



UERJ — Residência Médica 2023 (R1)

Prova comentada

92 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 9 — Gabarito A

Paciente de 60 anos, com estenose aórtica moderada, com dor precordial a grandes esforços, relata quadro de febre diária, de 38 a 39°C, há 40 dias. O quadro do paciente evolui com aparecimento de hematúria dismórfica, proteinúria e CH50 baixo. No exame físico, apresenta mácula avermelhada na palma da mão e fundo de olho com manchas de Roth. Para a definição da complicação dessa valvulopatia, deve-se realizar:

- A. ecocardiograma e duas hemoculturas ✓**
 - B. pesquisa de fator antinuclear e autoanticorpos
 - C. ecocardiograma, cintigrafia miocárdica e eletrocardiograma
 - D. pesquisa de fator antinuclear, cintigrafia miocárdica e biópsia renal
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre prolongada em valvopatia + fenômenos imunológicos (hematuria dismórfica com proteinúria, consumo de complemento/CH50 baixo, manchas de Roth) e vasculares (macula palmar de Janeway) definem endocardite infecciosa. Os critérios de Duke se apoiam em dois pilares objetivos: hemoculturas seriadas (no mínimo duas amostras de sítios distintos) e ecocardiograma para vegetação. FAN/autoanticorpos (B/D) investigam colagenose, que não explica a valvopatia febril; cintigrafia e ECG (C) avaliam isquemia, não infecção. Resposta A.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Homem de 30 anos, hígido, inicia quadro de febre diária, cefaleia, alucinações e mudança de comportamento, há cinco dias. O quadro evoluiu com crise convulsiva, sendo necessária internação hospitalar. Ao exame físico, o paciente está sonolento, com confusão mental, discreta rigidez de nuca e sem outros achados no exame neurológico. A Ressonância Magnética (RM) de crânio mostra áreas de edema com hipersinal da substância branca e cinzenta, nas sequências ponderadas em T2 e FLAIR em lobos temporais, mas de forma assimétrica. O exame do líquor apresenta aspecto límpido, água de rocha, 95 células/mm³, 90% de células mononucleares, glicose = 70mg/dL e proteínas = 85mg/dL. O principal diagnóstico e a melhor opção de tratamento, respectivamente, são:

- A. encefalite por enterovírus / ribavirina
- B. encefalite por herpes vírus / aciclovir ✓**
- C. meningite bacteriana / ceftriaxona e hidrocortisona
- D. meningite bacteriana por tuberculose / RIPE e dexametasona

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre, alteração comportamental/alucinações, crise convulsiva e líquor com pleocitose linfomonocitária, glicose normal e proteína discretamente alta compoem encefalite viral. O acometimento assimétrico de lobos temporais na RM (hipersinal em T2/FLAIR) e a assinatura do herpes simples tipo 1. Tratamento com aciclovir EV empírico, iniciado antes do PCR — retardo aumenta mortalidade e sequelas. Líquor límpido com glicose normal afasta bacteriana (C) e tuberculose (D), que cursa com hipoglicorraquia. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito D

Homem de 34 anos, HIV positivo, em uso irregular de terapia antirretroviral, procura a emergência com quadro de duas semanas de febre, cefaleia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, o paciente apresenta sonolência e rigidez de nuca. O resultado da TC de crânio foi normal e a punção líquórica revelou discreta pleocitose linfocítica e hiperproteinorraquia, com glicorraquia normal. Considerando o diagnóstico mais provável, o exame que deve ser solicitado e o tratamento mais adequado para o paciente, respectivamente, são:

- A. pesquisa de BAAR / RIPE

- B. PCR para herpes simples / aciclovir
- C. bacterioscopia do liquor / ceftriaxona
- D. látex para cryptococcus / anfotericina B ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

HIV com má adesão, cefaleia e febre arrastadas por duas semanas, rigidez de nuca, TC normal e liquor com discreta pleocitose linfocítica, hiperproteinorraquia e glicorraquia NORMAL: o padrão clássico e neurocriptococose. Diagnóstico rápido pelo látex/antígeno criptocócico (ou tinta da China) e tratamento de indução com anfotericina B (idealmente com flucitosina). Tuberculose (A) tipicamente consome glicose; herpes (B) da quadro agudo com encefalopatia; bacteriana (C) e hiperaguda e neutrofílica. Resposta D.

QUESTÃO 12 — Gabarito B

Mulher de 66 anos, hipertensa, com insuficiência cardíaca e diagnóstico de mielofibrose primária, com necessidade de suporte transfusional semanal, procura o ambulatório de hematologia para transfusão de concentrado de hemácias. Após 30 minutos do início da infusão, a paciente apresenta febre de 38,3°C, dispneia e dessaturação. A radiografia de tórax evidencia infiltrado alveolar bilateral difuso. Não havia icterícia, dor abdominal ou alteração da cor da urina. Nesse caso, a reação transfusional está associada a:

- A. sepse bacteriana
 - B. lesão pulmonar aguda ✓**
 - C. sobrecarga circulatória
 - D. reação hemolítica aguda
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia, febre e dessaturação nas primeiras horas da transfusão com infiltrado alveolar bilateral, sem icterícia, dor ou hemoglobinúria: é TRALI (lesão pulmonar aguda relacionada a transfusão), edema pulmonar NÃO cardiogênico mediado por anticorpos antileucocitários do doador. Reação hemolítica (D) traria hemoglobinúria e icterícia; sepse por contaminação (A) cursa com choque e calafrio intenso; a sobrecarga circulatória (TACO) da hipertensão e melhora com diurético. Resposta B.

QUESTÃO 13 — Gabarito A

Idoso de 72 anos, tabagista, procura o ambulatório de clínica médica, queixando-se de prurido e alteração da cor dos olhos e da pele. Ao exame físico, apresentava-se icterico e hipocorado. À palpação de abdômen, evidenciou-se massa indolor de cerca de 5cm em região de hipocôndrio direito de consistência cística, e exames laboratoriais revelaram anemia, hiperbilirrubinemia e elevação de enzimas canaliculares. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

- A. colangiocarcinoma distal ✓**
- B. câncer de vesícula
- C. tumor de Klatskin
- D. hepatocarcinoma

COMENTÁRIO OSCELABS

Icteria progressiva com prurido, colestase laboratorial (enzimas canaliculares altas) e vesícula palpável, indolor e distendida em idoso: e o sinal de Courvoisier-Terrier, que indica obstrução biliar **MALIGNA** abaixo da junção do ducto cístico. Isso situa a lesão na via biliar distal (colangiocarcinoma distal/periapampar). Tumor de Klatskin (C) e hilar e não distende a vesícula; câncer de vesícula (B) produz massa endurecida; hepatocarcinoma (D) não abre com colestase obstrutiva pura. Resposta A.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

Mulher de 23 anos apresenta quadro de dor lombar à direita, iniciado há dois dias, de forte intensidade, com irradiação para a vagina, associado a náuseas e vômitos e refratário a analgésicos comuns. Procura a emergência ao apresentar pico febril de 38,8°C. A TC de abdômen sem contraste evidenciou cálculo em ureter distal direito, de cerca de 9mm, com hidronefrose ipsilateral e borramento de gordura perirrenal. Nesse caso, o melhor esquema antibiótico e a conduta definitiva mais adequada para o caso, respectivamente, são:

- A. amoxicilina com clavulanato / realização de litotripsia extracorpórea
- B. sulfametoxazol com trimetoprima / prescrição de tansulosina
- C. levofloxacina / realização de nefrolitotomia percutânea

D. ceftriaxona / realização de ureterorrenolitotripsia ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Colica renal com cálculo ureteral distal de 9mm, hidronefrose, borramento de gordura perirrenal e febre: pielonefrite obstrutiva — urgência urológica. A regra é antibiótico de amplo espectro com boa cobertura para gram-negativos urinários (ceftriaxona) **MAIS** desobstrução/retirada do cálculo; cálculo de 9mm não elimina espontaneamente, logo terapia expulsiva com tansulosina (B) está fora. Litotripsia extracorpórea (A) é contraindicada na vigência de infecção; nefrolitotomia percutânea (C) e para cálculo renal volumoso. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Homem de 63 anos, hipertenso, chega à emergência queixando-se de dor precordial iniciada há cerca de 30 minutos. O paciente relata dor localizada em região retroesternal, em aperto e que irradia para membro superior esquerdo. O exame físico indica pressão arterial de 190 x 100mmHg, em ambos os membros, sem outras alterações relevantes. O ECG realizado na admissão evidencia supradesnivelamento de segmento ST de 3mm, em derivações DII, DIII e AVF. A artéria mais provavelmente acometida e a conduta mais adequada, respectivamente, são:

- A. descendente anterior / cineangiografiografia
- B. descendente anterior / trombólise intravenosa

C. circunflexa / cineangiografiografia ✓

D. circunflexa / trombólise intravenosa

COMENTÁRIO OSCELABS

Supra de ST em DII, DIII e aVF = infarto de parede inferior. A irrigação inferior vem da coronária direita em ~85% (dominância direita) e da circunflexa nos demais — entre as opções oferecidas, a circunflexa e a única compatível; a descendente anterior da supra em parede anterior/V1-V4. Com dor de 30 minutos e serviço com hemodinâmica, a reperfusão de escolha e a angioplastia primária (cineangio), superior a fibrinólise; além disso, PA de 190x100 e risco adicional para trombolíticos. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito A

Mulher de 63 anos procurou a unidade básica de saúde, com queixa de episódios recorrentes de vertigem iniciados há três meses. A paciente relatou que esses episódios eram mais frequentes pela manhã, ao levantar-se, e negou quaisquer outros sintomas associados. Ao exame neurológico, apresentou nistagmo horizontal bilateral. O teste de Weber não evidenciou lateralização e o teste de Rinne mostrou tempo de condução aérea superior à óssea. Nesse caso, o exame mais indicado para diagnóstico etiológico da vertigem é:

A. manobra de Dix-Hallpike ✓

B. ressonância magnética

C. audiometria

D. otoscopia

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA
ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Vertigem em crises breves desencadeadas por mudança de posição (levantar-se), sem sintomas auditivos e com testes de Weber/Rinne normais (condução aérea > óssea, sem lateralização): quadro vestibular periférico sem componente coclear = vertigem posicional paroxística benigna. O exame que confirma a etiologia e a manobra de Dix-Hallpike, que reproduz o nistagmo e identifica o canal acometido. Audiometria (C) e otoscopia (D) investigam hipoacusia, já afastada; RM (B) só se houver sinal central. Resposta A.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Jovem de 19 anos apresenta queixa de aumento do volume testicular há cerca de um mês. O exame da região genital revela massa palpável em topografia de testículo direito, indolor. Nesse caso, considerando o diagnóstico mais provável, o marcador tumoral que teria a capacidade de diferenciar entre os dois principais tipos histológicos é:

A. alfafetoproteína ✓

B. desidrogenase láctica

C. gonadotrofina coriônica

D. antígeno carcinoembrionário (CEA)

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa testicular sólida e indolor em jovem e câncer de testículo até prova em contrário. A divisão histológica prática é seminoma versus não-seminoma, e o marcador que separa os dois é a alfafetoproteína: ela NUNCA se eleva no seminoma puro — AFP alta reclassifica o tumor como não-seminomatoso, mudando tratamento e prognóstico. LDH (B) só mede carga tumoral; beta-hCG (C) pode subir nos dois (até 20% dos seminomas); CEA (D) não tem papel em tumor germinativo. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Idoso de 74 anos, hipertenso e tabagista, foi internado para tratamento de pneumonia bacteriana. Ao exame físico, encontrava-se vígil, orientado, hidratado, taquipneico e hemodinamicamente estável. Exames laboratoriais da admissão evidenciaram creatinina = 1,2mg/dL, sódio = 123meq/L, potássio = 3,8meq/L e ácido úrico = 3,4meq/L e a análise da urina revelou sódio e osmolalidade aumentados. Nesse caso, a etiologia mais provável para a hiponatremia é:

A. polidipsia primária

B. hipovolemia relativa

C. insuficiência adrenal primária

D. síndrome de secreção inapropriada de ADH ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiponatremia com paciente euvolemico (hidratado, estável), função renal normal, sódio e osmolalidade urinários ALTOS e ácido urico BAIXO: e a assinatura da SIADH, aqui deflagrada por pneumonia. Na hipovolemia (B) o rim retém sódio (Na urinário < 20) e o ácido urico sobe; na polidipsia primária (A) a urina é maximamente diluída (osmolalidade baixa); insuficiência adrenal (C) traria hipercalemia, hipotensão e hiperpigmentação. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Homem de 52 anos chega à emergência relatando dificuldade de deambular, iniciada há seis horas. Ao exame neurológico, o paciente apresentava redução de força em membros inferiores e arreflexia de patelar e aquileu bilateralmente, sem alteração de sensibilidade, com força de membros superiores preservada e sem alteração de nervos cranianos. A causa mais provável dessa alteração neurológica é:

- A. mielite transversa
- B. mielopatia pelo HTLV
- C. compressão radicular
- D. síndrome de Guillain-Barré ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Fraqueza de instalação aguda, simétrica, ascendente, com ARREFLEXIA e sem nível sensitivo aponta acometimento de raiz/nervo periférico: síndrome de Guillain-Barre (polirradiculoneuropatia desmielinizante aguda). A vigilância obrigatória é a capacidade ventilatória. Mielite transversa (A) e HTLV (B) são lesões medulares e cursam com nível sensitivo e sinais piramidais (hiper-reflexia, Babinski); compressão radicular (C) daria déficit focal, dor e distribuição assimétrica. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Mulher de 57 anos procura o ambulatório de clínica médica, relatando cansaço progressivo, nos últimos três meses. Ao exame físico, a paciente apresentava-se hipocorada e discretamente icterica. Os exames laboratoriais evidenciaram hemoglobina de 9,3mg/dL, com VCM de 114, leucócitos de 3.600 células/mm³ e plaquetas de 140.000/mm³. A contagem de reticulócitos era de 1,8% e havia aumento de desidrogenase láctica e bilirrubina indireta. A etiologia mais provável para o quadro descrito é anemia:

- A. hemolítica autoimune
 - B. por hipotireoidismo
 - C. perniciosa ✓**
 - D. aplásica
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA
ORGANIZADOR CIRURGIA GERAL

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocítica importante (VCM 114) com leucopenia e plaquetopenia leves, LDH e bilirrubina indireta elevadas e reticulócitos NAO proporcionais: e hemólise intramedular por eritropoese ineficaz, marca da deficiência de B12 (anemia perniciosa). Hemolítica autoimune (A) cursaria com reticulocitose franca e Coombs positivo; hipotireoidismo (B) da macrocitose discreta sem hemólise; aplásica (D) não eleva LDH/BI e tem VCM normal. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

O tratamento inicial do hemotórax maciço pós-trauma penetrante deve ser através de:

- A. esternotomia

B. toracostomia com tubo ✓

- C. toracotomia do lado acometido
- D. toracostomia com agulha de grosso calibre

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemotorax macico no trauma penetrante se resolve primeiro com drenagem: toracostomia com tubo de grosso calibre, que esvazia a cavidade, permite reexpansao pulmonar e — fundamental — QUANTIFICA o sangramento. Sao os numeros do dreno ($>1.500\text{mL}$ imediatos ou $>200\text{mL/h}$ por 2-4h) e a instabilidade que indicam toracotomia (C) ou esternotomia (A) depois. Puncao com agulha (D) e manobra do pneumotorax hipertensivo, inutil para sangue. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

Os aneurismas arteriais viscerais ocorrem com maior frequência na artéria:

- A. celíaca
- B. hepática
- C. esplênica ✓**
- D. gastroduodenal

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os aneurismas arteriais viscerais, o da arteria esplenica responde por cerca de 60% dos casos, com predilecao por mulheres multiparas e portadores de hipertensao portal. O da hepatica (B) vem em segundo lugar (~20%); celiaca (A) e gastroduodenal (D) sao raros. Perola: o aneurisma esplenico e geralmente assintomatico, mas a gestacao aumenta muito o risco de rotura — motivo pelo qual se trata quando $>2\text{cm}$ ou em mulher em idade fertil. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito A

O segmento do intestino acometido com maior frequência por infecção causada pela Mycobacterium tuberculosis é:

- A. íleo terminal ✓**
- B. jejuno proximal
- C. cólon descendente
- D. apêndice vermiforme

COMENTÁRIO OSCELABS

A tuberculose intestinal tem tropismo pela regio ileocecal, sobretudo o ileo terminal, por conta da abundancia de tecido linfoide (placas de Peyer), da estase relativa e da maior absorcao nesse segmento. Dai o grande diagnostico diferencial com doenca de Crohn. Jejuno proximal (B), colon descendente (C) e apendice (D) sao acometidos com frequencia muito menor. Resposta A.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

No tratamento das hérnias da região inguinal, deve-se evitar a colocação de telas sintéticas em caso de:

- A. acesso pré-peritoneal
- B. recidiva com tela prévia
- C. deslizamento associado
- D. contaminação operatória ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Tela sintética em campo contaminado ou infectado e receita de infecção de prótese, fístula e necessidade de retirada — nesse cenário opta-se por reparo tecidual (Bassini/Shouldice/McVay) ou material biológico. Já o acesso pre-peritoneal (A), a recidiva com tela prévia (B) e a hérnia por deslizamento (C) são justamente situações em que a tela continua indicada, inclusive com melhor resultado. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito C

Durante a realização de videolaparoscopia diagnóstica, a arritmia cardíaca que ocorre com maior frequência é:

- A. bloqueio atrioventricular transitório
- B. extrassístole ventricular
- C. bradicardia sinusal ✓**
- D. taquicardia sinusal

COMENTÁRIO OSCELABS

A insuflação rápida do pneumoperitônio distende o peritônio e estimula reflexo vagal, cujo efeito mais comum é a bradicardia sinusal — podendo chegar à assistolia. A conduta é imediata: desinsuflar, atropina se necessário e reinsuflar mais lentamente. Taquicardia sinusal (D) ocorre mais por hipercapnia/dor, e bloqueio AV (A) e extrassístoles (B) são bem menos frequentes nesse contexto. Resposta C.

QUESTÃO 26 — Gabarito B

As vitaminas mais intimamente envolvidas no processo de cicatrização das feridas são:

- A. D e C
 - B. C e A ✓**
 - C. B e D
 - D. A e B
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

As vitaminas com papel mais direto na cicatrização são a C e a A: o ácido ascórbico e cofator da hidroxilação de prolina e lisina, sem o qual não há colágeno estável (escorbuto = deiscência e reabertura de feridas antigas), e a vitamina A estimula epitelização, fibroplasia e — perola de prova — reverte o efeito deletério dos corticoides sobre a ferida. Vitaminas D e B têm papel muito menor nesse processo. Resposta B.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

A principal indicação cirúrgica nos pacientes com tuberculose intestinal se deve à:

- A. perfuração livre
- B. obstrução intestinal ✓**
- C. hemorragia maciça
- D. abscesso bloqueado

COMENTÁRIO OSCELABS

A tuberculose intestinal cicatriza com fibrose, e na forma hipertrofica/estenossante ileocecal isso produz estreitamento luminal: a indicação cirúrgica mais comum é a obstrução intestinal refratária ao tratamento clínico. Perfuração livre (A), hemorragia maciça (C) e abscesso (D) ocorrem, mas são eventos incomuns. Lembre que a base do tratamento continua sendo o esquema RIPE — a cirurgia trata a complicação mecânica. Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito C

O agente farmacológico preferido atualmente para o tratamento dos sangramentos agudos das varizes esofágicas é:

- A. fenoxibenzamina
- B. fentolamina
- C. octreotida ✓**
- D. glucagon

COMENTÁRIO OSCELABS

No sangramento agudo por varizes esofágicas, a droga vasoativa de escolha é a octreotida (análogo da somatostatina), que reduz o fluxo esplâncico e a pressão portal, associado à antibioticoprofilaxia e ligadura elástica endoscópica. Terlipressina tem o mesmo papel. Fenoxibenzamina (A) e fentolamina (B) são alfabloqueadores usados no feocromocitoma, e glucagon (D) é antiespasmódico/hipoglicêmico — nenhum reduz pressão portal. Resposta C.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

O fator de necrose tumoral é uma das citocinas liberadas no trauma. Um de seus efeitos sistêmicos é o(a):

- A. hipertensão arterial
- B. hipocortisolemia
- C. hipotermia
- D. anorexia ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O TNF- α é a citocina precoce da resposta ao trauma e da sepse: produz febre, taquicardia, catabolismo muscular, resistência à insulina, ativação do eixo hipotálamo-hipofise-adrenal e, classicamente, ANOREXIA — daí o termo caquexia. Por isso hipotermia (C), hipertensão (A) e hipocortisolemia (B) são o oposto do esperado: o TNF causa hipotensão (vasodilatação), febre e hipercortisolemia. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

O esquema antimicrobiano recomendado para ser usado profilaticamente nas cirurgias gastroduodenais e do intestino delgado não obstruído é:

- A. cefazolina ✓**
- B. ceftriaxona
- C. ampicilina + sulbactam
- D. ciprofloxacina + metronidazol

COMENTÁRIO OSCELABS

Na profilaxia de cirurgia gastroduodenal e de delgado NAO obstruído, a flora esperada e de gram-positivos de pele e poucos gram-negativos entericos: cefalosporina de 1a geracao (cefazolina) em dose unica pre-incisional cobre bem e e o padrao. Espectro maior — ceftriaxona (B), ampicilina-sulbactam (C) ou cipro+metronidazol (D) — so se justifica com obstrucao, estase ou cirurgia colorretal, onde anaerobios entram na conta. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito B

A medula adrenal é responsável pela produção de:

- A. cortisol
- B. epinefrina ✓**
- C. aldosterona
- D. dehidroepiandrosterona

COMENTÁRIO OSCELABS

A medula adrenal e tecido neuroectodermico (celulas cromafins), funcionalmente um ganglio simpatico modificado: produz catecolaminas, sobretudo epinefrina/adrenalina (~80%) e noradrenalina. O cortex e que produz, de fora para dentro, aldosterona na glomerulosa (C), cortisol na fasciculada (A) e androgenios como a DHEA na reticulada (D) — regra mnemonica GFR / sal-acucar-sexo. Resposta B.

QUESTÃO 32 — Gabarito C

O sinal de Courvoisier é encontrado no(a):

- A. diverticulite de sigmoide
 - B. pancreatite crônica
 - C. tumor periampular ✓**
 - D. colecistite aguda
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O sinal de Courvoisier e a vesicula palpavel, distendida e INDOLOR em paciente icterico: traduz obstrucao lenta e progressiva da via biliar distal, tipicamente por tumor periampular (cabeca de pancreas, ampola de Vater, coledoco distal, duodeno). Na colecistite aguda (D) a vesicula e dolorosa (Murphy); na pancreatite cronica (B) e na diverticulite (A) nao ha esse padrao — a regra classica diz que vesicula palpavel indolor com icteria nao e calculo. Resposta C.

QUESTÃO 33 — Gabarito D

O tipo de hérnia mais frequente da região inguinocrural é a:

- A. femoral
- B. inguinal direta
- C. inguinal mista
- D. inguinal indireta ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A hernia inguinal indireta (oblicua externa) é a mais frequente em ambos os sexos e em todas as faixas etárias: decorre da persistência do conduto peritônio-vaginal e emerge pelo anel inguinal interno, lateral aos vasos epigástricos inferiores. A direta (B) é mais tardia, por fraqueza do assoalho no triângulo de Hesselbach; a femoral (A) é minoritária (embora mais comum em mulheres e com maior risco de encarceramento); a mista/em pantalonada (C) é rara. Resposta D.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

As bactérias encontradas em feridas crônicas podem ser encapsuladas por uma camada protetora formada pelo hospedeiro e proteínas bacterianas. Essa camada é chamada de:

- A. debris
- B. fibrina
- C. biofilme ✓**
- D. abscesso

COMENTÁRIO OSCELABS

Bactérias em feridas crônicas se organizam em comunidades embebidas em matriz de exopolissacarídeos, proteínas bacterianas e do hospedeiro: o biofilme. Ele bloqueia a penetração de antibióticos e o acesso de fagócitos, o que explica a cronicidade e a resposta pobre à antibioticoterapia sistêmica — o tratamento é mecânico (desbridamento). Fibrina (B) e debris (A) são componentes inertes do leito; abscesso (D) e coleção purulenta delimitada. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

A cirurgia para obesidade mórbida foi indicada para uma paciente com IMC de 50. Ela é usuária de uma substância que deve ser suspensa seis semanas antes e depois da cirurgia, uma vez que esta aumenta os riscos de má cicatrização de feridas e gera úlceras anastomóticas. Essa substância é o(a):

- A. álcool
- B. tabaco ✓**
- C. cocaína
- D. contraceptivo

COMENTÁRIO OSCELABS

O tabaco compromete a cicatrização por vasoconstrição com hipóxia tecidual, disfunção de fibroblastos e do colágeno, e no pós-operatório da bariátrica associa-se fortemente à úlcera marginal (anastomótica) e à fístula. Por isso a recomendação de suspensão por cerca de seis semanas antes e depois da cirurgia. Alcool (A), cocaína (C) e contraceptivo (D) trazem outros riscos (nutricional, cardiovascular, tromboembólico), mas não esse binômio má cicatrização + úlcera anastomótica. Resposta B.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

A resposta inflamatória ocorre após a invasão por bactérias com lesão direta ou em resposta ao estresse sistêmico. Múltiplas vias celulares funcionam simultaneamente na tentativa de limitar mais lesões e levar à cura. Há uma célula que é um potente mediador da inflamação aguda e, frequentemente, é a primeira a ser recrutada em resposta à lesão e infecção. Essa célula chama-se:

- A. célula B
- B. célula T

C. neutrófilo ✓

D. macrófago RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O neutrófilo e o primeiro leucócito recrutado ao foco de lesão ou infecção (pico em horas): chega por quimiotaxia mediada por IL-8 e C5a, faz fagocitose, degranulação e explosão respiratória. Macrófagos (D) chegam depois e comandam a fase de reparo/remodelação; linfócitos B (A) e T (B) são imunidade adaptativa, com resposta em dias. Perola: neutrófilo domina a inflamação AGUDA; mononuclear domina a crônica. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito A

Homem de 32 anos, vítima de trauma torácico contuso, por queda de bicicleta, foi levado à emergência por familiares. Na admissão, realizou tomografia de tórax, abdômen e pelve que mostrou apenas presença de derrame pleural volumoso à direita. Foi realizada toracostomia com tubo em selo d'água, com relato de saída imediata de aproximadamente 1.000mL de sangue. O paciente apresentou melhora significativa e ficou em observação. Três horas após o procedimento, apresentou quadro de hipotensão arterial (PA = 90 x 50mmHg). O dreno de tórax apresentou drenagem de 800mL de secreção hemática nesse período. A conduta adequada, nesse caso, é:

A. toracotomia direta de emergência ✓

- B. laparotomia exploradora imediata
- C. nova drenagem pleural
- D. hemotransusão

COMENTÁRIO OSCELABS

Drenagem inicial de 1.000mL seguida de mais 800mL em 3 horas (~265mL/h) com hipotensão configura hemotorax maciço persistente: os critérios clássicos de toracotomia são >1.500mL de imediato ou >200mL/h por 2-4 horas, ou instabilidade hemodinâmica com sangramento ativo. Nova drenagem (C) não trata a fonte; hemotransusão (D) e suporte, não controle do sangramento; laparotomia (B) não se justifica com TC de abdome normal. Resposta A.

