadro é de volvo/torção de delgado com comprometimento vascular - dor desproporcional, deterioração rápida e sinais de má perfusão intestinal. Intussuscepção ileocólica (B) é típica de lactentes abaixo de 2 anos. Apendicite complicada (A) costuma ter evolução mais arrastada e migração clássica da dor. Corpo estranho (D) exigiria história de ingestão. Resposta C.

QUESTÃO 6 — Gabarito B

Homem de 27 anos é atendido no pronto-socorro após sofrer agressão com garrafa de vidro, resultando em ferimento cervical lateral esquerdo. Ele encontra-se consciente, orientado, com pressão arterial de 120x70 mmHg, frequência cardíaca de 90 bpm e saturação de O₂ de 97% em ar ambiente. O exame físico mostra ferida em região cervical lateral esquerda de aproximadamente 6 cm, com bordas irregulares e presença de coágulo aderido, sem sangramento ativo no momento. Qual a conduta inicial mais adequada?

- A. Proceder à limpeza local, remoção do coágulo e sutura da pele.
- B. Curativo simples sobre o ferimento e encaminhar a centro especializado. ✓**
- C. Solicitar radiografia simples do pescoço e realizar teste de deglutição com líquidos.
- D. Realizar exploração manual da ferida no pronto-socorro. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento cervical penetrante com coágulo aderido e SEM sangramento ativo em paciente estável: não se remove o coágulo nem se explora a ferida no pronto-socorro - isso pode desencadear hemorragia catastrófica sem condições de controle proximal. A conduta é curativo compressivo simples e transferência para serviço com suporte vascular e angiotomografia. Sutura simples (A) e exploração digital (D) são armadilhas clássicas; radiografia com deglutição (C) não é prioritária. Resposta B.

QUESTÃO 7 — Gabarito D

Homem, 27 anos, vítima de colisão automobilística, dá entrada no pronto-socorro hemodinamicamente estável (PA 115x70 mmHg, FC 98 bpm). Refere dor abdominal epigástrica intensa. Ao exame físico, apresenta discreta defesa abdominal na região mesogástrica, sem sinais de irritação peritoneal. Foi submetido a tomografia, sendo um corte da tomografia de abdome demonstrado na figura: Figura Qual a conduta mais adequada?

- A. Laparotomia com pancreaticoduodenectomia.
- B. Drenagem percutânea.
- C. Tratamento não operatório.

D. Laparotomia com pancreatectomia distal. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Trauma abdominal fechado com dor epigástrica e tomografia evidenciando lesão pancreática de corpo/cauda com comprometimento ductal: a conduta padrão é pancreatectomia distal. Lesão ductal à esquerda dos vasos mesentéricos não cicatriza com tratamento conservador e evolui com fístula/coleção. Tratamento não operatorio (C) só em lesões sem lesão do ducto principal. Duodenopancreatectomia (A) é reservada a lesões graves da cabeça/duodeno. Drenagem percutânea (B) trata complicação, não a lesão aguda. Resposta D.

QUESTÃO 8 — Gabarito B

Mulher de 27 anos com dor abdominal iniciada há 3 dias, refere dor epigástrica sem fator desencadeante com evolução para dor em andar inferior do abdome, associada a um pico febril de 38,5°C. Nas últimas 6 horas refere piora da dor que se tornou difusa. No início do quadro procurou atendimento na UPA tendo sido medicada com ciprofloxacino (em uso há 48h) devido a diagnóstico de infecção urinária (sic). Antecedentes: cisto de ovário simples, D.U.M. há 7 dias, sem cirurgias prévias. Sem outras doenças. Ao exame físico: PA 100x60 mmHg, FC 95 bpm, dor à palpação abdominal difusamente, pior em hipogástrio, com dor à descompressão brusca difusamente. IMC: 38 kg/m². Laboratoriais: Hemograma: Hb 14 (VR: 12,0 - 15,5 g/dL), Leucócitos 15000 (VR: 3500 - 10500/mm³); PCR 22 (VR: até 0,5 mg/dL), restante sem alterações. Qual a conduta mais adequada?

A. Ultrassom transvaginal.

B. Videolaparoscopia. ✓

C. Laparotomia mediana.

D. Escalonar antibiótico. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem com dor que migra do epigástrio para o andar inferior, febre, leucocitose e PCR muito elevada, evoluindo com peritonite DIFUSA a descompressão: e abdome agudo inflamatório/perfurativo com indicação cirúrgica. Estável hemodinamicamente e com dúvida diagnóstica (apendicite complicada x doença inflamatória pélvica), a videolaparoscopia é diagnóstica e terapêutica. USG transvaginal (A) atrasa; laparotomia mediana (C) é desnecessariamente agressiva; escalonar antibiótico (D) não trata peritonite. Resposta B.

QUESTÃO 9 — Gabarito A

Homem de 75 anos refere surgimento de tumoração cutânea na região poplíteia direita há 8 meses, de crescimento rápido, sobre área de cicatriz de queimadura profunda aos 12 anos de idade, e que não recebera enxertia de pele. A fotografia representa a lesão ao exame físico atual. Lesão de pele Qual o diagnóstico mais provável?

A. Úlcera de Marjolin. ✓

B. Melanoma.

C. Ceratose seborreica.

D. Lesão por pressão.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumor de crescimento rápido surgindo sobre cicatriz de queimadura antiga que nunca recebeu enxertia e a definição de ulcera de Marjolin - carcinoma espinocelular que degenera em cicatriz crônica, tipicamente décadas após a lesão (aqui, mais de 60 anos). Melanoma (B) seria lesão pigmentada com critérios ABCDE, sem relação com a cicatriz. Ceratose seborreica (C) é benigna, com aspecto 'colado' na pele e sem crescimento rápido. Lesão por pressão (D) exigiria imobilidade e área de apoio. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito D

Homem de 30 anos, politrauma internado no CTI e em ventilação mecânica. Os parâmetros do ventilador foram modificados como segue na figura abaixo: Figura: Curva de pressão e fluxo Observando os gráficos responda:

- A. Houve aumento da pressão nas vias aéreas.
- B. A mudança gerou aprisionamento de ar no final da expiração.
- C. A ciclagem passou a ser a fluxo.

D. O fluxo quadrado facilita o cálculo da resistência das vias aéreas. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Com fluxo inspiratório em onda QUADRADA (constante), o fluxo permanece fixo durante toda a inspiração, o que permite a pausa inspiratória válida e o cálculo da resistência de vias aéreas pela fórmula $(P_{\text{pico}} - P_{\text{plato}})/\text{fluxo}$. Esse é o motivo prático de se usar onda quadrada na ventilação controlada a volume. As demais opções descrevem efeitos que dependeriam de outras mudanças: aprisionamento aéreo (B) exige tempo expiratório insuficiente, e ciclagem a fluxo (C) caracteriza a pressão de suporte, não o modo volume. Resposta D.

QUESTÃO 11 — Gabarito B

Mulher, 60 anos, é admitida no CTI devido a infarto agudo do miocárdio com supra de segmento ST em toda parede anterior há 36 horas. Apresenta dispnéia e esforço respiratório. Exames realizados na admissão: Gasometria arterial pH = 7,32, PO₂=55 mmHg, lactato = 4 mmol/L e troponina elevada. Rx de tórax: infiltrado pulmonar bilateral. Ecocardiograma transtorácico com Doppler: função sistólica do ventrículo esquerdo diminuída, aumento do átrio esquerdo e da pressão sistólica da arterial pulmonar. Qual dos fatores abaixo melhor explica o quadro pulmonar descrito acima?

- A. Diminuição da drenagem linfática do interstício pulmonar.
- B. Aumento da pressão diastólica do ventrículo esquerdo. ✓**
- C. A baixa capacitância da circulação pulmonar.
- D. Recrutamento e distensão dos capilares pulmonar.

COMENTÁRIO OSCELABS

Infarto anterior extenso há 36 horas com disfunção sistólica do VE: a queda da função eleva a pressão diastólica final do ventrículo esquerdo, que se transmite retrogradamente ao átrio esquerdo, veias e capilares pulmonares. Quando a pressão hidrostática capilar supera a pressão oncótica, ocorre extravasamento para o interstício e alvéolos - o edema pulmonar cardiogênico do infiltrado bilateral. A drenagem linfática (A) na verdade aumenta como mecanismo compensatório, e recrutamento capilar (D) é fenômeno fisiológico normal. Resposta B.

QUESTÃO 12 — Gabarito C

Homem, 35 anos, sem comorbidades, sofreu queimaduras por combustão de álcool em cerca de 40% do corpo. Foi rapidamente resgatado e levado à UPA mais próxima. Na avaliação inicial, verificou-se que havia 10% de queimaduras de primeiro grau, 20% de segundo grau e 10% de terceiro grau. O paciente foi pesado e tem 80Kg. Segundo as novas diretrizes do ATLS (11a edição de 2025), qual deve ser o planejamento de hidratação inicial deste paciente?

- A. Infundir 500 mL de Ringer Lactato por hora, a fim de obter diurese de 40 mL por hora.
- B. Infundir 6400 mL de Ringer Lactato, sendo 3200 mL nas primeiras 8 horas, posteriormente infundir 3200 mL nas 16 horas restantes, a fim de obter uma diurese de 80 mL por hora.
- C. Infundir 4800 mL de Ringer Lactato, numa velocidade de 300 mL por hora, a fim de se obter uma diurese de 40 mL por hora. ✓**
- D. Infundir 6400 mL de Ringer Lactato, numa velocidade de 400 mL por hora, a fim de se obter uma diurese de 40 mL por hora.

COMENTÁRIO OSCELABS

Na reposição de queimados contam apenas as áreas de 2o e 3o graus: $20\% + 10\% = 30\%$ de SCQ. Pela 11a edição do ATLS, usa-se $2 \text{ mL} \times \text{peso} \times \% \text{SCQ} = 2 \times 80 \times 30 = 4800 \text{ mL}$ nas primeiras 24 horas, com metade (2400 mL) nas primeiras 8 horas, ou seja, cerca de 300 mL/h, titulando pela diurese de 0,5 mL/kg/h (~40 mL/h no adulto). As opções com 6400 mL usam a fórmula antiga de Parkland ($4 \text{ mL/kg/\%}$) e/ou incluem indevidamente a queimadura de 1o grau. Resposta C.

QUESTÃO 13 — Gabarito D

Homem de 56 anos, há cerca de 5 semanas foi identificado nódulo solitário na glândula tireoide. A punção aspirativa por agulha fina revelou neoplasia originada de células parafoliculares. Foi realizada tireoidectomia total com esvaziamento linfonodal cervical, sem intercorrências e o paciente retorna para consulta de seguimento após cirurgia. Encontra-se assintomático fazendo uso regular de levotiroxina. Antecedente de hipertensão arterial controlada. Nega história familiar de câncer de tireoide. Teste genético para mutação germinativa no gene RET foi negativo. Ao exame: Sinais vitais normais. Incisão cervical anterior inferior bem cicatrizada, sem eritema ou edema. Sem linfonodomegalias cervicais palpáveis. Restante do exame físico normal. Hemograma e perfil bioquímico dentro da normalidade. Qual é a conduta mais apropriada para acompanhamento pós-operatório deste paciente?

- A. Dosagem sérica de tireoglobulina a cada 6-12 meses.
- B. Dosagem sérica de paratormônio.
- C. Ultrassonografia cervical semestral.
- D. Dosagem sérica de calcitonina. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Neoplasia originada de células parafoliculares (células C) e carcinoma MEDULAR de tireoide, cujo marcador tumoral de seguimento é a calcitonina (associada ao CEA). Tireoglobulina (A) é marcador dos carcinomas diferenciados (papilífero/folicular), sem valor no medular. PTH (B) só interessaria a suspeita de hipoparatiroidismo pós-operatório, e o paciente está assintomático. Ultrassonografia (C) complementa, mas o marcador bioquímico é o pilar do seguimento. Resposta D.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Homem de 67 anos, comparece para consulta de avaliação pré-operatória. Histórico de 12 anos de doença renal crônica em estágio terminal secundária a nefropatia diabética e hipertensiva, em hemodiálise. Faz uso regular de losartana, metoprolol, amlodipino, insulina e eritropoetina. Há 4 meses, suspendeu o uso de carbonato de cálcio e calcitriol devido à elevação do cálcio sérico. O paciente segue aderente às medicações e restrições dietéticas. Exames laboratoriais recentes: Cálcio sérico: 10.9 mg/dL (VR: 8,6 a 10,2); Fósforo sérico: 5.3 mg/dL (VR: 2,5 a 4,5); Albumina sérica: 3.7 g/dL (VR: 3,5 a 5,0); Hormônio paratireoideo intacto (PTHi): 780 pg/mL (VR: 10 a 65); Qual das seguintes alternativas é a causa mais provável da hipercalcemia desse paciente?

- A. Hiperplasia das glândulas paratireoides. ✓**
- B. Produção ectópica de hormônio paratireoideo.
- C. Aumento da ativação da vitamina D.
- D. Redução da depuração do hormônio paratireoideo.

COMENTÁRIO OSCELABS

Doença renal crônica dialítica de longa data com PTH de 780 pg/mL e hipercalcemia que PERSISTE mesmo após suspensão de cálcio e calcitriol: e hiperparatireoidismo terciário, ou seja, hiperplasia paratireoideana que se tornou autônoma após anos de estímulo secundário. Produção ectópica de PTH (B) é raríssima. Ativação da vitamina D (C) está reduzida no rim doente, e as medicações foram suspensas. A depuração reduzida do PTH (D) eleva o fragmento inativo, mas não gera hipercalcemia. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito D

No pronto-socorro de um hospital terciário, chega um homem de 72 anos com quadro de febre (38,5°C), dor em hipocôndrio direito há 2 dias e vômitos. O paciente é diabético e hipertenso, com antecedente de infarto agudo do miocárdio há 6 meses (em uso de beta bloqueador, AAS e clopidogrel) e apresenta doença pulmonar obstrutiva crônica em estágio avançado (usa oxigênio domiciliar). Ao exame, encontra-se taquicárdico (FC:115 bpm), PA 100x60 mmHg, sudoreico. Abdome com dor importante à palpação em hipocôndrio direito, sinal de Murphy positivo e defesa muscular local; leve icterícia (+/4). Ultrassonografia de abdome evidencia vesícula biliar distendida, com parede espessada (6 mm) e cálculo de 1,5 cm impactado no infundíbulo, além de moderada quantidade de líquido pericolestístico. Há dilatação discreta de vias biliares intra-hepáticas, sem cálculo visível no colédoco. Qual a melhor conduta terapêutica inicial?

- A. Antibioticoterapia venosa otimizada e suporte clínico, postergando a colecistectomia para 6 a 8 semanas após a resolução do quadro agudo.
- B. Colecistectomia videolaparoscópica de emergência, com o máximo de suporte perioperatório em UTI.
- C. Colecistostomia por via cirúrgica aberta, sem remoção da vesícula, para drenagem do processo infeccioso.
- D. Antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro associada à drenagem percutânea da vesícula biliar guiada por imagem. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Colecistite aguda com sinais de gravidade em paciente de risco cirúrgico proibitivo: infarto há 6 meses em dupla antiagregação, DPOC oxigênio-dependente e instabilidade incipiente. Nesse cenário a estratégia é drenagem da vesícula (colecistostomia percutânea guiada por imagem) associada a antibiótico de amplo espectro, com colecistectomia postergada após compensação. Colecistectomia de emergência (B) tem mortalidade elevada; colecistostomia aberta (C) é mais agressiva que a percutânea; antibiótico isolado (A) não drena o foco. Resposta D.

QUESTÃO 16 — Gabarito C

Homem, 28 anos, vítima de ferimento por arma de fogo em coxa direita, dá entrada no pronto-socorro com sangramento ativo moderado no local da lesão. Ao exame físico inicial, apresenta-se consciente, PA: 100x70 mmHg, FC: 110 bpm, com ausência de pulso pedioso e tibial posterior direitos. O pulso femoral direito está presente, mas diminuído em relação ao contralateral. Há hematoma expansivo em região inguinal direita e déficit sensitivo motor discreto do pé direito. A angiotomografia com contraste demonstra lesão da artéria femoral superficial direita com extravasamento ativo de contraste e hematoma adjacente. Qual a conduta mais adequada?

- A. Embolização endovascular da artéria femoral superficial para controle do sangramento.
- B. Controle compressivo local, injeção de fibrina e observação clínica por 24 horas.
- C. Exploração cirúrgica imediata com reparo vascular direto da artéria femoral superficial. ✓**
- D. Indicado intervenção com colocação de stent revestido em artéria femoral superficial.

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferimento por arma de fogo em coxa com SINAIS DUROS de lesão vascular - hematoma expansivo, ausência de pulsos distais e déficit neurológico -, confirmado por extravasamento ativo de contraste: a conduta e exploração cirúrgica imediata com reparo direto. Sinal duro dispensa exames adicionais e não admite observação (B). Embolização (A) da femoral superficial sacrificaria a perfusão do membro, e stent revestido (D) não é adequado em ferida contaminada com hematoma e possível lesão nervosa associada. Resposta C.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Paciente de 26 anos, internado pela equipe de hematologia, apresentava febre, perda de peso e astenia associadas a linfonodomegalia cervical posterior. Tomografias demonstraram conglomerados linfonodais em regiões cervical, mediastinal e retroperitoneal, sugestivos de doença linfoproliferativa. Foi solicitada avaliação da equipe de cirurgia geral para realização de biópsia ganglionar com objetivo de estabelecer o diagnóstico histopatológico. Na palpação, identificou-se linfonodo facilmente acessível em nível Vb à esquerda, sem sinais de contato ou envolvimento de estruturas vasculares importantes nos exames de imagem, sendo escolhido como primeira opção para biópsia excisional sob anestesia local. Considerando a localização do linfonodo, o cirurgião deve se atentar ao risco de lesão de qual estrutura nervosa?

