



UERJ — Residência Médica 2024 (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 D

Homem de 62 anos, hipertenso e diabético, procura a emergência por quadro de perda de força em membro superior direito e dificuldade de fala, iniciado há cerca de doze horas e com melhora espontânea em três horas. Paciente apresenta PA = 150x90mmHg, seu exame neurológico de admissão é normal e a ressonância de crânio evidencia pequena área de restrição à difusão em região parietal esquerda. O diagnóstico mais adequado para o quadro descrito e a terapia antitrombótica indicada nesse momento, respectivamente, são:

- A. ataque isquêmico transitório / aspirina
- B. acidente vascular encefálico / aspirina
- C. ataque isquêmico transitório / aspirina e clopidogrel

D. acidente vascular encefálico / aspirina e clopidogrel RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Deficit focal que regrediu em 3 horas, mas a RM mostra restrição a difusão em parietal esquerdo: pela definição TECIDUAL, havendo infarto na imagem o diagnóstico é AVE isquêmico, não AIT (A/C). Trata-se de AVE menor, não trombolisado, dentro das primeiras 24h: a antitrombótica indicada e a dupla antiagregação (aspirina + clopidogrel) por 21 dias, seguida de monoterapia — reduz recorrência precoce. Resposta D.

QUESTÃO 10 — Gabarito A

Mulher de 50 anos, previamente hígida, procura atendimento médico com quadro de cansaço e dispnéia progressiva, iniciado há duas semanas e que atualmente acontece a médios esforços. Paciente está hipocorada ++/4 e não há visceromegalias; apresenta PA = 100x60mmHg, FC = 110bpm, FR = 18irpm; e nega queixas gastrointestinais. Os exames iniciais mostram hemoglobina = 7g/dL, VCM = 106fL, CHCM = 31g/dL, leucócitos = 8.500/mm³, diferencial sem alterações e plaquetas = 300.000/mm³. A suspeita principal é de anemia hiperproliferativa, mais bem caracterizada por:

- A. reticulócitos = 10%, LDH = 1.000UI/L e queda na haptoglobina sérica ✓**
- B. reticulócitos = 15%, LDH = 2.500UI/L e elevação na haptoglobina sérica
- C. reticulócitos = 15%, plurisegmentação de polimorfonucleares e teste de Coombs direto positivo
- D. reticulócitos = 10%, plurisegmentação de polimorfonucleares e dosagem de B12 sérica diminuída

COMENTÁRIO OSCELABS

Anemia macrocítica com taquicardia e sem visceromegalia: para ser HIPERPROLIFERATIVA e preciso reticulocitose com marcadores de hemólise. A perla é a haptoglobina, que se LIGA a hemoglobina livre e portanto CAI na hemólise intravascular — por isso B (haptoglobina elevada) é incoerente. C e D trazem plurisegmentação de neutrófilos e B12 baixa, marcadores de anemia MEGALOBLASTICA, que é hipoproliferativa. Resposta A.

QUESTÃO 11 — Gabarito A

Mulher de 68 anos, procura atendimento de saúde e relata história de lombalgia progressiva iniciada há nove meses, que piora com o movimento e melhora parcialmente com o uso de analgésicos comuns. Paciente nega febre, emagrecimento ou história de quedas. Ao exame físico está hipocorada, sem linfadenopatia ou visceromegalias. Os exames laboratoriais mostram hemoglobina = 8,5g/dL, leucócitos = 9.200/mm³, diferencial normal, plaquetas = 340.000/mm³, glicemia = 90mg/dL, creatinina = 0,9mg/dL, proteína total = 8,5g/dL, albumina = 3,5g/dL, cálcio = 11,5mg/dL, fosfatase alcalina = 300UI/L, fósforo = 2,5mg/dL e dosagem do PTH próxima de zero. Nesse caso, a descrição clínica compatível com o diagnóstico mais provável é que as:

A. lesões líticas são mais bem vistas na ressonância magnética (RM) e podem causar glicosúria e aminoacidúria ✓

B. infecções bacterianas urinárias são as formas mais comuns e a eletroforese apresenta pico policlonal

C. infecções fúngicas pulmonares são as formas mais comuns e a eletroforese apresenta pico monoclonal

D. lesões líticas são mais bem vistas na cintigrafia óssea e podem causar anemia e hipercalcemia

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com dor ossea, anemia, hipercalcemia com PTH SUPRIMIDO e gap de globulinas (proteína total 8,5 com albumina 3,5): mieloma múltiplo. A perola clássica é que a lesão lítica do mieloma NAO capta na cintilografia ossea (nao ha atividade osteoblastica) — por isso D erra; RM e TC de baixa dose sao os metodos sensiveis. A tubulopatia por cadeia leve gera síndrome de Fanconi com glicosúria e aminoacidúria. A eletroforese mostra pico MONOCLONAL, o que derruba B. Resposta A.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Mulher de 80 anos, previamente hígida, relata início de quadro de dispneia após realizar grandes esforços que, em meses, evoluiu para médios esforços, com aparecimento recente de edema de membros inferiores. Os exames de laboratório da paciente não apresentam alterações, exceto aumento da dosagem de pró-BNP. O eletrocardiograma mostra, no plano frontal, onda R de até 4,5mm; o ecocardiograma mostra fração de ejeção de 50%, com hipertrofia do septo e parede posterior; e a cineangiocoronariografia apresenta algumas placas ateromatosas de até 30%. Com relação ao diagnóstico mais provável, nesse caso, é INCORRETO afirmar que:

A. após os 80 anos, 25% dos pacientes apresentam na autópsia achados da doença

B. a imunofixação sérica e a urinária de imunoglobulinas não mostram alterações

C. uma droga efetiva para o tratamento é o tafamidis

D. a discinesia apical é achado precoce ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Idosa com IC de fraco preservada, hipertrofia septo/parede posterior no eco mas BAIXA voltagem no ECG (R de 4,5mm): essa dissociacao hipertrofia-voltagem e a assinatura da amiloidose cardiaca (ATTR senil). O enunciado pede o INCORRETO: o padrao ecocardiografico tipico e o strain com POUPANCA APICAL, nao discinesia apical precoce. As demais são verdadeiras — prevalencia em autopsia apos os 80 anos, imunofixacao normal (afasta AL) e tafamidis como terapia. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Mulher de 40 anos, em investigação de anemia e quadro de artrite, apresenta o fator antinuclear positivo 1:320, com padrão nucleolar. Esse achado é mais compatível com paciente que apresenta:

A. pancitopenia, fotossensibilidade, glomerulonefrite e úlceras orais

B. pancitopenia, fotossensibilidade, vasculite e infiltrado intersticial pulmonar

C. fenômeno de Raynaud, espessamento da pele, esofagopatia e infiltrado intersticial pulmonar ✓

D. fenômeno de Raynaud, espessamento da pele, esplenomegalia e banda M na eletroforese sérica
RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

FAN com padrão NUCLEOLAR aponta para esclerose sistêmica (anti-Scl-70, anti-RNA polimerase III, antifibrilarina). O quadro clínico correspondente a Raynaud, espessamento cutâneo, esofagopatia e doença pulmonar intersticial. Fotossensibilidade, úlceras orais e glomerulonefrite (A/B) são de lupus, cujo padrão usual é nuclear homogêneo ou pontilhado. Banda M na eletroforese (D) e gamopatia monoclonal, sem relação com o padrão nucleolar. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito D