QUESTÃO 38 — Gabarito D

Idoso de 72 anos apresenta quadro clínico de disfagia intermitente, tosse, salivação excessiva e regurgitação ocasional de conteúdo alimentar não digerido. Foi realizada esofagografia com bário que revelou a presença de divertículo de Zenker. Essa alteração na parede esofágica se localiza na região anatômica conhecida como:

- A. orifício de Fruchaud
- B. triângulo de Sedillot
- C. triângulo de Larrey

D. triângulo de Killian ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

O divertículo de Zenker é um pseudodivertículo por PULSAO que se forma no triângulo de Killian — área de fraqueza da parede posterior da hipofaringe entre as fibras oblíquas do constritor inferior e as fibras transversas do cricofaríngeo. A causa é a disfunção do esfíncter esofágico superior, o que explica por que a miotomia do cricofaríngeo é parte essencial do tratamento. Fruchaud (A) e hérnia inguinal, Sedillot e Larrey são outros reparos anômicos. Resposta D.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Os tumores desmoides são neoplasias raras de origem fibroblástica com comportamento clínico peculiar, raramente apresentando metástases à distância. Uma característica clínica tipicamente associada a esses tumores é:

- A. maior incidência em mulheres ✓**
- B. relação com a síndrome de Lynch
- C. associação com a mutação no gene RET
- D. presença de lesões ulceradas confluentes

COMENTÁRIO OSCELABS

Tumores desmoides (fibromatose agressiva) são localmente invasivos, com alta recidiva e praticamente sem metastase a distancia. Predominam em MULHERES em idade fértil, com influencia hormonal (gestacao) e traumatica/cirurgica. A associacao sindromica classica e com a polipose adenomatosa familiar / sindrome de Gardner (gene APC), nao com Lynch (B); mutacao de RET (C) remete a NEM 2; ulceracao confluyente (D) nao e caracteristica desses tumores. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Paciente, com diagnóstico de pancreatite crônica, está em acompanhamento no ambulatório de cirurgia geral há cinco anos. No último ano, o quadro evoluiu com dor abdominal de difícil controle, apresentando efeitos colaterais importantes com o uso de opioides. A ressonância magnética de abdômen mostrou ducto pancreático principal irregular, com pontos de estenose parcial e dilatação, medindo 12mm em seu maior diâmetro. A melhor conduta cirúrgica, nesse caso, é:

- A. pancreatectomia total
- B. duodenopancreatectomia
- C. pancreatectomia corpo-caudal
- D. pancreatojejunostomia laterolateral RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite cronica com dor refrataria e ducto pancreatico principal DILATADO ($\geq 7\text{mm}$) e irregular, em cadeia de lagos, e a indicacao classica de cirurgia de drenagem: pancreatojejunostomia laterolateral (Puestow/Partington-Rochelle), que alivia a dor preservando parenquima e funcao endocrina. Resseccoes — duodenopancreatectomia (B), corpo-caudal (C) ou total (A) — ficam reservadas a doenca focal na cabeca, suspeita de malignidade ou ducto fino. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito A

Para tratar úlceras genitais na suspeita de infecção sexualmente ativa, sem exames laboratoriais disponíveis, algumas características devem ser levadas em conta para o manejo da lesão, segundo o fluxograma do Ministério da Saúde. Uma delas é a evidência de:

- A. lesões vesiculosas ativas ✓**
- B. sintomas dolorosos incipientes
- C. linfonodos inguinais aumentados
- D. bordas sangrativas à manipulação

COMENTÁRIO OSCELABS

No fluxograma de úlceras genitais do Ministério da Saúde, o primeiro no de decisão e a presença de lesões VESICULOSAS (ou história de vesículas recorrentes): se presentes, trata-se herpes genital com aciclovir; se ausentes, trata-se empiricamente sífilis e cancro mole. Dor (B), adenopatia inguinal (C) e sangramento das bordas (D) ajudam na suspeita clínica, mas não são o critério que bifurca a conduta sindrômica. Resposta A.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Mulher de 33 anos, com dismenorreia desde a menarca e diagnóstico de endometriose, encontra-se em uso de contraceptivos hormonais. Apesar de bom controle da dor, deseja interromper o uso do medicamento para engravidar. A ressonância de pelve evidenciou cisto ovariano característico de endometrioma de aproximadamente 8cm. Nesse caso, deve-se:

- A. realizar drenagem guiada por ultrassonografia
- B. manter contraceptivo até regressão do cisto
- C. indicar cistectomia videolaparoscópica ✓**
- D. iniciar medicação anticoncepcional

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometrioma de 8cm em mulher que deseja engravidar: acima de 4cm com desejo reprodutivo e indicação de cistectomia videolaparoscópica, com excisão da capsula (menor recidiva que a simples drenagem) e cuidado máximo com a reserva ovariana. Drenagem guiada por USG (A) tem recidiva altíssima e risco de disseminação; manter contraceptivo (B) e anticoncepcional (D) suprimem sintomas mas não regredem endometrioma — e impedem a gestação desejada. Resposta C.

QUESTÃO 43 — ANULADA

Mulher de 38 anos realizou biópsia de colo uterino que evidenciou carcinoma escamoso. Ao examiná-la, verifica-se uma lesão de 6cm limitada ao colo, não acometendo a vagina. A ressonância magnética de pelve não evidenciou comprometimento parametrial ou linfonodal. A indicação terapêutica é de:

- A. laparotomia exploradora
- B. histerectomia radical
- C. conização clássica
- D. radioquimioterapia

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema cobrado era a conduta no carcinoma escamoso do colo uterino de 6cm limitado ao colo, sem invasão parametrial ou vaginal e sem doença linfonodal na ressonância — estágio IB3 pela FIGO 2018. Trata-se de zona de conflito entre escolas: parte da literatura sustenta cirurgia radical e parte defende quimiorradiação definitiva como padrão para lesões volumosas, o que compromete a existência de uma única alternativa defensável. Sem gabarito oficial, não há letra a indicar.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Adolescente de 17 anos, em amenorreia primária, comparece à unidade básica de saúde com ultrassonografia evidenciando ausência de útero. As características sexuais secundárias são normais. Um provável diagnóstico é:

- A. hiperplasia adrenal congênita
- B. agenesia de ductos de Müller ✓**

C. disgenesia gonadal pura

D. mutação de gene SRY RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com caracteres sexuais secundários NORMAIS indica eixo hipotálamo-hipofise-ovário funcionando — o problema é anômico. Ausência de útero à ultrassonografia em paciente feminina define agenesia dos ductos de Müller (síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser), com cariótipo 46,XX, ovários normais e vagina em fundo cego. Hiperplasia adrenal (A) cursa com virilização; disgenesia gonadal (C) não desenvolve mamas; gene SRY/insensibilidade androgênica (D) traria ausência de pelos e testículos. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Mulher de 40 anos, com desejo de gestar, apresenta sangramento irregular intermitente e procura unidade básica de saúde com laudo histopatológico, indicando hiperplasia endometrial com atipias. Uma opção terapêutica para esse diagnóstico é:

A. sistema intrauterino de levonorgestrel ✓

B. ablação endometrial histeroscópica

C. morcelação uterina laparoscópica

D. histerectomia subtotal abdominal

COMENTÁRIO OSCELABS

Hiperplasia endometrial COM atipias tem risco elevado de progressão e de carcinoma oculto, e o tratamento padrão seria a histerectomia — mas a paciente tem 40 anos e deseja gestar. Nesse cenário aceita-se conservar o útero com progestagênio em alta dose, sendo o SIU de levonorgestrel a melhor opção (maior taxa de regressão, controle do sangramento), com biópsias seriadas de controle. Ablação (B) é proscrita porque impede o seguimento histológico; morcelação (C) dissemina neoplasia; histerectomia (D) elimina a fertilidade. Resposta A.

QUESTÃO 46 — Gabarito D

Idosa de 76 anos comparece à consulta, solicitando informações de quando deve realizar nova mamografia. A última foi há dois anos. Deve-se explicar que nessa faixa etária, em relação ao rastreamento para câncer de mama, a recomendação do Ministério da Saúde é de:

A. aumentar o intervalo de rastreamento

B. fazer rastreamento por ressonância

C. oferecer rastreamento opcional

D. interromper o rastreamento ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O Ministério da Saúde/INCA recomenda mamografia de rastreamento BIENAL para mulheres de 50 a 69 anos. Aos 76 anos a paciente está fora da faixa etária: o rastreamento deve ser interrompido, pois o balanço entre benefício (mortalidade) e dano (falso-positivo, sobrediagnóstico, tratamento desnecessário) deixa de ser favorável. Aumentar intervalo (A) e rastreio opcional (C) não correspondem à recomendação brasileira; ressonância (B) é reservada a alto risco genético. Resposta D.

QUESTÃO 47 — Gabarito A

Mulher de 40 anos comparece ao ambulatório de patologia cervical com laudo de citologia, indicando células glandulares atípicas, não podendo afastar lesão de alto grau. A colposcopia é satisfatória e normal. Nesse caso, a conduta recomendada é:

- A. colher nova citologia e realizar ultrassonografia transvaginal ✓**
- B. solicitar exames pré-operatórios e indicar conização clássica
- C. prescrever estrogênio tópico e repetir a colposcopia após o uso
- D. curetar o canal cervical e iniciar antibioticoterapia polimicrobiana

COMENTÁRIO OSCELABS

Celulas glandulares atípicas (AGC) são achado de alto risco: podem ter origem endocervical OU endometrial. Com colposcopia satisfatória e normal — ou seja, sem lesão no colo — a investigação deve se voltar ao restante do trato: repetir a citologia com coleta do canal e avaliar o endométrio por ultrassonografia transvaginal, especialmente a partir dos 35 anos ou com sangramento anormal. Conização imediata (B) e agressiva sem lesão identificada; estrogênio tópico (C) serve a atrofia pos-menopausa; antibiótico (D) não tem indicação. Resposta A.

QUESTÃO 48 — Gabarito B

Mulher, com queixa de incontinência urinária, apresentou exame urodinâmico, evidenciando perda de pressão à manobra de Valsalva de 20cmH₂O. De acordo com esses achados, o provável diagnóstico é:

- A. bexiga neurogênica
- B. defeito esfíncteriano ✓**
- C. hiper mobilidade uretral
- D. hiperatividade detrusora

COMENTÁRIO OSCELABS

O VLPP (pressão de perda ao esforço) baixo — abaixo de 60cmH₂O, e aqui apenas 20cmH₂O — traduz uretra que perde urina com esforço mínimo: defeito esfíncteriano intrínseco. Valores acima de 90cmH₂O apontam hiper mobilidade uretral (C). O achado tem impacto prático: a incontinência por defeito esfíncteriano responde pior a cirurgias clássicas. Bexiga neurogênica (A) e hiperatividade detrusora (D) se manifestam como contrações involuntárias do detrusor, não como perda ao Valsalva. Resposta B.