- A. Nervo acessório. ✓**
- B. Gânglio estrelado.
- C. Nervo frênico.
- D. Nervo hipoglosso. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

O nível Vb corresponde a porção inferior do triângulo cervical posterior, exatamente o trajeto do nervo acessório (XI par), que cruza superficialmente essa região para inervar o trapézio. Sua lesão causa a síndrome do ombro caído, com dor e limitação da abdução acima de 90 graus - complicação clássica de biópsia ganglionar cervical posterior. Nervo frênico (C) está no assoalho do triângulo, sobre o escaleno anterior; hipoglosso (D) e alto, no nível I/II; gânglio estrelado (B) e paravertebral profundo. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito B

Homem, 52 anos, diabético, foi admitido em choque séptico por fascíte necrosante perineal (gangrena de Fournier) e submetido a desbridamento cirúrgico inicial. No 3º dia pós-operatório, apresenta piora clínica e laboratorial: febre persistente, aumento da dor local, taquicardia e hipotensão com necessidade de vasopressores, leucocitose acentuada, PCR e lactato em ascensão. Ao exame, há ferida extensa no períneo (imagem), com celulite progressiva e focos de necrose residual. Períneo Qual deve ser a conduta a seguir?

A. Novo rastreamento infeccioso e escalonamento da antibioticoterapia.

B. Retorno ao centro cirúrgico para novo desbridamento e coleta de tecido para cultura. ✓

C. Iniciar oxigenoterapia hiperbárica e ampliação do espectro antibacteriano guiado por culturas.

D. Fechamento da ferida com retalhos músculo cutâneos, para reduzir risco de infecção secundária. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Fasíte necrosante e doença cirúrgica: piora clínica no 3º pós-operatório com necrose residual e celulite progressiva significa desbridamento insuficiente. A conduta e retorno IMEDIATO ao centro cirúrgico para novo desbridamento, com coleta de tecido profundo para cultura - reoperações programadas a cada 24-48h são a regra na gangrena de Fournier. Escalonar antibiótico (A/C) sem remover o tecido desvitalizado não controla a fonte; câmara hiperbárica e adjuvante, nunca substituto. Fechar a ferida (D) em infecção ativa é erro grave. Resposta B.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Homem, 28 anos, trazido ao pronto atendimento por familiares com história de dor abdominal difusa e diarreia sanguinolenta intensa. O acompanhante desconhecia mais detalhes sobre o estado de saúde do paciente, porém referia que o mesmo estava em uso de corticoides de longa data. Ao exame encontrava-se torporoso e febril. Apresentava hipotensão e taquicardia. O abdome era difusamente doloroso, distendido e com sinais de peritonite difusa. Foi submetido a colectomia total com ileostomia terminal e fechamento do coto retal baixo. A análise macroscópica da peça cirúrgica mostrou cólons e reto com mucosa difusamente inflamada, hiperemiada e friável, com ulcerações contínuas e difusas (figura). Figura: Espécime cirúrgico Considerando o quadro clínico apresentado e a análise macroscópica da peça cirúrgica, qual seria o achado histopatológico mais característico da doença?

A. Exsudatos pseudomembranosos com placas de fibrina e necrose superficial da mucosa.

B. Inflamação transmural com granulomas não caseosos e áreas de mucosa normal intercalada.

C. Depósitos amiloides na mucosa colônica associados a vasculite transmural.

D. Inflamação difusa restrita à mucosa e submucosa, com abscessos de cripta e distorção arquitetural. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Colite fulminante com acometimento CONTÍNUO de todo o colon e reto, mucosa difusamente friável e úlceras confluentes: e retocolite ulcerativa. O correlato histológico é inflamação restrita à mucosa e submucosa, com abscessos de cripta e distorção da arquitetura glandular. Inflamação transmural com granulomas não caseosos e lesões saltadas (B) define doença de Crohn. Pseudomembranas (A) são de colite por C. difficile. Amiloide com vasculite (C) não guarda relação com o quadro. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Homem, 58 anos, refere exteriorização volumosa e irreduzível de tecido pelo ânus, com sangramentos esporádicos, prurido e sensação de “massa” que piora ao evacuar (figura). Já realizou dieta rica em fibras, hidratação, laxativos osmóticos e medidas comportamentais sem melhora. Exame proctológico mostra prolapso circunferencial persistente com volumoso componente cutâneo externo. Colonoscopia recente normal. Figura: Inspeção anal Qual é a melhor abordagem terapêutica neste cenário?

- A. Realizar desarterialização hemorroidária guiada por Doppler com mucopexia.
- B. Realizar hemorroidopexia grampeada.

C. Realizar hemorroidectomia excisional com ressecção dos pedículos principais. ✓

- D. Realizar esclerose dos mamilos hemorroidários com laser de diodo. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026
Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Prolapso hemorroidário circunferencial irreduzível (grau IV) com volumoso componente cutâneo externo e falha do tratamento clínico: a única técnica que resseca simultaneamente os mamilos internos e o excesso de pele externa e a hemorroidectomia excisional com ligadura dos pedículos. Desarterialização com mucopexia (A) e hemorroidopexia grampeada (B) atuam sobre o componente interno e não tratam plicomas/componente externo, além de terem alta recidiva no grau IV. Esclerose/laser (D) e para graus iniciais. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito A

Considerando o Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP) ilustrado na Figura, responda: Figura: Representação do MCCP. Qual de seus componentes está aqui representado?

A. Entendendo a pessoa como um todo. ✓

- B. Intensificando a relação entre a pessoa e o médico.
- C. Explorando a saúde, a doença e a experiência da pessoa com a doença.
- D. Elaborando um plano conjunto de manejo de problemas.

COMENTÁRIO OSCELABS

O Método Clínico Centrado na Pessoa organiza-se em componentes interligados; 'entendendo a pessoa como um todo' e aquele que situa o indivíduo em seus contextos próximo (família, trabalho, rede de apoio) e distante (cultura, comunidade, determinantes sociais), indo além do motivo da consulta. Explorar saúde/doença e experiência (C) refere-se a sentimentos, ideias, função e expectativas; elaborar plano conjunto (D) e a construção compartilhada de condutas; e intensificar a relação (B) trata do vínculo longitudinal. Resposta A.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

O Comitê de Mortalidade Materna do município X tem feito um esforço considerável para colaborar no cumprimento da meta estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de uma taxa de menos de 70 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos até o ano de 2030. Para isso, elaborou um diagnóstico municipal no tema e chegou à conclusão, com base no modelo das três demoras em mortalidade materna, que a terceira demora deveria ser o foco das ações. Qual das medidas abaixo pode ser enquadrada como intervenção referente à terceira demora no modelo mencionado?

- A. Redução do tempo de espera para aconselhamento genético.

B. Protocolo específico de atendimento na unidade de saúde. ✓

- C. Ampliação e priorização de transporte sanitário de gestantes.
- D. Campanhas de orientação sobre sinais de gravidade na gestação. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026

Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

No modelo das tres demoras, a PRIMEIRA e o atraso em reconhecer a gravidade e decidir buscar ajuda, a SEGUNDA e o atraso em chegar ao serviço (acesso, transporte) e a TERCEIRA e o atraso em receber cuidado adequado já dentro do serviço de saúde. Protocolo específico de atendimento na unidade ataca exatamente essa terceira demora, qualificando a resposta assistencial. Campanhas de orientação (D) atuam na primeira demora e transporte sanitário (C) na segunda; aconselhamento genético (A) não se enquadra no modelo. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

Paciente do sexo masculino, 12 anos, veio para consulta de rotina de puericultura na Unidade de Saúde da Família. A mãe do paciente trouxe queixas de que a criança é bem mais baixa em estatura que as demais crianças de sua sala de aula. O pré-natal e o parto da criança ocorreram sem intercorrências, nasceu com peso e comprimento adequados para a idade gestacional e com 39 semanas de gestação. A criança apresentou bom desenvolvimento neuropsicomotor. Alimentava-se adequadamente segundo a avaliação da médica de família e comunidade (MFC). Os pais apresentavam boa saúde, sem história familiar de doenças. A MFC calculou a altura alvo do paciente a partir das alturas dos pais, encontrando o valor de 1,64 cm. Também solicitou exame para determinar a idade óssea do paciente, que resultou compatível com 13 anos de idade. A curva de crescimento do paciente está demonstrada a seguir. Ao exame físico não foi encontrado qualquer sinal de anormalidade. O estágio puberal de Tanner do paciente era G2P2. O peso estava adequado para a idade e altura. Gráfico: Curva de crescimento Qual a melhor conduta frente a este paciente?

- A. Solicitar IGF1, TSH, FSH, LH para rastreamento de doenças endocrinológicas.
- B. Solicitar hemograma, VHS, proteína C reativa para rastreamento de doenças reumatológicas.

C. Acompanhar a criança em consultas de puericultura de rotina semestrais. ✓

- D. Encaminhar para o pediatra endocrinologista para avaliação. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança com estatura abaixo dos pares, mas com velocidade de crescimento preservada, idade óssea discretamente avançada em relação a cronológica, puberdade já iniciada (Tanner G2P2 aos 12 anos), exame físico normal e altura compatível com o alvo familiar: não há sinal de doença. Trata-se de variação normal do crescimento, e a conduta e acompanhamento em puericultura de rotina. Rastreamentos hormonais (A), reumatológicos (B) ou encaminhamento (D) expõem a criança a investigação desnecessária e ansiedade. Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

Homem, 45 anos, procura a sua Unidade de Saúde da Família relatando dificuldade para parar de fumar. Ele fuma 20 cigarros por dia há 25 anos e já tentou cessar o tabagismo duas vezes sem sucesso, usando apenas força de vontade. É portador de epilepsia controlada, sem outras comorbidades. Durante a consulta, manifesta motivação para parar de fumar, mas teme as dificuldades da abstinência. O exame físico revela frequência respiratória de 18 ipm, saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente e ausculta pulmonar normal. O escore de Fagerström para dependência de nicotina é 7, indicando alta dependência. De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo do Ministério da Saúde, qual é a conduta mais adequada para este paciente?

A. Prescrição de nicotina associada ao aconselhamento terapêutico estruturado e seguimento por 12 meses. ✓

- B. Encaminhamento para pneumologista para avaliação de DPOC, sem iniciar tratamento para tabagismo.
- C. Aconselhamento terapêutico estruturado/abordagem intensiva com seguimento por 3 meses.
- D. Prescrição de bupropiona associada ao aconselhamento terapêutico estruturado e seguimento por 12 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Tabagista com alta dependência (Fagerstrom 7) e motivação para cessar tem indicação de farmacoterapia associada a abordagem intensiva. A pegadinha é a EPILEPSIA: bupropiona reduz o limiar convulsivo e é contraindicada (D). Restam a terapia de reposição de nicotina, com seguimento de até 12 meses conforme o PCDT do tabagismo. Abordagem isolada por 3 meses (C) subtrai alta dependência, e encaminhar sem tratar (B) perde a janela de motivação - o melhor momento de intervir é quando o paciente pede ajuda. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Paciente de 62 anos, sexo feminino, portadora de hipertensão arterial e diabetes não insulino dependente e sobrepeso. Em uso das seguintes medicações: Enalapril 20 mg a cada 12 horas; Hidroclorotiazida 25 mg a cada 12 horas; Metformina de liberação prolongada 2000 mg a cada 24 horas. A médica da Unidade de Saúde da Família realiza teleconsulta para informar o resultado dos seguintes exames: Creatinina: 1,15 mg/dL; estimativa da taxa de filtração glomerular 53,9 mL/min (VR > 90 mL/min); glicose: 222 mg/dL (VR 70 a 99 mg/dL); hemoglobina glicada: 9,2%. Quando questionada, a paciente nega quaisquer queixas. Além de manter as medicações em uso, qual seria a melhor opção medicamentosa para ser acrescentada a esta paciente?

- A. Insulina NPH antes de dormir.
- B. Gliclazida.
- C. Glibenclamida.

D. Dapagliflozina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabética com HbA1c 9,2%, hipertensa e com TFG estimada de 53,9 mL/min: além do controle glicêmico, a escolha deve agregar proteção cardiorrenal. Os inibidores de SGLT2, como a dapagliflozina, reduzem progressão da doença renal e desfechos cardiovasculares, com baixo risco de hipoglicemia. Sulfonilureias (B e C) só baixam glicemia, com ganho de peso e hipoglicemia - glibenclamida e especialmente inadequada na disfunção renal do idoso. Insulina NPH (A) é opção válida, mas não a melhor primeira adição neste perfil. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito A

Paciente do sexo feminino, 45 anos, queixa-se de muito cansaço durante o dia. Trabalha como diarista em casa de família e há 3 semanas não tem dado conta do serviço. Refere ter dificuldade para iniciar o sono e que acorda cansada. Está com medo de perder o emprego, porque acha que não está trabalhando como antes. Sua companheira acha que os sintomas da paciente estão relacionados à preocupação com o resultado de biópsia de nódulo mamário de sua mãe. Ela é portadora de hipertensão arterial controlada com Losartana 100 mg/dia, sedentária e IMC 24,2 Kg/m². Com relação ao caso clínico apresentado, qual seria a melhor abordagem?

A. Orientar higiene do sono. ✓

- B. Solicitar polissonografia.
- C. Encaminhar ao neurologista.
- D. Prescrever zolpidem. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com dificuldade para iniciar o sono há 3 semanas, claramente ligada a estressores identificáveis (medo de perder o emprego, biópsia da mãe); e insônia aguda de ajustamento. A abordagem inicial e não farmacológica - orientar higiene do sono, acolher o sofrimento e reavaliar. Zolpidem (D) traz risco de dependência e não trata a causa. Polissonografia (B) só se houver suspeita de apnéia ou movimentos periódicos, ausentes aqui. Encaminhar ao neurologista (C) medicaliza um problema que a atenção primária resolve. Resposta A.

QUESTÃO 27 — Gabarito C

Uma criança do sexo masculino, de 6 anos, foi trazida pelos pais à Unidade de Saúde da Família (USF) Rural com a história de que, há cerca de 40 minutos, a criança havia sido picada por um escorpião no hálux. Nesta unidade há soros antiescorpionícos, antiofídicos e antiaracnídeos. A criança tinha queixas de dores de forte intensidade no local da picada, náuseas, com 2 episódios de vômitos após o acidente, mas sem evacuações. Negava queixas cardiorrespiratórias, dores abdominais ou cefaleia. Ao exame físico o paciente estava com sudorese, palidez, sialorreia e tinha tremores de extremidades. As auscultações pulmonar e cardíaca estavam sem alterações, a FR: 25 ipm; FC: 139 bpm, a pressão arterial estava no limite superior da normalidade para a idade e altura e havia pequeno eritema ao redor do local da picada. Qual a melhor conduta, além da realização do bloqueio anestésico com lidocaína no local da picada?

- A. Infundir soro antiescorpioníco e manter a criança em observação na USF, por no mínimo 6 horas.
- B. Manter a criança em observação no serviço por pelo menos 6 horas após o acidente.

C. Infundir soro antiescorpioníco antes de transferir a criança para uma unidade hospitalar. ✓

- D. Transferir imediatamente a criança para uma unidade hospitalar mais próxima da USF.

COMENTÁRIO OSCELABS

Escorpionismo com manifestações SISTÊMICAS (vômitos repetidos, sudorese, palidez, sialorreia, tremores, taquicardia) em criança configura acidente moderado a grave, com indicação formal e IMEDIATA de soro antiescorpioníco - que está disponível na unidade - seguido de transferência para hospital, pois a criança pode evoluir com edema agudo de pulmão e choque. Apenas observar (A e B) desperdiça a janela terapêutica; transferir sem soroterapia (D) atrasa o antiveneno justamente no período crítico das primeiras horas. Resposta C.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Mulher de 66 anos procurou a Unidade de Saúde da Família (USF) com queixas de que há 2 dias vinha apresentando quadro de tontura vertiginosa que durava o tempo todo, com intensidade variável no decorrer do dia, mas sem identificar fatores desencadeadores, nem fatores de melhora ou de piora do sintoma. Relatava, ainda, leve cefaleia, náuseas e apresentou três episódios de vômitos desde o dia anterior à consulta. Negava febre, queixas cardiorrespiratórias, urinárias ou alterações do hábito intestinal. Nunca havia tido quadro semelhante antes. Negava queixas otológicas. Paciente com obesidade grau 2, hipertensão arterial controlada com Hidroclorotiazida e Enalapril. Não usava outros medicamentos e negava outros problemas de saúde. Exame físico geral e sinais vitais sem alterações. Exame neurológico: Escala de Glasgow de 15 pontos, com orientação preservada para o espaço, tempo e pessoa. Os sinais meníngeos eram negativos. No teste de Romberg, a paciente apresentava desequilíbrio com tendência de queda para trás. Na investigação HINTS, paciente apresentava nistagmo espontâneo bidirecional persistente sem sofrer alterações ao movimento ocular para os lados. O teste de impulso da cabeça era negativo e o teste de Skew era positivo. Diante deste quadro clínico, qual a melhor conduta imediata a ser tomada?