No consultório, durante conversa do médico com um paciente diabético, é descrita uma opção terapêutica que tem como benefício ação diurética e redução de peso, mas não tem relação com resistência à insulina. Entretanto, tal medicação é menos potente na redução da hemoglobina glicada se comparada ao grupo das sulfonilureias. A droga que apresenta essas manifestações de forma bem definida é a:

- A. sitagliptina
- B. repaglinida
- C. semaglutida
- D. empagliflozina ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O perfil descrito — efeito diurético (natriurese osmótica), perda de peso, mecanismo INDEPENDENTE da insulina e queda mais modesta de HbA1c que as sulfonilureias — é o das gliflozinas. A empagliflozina inibe o SGLT2 no túbulo proximal e promove glicosúria. Sitagliptina (DPP-4) é neutra em peso e não é diurética; repaglinida é secretagogo (ganha peso, hipoglicemia); semaglutida reduz muito peso e HbA1c, mas por ação incretínica, sem efeito diurético. Resposta D.

QUESTÃO 15 — Gabarito B

Homem de 45 anos, com índice de massa corpórea (IMC) progressivo de 35 kg/m² na última medição, relata história de queimação retroesternal há algumas semanas, que piora durante a noite e ao deitar. Paciente nega outras queixas digestivas. Nesse caso, a melhor conduta é:

- A. realizar endoscopia digestiva e reduzir peso
- B. iniciar inibidor de bomba de prótons e reduzir o peso ✓**
- C. iniciar antagonismo de H₂, elevar a cabeceira e não deitar após a alimentação
- D. realizar pHmetria de 24 horas, elevar a cabeceira e não deitar após a alimentação

COMENTÁRIO OSCELABS

Homem de 45 anos, obeso, com pirose típica noturna e SEM sinais de alarme (disfagia, emagrecimento, anemia, vômitos, sangramento): não há indicação de endoscopia nem de pHmetria de entrada. A conduta e teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons em dose plena somado à medida antirrefluxo de maior impacto nesse perfil, a perda de peso. Antagonista H₂ é menos eficaz que o IBP no controle sintomático. Resposta B.

QUESTÃO 16 — Gabarito D

Homem de 72 anos, em tratamento regular de hipertensão arterial sistêmica (HAS), apresenta, há três dias, quadro de mal-estar, temperatura de 38,5°C, evacuação em diarreia com muco, pus e sangue na frequência de seis a oito vezes por dia e queda do estado geral. Encontra-se com confusão mental, PA = 90x60mmHg e FC = 110bpm. O resultado do exame de fezes foi positivo para leucócitos. Além da terapia de reidratação, a melhor conduta é:

- A. realizar a retossigmoidoscopia de imediato, colheita de material e aguardar resultado da cultura
- B. realizar a retossigmoidoscopia de imediato, colheita de material e iniciar antibióticos
- C. iniciar metronidazol, drogas antiperistaltase e colher hemocultura
- D. iniciar ciprofloxacino, antitérmicos e colher coprocultura ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia com muco, pus e sangue, febre alta, leucócitos fecais positivos e agora com sinais de gravidade (confusão, PA 90x60, FC 110): disenteria invasiva com repercussão sistêmica. Indica-se antibiótico empírico (quinolona) mais coprocultura, sem esperar resultado. Retossigmoidoscopia na fase aguda oferece risco de perfuração e não muda a conduta (A/B). Antiperistálticos são contraindicados na disenteria febril, pois favorecem megacolon e translocação. Resposta D.

QUESTÃO 17 — Gabarito B

Paciente com síndrome de imunodeficiência do adulto (SIDA) e sem histórico de tratamento inicia, concomitantemente ao diagnóstico da doença retroviral, quadro de febre, cefaleia e diplopia. No exame físico, apresenta rigidez de nuca e alteração do III e VI pares cranianos. O líquido apresenta pleocitose mononuclear, proteína aumentada, glicose baixa e GeneXpert positivo. Segundo o Ministério da Saúde (2019), nesse caso, a conduta mais adequada é iniciar:

- A. RIPE e esquema antirretroviral concomitante
 - B. RIPE e adicionar esquema antirretroviral, após sessenta dias ✓**
 - C. RIPE e adicionar esquema antirretroviral, após duas semanas
 - D. esquema antirretroviral e adicionar RIPE, após duas semanas
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Meningite tuberculosa (líquor com pleocitose mononuclear, hiperproteínoorraquia, hipoglicorraquia e GeneXpert positivo) em paciente virgem de tratamento antirretroviral. O RIPE começa já; o cuidado está no TEMPO da TARV: na forma MENINGEA, o início precoce aumenta mortalidade por síndrome inflamatória de reconstituição imune no SNC, e o Ministério da Saúde recomenda adiar a TARV para cerca de oito semanas — diferente das demais formas de TB, em que se inicia em duas semanas. Resposta B.

QUESTÃO 18 — Gabarito A

Homem de 55 anos, com história de dor e aumento do volume abdominal há trinta dias, associada à anorexia e piora do quadro abdominal. Nega febre e, no exame físico, não há instabilidade hemodinâmica. Apresenta confusão mental, flapping, dor abdominal discreta e ascite, sendo difícil a avaliação de visceromegalias. Os exames laboratoriais do paciente indicam hemoglobina = 10g/dL, leucócitos = 9.000/mm³, plaquetas = 90.000/mm³, ureia = 48mg/dL, creatinina = 1,2mg/dL, proteína total = 6g/dL e albumina = 3g/dL. A punção do líquido ascítico mostra celularidade de 600 células/mm³, sendo 40% mononucleares, glicose = 45mg/dL, proteína total = 2g/dL, albumina = 1g/dL e LDH = 90UI/L (valor normal na ascite 45UI/L), sendo solicitados TC de abdômen, Gram e cultura do líquido ascítico. Nesse caso, a melhor conduta é:

- A. iniciar antibiótico e albumina imediatamente ✓**

- B. aguardar TC para melhor definição da conduta
- C. iniciar antibiótico e betabloqueador imediatamente
- D. aguardar resultado da cultura antes do início do antibiótico

COMENTÁRIO OSCELABS

Cirrotico descompensado com ascite e encefalopatia. A contagem diferencial resolve o caso: 600 células com 40% mononucleares significa 60% de polimorfonucleares, ou seja, 360 PMN/mm³ — acima do corte de 250 que define peritonite bacteriana espontânea. O tratamento é imediato, empírico (cefalosporina de 3ª geração) e associado a ALBUMINA, que reduz síndrome hepatorenal e mortalidade. Esperar TC ou cultura (B/D) atrasa terapia que salva vida; betabloqueador na PBE com hipotensão e deletério. Resposta A.