QUESTÃO 49 — Gabarito D

Jovem de 24 anos chega ao serviço de saúde relatando estar grávida de 8 semanas, após ter sofrido violência sexual, e desejando interromper a gravidez. Não realizou nenhum boletim de ocorrência e não possui ordem judicial, tendo apenas passado por atendimento em unidade de saúde na época da violência. Ela deve ser informada de que tem direito ao aborto:

- A. após início de ação penal e notificação policial
- B. mediante realização de boletim de ocorrência
- C. com apresentação de autorização judicial
- D. sem procedimento policial ou judicial RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A interrupção da gestação resultante de violência sexual é permitida pelo Código Penal desde 1940 e NÃO exige boletim de ocorrência, laudo do IML, autorização judicial ou início de ação penal — exigir qualquer desses documentos é barreira ilegal ao direito da mulher. Bastam o relato da paciente, o termo de consentimento e os registros do serviço, conforme a Norma Técnica do Ministério da Saúde. As alternativas A, B e C reproduzem exatamente as exigências que a norma proíbe. Resposta D.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Mulher de 32 anos, em acompanhamento no ambulatório de infertilidade, apresenta diagnóstico de baixa reserva ovariana. É diabética do tipo 1. Nega cirurgias prévias. Na história familiar, sua mãe teve a menopausa aos 39 anos. A ultrassonografia transvaginal demonstra cisto ovariano anecoico de 4cm. Nesse caso, o fator de risco para baixa reserva ovariana é:

A. menopausa materna precoce ✓

B. diabetes mellitus do tipo 1

C. ovário com cisto anecoico

D. idade superior a 30 anos

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os dados apresentados, o que prediz baixa reserva ovariana é a história de menopausa precoce na mãe: há forte componente hereditário na idade de exaustão folicular (inclusive pre-mutação do FMR1). Diabetes tipo 1 (B) não é fator de risco estabelecido para reserva baixa; cisto anecoico simples de 4cm (C) é achado funcional benigno; e 32 anos (D) ainda está dentro do período reprodutivo esperado — a queda acentuada é mais tardia, após os 35 anos. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito C

Mulher de 32 anos, GIIPOAII, procura emergência ao apresentar sangramento vaginal, tipo “borra de café”, em pequena quantidade. Refere Beta HCG, há três dias, no valor de 145mUI/mL. Ao exame especular, observa-se sangramento escurecido em fundo de saco vaginal sem saída ativa pelo orifício externo do colo. Ao toque vaginal, verificam-se útero intrapélvico e colo uterino fechado. Na emergência, é realizada ultrassonografia transvaginal que demonstra útero em AVF, com endométrio medindo 28mm, sem imagem compatível com saco gestacional; corpo lúteo à esquerda e anexos sem alterações; e novo Beta HCG no valor de 554mUI/mL. Diante desse quadro clínico, o diagnóstico é:

A. mola hidatiforme

B. gestação ectópica

C. gestação em curso ✓

D. abortamento incompleto

COMENTÁRIO OSCELABS

Beta-hCG que sobe de 145 para 554mUI/mL em três dias tem curva ASCENDENTE adequada (mais que dobra em 48-72h), o que fala a favor de gestação topica viável. Além disso, 554mUI/mL está abaixo da zona discriminatória (~1.500-2.000 na via transvaginal): não ver saco gestacional nesse título é esperado, não patológico. Útero com endométrio espesso, colo fechado e anexos normais reforçam gestação inicial em curso. Ectópica (B) costuma ter curva em plato; mola (A) tem hCG muito elevado; abortamento incompleto (D) teria hCG em queda. Resposta C.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

A asma é uma doença crônica que acomete em torno de 10% da população de mulheres jovens e, consequentemente, pode complicar a gestação. Sobre o manejo da asma na gestação, é correto afirmar que:

- A. os inibidores de leucotrieno podem ser administrados para controle da crise aguda
- B. o uso de derivados da ergotamina é contraindicado em virtude do risco de broncoespasmo ✓**
- C. o uso de beta2 agonistas deve ser evitado em virtude do aumento de risco de taquicardia fetal sustentada
- D. a corticoterapia antenatal para maturação pulmonar fetal pode ser dispensada nas pacientes com uso crônico de corticosteroides

COMENTÁRIO OSCELABS

Os derivados da ergotamina (metilergonovina) são contraindicados na asmática porque provocam broncoespasmo — no manejo da hemorragia pos-parto dessa paciente escolhe-se ocitocina ou misoprostol. Os inibidores de leucotrieno (A) são medicação de manutenção, sem papel na crise. Beta-2 agonistas (C) são a base do tratamento da crise e devem ser mantidos: asma mal controlada é muito mais perigosa ao feto que a medicação. Corticoide antenatal (D) para maturação pulmonar não pode ser dispensado. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

A ultrassonografia é um método seguro e amplamente difundido de avaliação fetal. A indicação para a realização do exame no primeiro trimestre é:

- A. avaliação de volume de líquido amniótico
 - B. definição de inserção placentária
 - C. diagnóstico de corionicidade ✓**
 - D. estimativa de peso fetal
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A definição de corionicidade em gestação múltipla só é confiável no PRIMEIRO trimestre, quando se identificam o sinal do lambda (dicorionica) ou do T (monocorionica) e o número de sacos/vesículas vitelínicas — depois de 14 semanas a acurácia cai muito. Como a corionicidade define todo o risco e o seguimento da gestação gemelar, é indicação clássica do exame precoce. Líquido amniótico (A), inserção placentária (B) e peso fetal (D) são avaliações de segundo e terceiro trimestres. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito A

Gestante foi admitida na 29ª semana de gravidez com queixa de dor em baixo ventre e perda de líquido. Ao exame obstétrico, apresentava metrossístoles 2/10'/20", AFU = 27cm, BCF = 144bpm. Toque vaginal com colo em centralização, 70% apagado, 2cm dilatado, apresentação cefálica, líquido claro sem grumos. Iniciada ampicilina, azitromicina, betametasona e sulfato de magnésio, a paciente permaneceu internada em vigilância clínica materna e fetal. Com 34 semanas de gestação, foi encaminhada para indução do parto. A medicação que deve ser repetida, nesse caso, é:

- A. ampicilina ✓**
- B. azitromicina
- C. betametasona
- D. sulfato de magnésio

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente teve rotura prematura de membranas com 29 semanas e recebeu o pacote correto: corticoide, neuroproteção com sulfato de magnésio e antibiótico de latência. Cinco semanas depois, no parto, o que precisa ser REINICIADO e a ampicilina — agora com outra finalidade: profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B, obrigatória em bolsa rota prolongada/status desconhecido. A azitromicina (B) só cobre atípicos na latência; sulfato (D) e neuroproteção abaixo de 32 semanas; corticoide (C) não se repete com 34 semanas. Resposta A.

QUESTÃO 55 — Gabarito A

A endocardite infecciosa é uma doença com mortalidade em torno de 25%, sendo importante a administração de antibioticoprofilaxia nos casos indicados. Entre as indicações de profilaxia para endocardite infecciosa durante o parto, é correto citar:

- A. tetralogia de Fallot ✓**
- B. coarctação da aorta
- C. cardiomiopatia dilatada
- D. aneurisma de septo interatrial

COMENTÁRIO OSCELABS

A profilaxia de endocardite no período periparto ficou restrita às condições de MAIOR risco: prótese valvar, endocardite prévia, transplante cardíaco com valvulopatia e cardiopatia congênita cianótica não corrigida ou corrigida com material protético recente. Entre as opções, a tetralogia de Fallot e a única cardiopatia congênita cianótica. Coarctação da aorta (B), cardiomiopatia dilatada (C) e aneurisma de septo interatrial (D) não figuram na lista de indicações. Resposta A.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

O adequado seguimento pré-natal da gestante que convive com HIV é uma estratégia importante não só para diminuição do risco de transmissão vertical como também para redução de complicações na gestação. Com relação ao acompanhamento da gestante que convive com o HIV, é correto afirmar que:

- A. a vacinação para Influenza e Hepatite B deve ser evitada em pacientes com CD4 abaixo de 200 células/mm³
- B. em pacientes em uso prévio de terapia antirretroviral e com carga viral indetectável, a medicação deve ser suspensa no primeiro trimestre em função do risco de teratogenicidade
- C. pacientes com amniorrexe prematura antes de 34 semanas podem ter a conduta expectante com antibioticoterapia de latência e corticoterapia oferecida independente da carga viral ✓**
- D. em pacientes com hemorragia puerperal em uso de inibidores de protease, o manejo obstétrico deve utilizar derivados de ergotamina, visto que o misoprostol aumenta o risco de isquemia

COMENTÁRIO OSCELABS

Na gestante com HIV e amniorrexe prematura antes de 34 semanas, a conduta expectante com antibiótico de latência e corticoterapia pode ser oferecida independentemente da carga viral, porque o risco da prematuridade extrema supera o risco adicional de transmissão vertical, que hoje é controlado pela terapia antirretroviral. Vacinas de influenza e hepatite B (A) são inativadas e devem ser feitas; a TARV NUNCA é suspensa na gestação (B); e ergotamina (D) interage com inibidores de protease, sendo o misoprostol o preferido (D invertido). Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Gestante, na 30ª semana, é atendida na emergência com quadro de confusão mental, ataxia e nistagmo, com início desde o 4º mês de gravidez. Familiares referem que ela não possuía nenhuma comorbidade, tendo tido múltiplos atendimentos no início da gestação por quadro de vômitos com perda ponderal de aproximadamente 10kg. Diante do quadro, a principal hipótese diagnóstica é:

A. síndrome de Guillain Barré

B. encefalopatia de Wernicke ✓

C. esclerose múltipla

D. myasthenia gravis RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A triade confusão mental + ataxia + oftalmoparesia/nistagmo em gestante com hiperemese gravídica e perda de 10kg e encefalopatia de Wernicke por deficiência de TIAMINA (B1). E emergência: tiamina parenteral ANTES de qualquer soro glicosado, sob pena de precipitar ou agravar o quadro. Guillain-Barre (A) cursa com fraqueza arreflexica sem confusão; esclerose múltipla (C) da surtos focais desmielinizantes; miastenia (D) provoca fadigabilidade e ptose, sem alteração de consciência. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

Paciente GIIPIIAI, com 37 semanas e 5 dias de gravidez, é admitida na emergência com queixa de perda líquida há duas horas. Refere hipertensão arterial crônica em uso de 750mg/dia de metildopa. Ao exame de admissão, apresenta metrossístoles 1/10'/35", BCF de 144bpm, movimentação fetal ativa. Ao toque vaginal, observa-se colo posterior, 50% apagado, 2cm dilatado, cefálico, líquido tinto de mecônio. A imagem a seguir refere-se à cardiotocografia realizada na admissão: Nesse caso, a desaceleração encontrada no exame está relacionada à:

A. hipertensão arterial crônica

B. compressão do polo cefálico

C. presença de líquido meconial

D. rotura prematura de membranas ovulares ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante com rotura prematura de membranas evolui com redução do líquido amniótico; sem o coxim de líquido, o cordão umbilical fica sujeito a compressão durante as contrações, gerando desacelerações VARIÁVEIS na cardiotocografia. A compressão do polo cefálico (B) produz desaceleração precoce (DIP I), espelhada na contração; insuficiência placentária — e não a hipertensão em si (A) — produz desaceleração tardia (DIP II); mecônio (C) e marcador de risco, mas não gera desaceleração por mecanismo próprio. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

A hemorragia puerperal é a segunda causa de morte materna no Brasil, estando atrás apenas dos distúrbios hipertensivos. Entre as causas para hemorragia pós-parto, a principal é:

A. atonia uterina ✓

B. restos placentários

C. distúrbios da coagulação

D. lacerações do canal de parto

COMENTÁRIO OSCELABS

A atonia uterina responde por cerca de 70-80% das hemorragias pos-parto — o útero que não contrai não oclui os vasos do leito placentário. Por isso o manejo começa por massagem uterina, ocitocina e uterotonícos, além do manejo ativo do terceiro período como prevenção. Restos placentários (B), lacerações do canal (D) e coagulopatia (C) são os outros três T do mnemônico (Tonus, Tecido, Trauma, Trombina), porém bem menos frequentes. Resposta A.

QUESTÃO 60 — Gabarito B

Os distúrbios hipertensivos são a principal causa de morbimortalidade na gestação e os responsáveis por grande parte dos partos prematuros no mundo. Sobre os distúrbios hipertensivos na gestação, é correto afirmar que:

A. em pacientes com pré-eclâmpsia leve, a terapia anti-hipertensiva deve ser iniciada visando reduzir os riscos de episódios de hipertensão severa, internação neonatal e prolongamento da gestação

B. na pré-eclâmpsia, observa-se elevação de níveis séricos de fatores angiogênicos e redução de fatores angiogênicos, o que pode preceder em semanas o aparecimento das manifestações clínicas da doença ✓

C. em pacientes com incisura bilateral de artérias uterinas, identificada na dopplerfluxometria de segundo trimestre, é indicada a profilaxia com aspirina em baixas doses, visando reduzir o risco de pré-eclâmpsia

D. em pacientes com eclâmpsia, o controle da crise convulsiva deve ser realizado com benzodiazepínico, como droga de primeira escolha, seguida da administração de sulfato de magnésio para profilaxia de convulsões recorrentes

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA
ORGANIZADOR PEDIATRIA

COMENTÁRIO OSCELABS

A fisiopatologia da pré-eclâmpsia envolve placentação deficiente com liberação de fatores ANTIangiogênicos (sFlt-1, endoglina solúvel) e queda dos angiogênicos (PlGF, VEGF), alteração detectável semanas antes da clínica — base dos testes de razão sFlt-1/PlGF. Na eclâmpsia (D) o sulfato de magnésio é a PRIMEIRA escolha, não o benzodiazepínico. A profilaxia com AAS (C) só é eficaz se iniciada antes de 16 semanas, e não no segundo trimestre. Na pré-eclâmpsia leve (A) o anti-hipertensivo não prolonga a gestação nem muda desfecho neonatal. Resposta B.

QUESTÃO 61 — Gabarito B

Lactente de 18 meses é trazido para atendimento apresentando massa cervical à direita e febre de 38°C há dois dias. A família relata que a criança tem um “tumor no pescoço”, desde que nasceu, mas que nesses últimos dias notou aumento do local. Ao exame físico, a criança está em bom estado geral e apresenta massa cervical do lado direito, com presença de hiperemia, de consistência amolecida, cística e dolorosa à palpação. A massa não se move à deglutição e o restante do exame físico não indica outras alterações. A principal hipótese diagnóstica é infecção de:

A. cisto tireoglossal

B. hígroma cístico ✓

C. hemangioma

D. linfonodo

COMENTÁRIO OSCELABS

Massa cervical LATERAL presente desde o nascimento, cística, amolecida, que não se desloca com a deglutição e que aumenta após infecção de vias aéreas: e higroma cístico (linfangioma), malformação linfática congênita do triângulo cervical posterior. O cisto tireoglossos (A) e mediano e SOBE com a deglutição e a protrusão da língua; hemangioma (C) e vascular, costuma não existir ao nascer e regride espontaneamente; adenite (D) não teria história desde o nascimento. Resposta B.