A. Encaminhar a paciente para um serviço de urgência para avaliação de um neurologista. ✓

- B. Realizar as manobras de Dix Hallpike e Epley.

- C. Administrar medicamentos para alívio dos sintomas na USF como benzodiazepínicos ou antieméticos.
- D. Orientar repouso e prescrever antieméticos, bloqueadores de canal de cálcio ou anti-histamínicos.
- Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

HINTS com padrão CENTRAL: nistagmo espontâneo que muda de direção, teste de impulso cefálico NEGATIVO (normal) e skew deviation positivo. Somado a ataxia com queda para trás, isso aponta para AVC de fossa posterior, e não para vertigem periférica - o HINTS bem aplicado é mais sensível que a tomografia precoce para AVC de tronco/cerebelo. A conduta e encaminhamento urgente. Dix-Hallpike/Epley (B) são para VPPB; sintomáticos e supressores vestibulares (C e D) apenas mascaram o quadro. Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito C

Paciente do sexo feminino, 46 anos, sem doenças prévias, passou em consulta para realização de rastreamento do câncer de mama com a médica de família e comunidade (MFC). A paciente não tinha queixas mamárias, não tinha história de câncer na família. Negava etilismo, tabagismo e o uso de medicamentos de rotina. Era laqueada há 13 anos. Tinha mamografia de 2 anos antes com laudo BIRADS 1. Exame físico geral sem alterações. Ao exame mamário: Mama esquerda: nódulo firme, indolor, de cerca de 2 cm de diâmetro, no quadrante súpero lateral, com um linfonodo endurecido, indolor, de cerca de 3 cm de diâmetro na axila esquerda. Mama direita e axila direita: não havia alterações. Foram solicitadas mamografia e ultrassonografia das mamas com prioridade. Paciente retorna em 25 dias com laudos: Mamografia: BIRADS 0 à esquerda devido a nódulo de cerca de 1,8 cm de diâmetro no quadrante súpero lateral e linfonodo aumentado na axila esquerda. Ultrassonografia de mamas: BIRADS 3 à esquerda, devido a nódulo no quadrante súpero lateral de cerca de 2 cm de diâmetro e linfonodo na axila esquerda de 2,8 cm. Diante deste quadro, qual a conduta mais adequada?

- A. Solicitar ressonância nuclear magnética das mamas imediatamente.
- B. Solicitar nova mamografia para ser realizada em 6 meses.
- C. Encaminhar ao mastologista com prioridade para realização de biópsia. ✓**
- D. Solicitar nova ultrassonografia de mamas para ser realizada em 6 meses.

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo mamário PALPAVEL, firme e indolor, com linfonodo axilar endurecido: o achado clínico é suspeito e se sobrepõe a qualquer classificação radiológica tranquilizadora. Mamografia BIRADS 0 significa exame inconclusivo, que exige complementação/investigação, e um BIRADS 3 ultrassonográfico não autoriza seguimento semestral diante de linfonodomegalia suspeita. A conduta é encaminhar com prioridade para biópsia. Repetir exames em 6 meses (B e D) atrasa o diagnóstico; ressonância (A) não substitui a histologia. Resposta C.

QUESTÃO 30 — Gabarito D

Em um estudo clínico (Open Forum Infect Dis. 2019 Mar 15;6(4):ofz132) a acurácia diagnóstica do teste urinário LF - LAM foi investigada para a detecção de tuberculose ativa entre 280 pacientes portadores do vírus HIV, com sintomas sugestivos da doença. Entre os 280, 72 (25,7%) tiveram o diagnóstico pela doença confirmado, e a sensibilidade do LF-LAM para detectá-los foi 75% com especificidade de 76%. Considerando esses dados, assinale a alternativa que melhor comenta sobre a performance deste teste diagnóstico.

- A. O elevado valor preditivo negativo do teste (89,8%) indica a ocorrência elevada de resultados falso negativos.
- B. O baixo valor preditivo positivo do teste (51,9%) indica a ocorrência considerável de resultados falso negativos.

C. O elevado valor preditivo negativo do teste (89,8%) indica a ocorrência baixa de resultados falso positivos.

D. O baixo valor preditivo positivo do teste (51,9%) indica a ocorrência considerável de resultados falso positivos. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Com prevalência de 25,7%, sensibilidade de 75% e especificidade de 76%, o teste gera muitos falsos positivos: entre os 208 sem tuberculose, cerca de 24% (aproximadamente 50) testam positivo, de modo que o valor preditivo positivo cai para cerca de 52% - praticamente uma moeda. VPP baixo significa proporção considerável de POSITIVOS que na verdade não tem a doença, ou seja, falsos positivos (não falsos negativos, erro das alternativas A e B). Resposta D.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

Mulher, 28 anos, G2P1, negra, com 12 semanas de gestação, comparece à Unidade de Saúde da Família (USF) para consulta de pré-natal. Ela relata alimentação habitual com baixo consumo de laticínios e alimentos ricos em cálcio, como vegetais verde escuros. Não há antecedentes de hipertensão arterial, diabetes ou outras comorbidades. A primeira gestação foi há 2 anos e não houve intercorrências no pré-natal ou no parto. Na consulta de pré-natal do parceiro foi relatado que não foi realizada técnica de reprodução assistida e os exames laboratoriais estavam todos normais. Exame físico: PA: 110x70 mmHg, IMC: 24 Kg/m², sem outras alterações. Foi iniciado sulfato ferroso 40 mg/dia, conforme protocolo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Com base na Nota Técnica Conjunta nº 251/2024 do Ministério da Saúde, qual é a conduta mais adequada para a prevenção da pré-eclâmpsia?

- A. Iniciar suplementação de carbonato de cálcio 1.250 mg, 2 comprimidos, uma vez ao dia, à noite, com intervalo mínimo de 2 horas do sulfato ferroso. ✓**
- B. Iniciar suplementação de carbonato de cálcio 1.250 mg, 1 comprimido, duas vezes ao dia, preferencialmente junto com o sulfato ferroso.
- C. Iniciar suplementação de carbonato de cálcio 1.250 mg, 1 comprimido, duas vezes ao dia, associada a refeições ricas em fitatos, como feijão, para melhorar a absorção.
- D. Manter a conduta atual, pois a gestante não apresenta fatores de risco para pré-eclâmpsia. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

A Nota Técnica Conjunta 251/2024 recomenda suplementação universal de cálcio na gestação para prevenção de pré-eclâmpsia, com carbonato de cálcio 1.250 mg, 2 comprimidos em tomada única à noite, respeitando intervalo mínimo de 2 horas em relação ao sulfato ferroso - cálcio e ferro competem pelo mesmo transportador e a coadministração reduz a absorção de ambos (erro de B). Fitatos (C) também quelam cálcio e ferro, prejudicando a absorção. Manter apenas ferro (D) contraria a recomendação vigente. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito B

Criança de 18 meses, sexo feminino, foi trazida pelos pais à Unidade de Saúde da Família (USF) para consulta eventual. Os pais relataram ao médico de família e comunidade (MFC) que a criança, nove dias antes, havia iniciado o quadro de febre baixa, mal-estar, perda de apetite, coriza, tosse seca leve e hiperemia ocular. Cinco dias antes da consulta, o quadro clínico se intensificou, com aumento dos níveis da febre, piora da inapetência e começou a apresentar adinamia. Quatro dias antes da consulta, os pais perceberam lesões na boca (figura 1). Dois dias antes da consulta, surgiu rash maculopapular na face, que evoluiu para o tronco e os membros (demonstrado nas figuras 2 e 3). A criança estava aceitando líquidos, leite, mas diminuiu bem a ingestão de alimentos sólidos. Pais negaram dispneia ou chiado no peito. A tosse era seca e leve. Não teve vômitos ou alterações do hábito intestinal e urinárias. A criança não tinha doenças prévias e não fazia uso de medicamentos. Morava com os pais em uma área de alta vulnerabilidade econômico social. Os pais relataram que nem sempre tinham alimentos variados em casa, principalmente vegetais. Ao exame físico, a criança estava um pouco apática, febril (temperatura de 38°C), hidratada, eupneica, corada. Exame do aparelho respiratório, cardíaco, abdome e otoscopia sem alterações. As amígdalas estavam levemente hiperemiadas, mas sem edema ou placas de pus. Apresentava leve hiperemia conjuntival. O exame da boca demonstrou imagem descrita na figura 1 e rash cutâneo descrito nas figuras 2 e 3. Qual a melhor conduta, além da prescrição de medicamentos sintomáticos?

- A. Penicilina benzatina.
- B. Vitamina A. ✓**
- C. Cefalexina.
- D. Hidratação intensiva.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta com tosse, coriza e conjuntivite (pródromo catarral), enantema oral característico e exantema maculopapular com progressão cefalo-caudal: é sarampo. Toda criança com sarampo deve receber VITAMINA A em duas doses (dias 0 e 1), conduta que reduz mortalidade e complicações, especialmente em contexto de vulnerabilidade nutricional como o descrito. Antibióticos (A e C) só entram se houver complicação bacteriana - pneumonia ou otite -, ausentes ao exame. Hidratação intensiva (D) é desnecessária em criança hidratada e aceitando líquidos. Resposta B.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

A médica de família e comunidade recebe para consulta uma gestante no terceiro trimestre de gestação. Quais vacinas devem ser orientadas?

- A. Febre amarela, Tétano, Covid 19, Influenza.
- B. Dengue, Covid 19, Febre amarela, dTpa.
- C. Triplice viral, Influenza, Tétano, Covid 19.
- D. dTpa, Hepatite B, Influenza, Covid 19. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

No terceiro trimestre estão indicadas dTpa (a partir de 20 semanas, a cada gestação, para proteger o lactente contra coqueluche), hepatite B (se esquema incompleto), influenza e COVID-19 - todas inativadas. As demais opções tropeçam nas vacinas de vírus VIVO: febre amarela (A e B) e triplice viral (C) são contraindicadas na gestação, sendo a triplice viral adiada para o puerpério. Dengue (B) também é atenuada e contraindicada. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Considerando a criação de um efetivo e eficiente sistema de registro de atendimentos com a finalidade de garantir a organização de uma rede de serviços e a gestão das suas ações de saúde no território nacional, foi criado no Brasil um sistema de identificação unívoca. Este sistema permite o cadastramento, a identificação com segurança tecnológica e a confidencialidade em uma base de dados em condições de preservar o registro eletrônico das informações em saúde. Qual alternativa abaixo apresenta a principal finalidade atual de uso deste sistema na interface entre o SUS e o setor de Saúde Suplementar?

- A. Auditoria de Contas Hospitalares nas Operadoras de Planos de Saúde.
- B. Ressarcimento ao SUS no Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
- C. Ressarcimento ao SUS informado pelo Aviso de Beneficiário Identificado. ✓**
- D. Autorização de Internação Hospitalar na Saúde Suplementar.

COMENTÁRIO OSCELABS

O sistema descrito é o Cartão Nacional de Saúde (CNS), identificador unívoco do usuário do SUS. Na interface com a saúde suplementar, sua principal aplicação atual é o ressarcimento ao SUS: quando um beneficiário de plano é atendido na rede pública, a ANS identifica o atendimento e emite o Aviso de Beneficiário Identificado (ABI), cobrando a operadora. O SISAB (B) é sistema de informação da atenção básica, e AIH (D) é instrumento de internação no próprio SUS, não na saúde suplementar. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Uma criança de 15 meses é levada à Unidade Básica de Saúde para atualização vacinal. Durante a avaliação do cartão de vacinação, verifica-se que ela recebeu: BCG e Hepatite B ao nascer; Pentavalente, VIP, Pneumocócica 10 valente e Rotavírus aos 2 e 4 meses; Meningocócica C aos 3 e 5 meses; Febre amarela aos 9 meses; tríplice viral (Sarampo, Caxumba e Rubéola) aos 12 meses. Não há registro de outras vacinas. A criança está sadia e nunca apresentou efeitos adversos às vacinas anteriormente administradas. Considerando o calendário vacinal do Ministério da Saúde de 2025, quais vacinas estariam indicadas neste momento?

- A. Reforço de DTP (difteria, tétano, coqueluche), VIP (poliomielite inativada), Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e Hepatite A. ✓**
- B. Reforço de DTP (difteria, tétano, coqueluche), VOP (poliomielite oral), Tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) e Hepatite A.
- C. DTPa (difteria, tétano, coqueluche acelular), VIP (poliomielite inativada), reforço da Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) e Hepatite A.
- D. DTPa (difteria, tétano, coqueluche acelular), VOP (poliomielite oral), reforço da Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) e Hepatite A. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Aos 15 meses o calendário prevê reforços de DTP e de poliomielite, além de tetraviral (que já funciona como segunda dose de sarampo/caxumba/rubéola somada a varicela) e hepatite A. Desde 2024/2025 o esquema de polio é integralmente INATIVADO (VIP), tendo a VOP sido retirada do calendário - o que elimina as alternativas B e D. A DTP de células inteiras é a usada na rotina do SUS nessa idade; a acelular (DTPa) fica reservada a situações especiais (C). Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Homem de 29 anos, procura a Unidade Básica de Saúde após realizar um teste rápido (TR) para sífilis em uma campanha de saúde, com resultado reagente. Ele nega sintomas atuais e prévios, como lesões cutâneas, febre ou mal-estar e não relata histórico de tratamento prévio para sífilis. Nega contato sexual de risco recente, mas refere múltiplos parceiros, nos últimos três anos, sem uso consistente de preservativo. No exame físico, não há lesões genitais, cutâneas ou mucosas, e o estado geral é bom. Outro teste treponêmico (ELISA) é reagente, teste não treponêmico (VDRL) revela resultado 1:2 e ELISA anti-HIV é não reagente. Não há histórico de outras infecções sexualmente transmissíveis ou comorbidades. Qual é a conduta mais adequada para o manejo deste caso?

- A. Prescrever benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, dose única intramuscular, e orientar seguimento com VDRL em 3, 6 e 12 meses.
- B. Encaminhar ao serviço especializado para punção lombar e investigação de neurosífilis, sem iniciar tratamento na atenção primária à saúde.
- C. Prescrever benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões de UI, intramuscular, 1 vez por semana por 3 semanas e orientar seguimento com VDRL em 3, 6 e 12 meses. ✓**
- D. Considerar como cicatriz sorológica, orientar acompanhamento sem tratamento. Reavaliar com novo VDRL em 3 meses. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Dois testes treponêmicos reagentes com VDRL 1:2, sem lesão atual, sem tratamento prévio e sem definição do momento da infecção: e sífilis latente de duração IGNORADA, tratada como tardia - benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI semanais por 3 semanas (total 7,2 milhões), com controle de VDRL. Dose única (A) só vale para sífilis recente (primária, secundária ou latente recente). Cicatriz sorológica (D) exige tratamento prévio documentado. Punção lombar (B) só com sinais neurológicos/oftalmológicos. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

Um estudo (Lancet Planetary Health 2025;9: e410 - 20) investigou a associação entre a temperatura média diária em 300 grandes cidades russas de 2000 - 2019 e o risco relativo de óbito por qualquer causa, exceto causas externas, estratificado por sexo e faixa etária, em relação à temperatura ideal (a de menor risco). Parte dos resultados desse estudo está ilustrada na figura a seguir: Figura: Pooled cumulative exposure response associations between daily temperature and non accidental mortality for the 300 largest Russian cities in 2000 19, stratified by age group for females (C) and males (D). Dashed vertical lines denote the 1st and 99th percentiles of the temperature distributions. Solid vertical lines denote minimum mortality temperature for the subgroups. Shaded areas denote 95% confidence intervals of relative risks. Considerando os resultados desse estudo, assinale a alternativa que melhor os interpretam.

- A. O estudo evidencia a associação indireta entre o extremo calor e o risco de óbito, direta entre temperaturas frias e risco de óbito, que são distintas para os sexos e as faixas etárias estudadas.
- B. O estudo evidencia a associação indireta entre os extremos de temperatura e o risco relativo de óbito, que é uniforme para ambos os sexos e as faixas etárias estudadas.
- C. O estudo evidencia a associação direta entre os extremos de temperatura e o risco relativo de óbito, que é uniforme para ambos os sexos e as faixas etárias estudadas.
- D. O estudo evidencia a associação direta entre extremo calor e risco de óbito, indireta entre temperaturas frias e risco de óbito, que são distintas para os sexos e as faixas etárias estudadas. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A curva de resposta temperatura-mortalidade tem formato em U/J: o risco relativo sobe tanto no calor extremo quanto no frio, com um ponto de menor risco intermediário. Assim, a associação é DIRETA no calor (quanto maior a temperatura acima do ótimo, maior o risco) e INVERSA/indireta no frio (quanto menor a temperatura, maior o risco), com curvas de inclinação distinta entre sexos e faixas etárias - idosos são mais vulneráveis. As opções que afirmam efeito uniforme (B e C) ignoram a estratificação apresentada. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Um grupo de pesquisadores brasileiros analisou dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI) entre os anos de 2013 e 2020, com o objetivo de avaliar o impacto da pandemia de COVID 19 sobre a cobertura vacinal de crianças com até 12 meses de idade. Foram incluídas dez vacinas do calendário nacional infantil e os dados foram obtidos a partir de bancos públicos do DATASUS. Observou-se que, em 2020, nove vacinas atingiram seus menores índices históricos de cobertura e a média geral caiu de 84,44% em 2019 para 75,07% em 2020. O estudo não analisou indivíduos, mas sim tendências populacionais ao longo do tempo, utilizando dados agregados por ano em nível nacional. A Tabela 1 mostra as coberturas vacinais de 2013 a 2020.