QUESTÃO 19 — Gabarito C

Mulher de 50 anos relata história de artralgia de mãos, pés, joelhos e tornozelos. Há seis meses, apresenta dor de difícil controle e de rigidez matutina, que demora duas horas para melhorar. No exame físico da paciente, o envolvimento articular é simétrico, com sinais de edema e calor em metacarpo-falangianas proximais e nos joelhos, mas sem rubor. Paciente relata redução da capacidade laborativa e perda de peso; os exames laboratoriais mostram hemoglobina = 9g/dL, VHS = 75mm/h e PCR = 45mg/L. O raio-X das mãos mostra osteopenia justa-articular. A punção da articulação do joelho revela líquido sinovial com coágulo pobre em mucina, 40.000 leucócitos/mm³, sendo 90% por polimorfonucleares, sendo a dosagem de complemento nesse líquido diminuída. Após realização de exames, são iniciados analgésicos comuns e AINEs. O diagnóstico mais provável e a melhor opção terapêutica, respectivamente, são:

- A. artrite psoriásica / infliximabe
- B. artrite gonocócica / antibióticos
- C. artrite reumatoide / metotrexate ✓**
- D. artrite por pseudogota / colchicina

COMENTÁRIO OSCELABS

Poliartrite SIMETRICA de pequenas e grandes articulações, rigidez matutina de duas horas, provas inflamatórias altas e osteopenia justa-articular ao raio-X: artrite reumatoide. O líquido sinovial inflamatório com complemento CONSUMIDO reforça o diagnóstico. O tratamento de base (DMARD) de primeira linha e o metotrexato — o anti-TNF fica para falha. Gonocócica seria monoarticular/migratória, aguda e com Gram/cultura; pseudogota da monoartrite de joelho com cristais de pirofosfato. Resposta C.

QUESTÃO 20 — Gabarito C

Homem de 45 anos, IMC de 30kg/m², com HAS e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), em tratamento regular, usando enalapril, tiazídico e metformina, com controle adequado, comparece à consulta médica para avaliação de dor precordial iniciada há quatorze dias. Durante a consulta, paciente está sem dor e o ECG realizado não mostra alterações. A suspeita principal é de Angina pectoris clássica. Nesse caso, a melhor descrição do quadro clínico e a conduta adequada para sua estratificação de risco, respectivamente, são:

- A. dor precordial em pontada, desencadeada por frio/esforço físico, de duração de 15 minutos, com B3 / angiografia coronariana
- B. dor precordial em aperto, agravada por digitopressão, de duração de 15 minutos, com B4 / cintilografia de perfusão miocárdica
- C. dor precordial constritiva, desencadeada por estresse/esforço físico, de duração de 5 minutos, com B4 / prova de esforço ✓**
- D. dor precordial em queimação, agravada pela inspiração, de duração de 5 minutos, com B3 / tomografia das coronárias

ORGANIZADOR CIRURGIA GERAL

COMENTÁRIO OSCELABS

Angina estavel classica: dor CONSTRICTIVA retroesternal, desencadeada por esforco ou estresse, de curta duracao (poucos minutos) e aliviada pelo repouso ou nitrato; ao exame, B4 traduz a disfuncao diastolica do ventriculo isquemico/hipertrofico. Dor em pontada, agravada por digitopressao ou pela inspiracao afasta origem isquemica. Com ECG basal normal e capacidade de exercicio preservada, a estratificacao inicial e o teste ergometrico, reservando a angiografia para alto risco. Resposta C.

QUESTÃO 21 — Gabarito C

A plataforma robótica, comparada à laparoscópica tradicional, já tem seu uso consolidado para procedimentos em determinadas especialidades médicas como a urologia. O benefício que essas plataformas minimamente invasivas oferecem ao paciente cirúrgico consiste na diminuição do(a):

- A. campo visual
- B. custo da cirurgia
- C. trauma do acesso cirúrgico ✓**
- D. necessidade de anestesia geral

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta e sobre o beneficio para o PACIENTE. O ganho das plataformas minimamente invasivas, robotica inclusa, esta na reducao do trauma do acesso cirurgico: menos dor, menos complicacoes de parede, recuperacao mais rapida. O campo visual, ao contrario, e ampliado e tridimensional; o custo e maior que o da videolaparoscopia; e a anestesia geral continua obrigatoria — o pneumoperitonio inclusive a exige. Resposta C.

QUESTÃO 22 — Gabarito B

O sintoma relacionado ao melhor desfecho cirúrgico na intratabilidade da doença do refluxo gastroesofágico, se presente, é a:

- A. asma
- B. pirose ✓**
- C. rouquidão
- D. tosse crônica

COMENTÁRIO OSCELABS

Na selecao para fundoplicatura, o melhor preditor de bom resultado e o sintoma TIPICO — pirose — sobretudo quando ha resposta previa ao inibidor de bomba e pHmetria correlacionando sintoma e refluxo acido. Manifestacoes atipicas ou extraesofagicas (asma, rouquidao, tosse cronica) tem correlacao fraca com o refluxo, muitas vezes causa alternativa, e por isso respondem pior a cirurgia. Resposta B.

QUESTÃO 23 — Gabarito C

A obesidade severa prolongada não está associada às neoplasias desenvolvidas no(a):

- A. rim
- B. mama
- C. pulmão ✓**
- D. pâncreas

COMENTÁRIO OSCELABS

A obesidade é fator de risco reconhecido para pelo menos treze neoplasias, entre elas rim, mama pós-menopausa, pâncreas, endométrio, colorretal, esôfago (adenocarcinoma), fígado, vesícula e tireoide. O câncer de PULMAO foge a essa lista — seu determinante dominante é o tabagismo, e estudos observacionais chegam a mostrar relação inversa com IMC, em boa parte por vies (perda de peso da doença e do próprio fumo). Resposta C.

QUESTÃO 24 — Gabarito D

Em um incidentaloma de adrenal direita para a síndrome de Conn, as alterações características suspeitas são:

- A. hipotensão e hipercalemia
- B. hipertensão e hipocalcemia
- C. hipotensão e hipercalemia
- D. hipertensão e hipocalcemia ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome de Conn é o hiperaldosteronismo primário. O excesso de aldosterona retém sódio e água (hipertensão de difícil controle) e espolia potássio e hidrogênio no túbulo distal, gerando hipocalcemia com alcalose metabólica. Hipotensão (A/C) seria o oposto, esperada na insuficiência adrenal; alterações do cálcio não fazem parte do quadro. Um incidentaloma adrenal com esse perfil deve ser investigado com relação aldosterona/renina. Resposta D.