QUESTÃO 62 — Gabarito A

Menina de 9 anos é atendida com dor abdominal e diarreia há três semanas. Refere que a dor abdominal se dá em cólicas, havendo períodos sem dor, porém a mesma vem aumentando de intensidade. Sobre as evacuações, relata serem de consistência líquida, por vezes com presença de sangue vivo. Há seis semanas, apresenta dor em joelho esquerdo e cotovelo direito, com piora pela manhã ao acordar. Ao exame físico, a criança está em regular estado geral, emagrecida, referindo dor à palpação profunda de abdômen, sem sinal de irritação peritoneal, apresentando edema de joelho esquerdo e cotovelo direito, com aumento da temperatura local e limitação à movimentação passiva e ativa. Os exames complementares mostram anemia leve normocítica, aumento de proteína C reativa no sangue e aumento de calprotectina nas fezes. A coprocultura é negativa. Nesse caso, o diagnóstico mais provável é:

A. doença inflamatória intestinal ✓

- B. porfiria aguda intermitente
- C. artrite idiopática juvenil
- D. doença celíaca

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia com sangue por três semanas, dor abdominal em cólicas, emagrecimento, artrite periférica de grandes articulações com rigidez matinal, anemia, PCR alta, calprotectina fecal elevada e coprocultura negativa: o conjunto define doença inflamatória intestinal com manifestação extraintestinal. A calprotectina e o marcador que separa inflamação de causa funcional. Porfiria (B) não dá diarreia sangüinolenta; artrite idiopática juvenil (C) não explica o sangramento intestinal; doença celíaca (D) cursa com diarreia sem sangue. Resposta A.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Lactente de 7 meses é trazido para consulta de puericultura por sua avó, que refere que a criança está bem, com bom desenvolvimento e aceitando os alimentos oferecidos. Ao exame da região da genitália, notam-se lesões eritematosas confluentes, com presença de pequenas lesões satélites papulares, algumas pustulosas, estendendo-se para fora da área de contato com a fralda. Nesse caso, o principal agente causador é:

A. Papiloma Vírus

B. Candida albicans ✓

C. Herpes Vírus tipo 2

D. Trichophyton tonsurans

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Eritema confluyente com lesões SATELITES papulo-pustulosas e acometimento que ultrapassa a área de contato da fralda, incluindo as dobras, e a assinatura da candidíase por *Candida albicans* — a dermatite irritativa primária poupa as dobras e não tem satélites. Tratamento: antifúngico tópico (nistatina/derivado azólico) e cuidados com umidade. Papilomavírus (A) da verrugas; herpes (C) da vesículas agrupadas e dolorosas; *Trichophyton* (D) causa tinea, rara nessa idade e topografia. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Recém-nascido (RN) a termo, no segundo dia de vida, apresenta quadro de cianose. A mãe não fez pré-natal e chegou à maternidade em período expulsivo. Ao exame físico, o RN encontra-se com cianose labial e periférica, tiragem subcostal moderada, FR = 70ipm, FC = 150bpm, SatO₂ = 80% e a ausculta cardíaca revela sopro sistólico leve, em borda paraesternal, apagamento de B1 e hiperfonese de B2. O ecocardiograma (ECO) mostrou transposição de grandes vasos, com septo atrioventricular íntegro. Para esse caso, o tratamento medicamentoso urgente é:

- A. morfina
- B. furosemida
- C. propranolol
- D. prostaglandina ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na transposição das grandes artérias com septo íntegro as circulações correm em paralelo: a sobrevivência depende inteiramente de uma mistura, e o único shunt disponível é o canal arterial. Por isso a medida urgente é infundir prostaglandina E1 para mantê-lo PATENTE, até a atresioseptostomia de Rashkind e a cirurgia de Jatene. Furosemida (B), morfina (A) e propranolol (C) não criam mistura — o propranolol é recurso da crise hipoxêmica da tetralogia de Fallot, cenário diferente. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Menina de 7 anos é trazida para consulta ambulatorial com queixa de baixa estatura. A mãe refere que a criança tem desenvolvimento normal, mas que é bem menor que seus colegas de turma da escola. Ao ser questionada sobre doenças prévias, a mãe relata que a menina foi internada mais de cinco vezes por infecção urinária, com presença de febre e que o primeiro episódio aconteceu aos três meses de vida. À época, foi pedida uma ultrassonografia (USG) de vias urinárias, que não conseguiu realizar. Ao exame físico, a criança apresenta PA = 128 x 86mmHg, FC = 98bpm, FR = 34ipm, sem outras alterações, exceto pela baixa estatura, classificada como abaixo do alvo genético e do z score -3 para a idade. O IMC é adequado para a idade. A mãe trouxe um hemograma que mostra: Hgb = 9g/dL, VCM = 79, RDW = 11. Para a investigação diagnóstica dessa criança, é essencial solicitar:

- A. cinética de ferro
- B. cultura de urina
- C. função renal ✓**
- D. mielograma

COMENTÁRIO OSCELABS

ITU FEBRIL de repetição desde os três meses, USG nunca realizada, mais hipertensão (128x86 e muito alta para 7 anos), baixa estatura grave (escore-z < -3) e anemia normocítica: o conjunto grita nefropatia de refluxo com doença renal crônica. O exame essencial é a avaliação da função renal (ureia, creatinina, TFG estimada, eletrólitos), que orienta todo o resto. Cinética de ferro (A) não explica HAS nem baixa estatura; urocultura (B) só pega infecção atual; mielograma (D) não tem indicação. Resposta C.

QUESTÃO 66 — Gabarito A

Sobre o aleitamento materno, é correto afirmar que:

- A. retirar um pouco de leite antes de colocar o bebê no peito pode facilitar a pega, se a mama estiver muito cheia nos primeiros dias, após a amamentação ✓**

- B. colocar o bebê no seio materno na primeira hora de vida não é vantajoso, uma vez que este ainda está muito sonolento
 - C. se deve evitar colocar o bebê para sugar a mama que estiver apresentando fissura ou mamilos machucados
 - D. se deve evitar amamentação na posição deitada, pelo maior risco de otite no bebê
- RESIDÊNCIA MÉDICA
UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Mama muito ingurgitada após a apojadura fica tensa e com aureola endurecida, o que dificulta a pega correta: ordenhar um pouco de leite antes amolece a aureola e permite abocanhamento adequado. Colocar o bebê na primeira hora de vida (B) e recomendação formal — a hora de ouro favorece a amamentação prolongada. Mama com fissura (C) deve continuar sendo oferecida (começando pela menos dolorida), pois a pausa piora o ingurgitamento. E a posição deitada (D) é permitida. Resposta A.

QUESTÃO 67 — Gabarito C

Lactente de 8 meses chega para primeira consulta na unidade básica de saúde, com história de mielomeningocele ao nascer, corrigida na maternidade. Também necessitou de colocação de derivação ventriculoperitoneal (DVP), devido à hidrocefalia. Ao exame físico, nota-se a presença de pé torto congênito. Nessa síndrome, outro distúrbio ou malformação comumente presente é:

- A. rim policístico
- B. arritmia cardíaca
- C. bexiga neurogênica ✓**
- D. defeito de septo AV

COMENTÁRIO OSCELABS

A mielomeningocele lesa as raízes sacrais responsáveis pelo controle vesicoesfincteriano: a bexiga neurogênica está presente na grande maioria dos casos e é a principal causa de morbidade renal a longo prazo (refluxo, ITU de repetição, insuficiência renal) — por isso a avaliação urológica precoce e obrigatória, junto com hidrocefalia/DVP, pé torto e Chiari II. Rim policístico (A), arritmia (B) e defeito de septo AV (D) não pertencem a esse espectro. Resposta C.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Lactente de 4 meses, sexo masculino, é levado à emergência devido a choro inconsolável, há cerca de uma hora, e aumento de volume de bolsa escrotal à direita. Ao exame físico, apresenta dor à mobilização e discreta hiperemia local, além de abaulamento, com transluminação testicular negativa. A redução digital do abaulamento é realizada com sucesso, havendo a regressão do choro. Nesse caso, a melhor conduta a ser tomada é:

- A. internação hospitalar; cirurgia de urgência
- B. seguimento ambulatorial; sem indicação cirúrgica
- C. seguimento ambulatorial; cirurgia eletiva em duas a três semanas ✓**
- D. internação hospitalar; alta sem indicação cirúrgica, se assintomático

COMENTÁRIO OSCELABS

Abaulamento inguinoescrotal doloroso, com choro e transiluminação NEGATIVA, e hernia inguinal encarcerada — a redução manual bem-sucedida resolve a urgência, mas não o problema: a taxa de novo encarceramento é alta em lactentes. A conduta é programar herniorrafia precoce, após alguns dias/semanas para que o edema local regreda, o que torna a cirurgia mais segura. Cirurgia de urgência (A) só se a redução falhar ou houver sinais de estrangulamento; conduta expectante (B/D) é inaceitável, pois hernia em criança não fecha sozinha. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito D

Menina, com dez dias de vida, é levada à emergência por estar “mais amarela do que o normal”. Seus responsáveis referem que ela apresenta evacuações com fezes claras e urina escurecida desde o nascimento, e que as sorologias maternas do pré-natal são negativas. Ao exame físico, apresenta bom estado geral, está ativa e reativa, com fontanela anterior normotensa, icterícia 4+/4+ (zona V de Krammer), acianótica, hidratada, corada com boa perfusão periférica, fígado palpável, a 5cm do rebordo costal direito, FC = 135bpm, FR = 45irpm e SatO₂ = 99%. A principal hipótese diagnóstica e alteração esperada na dosagem de bilirrubinas, respectivamente, são:

- A. policitemia /predominância de bilirrubina indireta
- B. hepatite viral / predominância de bilirrubina direta
- C. icterícia fisiológica / predominância de bilirrubina indireta
- D. atresia de vias biliares / predominância de bilirrubina direta ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Icteria que persiste além de 14 dias com ACOLIA fecal (fezes claras) e colúria desde o nascimento e hepatomegalia significa colestase neonatal, com aumento de bilirrubina DIRETA — a principal causa cirúrgica é a atresia de vias biliares, e o tempo importa: a portoenterostomia de Kasai tem melhor resultado antes das 8 semanas. Icteria fisiológica (C) e policitemia (A) elevam bilirrubina indireta e não descoram as fezes; hepatite viral (B) é improvável com sorologias maternas negativas e quadro desde o nascimento. Resposta D.

QUESTÃO 70 — Gabarito C

Lactente de 2 meses de vida é trazido ao serviço de cardiologia para realização de ecocardiograma agendado, para acompanhar um “buraco no coração”, segundo a mãe, que também relata que a avaliação auditiva diagnosticou surdez, através de potencial evocado. Ao exame físico, o lactente está em bom estado geral, à ectoscopia dos olhos é notada provável catarata à direita e o ecocardiograma detecta persistência do canal arterial, de tamanho pequeno, sem repercussão hemodinâmica. Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é:

- A. sífilis congênita
- B. herpes neonatal
- C. rubéola congênita ✓**

D. citomegalovirose congênita RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A triade de Gregg — surdez neurosensorial, catarata e cardiopatia congênita (persistência do canal arterial ou estenose de ramo pulmonar) — e a marca da rubeola congênita. Sífilis congênita (A) cursa com rinite, lesões cutâneas e alterações ósseas; citomegalovirose (D) da microcefalia com calcificações periventriculares, coriorretinite e surdez, mas não catarata nem PCA; herpes neonatal (B) manifesta-se agudamente com vesículas, sepse ou encefalite. Resposta C.

QUESTÃO 71 — Gabarito B

No RN a termo, com asfixia neonatal, a manobra de reanimação a ser realizada que apresenta maior efetividade é:

A. infusão de adrenalina pelo cateter umbilical

B. ventilação com pressão positiva ✓

C. intubação orotraqueal

D. massagem cardíaca

COMENTÁRIO OSCELABS

Na reanimação neonatal o problema central é a apnéia/ventilação ineficaz — a bradicardia do RN asfíxiado é consequência da hipóxia, não de falência miocárdica primária. Por isso a manobra de maior efetividade, e a mais determinante do desfecho, é a ventilação com pressão positiva iniciada no primeiro minuto (minuto de ouro). Massagem cardíaca (D) e adrenalina (A) só entram se a FC permanecer abaixo de 60 APOS ventilação adequada; a intubação (C) é via para ventilar, não um fim em si. Resposta B.

QUESTÃO 72 — ANULADA

No paciente com quadro de pneumonia bacteriana de repetição, em uma mesma topografia pulmonar, o exame que mais auxilia a investigação diagnóstica é:

A. tomografia computadorizada de tórax

B. dosagem de imunoglobulinas

C. contagem de células CD

D. broncoscopia pulmonar

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema cobrado era a investigação de pneumonia bacteriana de repetição SEMPRE na mesma topografia pulmonar, situação que aponta causa local — malformação (sequestro pulmonar, cisto broncogênico), corpo estranho aspirado, compressão extrínseca ou bronquiectasia — e não imunodeficiência sistêmica (que daria infecções em sítios variados). Tanto a imagem quanto a visualização direta da via aérea são defensáveis conforme a hipótese priorizada, o que fragilizou a questão. Sem gabarito oficial, não há letra a indicar.