Tabela 1. Coberturas vacinais Qual é o tipo de delineamento deste estudo?

A. Caso controle.

B. Transversal.

C. Levantamento epidemiológico. ✓

D. Coorte prospectivo. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

O estudo usa dados AGREGADOS por ano e em nível nacional, sem qualquer informação individual - a unidade de análise é a população, não a pessoa. Esse desenho descritivo de tendências populacionais a partir de bancos secundários corresponde a um levantamento epidemiológico (estudo ecológico/descritivo de séries temporais). Caso-controle (A) parte do desfecho em indivíduos; transversal (B) mede exposição e desfecho individuais em um único momento; coorte prospectiva (D) exige seguimento de indivíduos ao longo do tempo. Resposta C.

QUESTÃO 40 — Gabarito C

Paciente, sexo masculino, 32 anos, comparece à Unidade de Saúde da Família (USF) referindo um ferimento em região anterior de perna esquerda que surgiu dias após ajudar um amigo a cuidar de um jardim abandonado com vários tijolos, pela manhã. Refere que à noite do mesmo dia, sentiu apenas uma queimação e prurido na perna. No dia seguinte, apresentava lesão eritematosa com algumas vesículas, na perna esquerda. Após 3 dias, chega à USF com a seguinte lesão (Figura). Nega qualquer outro sintoma ou morbidade. Figura: Lesão por animal peçonhento Qual o animal peçonhento mais provável de ter provocado a lesão descrita?

A. Escorpião *Titius bahiensis*.

B. Escorpião *Titius serrulatus*.

C. Aranha *Loxosceles* spp. ✓

D. Aranha *Phoneutria* spp. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Picada indolor pela manhã em ambiente com entulho, com dor e queimacao apenas horas depois, evoluindo em dias para lesao com vesiculas e area de necrose: e o loxoscelismo cutaneo classico da aranha-marrom (Loxosceles), cujo veneno dermonecrotico produz a placa marmorea. Escorpioes (A e B) causam dor IMEDIATA e intensa, sem necrose. Phoneutria (D), a armadeira, tambem provoca dor local imediata e excruciante, com sudorese e agitacao, e nao lesao necrotica tardia. Resposta C.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Leia a descrição de 2 casos clínicos de crianças com cianose e responda à pergunta a seguir: Caso 1: recém-nascido, a termo, com 8 horas de vida, pulsos estão cheios, frequência cardíaca de 130 bpm, sopro contínuo mais audível no dorso, frequência respiratória de 56 ipm, ausculta respiratória sem ruídos adventícios. Caso 2: criança de 4 meses. A mãe refere que a criança sempre fica cianótica ao chorar, mas que desta vez está pior. Pulsos estão cheios, frequência cardíaca de 150 bpm, sopro sistólico em rebordo esternal esquerdo alto, frequência respiratória de 48 ipm, ausculta respiratória sem ruídos adventícios. Como se classifica a cianose de cada um dos casos apresentados?

A. Caso 1: central. Caso 2: central. ✓

B. Caso 1: periférica. Caso 2: central.

C. Caso 1: central. Caso 2: periférica.

D. Caso 1: periférica. Caso 2: periférica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Cianose central resulta de dessaturacao arterial, com pulsos cheios e boa perfusao; a periferica decorre de vasoconstricao/baixo debito, com extremidades frias e pulsos finos. No caso 1, recém-nascido com sopro CONTINUO audível no dorso sugere obstrucao/shunt com fluxo dependente do canal - cianose central. No caso 2, lactente que fica cianotico ao chorar, com sopro sistolico em borda esternal esquerda alta, tem crise hipoxemica de tetralogia de Fallot - tambem central. Ambos tem pulsos cheios, afastando causa periferica. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Menina, 7 anos. Refere que apresentou febre, coriza e tosse há uma semana. Há 2 dias, iniciou lesões purpúricas em membros inferiores, palpáveis com característica ascendente em grande quantidade, com bolhas hemáticas (figura). Associado ao quadro, apresenta dor abdominal importante e artralgia em joelhos e cotovelos. Ao exame físico, apresenta além das púrpuras, dor à palpação profunda de abdome e dor à movimentação de tornozelos, sem edemas. Hemograma normal e urina rotina com hemácias 10/campo sem outras alterações. Lesões cutâneas apresentadas pela paciente Qual o exame mais importante a ser solicitado, pensando nas possíveis complicações relacionadas ao quadro clínico atual desse paciente?

A. Doppler Ecocardiograma.

B. Biópsia de pele.

C. Ultrassonografia de abdome. ✓

D. Biópsia renal. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Purpura palpável ascendente em membros inferiores, artralgia e dor abdominal após quadro respiratório, com hemograma normal: e purpura de Henoch-Schonlein (vasculite por IgA). A dor abdominal importante levanta a suspeita da complicação mais temida na fase aguda, a INTUSSUSCEPCAO intestinal (tipicamente ileoileal), investigada por ultrassonografia de abdome. Biópsia de pele (B) só em dúvida diagnóstica. Biópsia renal (D) é considerada mais tarde, se proteinúria significativa ou perda de função - a hematuria discreta atual não a indica. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito D

A mãe de um lactente de quatro meses, em aleitamento materno exclusivo, procura orientação porque vai voltar a trabalhar em 15 dias. O ganho ponderal da criança está adequado e a produção de leite é boa. A mãe está disposta a ordenhar para oferecer seu próprio leite para a criança. Qual a orientação quanto ao tempo máximo de armazenamento do leite materno ordenhado?

- A. 24 horas na geladeira, ou 3 semanas no congelador/freezer.
- B. 48 horas na geladeira, ou 4 semanas no congelador/freezer.
- C. 8 horas na geladeira, ou 1 semana no congelador/freezer.

D. 12 horas na geladeira, ou 2 semanas no congelador/freezer. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde para leite humano ordenhado em domicílio, o prazo máximo é de 12 horas sob refrigeração e de 15 dias (cerca de 2 semanas) no congelador/freezer, sempre em frasco de vidro esterilizado, identificado com data e descongelado em banho-maria, nunca em micro-ondas. As demais opções ampliam ou reduzem os prazos de forma incorreta - vale lembrar que prazos mais longos (24h/72h de geladeira) referem-se a bancos de leite humano, com controle sanitário rigoroso, e não ao ambiente doméstico. Resposta D.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Menino de 14 anos vem a consulta visando liberação para a prática de atividade física. Irá iniciar aulas de jiu-jitsu e o professor solicitou um atestado. Não há relato de queixas, nem doenças prévias. Irmão mais velho fez uma cirurgia de troca valvar aórtica há 3 anos. Ao exame físico, você observa somente as seguintes alterações: pressão arterial em membro superior direito 110x40mmHg e sopro diastólico 2+/6 em foco aórtico. Ao passar o caso para a preceptoria, sua chefe recomenda que você reavalie os pulsos deste paciente. Qual alteração se espera encontrar nos pulsos?

- A. Diferença entre membros.
- B. Pulsos em martelo d'água. ✓**
- C. Pulsos paradoxais.
- D. Pulsos parvus et tardus.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro diastólico em foco aórtico com pressão arterial muito divergente (110x40 mmHg) indica insuficiência aórtica, provavelmente por valva bicúspide - reforçada pelo irmão operado de troca valvar aórtica jovem. O grande volume ejetado com rápido escape diastólico produz o pulso amplo e colapsante, o clássico pulso em martelo d'água de Corrigan. Diferença entre membros (A) sugere coarctação ou dissecação; pulso paradoxal (C) ocorre em tamponamento e asma grave; parvus et tardus (D) é da ESTENOSE aórtica. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Lactente de 1 ano e 5 meses é levado pela mãe ao pediatra com queixa de que, há aproximadamente 1 mês, apresentou quadro febril em que houve aumento de nodulações no pescoço e na virilha. A febre melhorou, mas as nodulações persistem. No exame físico é identificada a presença de linfonodomegalia difusa, incluindo cadeias axilares, sem outros achados. A criança não apresenta comorbidades prévias, ainda se encontra em aleitamento materno e com boa evolução na introdução alimentar. Para a investigação das possíveis causas infecciosas, quais sorologias deveriam ser incluídas na solicitação?

A. Epstein Barr, Toxoplasmose e HIV. ✓

B. HIV, Parvovírus e Citomegalovírus.

C. Toxoplasmose, Parvovírus e Dengue.

D. Sífilis, Epstein Barr e Dengue. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfonodomegalia generalizada persistente após quadro febril em lactente exige rastreio das infecções que cursam com esse padrão: Epstein-Barr (mononucleose), toxoplasmose e HIV compõem a tríade sorológica inicial, todas capazes de produzir adenomegalia difusa arrastada, incluindo cadeias axilares e inguinais. Parvovírus B19 e dengue (B, C e D) causam exantema e quadro autolimitado, sem linfadenopatia generalizada persistente; sífilis nessa idade seria congênita, com outras manifestações já no período neonatal. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Criança de 7 anos é levada ao pronto atendimento por apresentar febre há 3 dias, associada a queixa de dor ao engolir nos 2 primeiros dias. No terceiro dia, a mãe notou vermelhidão em axilas e virilhas que estava se espalhando ao restante do corpo. A criança estava recebendo somente sintomáticos. No exame físico é identificado um rash maculopapular em tronco, com a pele mais áspera, mais acentuado em região inguinal e axilas, hiperemia de orofaringe e língua com papilas mais proeminentes, sem outras alterações. Considerando os dados clínicos, qual a conduta adequada?

A. Manter uso somente dos sintomáticos e observar a evolução.

B. Administrar Penicilina Benzatina em dose única e hidratar a pele. ✓

C. Suspender sintomáticos e iniciar antialérgico e corticoide oral.

D. Internar para administrar Imunoglobulina e fazer ecocardiograma.

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre com odinofagia seguida de exantema micropapular aspero (pele em lixa), acentuado em dobras (sinal de Pastia), com hiperemia de orofaringe e língua em framboesa: e escarlatina, causada pelo estreptococo beta-hemolítico do grupo A. O tratamento é penicilina benzatina em dose única, que encurta o quadro e - principalmente - previne febre reumática. So sintomáticos (A) deixa o paciente sob risco de complicação pos-estreptocócica. Corticoide/antialérgico (C) trataria farmacodermia. Imunoglobulina (D) é para doença de Kawasaki, que exige 5 dias de febre e outros critérios. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Menina de 15 anos, chega ao atendimento após crise convulsiva tônico clônica inédita, que durou cerca de 10 minutos e cedeu após receber 10mg de diazepam venoso. Familiares negam febre ou sintomas respiratórios. Não houve traumatismo craniano. Apresenta Glasgow 13, mantendo sonolência e referindo cefaleia nos momentos em que acorda. Pupilas simétricas, reflexo pupilar diminuído à luz. Ao exame: FC: 98 bpm, FR: 18 ipm. PA: 160x105 mmHg, SatO₂: 95% em ar ambiente. Ausculta cardíaca sem sopros, pulsos cheios em membros superiores e inferiores. Ausculta pulmonar sem alterações. Abdome sem massas. Teste rápido descarta gestação. Qual medicamento deve ser prescrito?

- A. Captopril.
- B. Levetiracetam.
- C. Manitol.
- D. Nitroprussiato. ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente com crise convulsiva, rebaixamento, cefaleia e PA de 160x105 mmHg configura emergência hipertensiva com encefalopatia - o alvo terapêutico é reduzir a pressão de forma controlada e titulável, com anti-hipertensivo endovenoso de meia-vida curta como o nitroprussiato de sódio. Captopril oral (A) tem absorção imprevisível e não permite titulação em paciente sonolento. Levetiracetam (B) não trata a causa e a crise já cedeu. Manitol (C) é para hipertensão intracraniana estabelecida, sem sinais focais ou de herniação aqui. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Lactente de 3 meses, peso de 4600g, está apresentando tosse há 11 dias, com episódios persistentes, chegando a apresentar vômito após alguns deles. Mãe nega febre no período. Procurou atendimento médico na primeira semana, sendo realizado painel viral negativo para coronavírus, influenza e sincicial respiratório. Está em uso de solução fisiológica para lavagem nasal, sem melhora do quadro. Volta hoje ao pronto atendimento devido à persistência da tosse e dificuldade para dormir. Antecedentes: mãe adolescente, não realizou pré-natal, teste rápido de HIV e VDRL maternos negativos no dia do parto; pesou 2650 g ao nascer; recebeu as vacinas de BCG e Hepatite B até o momento. Nega tossidores crônicos no domicílio. Apresenta saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente, com queda durante episódios de tosse. Foi optado por internar a criança. Qual a recomendação, quanto ao tipo de precaução, para o leito desta internação?

- A. De contato.
- B. Para gotículas. ✓**
- C. Para aerossóis.
- D. Padrão. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 3 meses, filho de mãe sem pré-natal e com esquema vacinal incompleto (só BCG e hepatite B, portanto sem pentavalente), com tosse paroxística há 11 dias seguida de vômito, sem febre, painel viral negativo: o quadro é coqueluche. A Bordetella pertussis transmite-se por gotículas, sendo essa a precaução indicada, mantida até 5 dias de antibiótico eficaz. Precaução para aerossóis (C) e para tuberculose, sarampo e varicela; contato (A) para microrganismos multirresistentes; precaução padrão isolada (D) é insuficiente. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

Menina de 6 anos estava brincando em parquinho ao ar livre, quando sentiu dor aguda em braço direito, com hiperemia e edema local. Após 15 minutos evoluiu com urticária em tronco, coriza, espirros e apresentou 2 episódios de vômito. Qual é o tratamento inicial para esse caso?

A. Adrenalina intramuscular. ✓

B. Anti-histamínico via oral.

C. Corticoide via oral.

D. Antiemético intramuscular.

COMENTÁRIO OSCELABS

Reacao com inicio em minutos apos provavel ferroadada, envolvendo pele (urticaria) e outros dois sistemas - respiratorio (coriza, espirros) e gastrointestinal (vomitos): preenche criterio de ANAFILAXIA. O tratamento de primeira linha, sem excecao, e adrenalina intramuscular na face anterolateral da coxa (0,01 mg/kg), repetivel a cada 5-15 minutos. Anti-histaminicos (B) e corticoides (C) sao adjuvantes, agem lentamente e nunca substituem a adrenalina - o atraso na sua aplicacao e o principal fator associado a obito. Antiemetico (D) trata sintoma isolado. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito B

Menino de 2 meses, hígido, nascido a termo, recebeu vacina BCG com 1 mês de vida. Mãe nega saída de secreção local, mas procura atendimento devido à preocupação com o aspecto da cicatriz, conforme foto a seguir: Foto: Local da aplicação da BCG Qual é a conduta mais adequada nesse caso?

A. Iniciar Cefalexina.

B. Observar a evolução. ✓

C. Drenagem da secreção.

D. Iniciar Isoniazida. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

A evolucao normal da BCG segue macula, papula, pustula, ulcera de ate 1 cm e crosta, com cicatriz definitiva em ate 3 meses - todo esse processo pode durar semanas e NAO requer intervencao. A conduta e orientar a mae, manter o local limpo e seco, sem curativo oclusivo, e observar. Antibiotico (A) so se houver infeccao secundaria verdadeira; drenagem (C) e contraindicada, pois manipular a lesao aumenta o risco de complicacao; isoniazida (D) fica para eventos adversos como abscesso frio ou linfadenite supurada. Resposta B.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Escolar de 9 anos de idade, 35 kg, com história de cefaleia intensa e rebaixamento do nível de consciência há 2 horas, chega à sala de emergência em mau estado geral, hiporresponsivo, com rigidez de mandíbula e nistagmo horizontal, evoluindo rapidamente com crise convulsiva tônico clônica generalizada. O pai refere que a criança ingeriu fluido de radiador, pouco antes do início dos sintomas. Os exames laboratoriais de sangue arterial mostram: Sódio: 140 mEq/L, potássio: 4,0 mEq/L, cloro: 103 mEq/L, cálcio iônico: 0,9 mmol/L, ureia: 36 mg/dL, creatinina: 0,8 mg/dL, glicemia: 72 mg/dL, osmolaridade plasmática: 320 mOsm/L. Gasometria: pH 7,30, PO₂ 70 mmHg, PCO₂ 30 mmHg, HCO₃ 15 mEq/L, SatO₂ 92%. Qual é o diagnóstico do distúrbio acidobásico?

A. Acidose metabólica de ânion gap aumentado. ✓

B. Acidose metabólica de ânion gap aumentado e alcalose respiratória aguda.

C. Acidose metabólica de ânion gap normal e acidose respiratória aguda.

D. Acidose metabólica de ânion gap normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Intoxicação por fluido de radiador (etilenoglicol) gera acidose metabólica por acúmulo de ácido glicólico e oxálico, com hipocalcemia (cristais de oxalato de cálcio) e hiperosmolaridade. Aqui o anion gap = $140 - (103 + 15) = 22$, claramente aumentado. A compensação respiratória esperada por Winter é $1,5 \times 15 + 8 = 30,5$ mmHg, e a PCO₂ medida é 30 - ou seja, compensação ADEQUADA, sem alcalose respiratória associada (afasta B). Não há acidose respiratória nem gap normal (C e D). Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Adolescente de 15 anos apresenta diarreia há 3 meses, líquida, sem muco ou sangue. Refere dor abdominal difusa e perda de peso discreta. Exame laboratorial revelou calprotectina fecal de 300 µg/g (Valor de referência < 50). Qual exame é mais indicado para investigar a causa desta diarreia crônica?