QUESTÃO 25 — Gabarito A

Mulher de 50 anos realizou ultrassonografia de tireoide que identificou nódulo isoecoico, parcialmente cístico, sem microcalcificações, medindo 12mm em seu maior diâmetro, localizado no lobo esquerdo da tireoide. Não foram identificadas outras alterações no exame. Nesse caso, a conduta mais adequada é:

- A. realizar acompanhamento clínico regular ✓**
 - B. solicitar cintilografia de tireoide com iodo 131
 - C. indicar tratamento cirúrgico por meio de lobectomia esquerda
 - D. fazer punção aspirativa com agulha fina guiada por ultrassonografia
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Nódulo isoecoico, parcialmente cístico, sem microcalcificações, sem margens irregulares e sem crescimento vertical: categoria de BAIXA suspeita. Nesse padrão, a punção aspirativa só é recomendada a partir de 1,5cm (ou mais, conforme a classificação usada) — com 12mm, a conduta é seguimento clínico e ultrassonográfico. Cintilografia só tem papel se o TSH estiver suprimido, para caracterizar nódulo quente; lobectomia sem citologia é desproporcional. Resposta A.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

A causa mais frequente de obstrução intestinal é:

- A. neoplasia maligna colorretal
- B. hérnias da parede abdominal
- C. aderências de cirurgias prévias ✓**
- D. doença inflamatória intestinal em atividade

COMENTÁRIO OSCELABS

Aderências de laparotomias prévias respondem pela maioria das obstruções de intestino DELGADO e, no conjunto, são a causa mais frequente de obstrução intestinal em países com alto acesso cirúrgico. Neoplasia colorretal e hérnias vêm em seguida — a hérnia encarcerada, aliás, é a principal causa em populações sem cirurgia abdominal prévia. Doença inflamatória intestinal é causa incomum, geralmente por estenose fibrotica. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito B

Homem de 68 anos foi diagnosticado com adenocarcinoma gástrico moderadamente diferenciado, localizado no antro. Foi submetido a tratamento cirúrgico eletivo, com a realização de gastrectomia subtotal, linfadenectomia D2 e reconstrução em Y de Roux. O laudo histopatológico mostrou tumoração ulcerada com invasão até a camada subserosa com margem superior de 10cm e inferior de 4cm. Foram identificados na peça 24 linfonodos, com quatro apresentando metástases. Segundo a oitava edição do estadiamento TNM, publicado pelo American Joint Committee on Cancer (AJCC), o estadiamento desse caso é definido como:

- A. pT3N1M0
- B. pT3N2M0 ✓**
- C. pT4N1M0
- D. pT4N2M1

COMENTÁRIO OSCELABS

TNM gástrico da 8ª edição do AJCC. Invasão até a SUBSEROSE, sem atingir a serosa, define pT3 (pT4 exigiria acometer a serosa ou estruturas adjacentes) — o que derruba C e D. O N depende do NÚMERO de linfonodos comprometidos: 1 a 2 e N1, 3 a 6 e N2, 7 ou mais e N3; com quatro linfonodos positivos entre 24 dissecados, o estadiamento é N2. Sem doença à distância, M0. Resposta B.

QUESTÃO 28 — Gabarito A

Mulher de 28 anos apresenta diagnóstico de pancreatite aguda grave de etiologia biliar, em tratamento há três semanas. No exame clínico, a paciente se encontrava estável hemodinamicamente e ventilando espontaneamente com suplementação de O₂ a 2L/min, por meio de máscara facial. Estava febril (temperatura axilar de 38,10°C), anictérica e queixava-se de desconforto abdominal em região epigástrica. Foi realizada tomografia computadorizada de abdômen e pelve que identificou imagem sugestiva de coleção peripancreática com presença de gás em seu interior e realce periférico com a administração de contraste venoso. A melhor conduta terapêutica nesse caso é a realização de:

- A. drenagem percutânea guiada por TC ✓**
- B. laparotomia exploradora de urgência
- C. mudança do esquema de antibióticos
- D. colangiopancreatografia retrógrada endoscópica

COMENTÁRIO OSCELABS

Pancreatite grave com três semanas de evolução, febre e coleção peripancreática com GAS e realce periférico: necrose pancreática INFECTADA. A conduta atual é a abordagem escalonada (step-up), começando pela drenagem percutânea guiada por imagem, que resolve ou estabiliza boa parte dos casos e permite adiar/evitar a necrosectomia. Laparotomia precoce eleva mortalidade; trocar antibiótico isoladamente não trata coleção organizada; CPRE serve a colangite/coledocolitíase, ausentes aqui (anictéria). Resposta A.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Homem de 57 anos chega ao pronto-socorro com dor abdominal mesogástrica tipo cólica, que se tornou constante nas últimas seis horas. Ao exame físico, mostra-se febril e taquicárdico. O exame do abdômen mostra distensão e presença de hérnia umbilical encarcerada. O tratamento nesse caso deve ser:

- A. descompressão por cateter nasogástrico
- B. analgesia e redução manual da hérnia
- C. ultrassonografia abdominal

D. exploração cirúrgica RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hernia umbilical ENCARCERADA em paciente com dor que passou de colica a constante, febre, taquicardia e distensao: o quadro ja e de estrangulamento com sofrimento de alca. A conduta e exploracao cirurgica de urgencia. A reducao manual esta contraindicada quando ha sinais de isquemia — pode reduzir alca inviavel para a cavidade. Sonda e analgesia sao medidas de suporte, e exame de imagem nao deve atrasar a operacao num diagnostico ja clinico. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito C

Em pacientes alérgicos a betalactâmicos, o antimicrobiano mais adequado para uso profilático na herniorrafia inguinal eletiva é:

- A. ceftriaxona
- B. gentamicina
- C. clindamicina ✓**
- D. ciprofloxacina

COMENTÁRIO OSCELABS

Na herniorrafia inguinal eletiva (cirurgia limpa), a profilaxia visa cocos Gram-positivos da pele, e a primeira escolha e a cefazolina. Havendo alergias a betalactamicos, a substituiçao consagrada e a clindamicina (alternativa: vancomicina). Ceftriaxona e betalactamico — proibida pela propria alergias e ainda de espectro inadequado; gentamicina e ciprofloxacina cobrem Gram-negativos, que nao sao o alvo nesse sitio. Resposta C.

QUESTÃO 31 — Gabarito A

A hemorragia digestiva alta em pacientes hospitalizados é mais frequentemente causada por:

- A. úlcera péptica ✓**
- B. angiodisplasia gástrica
- C. varizes de esôfago distal
- D. síndrome de Mallory-Weiss

COMENTÁRIO OSCELABS

Mesmo entre pacientes ja hospitalizados, a doenca ulcerosa peptica segue como principal causa de hemorragia digestiva alta — aqui pesa o estresse fisiologico, o uso de AINEs, antiagregantes e anticoagulantes. Varizes esofagicas dominam apenas no subgrupo de hipertensao portal; Mallory-Weiss responde por parcela pequena e costuma ser autolimitado; angiodisplasia e causa incomum e tipicamente de sangramento cronico. Resposta A.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

A doença metastática é a neoplasia que mais frequentemente acomete o omento. O tumor maligno primário mais comum a ter envolvimento omental é o:

- A. gastrointestinal
- B. endometrial
- C. melanoma
- D. ovariano ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

O omento é sítio preferencial de disseminação transcelômica, e o tumor primário que mais frequentemente o compromete é o carcinoma de OVÁRIO — o chamado omental cake — e achado clássico, sendo a omentectomia parte do estadiamento e da citorredução. Neoplasias gastrointestinais também produzem carcinomatose, mas com menor predileção omental; endométrio e melanoma são causas bem menos frequentes. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito A

A cicatriz hipertrófica e os queloides são distúrbios da cicatrização caracterizados por deposição tecidual de colágeno. Os queloides podem ser diferenciados das cicatrizes hipertróficas por apresentarem:

- A. crescimento além dos limites da ferida ✓**
- B. consistência endurecida
- C. hiperpigmentação
- D. telangiectasias

COMENTÁRIO OSCELABS

O critério que separa quelóide de cicatriz hipertrofica e topográfico: o quelóide ULTRAPASSA os limites da ferida original, invadindo pele sã, tende a não regredir e recidiva após excisão isolada; a cicatriz hipertrofica permanece restrita ao traçado da ferida e costuma melhorar com o tempo. Endurecimento, hiperpigmentação e telangiectasias podem ocorrer nas duas condições e não discriminam. Resposta A.