QUESTÃO 73 — ANULADA

Menino de 13 anos é trazido pelos pais ao pronto atendimento com quadro de disúria há três dias. Paciente nega febre e está em uso de cefalexina há dois dias sem melhora dos sintomas. A mãe refere que ele não tem histórico de doenças prévias ou quadros semelhantes. Ao exame da genitália, há saída de secreção purulenta pela uretra, Tanner G3P3. O EAS mostra piúria e na secreção uretral coletada foi identificado diplococo gram negativo. Nesse momento, o tratamento indicado é:

A. azitromicina

- B. ciprofloxacina
- C. amoxicilina + clavulanato
- D. sulfametoxazol + trimetoprim

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era uretrite em adolescente com secreção purulenta e diplococo gram-negativo intracelular ao exame direto — quadro de gonorreia, em que o protocolo do Ministério da Saúde preconiza ceftriaxona intramuscular associada a azitromicina para cobrir a coinfeção por clamídia. Como o antimicrobiano de escolha não figura entre as alternativas oferecidas e as quinolonas tem resistência elevada do gonococo, a questão ficou sem opção plenamente correta. Sem gabarito oficial, não há letra a indicar. Vale lembrar que uretrite nessa faixa etária obriga avaliação de violência sexual.

QUESTÃO 74 — Gabarito B

Criança de 6 anos, com diagnóstico recente de leucemia e cateter totalmente implantado para tratamento quimioterápico, é trazida para atendimento por seu responsável, pois apresentou um pico febril (38°C) e episódio de diarreia líquida. No relato, refere dor abdominal em cólica e nega uso de antibióticos, nos últimos dois meses. Ao exame físico, a criança está em regular estado geral, afebril, com FC = 120bpm, FR = 28ipm e dor à palpação profunda e superficial de abdômen. O hemograma mostra Hgb de 7,5g/dL, 300 leucócitos, com 10% de neutrófilos, 15 mil plaquetas. A tomografia de abdômen mostrou espessamento importante do ceco. Nesse momento, a principal hipótese diagnóstica e a conduta adequada, respectivamente, são:

- A. giardíase / iniciar secnidazol
 - B. tífite / iniciar piperacilina com tazobactam ✓**
 - C. colite pseudomembranosa / iniciar vancomicina
 - D. diarreia aguda viral / iniciar terapia de reposição hídrica
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança em quimioterapia com 300 leucócitos e 10% de neutrófilos (neutrófilos ~30/mm³), febre, dor abdominal e TC com espessamento importante do CECO: e tífite (enterocolite neutropênica). O tratamento é clínico, com antibiótico de amplo espectro cobrindo gram-negativos, *Pseudomonas* e anaeróbios — piperacilina-tazobactam e a escolha clássica —, jejum e suporte. Giardíase (A) e diarreia viral (D) não causam esse achado tomográfico; colite pseudomembranosa (C) é improvável sem uso recente de antibiótico e acomete o colon difusamente. Resposta B.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Adolescente de 15 anos, sexo feminino, comparece ao ambulatório de pediatria, pois deseja um “atestado para frequentar academia”. Paciente relata que realiza exercícios físicos há dez meses, correndo cerca de 20km por dia, além de dieta restritiva para emagrecer baseada em sopas e água. No momento, pesa 39kg e tem 160cm de altura, com IMC de 15,2kg/m² (abaixo do z score -3), porém sente-se “inchada” e refere incômodo com suas dobras cutâneas, em quadril e região abdominal. Nesse tipo de distúrbio alimentar apresentado pela paciente, é correto afirmar que:

- A. suicídio é uma das principais causas de morte ✓**
- B. amenorreia e anovulação são alterações irreversíveis
- C. taquicardia sinusal é o achado eletrocardiográfico mais comum
- D. hipercalcemia e alcalose hipoclorêmica são alterações metabólicas comuns em caso de vômitos

COMENTÁRIO OSCELABS

Anorexia nervosa: IMC 15,2, dieta restritiva, exercício excessivo e distorção da imagem corporal. É o transtorno psiquiátrico com uma das maiores mortalidades, e as duas principais causas de óbito são as complicações clínicas (arritmia por distúrbio eletrolítico) e o SUICÍDIO. A amenorreia (B) é reversível com recuperação ponderal; o achado eletrocardiográfico mais comum é a BRADICARDIA sinusal, não taquicardia (C); e os vômitos causam HIPOcalemia com alcalose hipocloremica (D). Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Com relação ao acompanhamento de pacientes com Síndrome de Down, é correto afirmar que:

- A. instabilidade atlantoaxial é encontrada na maioria dos pacientes, sendo necessário o rastreamento anual com radiografia da coluna cervical, desde o nascimento
- B. o uso de gráficos de estatura específicos é dispensável, uma vez que a estatura final desses indivíduos costuma ser igual à da população geral
- C. hormônios tireoidianos devem ser solicitados anualmente, sendo comum o hipertireoidismo
- D. ecocardiograma deve ser realizado devido ao risco aumentado de cardiopatias congênitas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Cerca de 40-50% das crianças com síndrome de Down tem cardiopatia congênita — o defeito de septo atrioventricular é o mais típico — e muitas são pouco sintomáticas no início, por isso o ecocardiograma está indicado para TODOS, ainda no período neonatal. Instabilidade atlantoaxial (A) ocorre em cerca de 10-15% e não se rastreia com radiografia anual desde o nascimento; curvas de crescimento específicas (B) são necessárias; e a disfunção tireoidiana prevalente é o HIPOTIREOIDISMO, não o hiper (C). Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Menino de 7 anos é levado pelo responsável ao pronto socorro infantil com queixa de febre alta há cinco dias, associada à diarreia com presença de sangue, sem muco ou pus. Os exames complementares revelam anemia hemolítica grave, plaquetopenia, aumento de ureia e creatinina e isolamento da bactéria *Escherichia coli* O157:H7, produtora da toxina shiga. Sobre o tratamento indicado para esta doença, é correto afirmar que a:

- A. prescrição de antibióticos é contraindicada, pois pode aumentar a liberação de toxina ✓**
- B. despeito da plaquetopenia, está indicada a prescrição de anticoagulação terapêutica
- C. transfusão de hemácias está contraindicada pelo risco de sobrecarga volêmica
- D. maioria dos pacientes necessita de suporte dialítico na fase aguda

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia sangüinolenta por *E. coli* O157:H7 evoluindo com anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e lesão renal aguda = síndrome hemolítico-urêmica típica. O antibiótico é CONTRAINDICADO: a lise bacteriana aumenta a liberação de toxina Shiga e associa-se a maior risco de SHU. O tratamento é de suporte — hidratação, controle eletrolítico e diálise quando necessário (o que ocorre na minoria, invalidando D). Anticoagulação (B) não tem papel e transfusão de hemácias (C) está indicada quando há anemia grave. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito D

Menino de 2 anos e 3 meses comparece ao ambulatório com a avó. Preocupada com o desenvolvimento da criança, a senhora relata que, diferente de seus outros netos, o paciente ainda não fala nenhuma palavra, embora emita sons, escute bem e aponte o que deseja. A avó nega história de prematuridade, asfixia perinatal ou comorbidades e o menino não apresenta prejuízo no desenvolvimento motor ou na interação social. Nesse caso, em relação à investigação, o médico deve:

- A. orientar a avó sobre o desenvolvimento do menino que será acompanhado sem intervenção imediata
- B. solicitar ressonância magnética do crânio e eletroencefalograma para fechar o diagnóstico
- C. excluir o diagnóstico de deficiência auditiva, tomando como base o relato da avó

D. encaminhar o menino para avaliação multidisciplinar e terapias de estímulo RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Menino de 2 anos e 3 meses que não fala nenhuma palavra já está em atraso claro (espera-se frases de duas palavras aos 24 meses), mas emite sons, ouve, aponta o que deseja e tem interação social e motricidade preservadas: e atraso de linguagem ISOLADO. A conduta é encaminhar para avaliação multidisciplinar (fonoaudiologia, avaliação auditiva formal) e iniciar estimulação precoce, sem esperar diagnóstico fechado. Observar sem intervir (A) perde a janela terapêutica; RM/EEG (B) não são rastreio inicial; e audição não se afasta pelo relato da avó (C). Resposta D.

QUESTÃO 79 — Gabarito C

Menino de 6 anos, asmático, é levado à consulta na pediatria geral, após quatro anos sem seguimento ambulatorial, sendo que as últimas medidas na caderneta registram peso, estatura e IMC/kg/m² em escore-z de valor zero. A mãe relata que o paciente ganhou muito peso e cresceu pouco nesse período. Durante o atendimento, nota-se que o paciente apresenta asma não controlada, com diversas exacerbações, erros alimentares graves e sedentarismo. No momento, pesa 50kg (escore-z > +3) e tem 102cm de altura (escore-z entre -2 e -3), com IMC de 48kg/m² (escore-z > +3). Nesse caso, a respeito da obesidade, é correto afirmar que:

- A. síndromes genéticas estão entre as principais causas
- B. baixa velocidade de crescimento dispensa investigação

C. uso abusivo de corticoides por via oral em pacientes asmáticos pode justificar o quadro ✓

- D. exames complementares são desnecessários para pesquisa de comorbidades associadas

COMENTÁRIO OSCELABS

Obesidade EXOGENA cursa com estatura preservada ou acelerada. Aqui a criança ganhou muito peso e cresceu pouco (caiu de escore-z 0 para entre -2 e -3), padrão que obriga investigar causa endógena — e o dado da história e asma não controlada com exacerbações de repetição, ou seja, cursos repetidos de corticoide oral, capazes de gerar síndrome de Cushing iatrogênica com obesidade e freio no crescimento. Síndromes genéticas (A) são causa rara; baixa velocidade de crescimento nunca dispensa investigação (B); e a triagem de comorbidades é obrigatória (D). Resposta C.

QUESTÃO 80 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, comparece com a responsável à consulta ambulatorial com queixa de massa em região cervical esquerda de crescimento lento há três meses. Ao exame, palpa-se linfonodo único, medindo aproximadamente 3cm x 3,5cm, indolor e sem sinais flogísticos, lesões cutâneas ou outras linfonodomegalias associadas. Paciente nega perda ponderal, relata febre não aferida e sudorese noturna no período. O adolescente reside em apartamento, em área urbana, sem contato com animais ou terra no dia a dia. A hipótese diagnóstica mais provável e o exame complementar indicado para confirmação, respectivamente, são:

- A. leucemia / biópsia de medula óssea
 - B. linfoma / biópsia excisional de linfonodo ✓**
 - C. tuberculose ganglionar / BAAR do escarro
 - D. paracoccidiodomicose / punção aspirativa por agulha fina
- MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

COMENTÁRIO OSCELABS

Linfonodo cervical unico, maior que 2cm, indolor, endurecido, sem sinais flogisticos, de crescimento lento por tres meses e acompanhado de sintomas B (febre e sudorese noturna) em adolescente: linfoma ate prova em contrario. O exame que confirma e a biopsia EXCISIONAL do linfonodo, que preserva a arquitetura ganglionar — indispensavel para classificar Hodgkin/nao-Hodgkin. PAAF (D) nao permite essa analise; medula ossea (A) e para leucemia, sem citopenias aqui; BAAR de escarro (C) nao investiga forma ganglionar. Resposta B.

QUESTÃO 81 — Gabarito B

A promoção da alimentação saudável é um compromisso da Política Nacional de Promoção da Saúde. O Ministério da Saúde publicou, em 2014, o “Guia Alimentar para a população brasileira” que aborda princípios e recomendações para uma alimentação adequada e saudável. Entre os passos listados no guia, está:

- A. utilizar alimentos processados e ultraprocessados como base principal da alimentação diária padrão
 - B. comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia ✓**
 - C. evitar críticas às orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais
 - D. dar preferência para alimentos in natura, tipo óleo de coco, e fazer refeições rápidas para não perder tempo com a alimentação
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os dez passos do Guia Alimentar para a Populacao Brasileira, um deles e exatamente "comer com regularidade e atencao, em ambientes apropriados e, sempre que possivel, com companhia" — o guia trata do COMO comer, e nao so do que comer. As demais alternativas invertem os passos: a base da alimentacao devem ser os alimentos in natura e minimamente processados, com limitacao de processados e ultraprocessados (A); o guia orienta a ser CRITICO diante da publicidade de alimentos (C); e oleo de coco e ingrediente culinario, nao alimento in natura (D). Resposta B.

QUESTÃO 82 — Gabarito A

No Brasil, o uso de álcool é o 4º fator de risco para mortes prematuras e incapacidades. A síndrome de privação ou de abstinência é esperada no caso dos transtornos moderados a graves, com intensidades variáveis, toda vez que a alcoolemia cai. Nesse caso, deve ser realizado o manejo da síndrome de abstinência, que inclui:

- A. doses de vitamina B1 de 100 a 300mg/dia IM por 3 a 5 dias ✓**
- B. altas doses de glicose hipertônica por via parenteral

- C. fenitoína parenteral para prevenir crises convulsivas
- D. clorpromazina para controle da agitação

COMENTÁRIO OSCELABS

Todo paciente em abstinência alcoólica recebe tiamina (vitamina B1) parenteral, 100 a 300mg/dia, para prevenir a encefalopatia de Wernicke — e sempre ANTES de qualquer glicose, sob risco de precipitar o quadro (o que condena a alternativa B). O controle da agitação e das convulsões é feito com benzodiazepínicos, não com fenitoína (C), que não previne convulsão por abstinência, nem com clorpromazina (D), que reduz o limiar convulsivo e causa hipotensão. Resposta A.