A. Exame de fezes para calprotectina seriada.

B. Colonoscopia com biópsias. ✓

C. Anti-transglutaminase IgA/IgA sérica.

D. Teste de intolerância à lactose.

COMENTÁRIO OSCELABS

Calprotectina fecal de 300 mcg/g em adolescente com diarreia crônica, dor abdominal e perda de peso indica inflamação intestinal e obriga investigação endoscópica: a colonoscopia com biópsias (incluindo íleo terminal) e o exame que confirma e classifica a doença inflamatória intestinal. Repetir calprotectina (A) não acrescenta diagnóstico. Anti-transglutaminase (C) investiga doença celíaca, que cursa com calprotectina normal ou pouco alterada. Teste de intolerância à lactose (D) explicaria diarreia osmótica, mas não inflamação. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Menino de 9 meses de vida é levado ao pediatra devido a massa palpada pela mãe, durante o banho. Sem outras queixas associadas. Ao exame físico, massa regular, em flanco direito, não ultrapassa a linha média. Como achado adicional, pediatra nota macroglossia e hemi-hiperplasia em membros inferiores. Qual a principal hipótese diagnóstica?

A. Hepatoblastoma.

B. Linfoma.

C. Tumor de Wilms. ✓

D. Neuroblastoma. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa abdominal em flanco que NÃO ultrapassa a linha média, em lactente com macroglossia e hemi-hiperplasia (estigmas de síndrome de Beckwith-Wiedemann): a hipótese é tumor de Wilms (nefroblastoma), cujo rastreamento ultrassonográfico é recomendado nessas síndromes de sobrecrecimento. O neuroblastoma (D) tipicamente cruza a linha média, e irregular, calcificado, com sintomas sistêmicos. Hepatoblastoma (A) ocuparia o hipocondrio direito com alfa-fetoproteína elevada. Linfoma (B) nessa idade é raro e costuma dar adenomegalias. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Uma adolescente com 15 anos, do sexo feminino, é atendida no Setor de Emergência, relatando palpitações, sudorese e choro imotivado há 7 meses, com piora hoje. Refere também perda de 5 kg, além de crises de ansiedade e tremores de extremidades. Seu ciclo menstrual tornou-se irregular e passou a evacuar várias vezes ao dia nas últimas semanas. Informa que está passando por muita dificuldade no relacionamento com os familiares e com o namorado. Ao exame: comunicativa, orientada, porém com agitação psicomotora, FC: 138bpm, ausculta cardíaca com 2 bulhas rítmicas normofonéticas sem sopros, PA: 148x62 mmHg. A frequência respiratória de 16 ipm e não havia anormalidades à inspeção e na ausculta torácica. O exame do abdome não evidenciou alterações. Foi realizado ECG, demonstrado abaixo: Eletrocardiograma da paciente Qual a conduta mais adequada nesse momento?

- A. Avaliar a função tireoidiana, hemograma e função hepática. ✓**
- B. Prescrever inibidor seletivo de recaptção serotoninina.
- C. Prescrever antiarrítmico, anticoagulante e monitorização cardíaca.
- D. Solicitar triagem toxicológica e avaliação psiquiátrica. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Perda ponderal, palpitações, tremores, hiperdefecação, irregularidade menstrual, taquicardia de 138 bpm e pressão divergente compõem quadro típico de tireotoxicose - fácil de confundir com transtorno de ansiedade diante do contexto psicossocial relatado. O passo inicial é documentar a disfunção (TSH/T4 livre) junto de hemograma e função hepática, exames que também são pré-requisito antes de iniciar drogas antitireoidianas. Iniciar ISRS (B) ou encaminhar a psiquiatria (D) sem excluir causa orgânica e erro. Antiarrítmico e anticoagulante (C) tratariam consequência, não a causa. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Lactente, 5 meses de vida, foi admitida na UTI Pediátrica por quadro de bronquiolite com necessidade de intubação orotraqueal. Evoluiu com estenose subglótica pós-extubação, sendo necessário ser submetida a procedimento de laringossuspensão e dilatação. Fez uso de dexametasona 1mg de 12/12h por 45 dias, sendo suspensão no dia da alta hospitalar. Paciente retorna ao pronto-socorro, 5 dias após a alta, com quadro de sonolência e vômitos. Nega febre ou outros sintomas associados. Solicitado os exames laboratoriais abaixo: Resultados dos exames laboratoriais Pensando na principal hipótese diagnóstica, qual a conduta imediata?

- A. Salina hipertônica 3%.
- B. Corticoesteróide. ✓**
- C. Restrição hídrica.
- D. Antibiótico de amplo espectro.

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente que usou dexametasona em dose alta por 45 dias e teve a droga SUSPESA ABRUPTAMENTE na alta retorna em 5 dias com sonolência e vômitos: é insuficiência adrenal secundária por supressão do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal, que costuma cursar com hiponatremia e hipoglicemia. A conduta imediata é reposição de corticoide (hidrocortisona), seguida de desmame lento. Salina hipertônica (A) só seria indicada em hiponatremia sintomática grave, e restrição hídrica (C) e conduta da SIADH - que pioraria este paciente. Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito D

Um recém-nascido pré-termo tardio (36 semanas de idade gestacional) apresenta, 2 horas após o nascimento, taquipneia (80 ipm), gemência e retrações subcostais leves. A radiografia de tórax mostra reforço radiológico nas fissuras interlobares e aumento da trama vascular perihilar. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Pneumonia congênita.
- B. Hipertensão pulmonar persistente do recém-nascido.
- C. Síndrome de aspiração meconial.

D. Taquipneia transitória do recém-nascido. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-termo tardio com desconforto respiratório precoce, taquipneia importante e radiografia com líquido nas fissuras interlobares e congestão peri-hilar: e taquipneia transitória do recém-nascido, decorrente do retardo na absorção do líquido pulmonar - mais frequente em cesárea eletiva e pre-termo tardio, com resolução em 24-72 horas. Pneumonia congênita (A) traria fatores de risco infecciosos e infiltrado assimétrico. Aspiração meconial (C) exige líquido meconial e ocorre em pós-termo. Hipertensão pulmonar persistente (B) cursa com cianose desproporcional e labilidade de saturação. Resposta D.

QUESTÃO 57 — Gabarito A

Recém-nascido do sexo masculino, 10 dias de vida, primeiro filho de pais jovens, não consanguíneos, nasceu a termo, parto vaginal, sem intercorrências (PN 3400 g, PC 34 cm, comprimento 49 cm, APGAR 8/9). Pré-natal de baixo risco. Após alta da maternidade, foi coletado teste do pezinho no 5º dia de vida na UBS local. A equipe do laboratório de referência entrou em contato solicitando nova coleta de amostra. O resultado da primeira amostra detectou fenilalanina de 21,5 mg/dL (valor de referência 0,5 a 1,3 mg/dL). Qual deve ser a conduta inicial mais apropriada?

- A. Iniciar a fórmula metabólica isenta de fenilalanina. ✓**
- B. Iniciar a medicação sapropterina por via oral.
- C. Solicitar o sequenciamento do gene PAH.
- D. Aguardar o segundo resultado da dosagem de fenilalanina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Fenilalanina de 21,5 mg/dL na triagem neonatal (mais de 15x o normal) caracteriza fenilcetonúria clássica, e o tratamento é tempo-dependente: cada dia de exposição a fenilalanina elevada agride o sistema nervoso em formação. A conduta imediata é iniciar fórmula metabólica isenta de fenilalanina, mantendo aleitamento controlado, ENQUANTO se confirma o diagnóstico. Aguardar segunda amostra (D) ou sequenciamento do PAH (C) atrasa o único tratamento que previne deficiência intelectual. Sapropterina (B) só em formas responsivas, após teste específico. Resposta A.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Recém-nascido com 11 dias, sexo masculino, é levado à Unidade de Pronto Atendimento com história de 1 dia de febre e apatia, e há 1 hora ter iniciado com pausas respiratórias. Pais negam coriza, obstrução nasal e tosse. Nasceu com 39 semanas, parto normal, 3kg, Apgar 8/9, e recebeu alta hospitalar com 48 horas, em aleitamento materno exclusivo. Ao exame, RN está corado, acianótico, icterício +/-4, hipoativo e reativo, apresentando pausas respiratórias de 15- 20 segundos. Fígado a 2 cm do rebordo costal direito. Olho direito com hiperemia conjuntival e secreção amarelada. A figura abaixo mostra os achados na pele. Restante do exame sem alterações. Figura: Face lateral direita do tronco do RN. Qual informação complementar fornecida pela mãe é mais relevante para definir a etiologia deste quadro?

- A. Relato de exantema no primeiro trimestre.
- B. Uso de penicilina benzatina na gestação.
- C. Histórico vacinal materno incompleto.

D. História de lesões genitais na gestação. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Recem-nascido de 11 dias com febre, apatia, apneia, hepatomegalia, conjuntivite e lesões vesiculares na pele: o conjunto aponta herpes neonatal, forma disseminada/SNC, adquirida sobretudo na passagem pelo canal de parto. Por isso a informação materna decisiva e o antecedente de LESÕES GENITAIS na gestação (herpes genital, principalmente infecção primária próxima ao parto). Exantema no primeiro trimestre (A) sugeriria rubéola/zika; penicilina benzatina (B) remeteria a sífilis tratada; histórico vacinal (C) não explica vesículas neonatais. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito C

Menino, 4 anos, comparece na emergência de hospital terciário para investigação diagnóstica e tratamento. Refere ter iniciado dificuldade progressiva para caminhar, querendo muito colo e muito irritado há 30 dias. Apresenta alguns picos febris esporádicos, não aferidos, segundo os pais. Foi algumas vezes em avaliação médica pelo quadro, sem diagnóstico específico e orientados analgésicos, anti-inflamatórios e observação. Como houve piora do quadro, criança com muita dor à manipulação, não conseguindo sair da cama, foi encaminhada. Feito ultrassonografia com doppler de articulações quadril, que foi normal, e a Ressonância Magnética de coluna lombo sacra abaixo. Ressonância magnética do paciente Qual a principal hipótese diagnóstica?

- A. Infiltração leucêmica.
- B. Osteomielite.

C. Espondilodiscite. ✓

D. Osteossarcoma. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-escolar com recusa progressiva a deambular, irritabilidade, picos febris e dor intensa a manipulação, com ultrassom de quadris normal e alteração na ressonância de coluna lombossacra: o quadro é de espondilodiscite - infecção do disco e platos vertebrais adjacentes, que na criança costuma ser subaguda e de diagnóstico tardio, exatamente como descrito. Osteomielite isolada (B) daria dor localizada em osso longo. Infiltração leucêmica (A) cursaria com alterações hematológicas e visceromegalias. Osteossarcoma (D) é raro nessa idade e acomete metáfises de ossos longos. Resposta C.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Paciente do sexo masculino, 3 anos, previamente hígido, apresentou edema palpebral e ascite. Realizados exames, identificando-se proteinúria na faixa maciça, hipoalbuminemia e dislipidemia. Foi iniciado tratamento com prednisona, evoluindo com desaparecimento do edema e remissão completa da proteinúria, em três semanas. Distribuição dos tipos histológicos por idade Considerando o tipo histológico mais comumente encontrado na doença dessa criança, qual dos gráficos acima representa sua distribuição por idade?

- A. Gráfico 1.
- B. Gráfico 3.
- C. Gráfico 2.

D. Gráfico 4. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome nefrótica em pré-escolar previamente hígido, com resposta completa a corticoterapia em três semanas: e o comportamento típico da doença de LESÃO MINIMA, tipo histológico mais frequente na infância. Sua distribuição etária tem pico justamente entre 2 e 6 anos, caindo progressivamente com o avançar da idade, quando ganham espaço a glomeruloesclerose segmentar e focal e as glomerulonefrites proliferativas - padrão representado no gráfico 4. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Nulligesta de 70 anos, menopausa aos 50 anos sem uso de terapia hormonal. Tem Hipertensão Arterial em uso regular de medicação. Vem referindo sangramento vaginal com três episódios nos últimos 3 meses, em moderada quantidade. Exame físico: Corada, PA: 120x80 mmHg, IMC: 34 kg/m². Exame ginecológico com hipotrofia, sem outras anormalidades. Exames complementares seguem imagens abaixo: Ultrassonografia Histeroscopia Qual a melhor conduta?

- A. Histerectomia total.
- B. Dispositivo intrauterino de levonorgestrel.

C. Ressecção da lesão. ✓

D. Histerectomia com salpingectomia. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pós-menopausa e câncer de endométrio até prova em contrário, e a investigação com ultrassonografia e histeroscopia revelou lesão focal intracavitária (polipo). Nesse cenário a conduta é a ressecção histeroscópica da lesão, que é simultaneamente diagnóstica (histologia) e terapêutica, com baixa morbidade. Histerectomia (A e D) é desproporcional antes de definir a histologia, sobretudo em idosa com comorbidades. DIU de levonorgestrel (B) trata hiperplasia sem atipia, mas nunca antes do diagnóstico histológico. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Mulher de 42 anos, G1C1, laqueada, vem encaminhada a serviço terciário devido a sangramento uterino anormal iniciado há 2 anos, com aumento de volume e duração da menstruação, com piora nos últimos meses. Está em uso de análogo do GnRH há 9 meses com resolução do sangramento. Apresentando sintomas vasomotores e ressecamento vaginal. Comorbidades: HAS bem controlada com uso de medicação, obesidade grau 1. Achados relevantes do exame físico: útero aumentado de volume ao toque vaginal. Exames complementares (realizados no início dos sintomas): ultrassonografia transvaginal mostrando leiomiomatose com presença de múltiplos leiomiomas subserosos e intramurais com volume uterino de 300 cm³. Qual a conduta mais adequada neste caso?

- A. Indicar histeroscopia cirúrgica.
- B. Iniciar contraceptivo de progestagênio isolado. ✓**
- C. Manter análogo de GnRH.
- D. Iniciar contraceptivo combinado.

COMENTÁRIO OSCELABS

Análogo de GnRH não deve ultrapassar 6 meses sem terapia de adição - a paciente já está em 9 meses e sintomática (fogachos, ressecamento), com perda de massa óssea como risco. Diante de leiomiomatose volumosa (300 cm³), obesidade e hipertensão aos 42 anos, o combinado (D) traz risco cardiovascular desnecessário; a melhor transição é um progestagênio isolado para controle do sangramento. Manter o análogo (C) perpetua o efeito hipoestrogênico. Histeroscopia cirúrgica (A) não alcança miomas subserosos e intramurais. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito C

Nuligesta, 30 anos, há 1 ano mantendo relações sexuais pênis-vagina cerca de 3 vezes por semana, sem uso de métodos contraceptivos e sem sucesso em engravidar. Ciclos menstruais a cada 30 a 32 dias, com 5 a 6 dias de duração e fluxo normal. Há 6 meses com dismenorréia moderada a intensa nos primeiros 2 a 3 dias do ciclo, com melhora parcial com anti-inflamatório não hormonal. Fez uso de contracepção hormonal combinada dos 15 aos 29 anos. Ao exame físico: IMC: 20,3 kg/m²; Ferriman: 2; cintura: 71 cm; PA: 110x70 mmHg. Sem alterações ao exame ginecológico. Esposo de 28 anos, saudável, sem antecedentes importantes, hábitos ou uso de medicamentos. Esposo: espermograma sem alterações. Paciente: FSH: 6,3 mIU/mL. Histerossalpingografia sem anormalidades. Ultrassonografia transvaginal com útero sem anormalidades, ovário direito com volume de 6,8 cm³ e 12 folículos antrais e ovário esquerdo com volume de 5,8 cm³ e 6 folículos antrais. Ressonância pélvica sem anormalidades. Qual a melhor abordagem terapêutica para este caso?

- A. Estimulação ovariana e fertilização in vitro.
- B. Agonista do GnRH por 3 meses seguido de conduta expectante.
- C. Indução da ovulação com gonadotrofinas para inseminação intrauterina. ✓**

D. Videolaparoscopia cirúrgica. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Casal com um ano de tentativas, ciclos regulares (ovulatórios), espermograma normal, trompas perdas a histerossalpingografia, reserva ovariana adequada e imagem sem endometriose: configura infertilidade sem causa aparente. A conduta consagrada é escalonar para indução da ovulação com inseminação intrauterina antes de partir para técnicas de alta complexidade (A). Agonista de GnRH com conduta expectante (B) apenas adia a gestação. Videolaparoscopia (D) não se justifica com ressonância e ultrassom normais e sem indicio de doença pélvica cirúrgica. Resposta C.

QUESTÃO 64 — Gabarito A

Mulher de 32 anos refere que a primeira gestação evoluiu com aborto com 8 semanas e 3 dias. Foi submetida a aspiração manual intrauterina por sangramento genital importante. Nega comorbidades e antecedentes relevantes. Fazia uso prévio de contraceptivo oral combinado, tendo engravidado 4 meses após suspender o uso. Está em uso de Desogestrel (75 mcg/dia) e ácido fólico, sem queixas. Vem para consulta três meses após o procedimento, acompanhada do parceiro, manifestando desejo de nova gestação. Qual a melhor conduta?