QUESTÃO 34 — Gabarito B

A síndrome da realimentação é uma condição grave e potencialmente fatal da terapia nutricional em pacientes submetidos a períodos prolongados de jejum. Esta condição se caracteriza por:

- A. hipermagnesemia
 - B. hipofosfatemia ✓**
 - C. hiponatremia
 - D. hipercalcemia
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome de realimentação, a oferta abrupta de carboidrato após jejum prolongado dispara insulina, que empurra fósforo, potássio e magnésio para o intracelular junto com a glicose. O marcador central é a HIPOfosfatemia, responsável por arritmia, insuficiência respiratória, rabdomiólise e morte. Por isso as alterações esperadas são hipofosfatemia, hipocalcemia e hipomagnesemia — o oposto do que dizem A e D. A tiamina deve ser repostada antes de iniciar a dieta. Resposta B.

QUESTÃO 35 — Gabarito A

Homem de 68 anos, em pós-operatório imediato de tireoidectomia total por doença de Graves, apresenta dispneia e sangramento pela ferida operatória. Nesse caso, deve-se realizar:

A. abertura da ferida operatória e do platisma ✓

B. cateter nasal de oxigênio

C. intubação orotraqueal

D. curativo compressivo

COMENTÁRIO OSCELABS

Dispneia com sangramento pela ferida no pos-operatorio imediato de tireoidectomia significa hematoma cervical compressivo. A obstrução e por compressão e edema laringeo, e a medida que salva a vida e IMEDIATA e a beira do leito: abrir os pontos da pele e do PLATISMA para descomprimir, so então levar ao centro cirurgico para hemostasia. Tentar intubar antes costuma falhar pela distorção anatomica; oxigenio e curativo compressivo apenas agravam. Resposta A.

QUESTÃO 36 — Gabarito C

Homem de 72 anos, enfisematoso e diabético, com ambas comorbidades compensadas clinicamente, será submetido a enterectomia por lesão benigna no íleo proximal. A antibioticoprofilaxia está indicada nesse caso para prevenir a ocorrência de infecções:

A. urinárias

B. pulmonares

C. no sítio cirúrgico ✓

D. no trato gastrointestinal Considere o caso a seguir para responder às questões de números 37 e 38. Paciente vítima de atropelamento é levado à unidade de emergência.

COMENTÁRIO OSCELABS

Enterectomia de ileo e cirurgia POTENCIALMENTE CONTAMINADA — ha abertura de viscera oca colonizada — e por isso tem indicacao formal de antibioticoprofilaxia. O desfecho que a profilaxia comprovadamente reduz e a infeccao do SITIO CIRURGICO (incisional e de orgao/cavidade). A profilaxia cirurgica nao previne pneumonia, infeccao urinaria nem infeccao do trato gastrointestinal, mesmo em paciente enfisematoso e diabetico. Resposta C.

QUESTÃO 37 — Gabarito D

De acordo com o Advanced Trauma Life Support (ATLS), o atendimento do paciente politraumatizado deve seguir uma sequência cujo objetivo é diminuir a mortalidade. Nesse caso, a ordem de atendimento mais adequada seria:

A. circulação / ventilação / via aérea / exposição / avaliação neurológica

B. ventilação / via aérea / circulação / avaliação neurológica / exposição

C. exposição / via aérea / ventilação / circulação / avaliação neurológica

D. via aérea / ventilação / circulação / avaliação neurológica / exposição ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O ATLS organiza a avaliação primária pela sequência de letras, na ordem em que a ameaça mata mais rápido: A (via aérea com proteção da coluna cervical), B (ventilação), C (circulação e controle de hemorragia), D (avaliação neurológica) e E (exposição com prevenção de hipotermia). Vale lembrar que hemorragia exsanguinante muda a prioridade para o controle do sangramento, mas a sequência cobrada aqui é a clássica. Resposta D.

QUESTÃO 38 — Gabarito B

Após várias cirurgias abdominais, a situação clínica desse paciente se torna extremamente grave. A melhor maneira de se evitar atrofia da mucosa intestinal, diminuição da altura das vilosidades, redução do tamanho do tecido linfóide e produção de imunoglobulina A é:

A. oferta entérica de glutamina

B. alimentação enteral ✓

C. nutrição parenteral

D. albumina venosa RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Atrofia de mucosa, encurtamento de vilosidades, perda do tecido linfóide associado ao intestino e queda de IgA secretora decorrem do DESUSO do tubo digestivo. O que preserva o trofismo e a barreira e a presença de nutriente na luz — ou seja, a nutrição ENTERAL, ainda que em volume trofico. A glutamina isolada e apenas um dos substratos, sem o mesmo efeito global; a parenteral e justamente a via que cursa com atrofia; albumina venosa não tem papel nutricional. Resposta B.

QUESTÃO 39 — Gabarito C

Paciente é levado à emergência com trauma toracoabdominal à esquerda, apresentando uma lesão aberta no gradil costal de 5cm. O atendimento inicial está sendo realizado pelo médico socorrista na sala de trauma.

Nesse caso, uma medida imediata a ser tomada enquanto aguarda a equipe cirúrgica é:

A. curativo fechado

B. sutura imediata do tórax

C. curativo fixado em três lados ✓

D. punção do tórax com Jelco 14

COMENTÁRIO OSCELABS

Ferida torácica aberta maior que dois terços do diâmetro traqueal comporta-se como ferida ASPIRATIVA (traumatopneia): o ar entra pelo orifício em vez da via aérea. A medida imediata é o curativo quadrangular fixado em TRES lados, que funciona como válvula unidirecional — impede a entrada de ar na inspiração e permite a saída na expiração. Curativo oclusivo em quatro lados ou sutura imediata podem converter o quadro em pneumotorax hipertensivo. Resposta C.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Homem de 50 anos relatou que, após esforço intenso, apresentou aumento de volume na região inguinal esquerda. Ao procurar o cirurgião, foi diagnosticado com hérnia inguinal, sendo encaminhado para cirurgia. A técnica utilizada compreende o posicionamento e a fixação de uma tela sintética livre de tensão e que possui menor índice de recidiva. Esta técnica é chamada de:

- A. Bassini
- B. Mc Vay
- C. Shouldice

D. Lichtenstein GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A técnica de Lichtenstein e a hernioplastia inguinal anterior com tela sintética posicionada e fixada SEM tensão, reforçando a parede posterior — padrão-ouro aberto, com as menores taxas de recidiva e menos dor pós-operatória. Bassini, McVay e Shouldice são técnicas de reparo com tecido próprio, portanto sob tensão, com recidiva maior. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito D

Paciente de 72 anos apresentou queixa de prurido vulvar e lesão unifocal hipocrômica de aproximadamente 2cm em grande lábio esquerdo. Após realização de biópsia, foi constatada neoplasia intraepitelial vulvar (NIV) diferenciada. Nesse caso, deve ser indicado(a):

- A. corticoide sistêmico
- B. vulvectomy radical
- C. imiquimode tópico

D. exérese da lesão ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A NIV DIFERENCIADA (tipo simplex) e a lesão não relacionada ao HPV, própria de mulheres idosas e associada a líquen escleroso, com alto risco e rápida progressão para carcinoma escamoso invasor. Por isso a conduta é cirúrgica — exérese da lesão com margens, que também afasta invasão oculta. Imiquimode é opção apenas para NIV usual (HPV-induzida); vulvectomy radical e desproporcional para lesão unifocal de 2cm; corticoide sistêmico não trata neoplasia intraepitelial. Resposta D.