QUESTÃO 83 — Gabarito D

A hiperglicemia materna está associada ao aumento de complicações fetais e neonatais, como macrosomia fetal, prematuridade, morte intrauterina, entre outros. O rastreio do diabetes na gestação deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal. Os critérios para o diagnóstico do diabetes gestacional incluem a glicemia de jejum:

- A. menor que 92mg/dL em jejum ou no TOTG antes de 20 semanas de gestação ou entre 24-28 semanas, respectivamente
- B. maior ou igual a 126mg/dL antes de 20 semanas de gestação ou entre 24-28 semanas de gestação e ao menos um valor alterado no TOTG
- C. maior ou igual a 126mg/dL antes de 20 semanas de gestação ou entre 24-28 semanas de gestação e glicemia de 2 horas igual ou maior que 200mg/dL no TOTG
- D. de 92-125mg/dL antes de 20 semanas de gestação ou entre 24-28 semanas de gestação e ao menos um valor alterado no teste oral de tolerância à glicose (TOTG) ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes MELLITUS GESTACIONAL: glicemia de jejum entre 92 e 125mg/dL a qualquer momento da gestação, ou ao menos um valor alterado no TOTG 75g de 24-28 semanas (jejum ≥ 92 , 1h ≥ 180 , 2h ≥ 153). Já glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL ou 2h ≥ 200 no TOTG (alternativas B e C) caracterizam diabetes PREVIÓ/overt diabetes diagnosticado na gestação, categoria distinta e de maior risco. Valores abaixo de 92mg/dL (A) são normais. Resposta D.

QUESTÃO 84 — ANULADA

Idosa de 75 anos, negra, com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes de longa duração faz acompanhamento na unidade básica de saúde (UBS), mas sempre teve dificuldade na adesão ao tratamento. Seus exames recentes mostraram hemoglobina glicada de 8,5% e creatinina 1,1mg/dL. A partir dos dados fornecidos, em relação à possibilidade de doença renal crônica, o médico da atenção primária (AP) deve:

- A. classificar como estágio 3b da doença renal crônica e encaminhar ao nefrologista para seguimento
 - B. solicitar exames de imagem porque só assim pode fechar o diagnóstico de doença renal crônica
 - C. classificar como estágio 3a da doença renal crônica e manter acompanhamento na AP
 - D. concluir que a paciente não tem doença renal crônica porque a creatinina está normal
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O tema cobrado era o diagnóstico e o estadiamento da doença renal crônica na atenção primária: creatinina isolada não afasta DRC, especialmente em idosos com pouca massa muscular, sendo necessário estimar a taxa de filtração glomerular (CKD-EPI) e complementar com albuminúria, além de repetir em intervalo maior que três meses para caracterizar cronicidade. A controvérsia sobre o uso do fator de correção para raça nas equações — hoje abandonado — deixa o estágio calculado ambíguo. Sem gabarito oficial, não há letra a indicar.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

O indicador de internações por condições sensíveis à AP tem como premissa o fato de que ela, sendo oportuna e de boa qualidade, pode evitar a internação ou reduzir sua frequência para algumas condições; também é uma ferramenta importante para avaliação de sistemas de saúde. Os diagnósticos que fazem parte da lista de condições sensíveis à AP são:

A. gastroenterite infecciosa, asma, insuficiência cardíaca e hipertensão ✓

B. angina pectoris, infecção urinária, câncer de mama e esofagite

C. diabetes, câncer de colo uterino, anemia e obesidade

D. erisipela, urticária, sífilis e sinusite aguda

COMENTÁRIO OSCELABS

A lista brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Portaria 221/2008) reúne 19 grupos de agravos cuja internação pode ser evitada por acompanhamento oportuno: gastroenterite infecciosa e desidratação, asma, insuficiência cardíaca e hipertensão estão todas lá, junto com diabetes, pneumonias e infecção urinária. As demais opções trazem condições que dependem de atenção especializada ou não geram internação evitável — câncer de mama e de colo (B/C), obesidade, esofagite e urticária (D) não integram a lista. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito C

O DM2 é uma das doenças mais comuns na atenção primária à saúde (APS). As medicações usadas, nesse tipo de tratamento, têm mecanismos de ações diferentes, e a escolha depende de valores glicêmicos e de particularidades dos usuários, como idade, peso, risco e benefícios, presença de complicações, condições socioeconômicas, entre outros. Sobre o tratamento com os antidiabéticos orais, é correto afirmar que:

A. as glitazonas incrementam a secreção da insulina e reduzem o glucagon com melhora da glicemia e do perfil lipídico, mas devem ser usadas com cautela em idosos com osteopenia

B. as incretinas agem na secreção da insulina e reduzem a velocidade do esvaziamento gástrico com redução da gordura hepática, mas não devem ser usadas na disfunção renal

C. os inibidores do SGLT2 promovem glicosúria com baixo risco de hipoglicemia, perda de peso e redução de desfecho cardiovascular e insuficiência cardíaca ✓

D. as sulfonilureias aumentam a sensibilidade à insulina com neutralidade em relação ao peso corporal e segurança cardiovascular comprovada

COMENTÁRIO OSCELABS

Os inibidores de SGLT2 bloqueiam a reabsorção tubular de glicose: promovem glicosúria com baixíssimo risco de hipoglicemia (mecanismo independente de insulina), perda de peso e redução de PA, além de benefício comprovado em desfecho cardiovascular e, sobretudo, em insuficiência cardíaca e progressão da doença renal. As glitazonas (A) aumentam a SENSIBILIDADE à insulina e causam ganho de peso e fratura; as sulfonilureias (D) são secretagogos que causam hipoglicemia e ganho de peso; e a descrição das incretinas (B) e do efeito de outra classe. Resposta C.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Menina de 7 anos e 6 meses é levada por sua mãe à consulta de retorno. A mãe refere que a menina ganhou peso e apresentou regressão do comportamento durante a pandemia de COVID-19 e que, há seis meses, observou o desenvolvimento de broto mamário. Além do comportamento mais infantil, a menina ficou muito chorosa e preocupada que sua mãe morresse. A mãe, que é faxineira, costuma deixar a menina aos cuidados de uma vizinha que tem dois filhos adolescentes. O exame físico mostra mamas Tanner III, pelos pubianos Tanner II, IMC acima do percentil 90. Os exames solicitados na primeira consulta mostram idade óssea de 10 anos, LH acima da faixa pré-puberal, útero de 7cm3 e microcistos nos ovários. Em relação ao caso, o diagnóstico mais provável é de puberdade:

- A. precoce central com risco de prejuízo na estatura adulta, menarca precoce, abuso sexual e gestação precoce ✓**
 - B. periférica, devendo-se ficar alerta para a associação futura com síndrome metabólica, com obesidade, hipertensão e diabetes
 - C. precoce incompleta, devendo ser realizada ressonância da sela túrcica para afastar as causas neurológicas e/ou tumorais
 - D. prematura associada à obesidade com velocidade de progressão lenta, por isso sem impacto nas funções reprodutivas e ajuste psicossocial
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) -
PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Broto mamário antes dos 8 anos com Tanner III, idade óssea avançada (10 anos para 7 anos e 6 meses), LH em faixa PUBERAL, útero aumentado e microcistos ovarianos indicam ativação do eixo hipotálamo-hipofise-gonadal: puberdade precoce CENTRAL. As consequências são o fechamento epifisário precoce com perda de estatura final, menarca precoce e maior vulnerabilidade — inclusive a abuso sexual e gestação precoce, alerta reforçado pela mudança de comportamento relatada. Puberdade periférica (B) cursaria com LH suprimido; telarca isolada (C) não avança idade óssea. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Na APS, o médico de família lida com diversos níveis de prevenção da saúde. As intervenções preventivas podem ter uma estratégia clínica ou comunitária, quando dirigidas aos indivíduos ou às comunidades/populações respectivamente. Em relação às intervenções para as doenças crônicas, entre as ações preventivas em nível terciário, está a:

- A. dosagem de glicemia de jejum em paciente obeso
- B. mudança de estilo de vida em pacientes de alto risco
- C. garantia de melhor acesso aos serviços de saúde para pessoas vulneráveis ✓**
- D. realização de exames de rastreio para grupos populacionais selecionados de risco

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção terciária atua em quem JÁ adoeceu, com o objetivo de limitar o dano, evitar complicações e reabilitar — e garantir acesso qualificado e contínuo aos serviços para pessoas vulneráveis e justamente a ação que reduz incapacidade e agravamento nesse grupo. Dosagem de glicemia em obeso (A) e rastreamento em grupos de risco (D) são prevenção secundária (detecção precoce em assintomáticos); mudança de estilo de vida em pessoas de alto risco ainda sem doença (B) e prevenção primária. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Mulher de 22 anos é atendida na APS desde os 10 anos de idade. Toda a equipe conhece sua história. Seu pai era alcoólatra e morreu assassinado. Sua mãe casou-se novamente e o seu padrasto sempre foi muito violento. Aos 20 anos, teve um aborto espontâneo e, desde então, começou a beber por conta de sua tristeza. Agora, está novamente grávida e a agente de saúde da comunidade relata comentários da comunidade de que ela continua bebendo e ainda não começou o pré-natal. A equipe combina que vai marcar consulta com o médico ou a enfermeira para que ela possa fazer o pré-natal. Os atributos nucleares da APS observados no caso acima são:

- A. coordenação do cuidado e competência cultural
- B. cuidados abrangentes e ações de reabilitação
- C. porta de entrada e orientação comunitária

D. longitudinalidade e integralidade ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A equipe acompanha a mesma pessoa dos 10 aos 22 anos, conhecendo sua história e seu contexto — isso é LONGITUDINALIDADE (vínculo ao longo do tempo, independente do problema). E ao responder ao conjunto das necessidades (uso de álcool, luto, violência doméstica e pré-natal) num plano único de cuidado, exerce a INTEGRALIDADE. Coordenação e acesso de primeiro contato também são nucleares, mas competência cultural (A) e orientação comunitária (C) são atributos DERIVADOS, e não nucleares. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Mulher de 58 anos, solteira e desempregada, tem um filho saudável. Seus dois irmãos são hipertensos, sendo um deles obeso e diabético, e o pai faleceu recentemente por acidente vascular encefálico. Procurou a APS com queixa de cefaleia e tonteira. Refere que não gosta de tomar remédios. Sabe que precisa fazer dieta e exercícios, mas não tem vontade para fazer nada desde a morte de seu pai. No exame físico, foi evidenciado IMC = 36 e PA = 160 x 90 mmHg. Seus exames laboratoriais mostram colesterol elevado. Com base nesse caso, a estratégia mais adequada para garantir a adesão terapêutica e estimular o autocuidado é:

- A. refazer a receita, solicitar exames complementares e remarcar a consulta para seis meses

B. esclarecer as dúvidas, discutir as alternativas e tomar uma decisão compartilhada ✓

- C. referenciar para um serviço especializado de cardiologia e endocrinologia

- D. prescrever as medicações mais eficazes e seguras para o tratamento
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A paciente verbaliza barreiras claras: não gosta de tomar remédio, sabe o que deveria fazer e está sem vontade após luto recente. Prescrever mais do mesmo não muda comportamento — a estratégia com melhor evidência para adesão e autocuidado e o método clínico centrado na pessoa: acolher o luto, esclarecer dúvidas, apresentar alternativas e pactuar metas em decisão COMPARTILHADA. Refazer receita e adiar retorno (A) abandona a paciente; encaminhar (C) fragmenta o cuidado; e prescrever a melhor droga (D) ignora que o problema é a adesão, não a farmacologia. Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito C

As perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento podem frequentemente resultar em depressão. No idoso, a depressão pode estar associada a outras doenças, por isso deve-se fazer diagnóstico diferencial com nosologias preexistentes ou situações desencadeadoras. As situações que podem mimetizar condições psiquiátricas são:

- A. hipertensão arterial e hipoacusia
- B. hipercaliemia e hipertrofia ventricular
- C. hiperparatireoidismo e hipotireoidismo ✓**
- D. doença de Alzheimer e diabetes mellitus

COMENTÁRIO OSCELABS

Doenças endócrinas são os grandes imitadores de quadro psiquiátrico no idoso: o hipotireoidismo reproduz depressão (lentificação, apatia, ganho de peso, sonolência) e o hiperparatireoidismo, pela hipercalcemia, produz astenia, humor deprimido, confusão e até psicose — daí o clássico "stones, bones, groans and psychic moans". Por isso TSH e cálcio sérico entram na investigação inicial. Hipertensão e hipoacusia (A), hipercaliemia (B) ou Alzheimer e diabetes (D) são comorbidades associadas, mas não mimetizam a síndrome depressiva desse modo. Resposta C.