A. Tranquilizar o casal e liberar para nova gestação. ✓

B. Orientar a manter contracepção por mais 3 meses.

C. Solicitar cariótipo para o casal e TSH para a mulher.

D. Solicitar inibidor lúpico e anticorpos anticardiolipina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Um único abortamento de primeiro trimestre e evento esporádico, presente em 10-15% das gestações clínicas, geralmente por aneuploidia ao acaso, e não configura abortamento de repetição (que exige duas ou mais perdas). A conduta é acolher, tranquilizar o casal, manter ácido fólico e liberar nova gestação - não há benefício comprovado em aguardar intervalo fixo (B). Investigação de cariótipo do casal (C) e de síndrome antifosfolípide (D) só se justifica após perdas repetidas ou perda tardia. Resposta A.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Uma mulher de 30 anos, G2P1A1, saudável, sem queixas, trouxe dosagens hormonais de FSH, LH e estradiol realizadas em outro serviço em uso consistente de Desogestrel oral. Quais resultados esperados em relação aos níveis de FSH, LH e estradiol neste caso?

A. FSH: baixo, LH: baixo, Estradiol: baixo.

B. FSH: baixo, LH: normal, Estradiol: baixo.

C. FSH: normal, LH: normal, Estradiol: normal. ✓

D. FSH: normal, LH: baixo, Estradiol: normal.

COMENTÁRIO OSCELABS

O desogestrel 75 mcg e progestagênio isolado que inibe a ovulação suprimindo principalmente o pico de LH, mas mantém alguma atividade folicular: os níveis basais de FSH, LH e estradiol permanecem dentro da faixa de normalidade, e por isso essas dosagens são pouco úteis e potencialmente confundidoras em usuárias. Os padrões de supressão profunda descritos em A e B correspondem melhor à contracepção combinada em dose plena ou a análogos de GnRH, não a minipílula de desogestrel. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito D

Nuligesta de 46 anos, refere urgência miccional quase diariamente, e relata incontinência urinária de urgência durante atividade sexual, mais especificamente no orgasmo. Nega incontinência de esforço, e nega incontinência durante penetração em intercurso sexual. Nega sensação de peso ou bola na vagina. Comorbidades: diabetes tipo 2, transtorno de ansiedade em tratamento psicoterápico. Medicamentos: metformina, glicazida. Refere ter última hemoglobina glicada de 9% realizada há 1 mês. Ao exame físico, IMC: 4 kg/m², vulva sem alterações, ausência de perda de urina durante manobra de Valsalva, classificação POP Q: Aa= 3, Ba= 3, C= 9, D= 10, Ap= 3, Bp= 3, CVT= 10, cp= 3, hg= 3,5. Qual a melhor conduta neste momento?

A. Amitríptilina.

B. Toxina botulínica intravesical.

C. Oxibutinina.

D. Perda de peso e fisioterapia. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome de bexiga hiperativa (urgência e incontinência de urgência, sem perda aos esforços e sem prolapso pelo POP-Q) em paciente obesa e com diabetes MUITO descompensado (HbA1c 9%). A primeira linha é sempre conservadora: perda de peso, fisioterapia do assoalho pélvico e treinamento vesical - além, obviamente, de controlar a glicemia, já que a hiperglicemia com diurese osmótica agrava a urgência. Antimuscarínicos como a oxibutinina (C) são segunda linha; toxina botulínica (B) e terceira; amitríptilina (A) não é opção inicial.

Resposta D.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Mulher de 63 anos com menopausa há 8 anos, relata secura, prurido e ardência vaginal, polaciúria, disúria e tenesmo vesical. Antecedente pessoal de tromboembolismo venoso pulmonar há 5 anos após contrair COVID 19. No exame ginecológico foi observada parede vaginal de coloração rósea pálida, diminuição do pregueamento vaginal e pequena quantidade de conteúdo característico, sem odor. Urina tipo I: exame sem alterações. Qual a conduta mais adequada para essa paciente?

A. Terapia hormonal combinada transdérmica.

B. Estriol creme vaginal. ✓

C. Metronidazol creme vaginal.

D. Hidratante vaginal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Secura, prurido, ardência e sintomas urinários com mucosa pálida e perda do pregueamento vaginal definem a síndrome geniturinária da menopausa. O tratamento mais eficaz e o estrogênio de baixa potência por via VAGINAL, como o estriol em creme, cuja absorção sistêmica é mínima - por isso é considerado seguro mesmo com antecedente de tromboembolismo. Terapia hormonal sistêmica (A) é contraindicada após TEV.

Metronidazol (C) trataria vaginose, e o conteúdo aqui é característico e sem odor. Hidratante (D) alivia, mas não reverte a atrofia. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Mulher de 61 anos, G2P2, menopausa há 11 anos, IMC: 34 kg/m², hipertensa e diabética tipo 2, em uso de tamoxifeno há 3 anos por câncer de mama tratado, procura atendimento ambulatorial em Unidade Básica de Saúde por sangramento vaginal recorrente há cerca de 2 meses. Ao exame: sinais de atrofia vaginal, sem lesões cervicais visíveis. Hemoglobina: 12,6 g/dL, coagulograma normal. A ultrassonografia transvaginal mostra endométrio linear e homogêneo, espessura de 3,5 mm, sem líquido intracavitário, miomas intramurais pequenos sem deformidade evidente da cavidade. Qual é o próximo passo mais adequado na investigação?

A. Realizar biópsia endometrial ambulatorial. ✓

B. Repetir a ultrassonografia transvaginal em 6 semanas.

C. Iniciar progestagênio cíclico por 3 meses.

D. Solicitar ressonância magnética pélvica.

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento pos-menopausa em usuaria de tamoxifeno exige investigacao HISTOLOGICA independentemente da espessura endometrial: o tamoxifeno produz alteracoes subepiteliais e cisticas que tornam a medida ultrassonografica pouco confiavel, e o corte de 4-5 mm nao se aplica a essas pacientes, que ainda tem risco aumentado de carcinoma de endometrio. Repetir ultrassom (B) ou usar progestagenio (C) mascara e adia o diagnostico. Ressonancia (D) nao substitui a biopsia. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

Mulher de 46 anos, G3P3, procura o ambulatório de ginecologia para avaliação de risco oncológico. Tem mãe falecida por câncer de ovário aos 55 anos e uma irmã com câncer de mama diagnosticado aos 42 anos. Nunca usou contraceptivo hormonal, menarca aos 11 anos, menopausa ainda não instalada. Nega cirurgias prévias e não apresenta sintomas atuais. IMC: 27 kg/m². Exame físico normal. Qual a conduta mais adequada neste momento?

- A. Laqueadura tubária como medida profilática.
- B. Ooforectomia profilática bilateral.

C. Investigação de mutações germinativas. ✓

- D. Rastreamento com ultrassonografia transvaginal e CA 125. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Mae com cancer de ovario e irma com cancer de mama aos 42 anos configuram criterio para avaliacao de síndrome hereditaria de cancer de mama e ovario. O passo correto e o aconselhamento genetico com pesquisa de mutacoes germinativas (BRCA1/2), pois o resultado e que define as condutas seguintes. Ooforectomia profilatica (B) so se indica com mutacao confirmada, e sua realizacao sem esse dado e mutilante. Rastreamento com CA-125 e ultrassom (D) nao reduz mortalidade por cancer de ovario. Laqueadura (A) nao e medida profilatica primaria neste contexto. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito A

Mulher de 25 anos, com quadro clínico com irregularidade menstrual e sinais de hiperandrogenismo, apresentando acantose nigricans. Não deseja engravidar e faz uso regular de Desogestrel (75 mcg/dia). Ao exame físico: IMC: 27,1 kg/m², Pressão Arterial: 130x85 mmHg, Índice de Ferriman Gallwey: 9, Glicemia de jejum:112mg/dL e Glicemia 2h após TOTG (75g):150 mg/dL Qual o tratamento mais adequado para o quadro metabólico desta paciente?

A. Metformina. ✓

- B. Análogos de GLP 1.
- C. Sibutramina.
- D. Estatina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome dos ovários policísticos com acantose nigricans, sobrepeso e glicemia de jejum alterada (112 mg/dL) com TOTG de 150 mg/dL: o eixo do problema metabolico e a RESISTENCIA INSULINICA, e a metformina e o farmaco de escolha, melhorando sensibilidade a insulina, perfil glicemico e ate a regularidade menstrual. Analogos de GLP-1 (B) sao opcao em obesidade estabelecida, nao a primeira escolha aqui. Sibutramina (C) tem restricoes de seguranca cardiovascular. Estatina (D) trata dislipidemia, que nao foi documentada. Resposta A.

QUESTÃO 71 — Gabarito D

Primigesta, 29 anos, com 37 semanas de gestação, com lúpus eritematoso sistêmico, faz avaliação de vitalidade fetal em consulta pré-natal de rotina. Está com a doença sob controle e exames laboratoriais normais. A cardiotocografia realizada hoje está demonstrada abaixo (Figura). A ultrassonografia apresenta feto com peso no P35, com movimentos respiratórios, somáticos e tônus normais e índices de pulsatilidade das artérias umbilical e cerebral média nos percentis 70 e 15, respectivamente. O maior bolsão de líquido amniótico mede 1,5 cm. Figura: Cardiotocografia realizada na consulta de hoje, antes da ultrassonografia. ES=estímulo sonoro Levando-se em consideração o resultado do perfil biofísico fetal, qual a melhor conduta?

- A. Retorno em uma semana com ultrassonografia.
- B. Resolução da gestação por cesárea.
- C. Reavaliação da vitalidade fetal em 24 horas.

D. Indução do trabalho de parto. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Perfil biofísico com cardiotocografia e movimentos/tonus/respiratorios normais, mas com maior bolsa de liquido amniotico de apenas 1,5 cm, caracteriza OLIGOAMNIO - o marcador cronico do perfil, que pontua zero. Com 37 semanas (termo) e Dopplers normais, a conduta e resolver a gestacao, e como nao ha sinal de sofrimento agudo nem contraindicacao obstetrica, a via preferencial e a inducao do parto. Retorno em uma semana (A) ou reavaliar em 24h (C) prolongam risco desnecessario; cesarea (B) nao se justifica sem indicacao especifica. Resposta D.

QUESTÃO 72 — Gabarito C

Primigesta de 20 anos, fazendo pré-natal de risco habitual e sem intercorrências até o momento. Refere cólicas abdominais esporádicas e retorna em consulta pré-natal trazendo o resultado do exame morfológico de segundo trimestre realizado hoje. O feto apresenta crescimento e morfologia dentro da normalidade, com placenta anterior alta e volume de líquido amniótico normal. Figura: Imagem de Ultrassonografia De acordo com a imagem ultrassonográfica da aferição do comprimento cervical (Figura), qual a melhor conduta?

- A. Introdução de pessário cervical.
- B. Progesterona micronizada vaginal.

C. Seguimento pré-natal de risco habitual. ✓

- D. Realização de cerclagem cervical.

COMENTÁRIO OSCELABS

A medida do comprimento cervical no morfológico de segundo trimestre so muda a conduta quando ha colo curto - classicamente igual ou menor que 25 mm. Com cervicometria normal em gestante de risco habitual, assintomatica (colicas esporadicas nao sao trabalho de parto) e sem antecedente de parto pre-termo, o correto e manter o pre-natal habitual. Progesterona vaginal (B) so se indica em colo curto ou historia previa de prematuridade; pessario (A) tem beneficio controverso; cerclagem (D) exige criterios ainda mais restritos. Resposta C.

QUESTÃO 73 — Gabarito B

Gestante de 29 anos, G4P0A3, com 21 semanas gestacionais. Tem como antecedente três abortamentos com o mesmo parceiro, todos diagnosticados por ultrassonografia, com batimentos cardíacos e eliminação espontânea entre 7 e 9 semanas. Está assintomática e nega cirurgias prévias, tabagismo, etilismo, uso de drogas ilícitas ou traumas nas gestações anteriores. IMC: 24 kg/m². Resultados dos exames: Ultrassonografias morfológicas de 1º e 2º trimestre dentro da normalidade (feto, útero e anexos). Cervicometria transvaginal: 29 mm. Pesquisa de anticorpos para síndrome antifosfolípide negativa. Glicemia de jejum: 88 mg/dl. TSH: 2,1 mUI/L. Sorologias pré-natais negativas. Qual é a conduta mais adequada para esta gestante?

A. Prescrever ácido acetilsalicílico e enoxaparina profilática até a véspera do parto.

B. Acompanhamento clínico regular com apoio psicológico. ✓

C. Prescrever progesterona micronizada vaginal noturna até 36 semanas.

D. Oferecer realização de cerclagem cervical com retirada dos pontos no termo. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Tres perdas precoces (7-9 semanas) com investigacao completa negativa - anatomia uterina normal, síndrome antifosfolípide negativa, tireoide e glicemia normais - configuram abortamento habitual IDIOPATICO, situacao em que a maior parte das perdas decorre de aneuploidia esporadica e a chance de recém-nascido vivo permanece alta apenas com suporte. A conduta e acompanhamento regular com apoio psicologico. Aspirina com heparina (A) so em SAF confirmada; progesterona (C) nao tem beneficio neste perfil; cerclagem (D) exige incompetencia istmocervical, com perdas TARDIAS e colo curto. Resposta B.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Primigesta de 30 semanas de idade gestacional, em seguimento de pré-natal de alto risco devido ao diabetes mellitus tipo 2, retorna à consulta de pré-natal, sem queixas clínicas e obstétricas. Paciente em uso: Insulina Neutral Protamine Hagedorn (NPH): 16 UI às 7:00h, 14 UI às 12:00h, 14 UI às 22:00h Insulina Regular: 10 UI 30 minutos antes do café da manhã, 10 UI 30 minutos antes do almoço, 10 UI 30 minutos antes do jantar. Terapia nutricional: café da manhã às 7:00h, lanche da manhã às 10:00h, almoço às 12:00h, lanche da tarde às 16:00h, jantar às 18h30, lanche noturno às 22:00h. Exame físico geral e obstétrico dentro dos padrões de normalidade. Ganho de peso de 150 gramas em 7 dias. A avaliação da monitorização glicêmica da última semana está demonstrada na figura abaixo: Figura: Monitorização Glicêmica Qual a conduta mais adequada em relação ao controle glicêmico desta paciente, além do reforço de orientação sobre terapia nutricional e programa de atividade física?

A. Aumentar insulina NPH no café da manhã, almoço e noturna, reduzir regular no café da manhã e jantar e aumentar do almoço.

B. Manter as doses administradas atualmente de insulina NPH e de insulina regular.

C. Aumentar NPH noturna, reduzir no café da manhã e manter no almoço, aumentar regular no café da manhã e almoço e reduzir no jantar. ✓

D. Manter doses de insulina NPH em todos os horários e aumentar doses de insulina regular no café da manhã, almoço e reduzir no jantar. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

O ajuste da insulina em gestante segue a regra do horário do valor alterado: a NPH noturna corrige a glicemia de JEJUM, a NPH matinal e do almoço cobrem os intervalos do dia, e a insulina regular corrige o POS-PRANDIAL da refeição que a precede. Diante do padrão registrado na monitorização, a correção adequada é aumentar a NPH noturna, reduzir a do café e manter a do almoço, com aumento da regular no café e almoço e redução no jantar. Manter tudo (B) ignora os valores fora do alvo, e as demais combinações ajustam a insulina errada para cada horário. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Gestante de 30 anos, G2P1, com gestação a termo e evolução considerada normal, encontra-se no segundo período de trabalho de parto, em posição vertical, com puxos espontâneos e coordenados. Relata desejo de parir nessa posição e sem analgesia. O feto está em apresentação cefálica fletida, variedade de posição occípito anterior esquerda, com progressão visível à medida que os puxos ocorrem. Após 90 minutos, o períneo distende, mas o nascimento ainda não ocorreu. Frequência cardíaca fetal normal e a parturiente está colaborativa. Qual é a conduta mais adequada neste momento, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde?

- A. Respeitar o tempo fisiológico do segundo período. ✓**
- B. Realizar episiotomia.
- C. Instrumentalizar o parto.
- D. Deprimir fúrcula vaginal com os dedos.

COMENTÁRIO OSCELABS

Segundo período com progressão visível, puxos espontâneos, frequência cardíaca fetal normal e parturiente colaborativa: não há distócia. As diretrizes do Ministério da Saúde admitem até cerca de 2 horas de período expulsivo em multiparas e 3 horas em primiparas sem analgesia, desde que haja progressão e vitalidade preservada. A conduta é respeitar o tempo fisiológico. Episiotomia de rotina (B) está proscrita; parto instrumentado (C) exige indicação materna ou fetal; manobras como deprimir a fúrcula (D) não têm respaldo e aumentam trauma perineal. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

Gestante de 17 anos, sem intercorrências no pré-natal, atualmente com 30 semanas e 1 dia. Busca atendimento por estar com a urina mais concentrada e membros inferiores edemaciados. Ao exame, encontrava-se com pressão arterial de 159x93 mmHg, ausculta fetal normal, discretamente icterícia e edemaciada 2+/4+. O ultrassom realizado à beira leito mostrou restrição de crescimento fetal com Doppler e perfil biofísico fetal normais. Seus exames demonstraram: Hemoglobina: 10,8 g/dL; Hematócrito: 29%; Plaquetas: 95.000/mm³; Transaminase glutâmica-oxalacética (TGO): 86 U/L; Creatinina: 0,9 mg/dL; Desidrogenase láctica (DHL): 730 U/L; Bilirrubina total: 2,2 mg/dL; Além da internação, qual a conduta mais adequada?