QUESTÃO 42 — Gabarito A

Mulher de 30 anos, sem comorbidades, com duas gestações anteriores e laqueadura tubária há um ano, comparece à UBS com queixa de dismenorria intensa há dez anos, sendo tratada regularmente com analgésicos. O exame ginecológico é normal, mas a ressonância nuclear magnética de pelve demonstra espessamento de ligamento uterossacro direito, sugestivo de endometriose. O tratamento de escolha para essa paciente é:

A. dienogeste contínuo ✓

- B. histerectomia simples
- C. ooforectomia bilateral

D. agonista do GnRH isolado

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Endometriose com dismenorreia como sintoma dominante, prole constituída e laqueadura previa, mas SEM indicacao cirurgica imediata: o tratamento de escolha e clinico e hormonal. O dienogeste continuo, progestagenio com acao antiproliferativa no endometrio ectopico, tem eficacia comprovada na dor e bom perfil de seguranca no uso prolongado. Analogo de GnRH isolado provoca hipoestrogenismo e so e usado por periodos curtos ou com add-back; hysterectomia e ooforectomia sao condutas radicais nao justificadas. Resposta A.

QUESTÃO 43 — Gabarito C

Mulher de 52 anos, que nunca realizou mamografia anteriormente, apresenta laudo de BI-RADS 3. No rastreamento do câncer de mama, esse achado indica:

- A. malignidade conhecida
- B. anormalidade suspeita
- C. provável benignidade ✓**
- D. avaliação incompleta

COMENTÁRIO OSCELABS

Na classificacao BI-RADS, a categoria 3 significa achado PROVAVELMENTE BENIGNO, com risco de malignidade abaixo de 2%, e a conduta e o seguimento por imagem em intervalo curto (em geral seis meses). Avaliacao incompleta corresponde a categoria 0, anormalidade suspeita e a 4 (que exige biopsia) e malignidade conhecida e a 6. Resposta C.

QUESTÃO 44 — Gabarito B

Mulher de 34 anos comparece à UBS com resultado de exame citológico cujo laudo é de lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL). Verificou-se que o mesmo resultado foi demonstrado no exame realizado há seis meses. As outras citologias realizadas anteriormente a essas apresentaram resultados de alterações benignas. Dessa forma, de acordo com a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde, a paciente deve ser orientada a realizar:

- A. citologia semestral
- B. exame colposcópico ✓**
- C. curetagem endocervical
- D. procedimento excisional

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelas diretrizes brasileiras, a LSIL em mulher com 25 anos ou mais e conduzida com repeticao da citologia em seis meses. Se essa REPETICAO mantiver a alteracao — como no caso, dois exames consecutivos com LSIL —, a paciente deve ser encaminhada para COLPOSCOPIA. Manter apenas citologia semestral perpetua o atraso diagnostico; curetagem endocervical e procedimento excisional (ver e tratar) nao se justificam em lesao de baixo grau sem avaliacao colposcopia previa. Resposta B.

QUESTÃO 45 — Gabarito A

Mulher de 28 anos procura atendimento ambulatorial apresentando ciclos oligoamenorreicos. Ao exame físico, apresenta acantose nigricans e hirsutismo. Os exames laboratoriais demonstram prolactina, tiroxina livre (T4), hormônio estimulador da tireoide (TSH), hormônio luteinizante (LH) e hormônio folículo estimulante (FSH) com valores normais, porém com relação LH/FSH aumentada. Segundo o consenso de Rotterdam, os critérios para diagnóstico de síndrome de ovários policísticos encontrados nesse caso são:

- A. ciclos oligoamenorreicos e hirsutismo ✓**
- B. hirsutismo e aumento de relação LH/FSH
- C. ciclos oligoamenorreicos e acantose nigricans
- D. acantose nigricans e aumento de relação LH/FSH

COMENTÁRIO OSCELABS

Rotterdam exige DOIS de tres criterios: oligo/anovulacao, hiperandrogenismo (clinico ou laboratorial) e ovarios policisticos a ultrassonografia. No caso, os criterios presentes sao os ciclos oligoamenorreicos e o hirsutismo. As pegadinhas sao a acantose nigricans, que traduz resistencia insulinica mas NAO e criterio, e a relacao LH/FSH aumentada, achado frequente porem tambem excluido dos criterios desde 2003. Resposta A.

QUESTÃO 46 — ANULADA

Uma jovem de 27 anos manifestou desejo de realizar laqueadura tubária no início da última gestação, tendo sido submetida a cesariana há seis meses. Possuía, na época, um filho vivo nascido de parto normal. A paciente questiona o motivo de o procedimento solicitado não ter sido realizado durante a cesariana. O esclarecimento a ser dado a ela é de que, de acordo com a lei do planejamento familiar, o procedimento não poderia ter sido realizado devido ao(à):

- A. manifestação da vontade durante a gestação
- B. proibição de realização durante a cesariana
- C. número de filhos no momento da cirurgia
- D. idade abaixo da permitida RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Questao ANULADA pela banca. O tema e a esterilizacao cirurgica voluntaria regida pela Lei do Planejamento Familiar (Lei 9.263/96), que exige capacidade civil plena, idade minima, numero minimo de filhos vivos, manifestacao expressa de vontade com prazo minimo entre o pedido e o ato e, historicamente, vedava a laqueadura durante o parto ou cesarea salvo excecoes. A alteracao trazida pela Lei 14.443/2022 mudou a idade minima e passou a permitir o procedimento no momento do parto, o que tornou as alternativas ambiguas e levou a anulacao. Sem afirmacao de alternativa correta.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

As infecções sexualmente transmissíveis podem manifestar-se por meio de úlceras vulvares. De acordo com o fluxograma do Ministério da Saúde para o manejo de infecções que causam úlcera genital, a biópsia está indicada nos casos de lesões com:

- A. tamanho maior do que 1cm
- B. sintomas dolorosos evidentes
- C. bordas elevadas e irregulares
- D. duração acima de quatro semanas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo fluxograma do Ministerio da Saude para ulceras genitais, o tratamento e sindromico e imediato; a BIOPSIA fica reservada as lesoes com mais de QUATRO SEMANAS de duracao ou que nao respondam ao tratamento instituido, pela necessidade de afastar neoplasia, donovanose e micoses profundas. Tamanho, presenca de dor ou aspecto das bordas orientam a hipotese etologica (cancro mole doloroso, cancro duro indolor), mas nao sao os criterios de indicacao de biopsia no fluxograma. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Mulher de 34 anos deseja fazer congelamento de óvulos. O hormônio capaz de avaliar sua reserva ovariana e que pode ser medido em qualquer fase do ciclo é o(a):

- A. estradiol
- B. progesterona
- C. antimülleriano ✓**
- D. folículo estimulante

COMENTÁRIO OSCELABS

O hormônio antimülleriano é produzido pelas células da granulosa dos folículos pre-antrais e antrais pequenos, refletindo diretamente o pool folicular restante. Sua grande vantagem prática é não sofrer variação significativa ao longo do ciclo, podendo ser dosado em QUALQUER fase — ao contrário do FSH e do estradiol, que só tem valor no 3o dia do ciclo. Progesterona avalia ovulação, não reserva. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito B

Mulher de 65 anos comparece à consulta queixando-se de “bola na vagina” e que, sendo sexualmente ativa, essa condição vem atrapalhando a sua qualidade de vida. Nega sangramento ou perdas urinárias. No exame ginecológico, a quantificação de prolapso de órgãos pélvicos (POP-Q) foi representada da seguinte forma: Aa +3 Ba +3 C +3 HG 4,5 CP 1 CVT 7 Ap +3 Bp +3 D ---- Considerando o resultado do exame, o tratamento adequado para a correção do prolapso apical nessa paciente é a:

- A. histerectomia vaginal
- B. sacrocolpopexia ✓**
- C. traquelectomia
- D. colpocleise

COMENTÁRIO OSCELABS

No POP-Q, o ponto C representa o colo (ou a cúpula). Com C em +3, há prolapso APICAL avançado, e não mera distopia de parede. Como a paciente é sexualmente ativa, a colpocleise está excluída — e procedimento obliterativo, que fecha a vagina. A correção reconstrutiva com melhor durabilidade para o compartimento apical é a sacrocolpopexia, com fixação ao ligamento longitudinal anterior do promontório. Histerectomia isolada não corrige o defeito de suspensão, e traquelectomia é procedimento oncológico. Resposta B.

QUESTÃO 50 — Gabarito C

A ultrassonografia de uma mulher de 62 anos com quadro de sangramento pós-menopausa evidenciou um mioma subseroso com área de degeneração cística, endométrio de 8mm de espessura, calcificações endometriais lineares e ovários com 3cm³ de volume. O achado mais significativo desse exame para o diagnóstico do sangramento é o de:

- A. calcificações endometriais lineares

B. mioma com degeneração cística

C. espessura endometrial de 8mm ✓

D. volume ovariano de 3cm3
RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento na pos-menopausa e cancer de endometrio ate prova em contrario, e o parametro que dita a investigacao e a ESPESSURA ENDOMETRIAL: acima de 4 a 5mm em mulher sem terapia hormonal, obriga amostragem histologica. Os 8mm descritos sao, portanto, o achado relevante. Mioma subseroso nao sangra pela cavidade, calcificacoes lineares sao inespecificas e volume ovariano de 3cm3 e normal para a faixa etaria. Resposta C.

QUESTÃO 51 — Gabarito A

Paciente de 32 anos, primigesta, procura atendimento na unidade de saúde para início de pré-natal com dez semanas de gravidez. Refere ter diabetes tipo 1 desde os 9 anos, apresentando gastroparesia e nefropatia diabética em tratamento conservador há cinco anos, com última proteinúria no valor de 2g/24 horas. Para prevenir o desenvolvimento de pré-eclâmpsia nessa gestação, deve-se iniciar o uso de:

A. ácido acetilsalicílico em baixa dose ✓

B. heparina de baixo peso molecular

C. sulfato de magnésio

D. metformina

COMENTÁRIO OSCELABS

Diabetes tipo 1 de longa data com nefropatia estabelecida e proteinuria de 2g/24h configura ALTO risco para pre-eclampsia. A unica intervencao com beneficio comprovado na prevencao e o acido acetilsalicilico em baixa dose, iniciado idealmente entre 12 e 16 semanas e mantido ate proximo do termo. Sulfato de magnesio previne CONVULSAO na doenca ja instalada, nao a doenca; heparina se destina a trombofilia; metformina controla glicemia, sem efeito preventivo sobre a pre-eclampsia. Resposta A.

QUESTÃO 52 — Gabarito C

Gestante na 15ª semana de gravidez, com diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico há oito anos, procura atendimento na emergência devido a edema generalizado e à elevação da pressão arterial. Relata uso prévio de azatioprina e hidroxiquina, ambos suspensos quando descobriu a gestação. Ao exame físico, apresenta: PA = 170 x 110mmHg, AFU = 14cm, BCF = 144bpm, edema de mãos, dos membros inferiores e da face. O exame laboratorial colhido há uma semana pelo pré-natal demonstra redução dos níveis séricos de complemento e anti-DNA de dupla hélice elevado. Os exames colhidos na emergência evidenciam spot urinário de 4,3mg/dL com sedimentoscopia mostrando hematúria dismórfica. Nesse caso, a medicação que deve ser iniciada para resolução do quadro agudo é:

A. sulfato de magnésio

B. hidroxiquina

C. prednisona ✓

D. metildopa

COMENTÁRIO OSCELABS

Gestante de 15 SEMANAS com hipertensão grave, edema, proteinúria e hematuria dismórfica, complemento consumido e anti-DNA dupla hélice elevado após suspender imunossupressão: e ATIVIDADE LÚPICA renal, não pre-eclâmpsia — que praticamente não ocorre antes das 20 semanas e não consome complemento nem eleva anti-DNA. O que resolve o quadro agudo e a corticoterapia. Sulfato de magnésio e profilaxia de eclâmpsia e metildopa apenas controla a pressão; hidroxicloroquina e manutenção, com início de ação lento. Resposta C.

QUESTÃO 53 — Gabarito B

O diabetes mellitus gestacional (DMG) é uma desordem do metabolismo dos carboidratos que apresenta complicações não só a curto prazo para o recém-nascido como também maior risco de desenvolvimento de repercussões a longo prazo. Entre as complicações a longo prazo com risco aumentado para a prole de pacientes com DMG, inclui-se:

- A. malformação congênita
- B. doença cardiovascular ✓**
- C. hipocalcemia
- D. policitemia

COMENTÁRIO OSCELABS

Malformações congênitas relacionam-se ao diabetes PRE-GESTACIONAL (hiperglicemia na organogênese), e hipocalcemia, policitemia, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia são complicações NEONATAIS imediatas do DMG. A longo prazo, a programação metabólica intraútero aumenta na prole o risco de obesidade, intolerância à glicose, diabetes tipo 2, síndrome metabólica e, no seguimento tardio, doença cardiovascular. Resposta B.