QUESTÃO 92 — Gabarito A

Mulher de 55 anos, casada, mãe de três filhos, é a segunda filha de uma prole de seis filhos. Pai e mãe já faleceram, ele de AVC e ela de câncer. A paciente apresenta múltiplas queixas. No último ano, chegou à UBS e após ações de detecção foi diagnosticado câncer de colo uterino. Realizou exame histopatológico e foi encaminhada para unidade de referência, onde foi submetida à cirurgia e quimioterapia. Porém, devido à apresentação de toxicidade ao tratamento e presença de metástase cerebral, foi modificada a proposta terapêutica. Considerando as dimensões da abordagem centrada na pessoa, em relação ao caso, é correto afirmar que o(a):

- A. prestação de um cuidado efetivo requer um olhar amplo para além da doença, incluindo a experiência da doença e a concordância da pessoa no plano terapêutico ✓**
- B. natureza dos problemas deve nortear o estabelecimento das prioridades na consulta, entretanto o momento adequado não interfere no manejo
- C. médico deve desencorajar a participação da pessoa na decisão do plano terapêutico, valorizando o contexto familiar
- D. experiência sobre a doença está relacionada aos múltiplos fatores do adoecer, sendo homogêneo na população

COMENTÁRIO OSCELABS

O método clínico centrado na pessoa exige explorar tanto a doença (disease) quanto a EXPERIÊNCIA do adoecer (illness) — sentimentos, ideias, função e expectativas — e construir um plano terapêutico de comum acordo, especialmente numa transição de proposta curativa para paliativa. Definir prioridades ignorando o momento adequado (B) contraria o princípio de ser realista; desencorajar a participação da pessoa na decisão (C) e o oposto do método; e a experiência do adoecer é HETEROGENEA, única para cada pessoa (D). Resposta A.

QUESTÃO 93 — Gabarito D

O médico de família e a enfermeira realizaram visita domiciliar a um homem de 58 anos, aposentado, comerciante, pai de dois filhos e viúvo há três anos. Ele está com câncer de próstata, e informa que realizou orquiectomia há cinco anos. Após episódio de dor óssea e retenção urinária, foi internado. Relata que recebeu alta hospitalar após colocação de sonda vesical e que lhe informaram não haver mais nada a se fazer. O quadro clínico foi considerado avançado, progressivo e sem perspectiva de tratamento curativo. Considerando as dimensões da abordagem centrada na pessoa, em relação ao caso acima, é correto afirmar que o(a):

- A. doença é específica em sua patologia e não precisa considerar o contexto
- B. pessoa deve evitar recontar sua história para não intensificar o sofrimento
- C. encontro terapêutico deve ser promovido a partir de perguntas objetivas

**D. médico deve explorar o entendimento da pessoa sobre sua doença RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2023
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de doença avançada e da frase "não há mais nada a se fazer" que o paciente ouviu, o primeiro passo do cuidado centrado na pessoa é explorar o que ELE entende sobre sua doença — seus sentimentos, medos e expectativas — antes de propor qualquer plano; e disso que nasce o vínculo e a possibilidade de cuidado paliativo bem conduzido. Ignorar o contexto (A) contraria a abordagem biopsicossocial; impedir o paciente de recontar sua história (B) é desumanizador; e perguntas apenas objetivas (C) fecham a narrativa que se quer abrir. Resposta D.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Idoso encontra-se em situações de risco em determinados fatores de vulnerabilidade. Na avaliação familiar, no ciclo de vida do envelhecimento, é considerado como fator de risco para a violência contra o idoso:

- A. a família e o idoso fazerem parte de um ambiente comunicativo e afetivo
- B. o idoso ter sido uma pessoa agressiva na relação com familiares ✓**
- C. os cuidadores não terem sido vítimas de violência doméstica
- D. a família ter uma relação de poder mais horizontalizada

COMENTÁRIO OSCELABS

Na avaliação de risco de violência contra o idoso, pesam a história de violência prévia na família, a dependência mútua, o isolamento social, o abuso de álcool/drogas pelo cuidador e — como cobrado aqui — o fato de o próprio idoso ter sido agressivo nas relações familiares, o que perpetua o ciclo de violência intergeracional. Ambiente comunicativo e afetivo (A), cuidadores sem história de violência doméstica (C) e relações familiares horizontalizadas (D) são justamente fatores de PROTEÇÃO. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

A avaliação inicial de pessoas com excesso de peso tem como objetivos afastar a presença de doenças ou fármacos causadores de obesidade e investigar as comorbidades e os fatores de risco. Considerando a alta prevalência de obesidade e a importância da comunicação adequada na relação médico-paciente para a adesão às metas terapêuticas, é correto afirmar que:

- A. as necessidades individuais não são variáveis em uma comunidade, podendo ser aplicadas para todos
- B. quando a taxa metabólica estiver elevada, significa que há um balanço energético negativo, necessariamente
- C. frente a um balanço energético positivo com ganho de peso, é essencial uma dieta com diminuição calórica, associada ao gasto energético ✓**
- D. o gasto energético e a taxa metabólica basal variam entre os indivíduos, sendo o mesmo em diferentes momentos no mesmo indivíduo

COMENTÁRIO OSCELABS

Ganho de peso significa balanço energético POSITIVO — mais energia ingerida do que gasta. O manejo, portanto, combina redução da ingestão calórica com aumento do gasto (atividade física), única estratégia coerente com a fisiologia. As demais alternativas erram por generalização: necessidades são individuais e variam dentro de uma mesma comunidade (A); taxa metabólica elevada não implica necessariamente balanço negativo (B); e o gasto energético varia entre indivíduos e no mesmo indivíduo ao longo do tempo, com idade, composição corporal e atividade (D). Resposta C.

QUESTÃO 96 — Gabarito A

Em uma população acima de 21 anos, no primeiro estudo, foi avaliado o percentual de pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS). Depois disso, foi realizado um segundo estudo, seguindo todas as pessoas com mais de 21 anos sem hipertensão e buscando todos os casos que irão desenvolver hipertensão. Ao final de um ano, foi avaliado o percentual total de pessoas com HAS nessa nova população que foi seguida por um ano. Em relação aos estudos e achados, é correto afirmar que o primeiro estudo é:

- A. seccional e o percentual de hipertensos seria a prevalência de hipertensão nessa população. O segundo é uma coorte e o resultado seria a incidência da HAS em um ano ✓**
 - B. coorte e o percentual de hipertensos seria a prevalência de hipertensão nessa população. O segundo seria um estudo seccional e o resultado seria a incidência da HAS em um ano
 - C. coorte e o percentual de hipertensos seria a incidência de hipertensão nessa população. O segundo seria um estudo seccional e o resultado seria a prevalência da HAS em um ano
 - D. seccional e o percentual de hipertensos seria a prevalência de hipertensão nessa população. O segundo seria um estudo seccional, e o resultado seria a prevalência da HAS em um ano
- RESIDÊNCIA MÉDICA
UERJ 2023 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O primeiro estudo mede a doença existente num único momento ("quantos tem HAS agora"): é transversal/seccional, e o resultado é PREVALENCIA. O segundo parte de pessoas SEM a doença e as acompanha no tempo, contando casos novos: é coorte, e o resultado é INCIDÊNCIA. Perola: prevalência descreve carga da doença e serve ao planejamento de serviços; incidência mede risco e é a medida usada para estudar causalidade. As demais alternativas trocam desenho e medida entre si. Resposta A.

QUESTÃO 97 — Gabarito D

Homem de 66 anos procura, muito nervoso, atendimento médico devido à dor precordial em aperto quando sobe escada rapidamente, que melhora quando retorna ao repouso. Nega diabetes, hipertensão, dislipidemia e tabagismo. O médico realiza um ECG, que está normal e avalia a tabela de risco de Framingham, que mostra risco abaixo de 5%. Em vista disso, conclui que ele não tem angina de peito, mas para tranquilizá-lo, solicita um teste ergométrico (TE) e um ECO. O ECO está normal em repouso, a não ser pela diminuição do relaxamento. E o TE com referência de má adaptação ao aparelho e baixa capacidade física, não tendo alcançado a frequência cardíaca submáxima, mas sem sintomas ou alteração isquêmica no eletrocardiograma. Com esses resultados, o médico informa que, provavelmente, o paciente está com sintomas de ansiedade. Em relação à conduta diagnóstica e aos resultados apresentados, é correto afirmar que:

- A. o médico foi cuidadoso e buscou afastar angina de peito, usando os exames do mais simples para os mais complexos. Com um ECG normal, risco cardiovascular global baixo, ECO e TE normais fica claro que os sintomas do paciente não são determinados por doença cardíaca isquêmica
- B. o médico foi criterioso para afastar angina de peito, seguindo o teste diagnóstico em série. Com um ECG normal, risco cardiovascular global baixo, ECO e TE normais, fica claro que os sintomas não são devido à doença cardíaca isquêmica e o mais provável é que o problema seja ansiedade
- C. diante do quadro clínico, o ECG normal em repouso não afasta isquemia e por isso a avaliação do risco cardiovascular usando a tabela de Framingham é útil. O ECO não afasta doença isquêmica, mas o TE, diante do risco pré-teste do caso, afasta angina de peito e a ansiedade seria uma boa hipótese
- D. diante das queixas do paciente, o ECG normal em repouso não afasta isquemia e não se deveria fazer uso do risco cardiovascular, usando a tabela de Framingham. O ECO não afasta doença isquêmica e o TE ergométrico, diante do risco pré-teste desse paciente, seria desnecessário e, no caso, provavelmente, é um falso negativo ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 66 anos com dor precordial em aperto desencadeada por esforço e aliviada pelo repouso tem angina TÍPICA e probabilidade pré-teste intermediária/alta. Nesse contexto: escores como Framingham são para assintomáticos, não se aplicam a quem já tem sintoma; ECG de repouso normal não afasta isquemia; eco de repouso normal também não; e um teste ergométrico submáximo, sem atingir a FC alvo, é INCONCLUSIVO — rotula-lo como negativo diante de alta probabilidade pré-teste e o clássico falso-negativo. Atribuir o quadro a ansiedade (A/B/C) e erro potencialmente fatal. Resposta D.

QUESTÃO 98 — Gabarito A

Em acompanhamento clínico, podem ser solicitados testes em série ou em paralelo. Para escolher uma dessas abordagens, o médico avalia a urgência do diagnóstico e o risco pré-teste da doença. Em relação ao tipo, é correto afirmar que o teste:

- A. em série é tipicamente usado em nível ambulatorial. Eles são feitos um após o outro, geralmente testes com boa especificidade. Em caso de resultado negativo, o diagnóstico é assumido como negativo. Em caso de positivo, um teste diferente é realizado até o momento que o limiar de decisão clínica é atingido e firma-se um diagnóstico ✓**
- B. em paralelo é tipicamente usado em nível hospitalar, principalmente nas emergências. Eles são feitos um após o outro e, em caso de negativo, deve-se realizar outro teste até se alcançar o limiar de decisão clínica. Em caso do teste positivo, é firmado o diagnóstico
- C. em série é tipicamente usado em nível hospitalar. Eles são feitos um após o outro e, em caso de resultado negativo, deve-se realizar outro teste até se alcançar o limiar de decisão clínica. Em caso de teste positivo, é firmado o diagnóstico
- D. em paralelo é tipicamente usado em nível ambulatorial. Eles são feitos todos ao mesmo tempo e, se um resultado for positivo, fecha-se o diagnóstico

119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Testes em **SERIE** são feitos um após o outro, tipicamente no ambulatorio, quando há tempo: usam-se exames de boa especificidade e, se um resultado for negativo, interrompe-se a investigação e assume-se o diagnóstico como afastado; se positivo, prossegue-se até atingir o limiar de decisão. Testes em **PARALELO** são solicitados simultaneamente, tipicamente na emergência, quando há urgência diagnóstica: ganham sensibilidade às custas de especificidade. As alternativas B, C e D trocam justamente cenário (ambulatorio/emergência) e sequência (simultânea/sucessiva). Resposta A.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Homem de 34 anos, com 2m de altura e 118kg, que parou de fumar há 10 anos, comparece à consulta médica muito ansioso com seu exame de glicose que tinha dado 112mg/dL e perfil lipídico normal. A pressão arterial era de 144 x 90mmHg na primeira medição e 142 x 88mmHg na segunda medida, realizada após 15 minutos da primeira. Diante disso, é correto afirmar que o paciente tem:

- A. diagnóstico de hipertensão confirmado pelas duas medidas pressóricas e deverá realizar novo exame de glicose para confirmar diabetes
- B. risco cardiovascular alto por ser ex-tabagista, obeso e hipertenso. Deverá repetir glicemia para afastar diabetes
- C. pré-diabetes, hipertensão arterial e obesidade, sendo classificado como de alto risco cardiovascular

D. baixo risco cardiovascular, sobrepeso, é ex-tabagista e sem critérios para outros diagnósticos ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

$IMC = 118 / (2,00 \times 2,00) = 29,5 \text{ kg/m}^2$, ou seja, **SOBREPESO** e não obesidade. Hipertensão não se diagnostica com duas medidas na mesma consulta, feitas em paciente ansioso, com 15 minutos de intervalo: exige nova consulta ou, preferencialmente, MAPA/MRPA. Uma glicemia isolada de 112mg/dL tampouco fecha pré-diabetes sem repetição. Somando perfil lipídico normal, 34 anos e cessação do tabagismo há 10 anos, o risco cardiovascular calculado é baixo — as alternativas A, B e C carimbam diagnósticos ainda não confirmados. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito D

Em um ensaio clínico que compare alimentação saudável em relação à alimentação habitual, o elemento de um bom ensaio clínico que não tem como ser realizado/avaliado é:

- A. análise por intensão de tratamento
- B. randomização
- C. cointervenção

D. cegamento ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Comparar alimentação saudável com alimentação habitual e uma intervenção comportamental visível: o participante sabe o que está comendo, e o cegamento é impossível — não há como mascarar comida como se faz com placebo. Randomização (B) é perfeitamente exequível na alocação; análise por intenção de tratar (A) depende apenas do plano estatístico; e cointervenção (C) pode e deve ser monitorada e registrada. Perola: quando o cegamento não é possível, mitiga-se o vies com avaliador cego para o desfecho (avaliação mascarada). Resposta D.