- A. Realização de cesárea com incisão mediana infraumbilical sob raqui-anestesia.
- B. Hidralazina endovenosa, sulfato de magnésio e vigilância clínica e laboratorial por até 48 horas.
- C. Betametasona intramuscular, sulfato de magnésio e vigilância clínica e laboratorial por até 48 horas. ✓**
- D. Dexametasona endovenosa, sulfato de magnésio e iniciar indução do trabalho de parto.

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-eclampsia grave com critérios de HELLP (plaquetas 95.000, TGO 86, DHL 730, bilirrubina 2,2) e restrição de crescimento fetal em gestante de 30 semanas. Como o Doppler e o perfil biofísico estão normais e a paciente pode ser estabilizada, ganha-se a janela para corticoterapia antenatal com betametasona, sob sulfato de magnésio e vigilância clínico-laboratorial rigorosa por até 48 horas - conduta que reduz morbidade neonatal de forma expressiva nessa idade gestacional. Resolução imediata (A e D) perde esse benefício; apenas anti-hipertensivo (B) não contempla a maturação pulmonar. Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Puérpera, G1P1, nas primeiras horas após o parto vaginal espontâneo apresenta sangramento vaginal ativo. Ao exame físico, está pálida, com pressão arterial de 90x40 mmHg, frequência cardíaca de 110 bpm, abdome flácido e indolor. O útero encontra-se firme, contraído, à altura da cicatriz umbilical. A revisão da placenta foi considerada completa no momento do parto. Qual é a conduta mais apropriada neste momento?

A. Exame especular vaginal. ✓

B. Solicitar coagulograma.

C. Ultrassonografia abdominal.

D. Laparotomia exploradora. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia pos-parto com útero FIRME e bem contraído afasta atonia (a causa mais comum) e, com placenta revisada e completa, afasta restos. Sobre o trauma de trajeto: lacerações de colo, vagina ou perineo, cujo diagnóstico se faz com exame especular sob boa iluminação - e cuja sutura resolve o sangramento. Coagulograma (B) investiga a quarta causa (trombina) e não deve preceder o exame físico. Ultrassom (C) e laparotomia (D) não tem lugar antes de identificar a fonte visível do sangramento. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Primigesta de 34 anos, procura a maternidade com três contrações a cada 10 minutos. Ao exame vaginal, o colo uterino está curto, amolecido e dilatado em 6 cm. Há saída ativa de líquido amniótico via vaginal. A vitalidade fetal encontra-se preservada. A data da última menstruação é incerta. No cartão obstétrico, há registro de dois laudos de ultrassonografia: um realizado com 11 semanas, cuja idade gestacional corrigida é de 36 semanas e 4 dias, e outro realizado com 31 semanas, indicando 33 semanas e 6 dias. Também há anotação de um swab vaginal/anal negativo para *Streptococcus agalactiae* positivo colhido há 6 semanas. Demais exames pré-natais normais. Qual a conduta mais adequada neste momento?

A. Corticosteroide.

B. Atosiban.

C. Sulfato de magnésio.

D. Penicilina cristalina. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A idade gestacional deve ser corrigida pela ultrassonografia mais PRECOCE, a de 11 semanas: a gestante está com 36 semanas e 4 dias, e não com 33. Portanto não há indicação de tocolise (B), corticoide (A) nem de neuroproteção com sulfato de magnésio (C) - todos reservados a prematuridade abaixo de 34 semanas. Com trabalho de parto ativo, bolsa rota e swab para *Streptococcus* do grupo B colhido há mais de 5 semanas (portanto sem validade), a conduta é antibioticoprofilaxia intraparto com penicilina cristalina. Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Gestante de 21 anos, G2P1A0, idade gestacional de 33 semanas, portadora de diabetes mellitus gestacional em uso de insulina. Veio para a primeira consulta (caso novo) em Hospital Terciário, referindo ter realizado tratamento para bacteriúria assintomática com cefuroxima por sete dias na Unidade Básica de Saúde. Como deverá ser o controle desta gestante referente à bacteriúria assintomática?

- A. Solicitar urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento e, sendo negativa, realizar urina tipo 1 mensalmente até o parto.
- B. Solicitar urina tipo 1 entre 7 a 10 dias após o tratamento e, sendo negativa, repetir mensalmente até o parto.
- C. Solicitar urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento e, sendo negativa, mensalmente até o parto. ✓**
- D. Não há necessidade de controle de tratamento em casos de bacteriúria assintomática.

COMENTÁRIO OSCELABS

Bacteriúria assintomática na gestação exige controle de CURA e vigilância ativa, porque a recorrência é frequente e o desfecho temido é a pielonefrite com trabalho de parto prematuro. O padrão é urocultura de controle 7 a 10 dias após o término do tratamento e, se negativa, novas UROCULTURAS mensais até o parto. Urina tipo 1 (A e B) é insuficiente: muitas gestantes com bacteriúria significativa têm sedimento normal, sem leucocitúria. Dispensar controle (D) contraria a razão de se rastrear bacteriúria na gestação. Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Gestante de 32 anos, G2P1, idade gestacional de 18 semanas e 2 dias. Na consulta pré-natal refere corrimento e queimação vulvar. Refere ser o segundo episódio nesta gestação. Ao exame especular conteúdo branco grumoso, pH 4,0, microscopia com hidróxido de potássio (KOH) 10% mostrando pseudohifas. Qual a conduta mais adequada para esta gestante?

- A. Fluconazol 150mg via oral dose única.
- B. Miconazol creme vaginal 10 noites. ✓**
- C. Nistatina creme vaginal 10 noites.
- D. Óvulos vaginais de bicarbonato de sódio a 10% por 10 dias. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Conteúdo branco grumoso, pH vaginal 4,0 (ácido) e pseudo-hifas ao KOH confirmam candidíase vulvovaginal. Na gestação o tratamento é exclusivamente TÓPICO com azólico por 7 a 14 dias - miconazol creme vaginal por 10 noites e a escolha, com maiores taxas de cura que a nistatina (C), que exige uso mais prolongado. Fluconazol oral (A) é evitado na gravidez, especialmente no primeiro trimestre, pelo risco teratogênico em doses repetidas. Bicarbonato (D) não tem eficácia antifúngica. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito C

Mulher, 46 anos, natural e procedente de Ribeirão Preto, apresentou há 10 dias quadro de sinusopatia (sic) e fez uso de amoxicilina e clavulanato. Há 4 dias notou aparecimento de pápulas e nódulos eritematosos nos membros superiores e inferiores e que hoje estão conforme figura abaixo. Está com febre de 39,8°C, artralgia, mialgia e queda do estado geral. O teste de sensibilidade tátil está alterado nas mãos e pés. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A. Vasculite leucocitoclástica.
- B. Histoplasmose.

C. Eritema nodoso hansênico. ✓

D. Tuberculose cutânea. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulos eritematosos disseminados de instalação aguda, com febre alta, artralgia, mialgia e queda do estado geral - e, principalmente, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE TÁTIL em mãos e pés - configuram eritema nodoso hansênico (reação tipo 2 da hanseníase multibacilar), muitas vezes desencadeado por infecção ou medicamento. O comprometimento neural é a chave do diagnóstico. Vasculite leucocitoclástica (A) daria purpura palpável sem alteração sensitiva; histoplasmose (B) e tuberculose cutânea (D) não produzem esse padrão neural agudo. Resposta C.

QUESTÃO 82 — Gabarito D

Homem, 60 anos, acompanhado por familiares, é admitido em pronto-socorro com história de rebaixamento progressivo do estado geral nos últimos 10 dias. Antecedente pessoal de paraplegia crural após acidente doméstico e uropatia obstrutiva bilateral, em uso de cateter duplo J. Faz uso regular de doxazosina e sulfametoxazol-trimetoprim profilático há 1 ano. Exame físico: regular estado geral, taquipneico, confuso e desorientado no tempo e no espaço. ECG (abaixo). Gasometria venosa: pH: 7,12; PCO₂: 21 mmHg; PO₂: 55 mmHg; HCO₃: 8 mmol/L. ECG Qual medicação endovenosa deve ser instituída de imediato?

- A. Bicarbonato de sódio.
- B. Ácido zoledrônico.
- C. Sulfato de magnésio.

D. Gluconato de cálcio. ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Acidose metabólica grave (pH 7,12, HCO₃ 8) em paciente com uropatia obstrutiva e uso crônico de sulfametoxazol-trimetoprim - que bloqueia o canal epitelial de sódio e causa hipercalcemia - com alterações eletrocardiográficas: o risco imediato é a arritmia fatal. A primeira medida é ESTABILIZAR A MEMBRANA do miocárdio com gluconato de cálcio endovenoso, que age em minutos, antes de qualquer estratégia de deslocamento intracelular ou remoção do potássio. Bicarbonato (A) é adjuvante e mais lento; zoledronato (B) e magnésio (C) não tem indicação aqui. Resposta D.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Homem, 48 anos, assintomático, realizou exames admissionais e foi encaminhado para avaliação na emergência devido às alterações no hemograma. Exame físico: Baço palpável a 5 cm do rebordo costal esquerdo. Hemograma completo: Hb: 11,5 g/dl (VR: 13,9 - 17,7 g/dl); Glóbulos brancos: 78,5 x 10³/uL (VR: 3,8 - 10,3 x 10³/uL); Plaquetas: 745 x 10³/uL (VR: 166 - 389 x 10³/uL); Blastos: 1%; Promielócitos: 3%; Mielócitos: 6%; Metamielócitos: 17%; Bastonetes: 15%; Neutrófilos segmentados: 44%; Linfócitos: 4%; Monócitos: 2%; Basófilos: 3%; Eosinófilos: 5% Dentre os exames laboratoriais abaixo, qual está indicado para a investigação diagnóstica do caso nesse momento?

- A. Sequenciamento do gene CARL.
- B. Imunofenotipagem.

C. Pesquisa do rearranjo BCR::ABL1. ✓

D. PCR para a mutação JAK2V617F. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Leucocitose de 78.500 com desvio a esquerda escalonado (mielocitos, metamielocitos, bastonetes), BASOFILIA, eosinofilia, trombocitose e esplenomegalia em paciente assintomático: é o retrato da leucemia mieloide crônica. A confirmação diagnóstica e a pesquisa do rearranjo BCR::ABL1 (cromossomo Philadelphia), que além de fechar o diagnóstico define o tratamento com inibidores de tirosinoquinase. JAK2 V617F (D) e CALR (A) são de policitemia vera, trombocitemia essencial e mielofibrose, que não cursam com esse desvio escalonado e basofilia. Imunofenotipagem (B) e para leucemias agudas. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Homem, 47 anos, sem comorbidades, apresenta lesão na região malar (Figura) muito pruriginosa com períodos de exacerbações e períodos de melhora, em especial quando usa cremes com corticoide. Relata que quando usa perfume as lesões ardem e ficam exsudativas. Figura Qual exame complementar é o mais indicado neste caso?

- A. Dosagem de IgE total.
- B. Testes de alergia a glúten.
- C. Teste de Puntura (Prick Test).

D. Teste de contato (Patch Test). Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Lesão eczematosa recorrente na face, com melhora ao corticoide tópico e piora nitidamente relacionada ao contato com PERFUME, e dermatite de contato alérgica - reação de hipersensibilidade tardia (tipo IV), mediada por linfócitos T. O exame que a investiga é o teste de contato (patch test), com leitura em 48 e 96 horas. Prick test (C) e IgE total (A) avaliam hipersensibilidade imediata mediada por IgE, mecanismo diferente. Teste para glúten (B) não tem relação com o quadro. Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

Mulher, 56 anos, diabética tipo 2 em tratamento irregular, procura atendimento por lesões recorrentes na região inguinal há cerca de 18 meses. Refere prurido intenso, sensação de ardor e desconforto local, especialmente em dias quentes. Relata uso frequente de Dexametasona creme, com melhora parcial e recidiva ao suspender. Figura Qual achado laboratorial é o mais provável de ser encontrado neste caso?

- A. Pseudohifas à coloração com KOH. ✓**
- B. Anatomopatológico com dermatite psoriasiforme.
- C. Teste de contato positivo para propilenoglicol.
- D. Coloração vermelho coral à luz de Wood.

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabética mal controlada com lesão inguinal recidivante, pruriginosa e com ardor, que melhora parcialmente e recidiva ao suspender corticoide tópico: o corticoide alivia a inflamação mas alimenta o fungo (tinha incognita). O achado esperado é a presença de pseudo-hifas ao exame direto com KOH, típico da candidíase intertriginosa, favorecida pela hiperglicemia, calor e umidade. Fluorescência vermelho-coral à luz de Wood (D) indicaria eritrasma, caracteristicamente pouco pruriginoso. Padrão psoriasiforme (B) e teste de contato (C) não explicam a recidiva cortico-dependente. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

Mulher, 72 anos, hipertensa e com fibrilação atrial crônica, procura atendimento devido dispneia progressiva há 5 dias. Refere perda de peso, tremores finos e agitação nos últimos meses. Exame físico: FC: 128 bpm, PA: 150x80 mmHg, FR: 24 ipm, SatO₂ 96% em ar ambiente, T: 37,6°C, consciente e orientada, sem estertores pulmonares ou sinais de congestão periférica. Exames complementares: Hb: 13,4 g/dL, leucócitos: 9 000/mm³, plaquetas: 228 000/mm³, ureia: 52 mg/dL, creatinina: 1,1mg/dL, troponina ultrasensível: negativa, TSH < 0,01 uUI/mL, T4 livre: 3,4 ng/dL (VR 0,8 - 1,8), pH: 7,37, pCO₂: 42 mmHg, HCO₂: 23 mEq/L, BE 1. Qual é a melhor opção para controle inicial da frequência cardíaca nesse caso?

- A. Esmolol via endovenosa.
- B. Metoprolol via endovenosa.

C. Propranolol via oral. ✓

- D. Atenolol via oral. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Tireotoxicose com fibrilacao atrial e resposta ventricular alta: o betabloqueador e a base do controle sintomatico, e entre eles o PROPRANOLOL tem a vantagem adicional de inibir a conversao periferica de T4 em T3, atacando tambem o excesso hormonal. A paciente esta estavel, sem congestao e com pressao adequada, o que permite a via oral, sem necessidade de betabloqueador endovenoso (A e B), reservado a instabilidade ou tempestade tireoidiana. Atenolol (D) e cardioseletivo e nao interfere na conversao periferica. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

Homem, 65 anos, procura avaliação médica após detecção de níveis pressóricos elevados em exame de triagem. Assintomático. Exame físico: FC: 92 bpm, PA: 152x76 mmHg. Ictus cordis palpável no sexto espaço intercostal, na linha axilar anterior esquerda, com extensão de aproximadamente 3 polpas digitais. Ritmo cardíaco regular em 2 tempos, sopro mesossistólico 1+/6+ no segundo espaço intercostal esquerdo e sopro holodiastólico 3+/4+ em padrão decrescente audível na borda esternal esquerda junto ao terceiro e quarto espaços intercostais. Quais são as alterações fisiopatológicas esperadas nesse caso?

- A. Redução do volume de ejeção e hipertrofia excêntrica.
- B. Redução do volume de ejeção e hipertrofia concêntrica.
- C. Aumento do volume de ejeção e hipertrofia concêntrica.

D. Aumento do volume de ejeção e hipertrofia excêntrica. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sopro holodiastolico decrescente na borda esternal esquerda com ictus desviado para o sexto espaco e alargado traduz insuficiencia AORTICA cronica com sobrecarga de VOLUME. O ventriculo esquerdo responde com hipertrofia EXCENTRICA (dilatacao da cavidade com adicao de sarcomeros em serie) e, como parte do sangue regurgita a cada diastole, o volume ejetado total AUMENTA para manter o debito efetivo - dai a pressao de pulso ampla. Hipertrofia concentrica (B e C) e resposta a sobrecarga de PRESSAO, como na estenose aortica e na hipertensao. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Homem, 52 anos, apresenta diarreia crônica há nove meses. Relata cerca de 5 evacuações diárias, volumosas, de odor fétido, com fezes oleosas que flutuam no vaso sanitário. Queixa-se de dor epigástrica irradiada para dorso, pior após alimentação, e perda de 8 kg no período. Faz uso frequente de bebida alcoólica há mais de 20 anos. Tabagista desde os 15 anos. Não há relato de comorbidades conhecidas. Exame físico: IMC 19 kg/m², sem outras alterações. Qual é a causa mais provável da diarreia neste paciente?

- A. Síndrome do intestino irritável.
- B. Supercrescimento bacteriano do intestino delgado.
- C. Pancreatite crônica com insuficiência exócrina. ✓**
- D. Doença de Crohn com acometimento jejunal.

COMENTÁRIO OSCELABS

Esteatorreia (fezes volumosas, oleosas, fetidas, que boiam), dor epigástrica irradiada para o dorso que piora após as refeições, perda ponderal importante e etilismo de mais de 20 anos: e insuficiência pancreática EXOCRINA por pancreatite crônica - a má digestão de gorduras só aparece quando se perde mais de 90% da função acinar. Síndrome do intestino irritável (A) não cursa com perda de peso nem esteatorreia. Supercrescimento bacteriano (B) e Crohn jejunal (D) são possíveis, mas não explicam a dor tipicamente pancreática com esse antecedente. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Homem, 56 anos, com diagnóstico de diabetes tipo 2 há 7 anos, refere fadiga progressiva, perda de peso de 4 kg em 3 meses e poliúria. Em uso de metformina 850 mg 3x/dia, gliclazida 120 mg/dia, dapaglifozina 10 mg/dia. Admite baixa adesão às orientações dietéticas. Nega prática de atividade física. Nega episódios de hipoglicemia. Exame físico: IMC: 28 kg/m², PA: 142x86 mmHg, FC: 84 bpm. Turgência jugular presente a 45 graus. Edema 2+/4+ bilateral e simétrico em membros inferiores. Exames laboratoriais: glicemia de jejum: 270 mg/dL, Hemoglobina A1c: 10,8%, creatinina: 1,0 mg/dL, função hepática e hemograma: normais. Qual é a conduta mais indicada para esse paciente?

- A. Iniciar insulina regular antes do almoço e jantar.
- B. Suspender dapaglifozina e iniciar pioglitazona.
- C. Manter esquema atual e reforçar adesão à dieta e exercício.
- D. Suspender gliclazida e iniciar insulina NPH e regular. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabético de longa data com glicemia de 270 mg/dL, HbA1c de 10,8%, perda de peso e poliúria já em terapia oral tripla: e falência secundária com catabolismo, situação em que só a INSULINIZAÇÃO reverte a glicotoxicidade. Como a sulfonilureia não tem mais efeito útil e apenas soma risco de hipoglicemia quando se inicia insulina, ela deve ser suspensa, iniciando-se esquema basal-bolus (NPH + regular). Manter o esquema (C) e inaceitável neste grau de descontrole; pioglitazona (B) piora congestão - e há turgência jugular e edema. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Homem, 68 anos, apresenta hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2 e doença arterial coronariana obstrutiva. Há 2 anos com insuficiência cardíaca de fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida, atualmente 35%. Apresenta piora da dispneia aos esforços nas últimas 2 semanas. Qual dos achados abaixo é o mais esperado no exame físico desse paciente?

- A. Pulso paradoxal.
- B. Desdobramento fixo de B2.
- C. Refluxo hepatojugular. ✓**
- D. Sopro mesodiastólico em foco mitral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida em piora há 2 semanas significa CONGESTÃO. O refluxo hepatojugular é o sinal semiológico que traduz elevação das pressões de enchimento direitas e boa correlação com congestão sistêmica, sendo esperado nesse cenário. Pulso paradoxal (A) e de tamponamento ou asma grave; desdobramento FIXO de B2 (B) e marca da comunicação interatrial; sopro mesodiastólico mitral (D) sugere estenose mitral, doença valvar que não faz parte do quadro descrito. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito D

Mulher, 24 anos, sem comorbidades, procura atendimento médico com queixa de disúria, dor suprapúbica e polaciúria há 2 dias. Nega febre ou dor lombar. Nega corrimento vaginal ou outras queixas genitais. Refere que já apresentou episódio semelhante há 1 ano, quando usou nitrofurantoína por 5 dias com resolução do quadro. Está em uso adequado de anticoncepcional oral e apresentou última menstruação há 10 dias. Qual é a conduta mais apropriada para o caso?

- A. Coletar urina rotineira e urocultura e tratar após resultado de exames.
- B. Solicitar ultrassonografia de vias urinárias.
- C. Solicitar urocultura e iniciar terapia de amplo espectro de imediato.
- D. Iniciar terapia empírica com nitrofurantoína. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher jovem, não gestante, com disúria, polaciúria e dor suprapúbica, SEM febre, dor lombar ou corrimento: e cistite não complicada, diagnóstico eminentemente clínico. A conduta e tratamento empírico imediato, e a nitrofurantoína é primeira linha - inclusive já usada com sucesso previamente. Urocultura (A e C) não é necessária na cistite não complicada típica e apenas atrasa o alívio dos sintomas; antibiótico de amplo espectro (C) favorece resistência; ultrassonografia (B) só em falha terapêutica, recorrência frequente ou suspeita de complicação. Resposta D.

QUESTÃO 92 — Gabarito C

Homem, 65 anos, hipertenso, morador de Altinópolis, região nordeste do estado de São Paulo. Relata ter trabalhado por mais de 30 anos em lavouras de café. Refere lesões em mucosa oral e palato, acompanhadas de fraqueza e mal-estar há 4 meses. Há 1 mês notou surgimento de lesão no lábio. Queixa de tosse seca e dispneia progressiva há 2 meses. Nega febre. Perda ponderal de 5 kg no período. ELISA anti-HIV: negativo. Biópsia das lesões orais: presença de abundante infiltrado inflamatório misto, com visualização de estruturas leveduriformes na coloração de metenamina de prata de Grocott Gomori em meio ao infiltrado inflamatório. Imagens das lesões orais e da radiografia de tórax são disponibilizadas na figura a seguir: Figura: Radiografia de tórax e lesões orais Qual é a terapia indicada para o caso?

- A. Rifampicina + Isoniazida + Etambutol + Pirazinamida.
- B. Aciclovir.
- C. Itraconazol. ✓**
- D. Doxiciclina.

COMENTÁRIO OSCELABS

Trabalhador rural do interior paulista com lesões ulceradas em mucosa oral e lábio, tosse e dispneia progressivas, emagrecimento e biópsia com estruturas leveduriformes evidenciadas pela prata (Grocott): e paracoccidioidomicose, cuja forma crônica do adulto acomete tipicamente mucosa (estomatite moriforme) e pulmões. O tratamento de escolha nas formas leve a moderada é o itraconazol, por período prolongado (anti-HIV negativo afasta imunossupressão pelo vírus). Esquema RIPE (A) trataria tuberculose, principal diferencial, mas a histologia já mostrou fungo. Resposta C.

QUESTÃO 93 — Gabarito B

Homem, 38 anos, veio à consulta na UBS para avaliação de exames laboratoriais. Relatava história familiar de anemia com necessidade de tratamento. Hemograma completo: Hb: 15,7 g/dl (VR: 13,9 - 17,7 g/dl) VCM: 85 fl (VR: 80 - 95 fl); Glóbulos brancos: $8,8 \times 10^3/\mu\text{L}$ (VR: $3,79 - 10,3 \times 10^3/\mu\text{L}$); Plaquetas: $230 \times 10^3/\mu\text{L}$ (VR: 166 - $389 \times 10^3/\mu\text{L}$); Estudo de hemoglobina: S=38% (VR: 0%); A:59% (VR: 95 - 98%); A2: 2,3% (VR: 2,0 - 3,3%). Qual é a conduta mais adequada para o paciente neste momento?

- A. Hidroxiureia.
- B. Aconselhamento genético. ✓**
- C. Ultrassonografia de vasos cerebrais.
- D. Análise molecular dos genes da alfa globina. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemoglobina, VCM e demais séries NORMAIS, com eletroforese mostrando HbS de 38% e HbA de 59%: e traço falciforme (heterozigose AS), condição geralmente assintomática que NÃO é doença e não demanda tratamento. A conduta é aconselhamento genético - orientar o paciente sobre o risco de gerar filhos com doença falciforme caso a parceira também seja portadora - além de orientações gerais de hidratação em esforço extremo. Hidroxiureia (A) e Doppler transcraniano (C) são da anemia falciforme (SS). Investigar alfa-globina (D) não muda a conduta. Resposta B.

QUESTÃO 94 — Gabarito D

Mulher, 69 anos, com cirrose por doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica, diabetes e dislipidemia. É levada ao pronto atendimento por quadro súbito de confusão mental e hemiparesia à direita. Nega sangramentos, dor abdominal, náuseas ou vômitos. Faz uso regular de Carvedilol, Metformina e Sinvastatina. Exame físico: desorientada no tempo e no espaço; força muscular grau 4 em membro superior e inferior direitos. Sinais de ascite de moderado volume. Qual avaliação complementar é a mais indicada para o esclarecimento do quadro neuropsiquiátrico?

- A. Gasometria arterial e eletrólitos.
- B. Eletroencefalograma.
- C. Dosagem de amônia sérica.

D. Tomografia de crânio. ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrotica com deficit neurologico FOCAL (hemiparesia) de inicio subito: encefalopatia hepatica e diagnostico de exclusao e caracteristicamente cursa com alteracao GLOBAL da consciencia, sem lateralizacao. Diante de foco, a prioridade e neuroimagem - tomografia de cranio - para excluir acidente vascular isquemico ou hemorragico, este ultimo favorecido pela coagulopatia da cirrose. Dosagem de amonia (C) nao confirma nem exclui encefalopatia hepatica e nao deve guiar conduta. Eletroencefalograma (B) e gasometria (A) nao respondem a urgencia do deficit focal. Resposta D.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Mulher, 43 anos, há 6 meses apresenta dor e redução da amplitude de movimento em mãos, punhos, cotovelos e joelhos. Obtém alívio da dor e recuperação da movimentação articular após quatro horas de atividades. Refere fadiga, limitando suas atividades. Exame físico: regular estado geral, descorada 2+/4+; edema, calor e dor em 2ª a 4ª metacarpofalangeanas de ambas as mãos, punhos, cotovelos e joelhos. Sem outras alterações. Exames laboratoriais: Hb: 9,2 g/dL; Ht 31%; Leucócitos: 13.200/mm³ (neutrófilos 8.500; eosinófilos 200; linfócitos 2.500; monócitos 1.000); Plaquetas: 515.000/mm³; Proteína C reativa: 8,1 mg/dL (VR < 0,5); VHS: 95 mm/1ª hora; Creatinina: 0,8 mg/dL. Qual é a alteração mais provável na investigação do valor da hemoglobina?

- A. Teste de coombs direto positivo.
- B. Folato sérico abaixo do normal.

C. Contagem de reticulócitos reduzida. ✓

D. Ferritina sérica reduzida. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite simetrica de pequenas e grandes articulacoes com rigidez matinal prolongada, provas inflamatorias muito elevadas (VHS 95, PCR 8,1) e trombocitose: e artrite reumatoide em atividade. A anemia esperada e a ANEMIA DA DOENCA CRONICA, mediada pela hepcidina, que bloqueia a liberacao de ferro e reduz a resposta medular - traduzindo-se em contagem de reticulocitos baixa (anemia hipoproliferativa). A ferritina (D) e proteina de fase aguda e tende a estar normal ou ELEVADA, mesmo com ferro indisponivel. Coombs positivo (A) sugeriria hemolise autoimune, sem outros sinais aqui. Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito B

Mulher, 25 anos, com asma desde a infância, relata estar grávida, com idade gestacional estimada de 7 semanas. Relata uso de budesonida 800 mcg + formoterol 12 mcg de 12/12 horas há 3 anos. Usou salbutamol 100 mcg por dispneia 1 vez por semana nas últimas 4 semanas. Nega sintomas noturnos, tabagismo e procura por serviço de médico de emergência. Exame físico normal. Espirometria realizada há 2 meses (tabela abaixo). Espirometria Qual é a melhor recomendação para esta paciente?

A. Reduzir dose de corticóide inalatório.

B. Manter medicamentos inalatórios. ✓

C. Aumentar dose de broncodilatador.

D. Suspender corticóide inalatório. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Asma bem controlada na gestação: sem sintomas noturnos, sem exacerbações, sem busca por emergência e com resgate apenas uma vez por semana. A regra de ouro do pré-natal é que asma descontrolada e MUITO mais perigosa para o feto (hipoxemia, restrição de crescimento, prematuridade) do que os medicamentos inalatórios, que são seguros - budesonida e o corticóide inalatório com melhor perfil na gravidez. Portanto, mantém-se o tratamento. Reduzir (A) ou suspender (D) o corticóide inalatório arrisca exacerbação; aumentar broncodilatador (C) não é necessário com bom controle. Resposta B.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Homem, 75 anos, portador de hipertensão arterial, em uso de losartana 50 mg/dia, sem outras comorbidades. Há 5 dias teve início súbito de febre elevada (39°C), acompanhada de tosse seca, mialgia intensa, coriza e mal-estar. Evoluiu com piora progressiva da tosse e do estado geral, persistência da febre e aparecimento de dispneia, procurando por atendimento em serviço de urgência. Hemograma da avaliação inicial mostrava leucocitose importante com desvio à esquerda. Radiografia de tórax abaixo: Radiografia de tórax Qual é o agente infeccioso provavelmente relacionado à piora clínica do paciente?

A. *Proteus mirabilis*.

B. *Acinetobacter baumannii*.

C. *Aspergillus fumigatus*.

D. *Staphylococcus aureus*. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Síndrome gripal típica em idoso que, após alguns dias, evolui com PIORA progressiva, febre persistente, dispneia e leucocitose com desvio: é o padrão clássico da pneumonia bacteriana SECUNDÁRIA à influenza, na qual o *Staphylococcus aureus* é o agente classicamente associado, frequentemente com imagem de consolidação com cavitações/pneumatoceles. *Aspergillus* (C) acomete imunossuprimidos ou casos graves em UTI; *Acinetobacter* (B) é patógeno hospitalar; *Proteus* (A) é agente urinário, raro como causa de pneumonia comunitária. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Homem, 63 anos, metalúrgico, queixa-se de tosse seca diária e dispneia progressiva há 4 anos, atualmente aos mínimos esforços como tomar banho. Exame físico: bom estado geral, corado, cianótico, presença de baqueteamento digital. FR: 30 ipm. SatO₂: 86% em ar ambiente. Radiografia de tórax abaixo: Radiografia de tórax Qual é o achado semiológico mais provável?

A. Expansibilidade reduzida. ✓

B. Ausculta com roncosp difusos.

C. Maciceza a percussão.

D. Ressonância vocal abolida. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto

COMENTÁRIO OSCELABS

Metalúrgico com dispneia progressiva há 4 anos, tosse seca, baqueteamento digital e hipoxemia grave: o quadro é de doença pulmonar intersticial fibrosante (pneumoconiose/fibrose). O padrão funcional é RESTRITIVO, e o achado semiológico esperado é a redução da expansibilidade torácica, acompanhada de estertores em velcro nas bases. Roncos difusos (B) indicam doença de vias aéreas, como DPOC. Maciceza a percussão (C) sugere derrame ou consolidação extensa; abolição da ressonância vocal (D) também aponta derrame pleural - nenhum deles compatível com fibrose difusa. Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Homem, 68 anos, pedreiro. Refere que os dedos de suas mãos estão entortando, além de doerem quando realiza atividades manuais mais intensas, como carregar balde ou preparar concreto. Tabagista e etilista diário (aproximadamente 2 litros de cerveja por dia). Exame físico: bom estado geral; aumento de volume, de consistência óssea, em algumas interfalangeanas proximais e distais de ambas as mãos, com desvios articulares em 3º e 4º quirodáctilos à direita. A radiografia da mão direita é mostrada abaixo: Radiografia da mão Qual é o diagnóstico mais provável?

A. Gota tofácea.

B. Artrite reumatoide.

C. Artrite psoriásica.

D. Osteoartrite. Programas de Residência Médica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo - 2026 Programas de Residência Médica com Acesso Direto ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem idoso, trabalhador manual pesado, com aumento de volume de consistência OSSEA em interfalangeanas proximais e distais (nódulos de Bouchard e Heberden) e desvios articulares, com dor de padrão mecânico que piora com o uso: é osteoartrite de mãos. A radiografia mostra redução do espaço articular, osteófitos e esclerose subcondral. Artrite reumatoide (B) poupa interfalangeanas distais e cursa com erosões e rigidez matinal prolongada. Gota tofácea (A) traria tofos e erosões em saca-bocado. Artrite psoriásica (C) exigiria psoríase cutânea/ungueal. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Homem, 18 anos, em tratamento adjuvante com metotrexato endovenoso, no segundo mês pós-operatório de ressecção de osteossarcoma tibial. Comparece ao pronto atendimento com história de febre (38°C) há 1 dia, acompanhada de lesões aftosas dolorosas em mucosa jugal e em lábio (figuras abaixo), que impedem a ingestão via oral. Encontra-se estável clinicamente. Hemograma: Hb 8,7 g/dL; Ht 26,1%; leucócitos 1.200/mm³; neutrófilos 240/mm³ (20%); linfócitos 600/mm³ (50%); plaquetas 58.000/mm³. Figura Qual é a conduta imediata indicada?

A. Cefepime endovenoso. ✓

B. Ganciclovir endovenoso.

C. Aciclovir via oral.

D. Nistatina via oral.

COMENTÁRIO OSCELABS

Paciente em quimioterapia com febre de 38 graus e neutrofilos de 240/mm³ preenche a definição de NEUTROPENIA FEBRIL - emergência oncológica em que o antibiótico empírico de amplo espectro com cobertura antipseudomonas deve ser iniciado na primeira hora, após coleta de culturas. Cefepime endovenoso cumpre esse papel. As lesões aftosas são mucosite pelo metotrexato, e não infecção viral ou fungica: aciclovir (C), ganciclovir (B) e nistatina (D) tratariam causas que não explicam a febre neste contexto e atrasariam a conduta que salva vida. Resposta A.