QUESTÃO 54 — Gabarito C

A colestase intra-hepática da gravidez é a doença hepática mais comum ocorrida durante a gestação e está associada a desfechos obstétricos desfavoráveis. O marcador bioquímico mais frequentemente associado às repercussões de aumento de risco fetal é:

- A. gama glutamiltransferase
 - B. fosfatase alcalina
 - C. ácidos biliares ✓**
 - D. ácido úrico
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O marcador que se correlaciona com desfecho fetal adverso na colestase intra-hepática da gravidez e a dosagem de ÁCIDOS BILIARES totais: valores acima de 40 micromol/L elevam o risco de prematuridade, mecônio e sofrimento fetal, e acima de 100 micromol/L associam-se ao maior risco de óbito fetal, guiando inclusive a antecipação do parto. Transaminases, fosfatase alcalina e GGT podem estar alteradas mas não predizem risco fetal; ácido úrico e marcador de pre-eclâmpsia. Resposta C.

QUESTÃO 55 — Gabarito D

Paciente de 30 anos, com estenose mitral valvar com área valvar de 20mm, evolui no primeiro dia pós- parto com queixa de dispneia e ortopneia. Ao exame, encontra-se com PA = 100 x 60mmHg, FC = 100bpm, FR = 28irpm e afebril; aparelho cardiovascular: ritmo cardíaco regular em dois tempos, sinusal, sopro diastólico 3+/6+; aparelho respiratório: murmúrio vesicular universalmente audível com estertores bolhosos bibasais; abdômen flácido e indolor, útero contraído ao nível da cicatriz umbilical; lóquios fisiológicos. De acordo com o quadro clínico descrito, a principal modificação do organismo materno responsável pela complicação observada é:

- A. diminuição da capacidade residual funcional pulmonar
- B. aumento dos fatores pró-coagulantes
- C. diminuição do retorno venoso
- D. aumento do débito cardíaco ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Estenose mitral e lesão com obstrução FIXA ao enchimento do ventrículo esquerdo: qualquer aumento de volume ou de frequência eleva a pressão do átrio esquerdo e congestiona o pulmão. No pós-parto imediato ocorre a autotransfusão — descompressão da cava pelo esvaziamento uterino somada ao sangue do leito uteroplacentário — com pico do DÉBITO CARDÍACO, exatamente quando a paciente evoluiu com dispneia, ortopneia e estertores. Resposta D.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

A assistência pré-natal adequada é, indubitavelmente, a estratégia de saúde mais eficaz para diagnóstico precoce e tratamento de intercorrências obstétricas, reduzindo a morbimortalidade materno- fetal. Entre os exames obrigatórios do primeiro trimestre da gestação, estão:

- A. glicemia de jejum, sorologia para CMV e HIV
- B. Coombs indireto, HbsAg e cultura para GBS
- C. tipagem sanguínea, urinocultura e VDRL ✓**
- D. hemograma completo, EAS e TOTG

COMENTÁRIO OSCELABS

A rotina obrigatória do primeiro trimestre inclui tipagem sanguínea e fator Rh (com Coombs indireto se Rh negativo), hemograma, glicemia de jejum, sorologias para sífilis (VDRL), HIV, hepatite B e toxoplasmose, além de urina tipo I e UROCULTURA, esta última essencial pelo risco de bacteriúria assintomática evoluir para pielonefrite e prematuridade. Cultura para estreptococo do grupo B e feita entre 35 e 37 semanas, TOTG entre 24 e 28 semanas e sorologia para CMV não é rotina. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Abortamento de repetição é um dos maiores desafios da medicina reprodutiva, cuja dificuldade de identificação da causa pode levar a tratamentos ineficazes e sem comprovação científica, que não alteram o prognóstico. Entre as causas de abortamento de repetição, encontra-se:

- A. mioma subseroso
- B. translocação robertsoniana materna ✓**
- C. aloimunização por antígenos paternos
- D. mutação da metilenotetrahidrofolato redutase

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre as opções, a única causa comnexo estabelecido para aborto de repetição e alteração cromossômica estrutural parental — tipicamente a translocação ROBERTSONIANA, em que o portador é fenotipicamente normal mas gera gametas desbalanceados. Mioma subseroso não distorce a cavidade e não causa perda gestacional; a teoria aloimune por antígenos paternos nunca teve tratamento validado; e o polimorfismo da MTHFR foi expressamente afastado como causa pelas diretrizes atuais. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito D

A ocitocina é uma das drogas mais utilizadas em obstetrícia, sendo recomendada em várias situações. É recomendação de uso da ocitocina, EXCETO:

- A. tratamento de fase ativa prolongada do trabalho de parto
- B. profilaxia de hemorragia puerperal
- C. indução do trabalho de parto

D. aumento da produção láctea RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A ocitocina é recomendada para indução do trabalho de parto, correção de fase ativa prolongada por hipoatividade uterina e profilaxia da hemorragia pós-parto no manejo ativo do terceiro período. O item a ser assinalado, por NÃO ser recomendação, é o aumento da produção láctea: a ocitocina promove a ejeção do leite (contração das células mioepiteliais), enquanto quem determina a produção é a prolactina, estimulada pela sucção e pelo esvaziamento da mama. Resposta D.

QUESTÃO 59 — Gabarito A

Paciente procura a emergência na sexta semana pós-parto referindo febre e dor mamária. O exame físico revela mamas ingurgitadas, com área de hiperemia e calor em quadrante superior externo direito. A ultrassonografia não identifica áreas de abscesso. Com relação à amamentação nesse caso, recomenda-se:

- A. manter amamentação em livre demanda em ambas as mamas ✓**
- B. prescrever cabergolina visando à suspensão da amamentação
- C. ordenhar a mama infectada e desprezar o leite devido às modificações na sua composição
- D. espaçar a amamentação em razão da tomada de antibióticos devido à presença da medicação no leite materno

COMENTÁRIO OSCELABS

Mastite puerperal sem abscesso. O esvaziamento eficaz da mama é parte do TRATAMENTO — a estase é o que perpetua a inflamação e favorece a evolução para abscesso —, de modo que se mantém a amamentação em livre demanda nas duas mamas. O leite da mama acometida não oferece risco ao lactente e não deve ser desprezado; os antibióticos usados (cefalexina, oxacilina) são compatíveis com a lactação; e cabergolina, que suprime a lactação, agravaria a estase. Resposta A.

QUESTÃO 60 — Gabarito D

Gestante na 33ª semana, com diagnóstico de pré-eclâmpsia, é atendida na maternidade com quadro de sangramento vaginal e de dor abdominal intensa iniciado há 30 minutos. Ao exame, verifica-se PA = 170 x 120mmHg, tônus uterino aumentado e BCF = 120bpm. Ao toque vaginal, identifica-se colo centralizado, 90% apagado, 3cm dilatado, cefálico, com sangramento vaginal intenso. Diante da principal hipótese diagnóstica para o quadro clínico apresentado, uma das complicações esperadas é:

- A. rotura uterina
- B. rotura de vasa prévia
- C. acretismo placentário

D. hemorragia puerperal PEDIATRIA ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertonia uterina, dor abdominal intensa e sangramento em gestante com pre-eclâmpsia: descolamento prematuro de placenta. O DPP consome fatores de coagulação e fibrinogênio (coagulopatia de consumo) e infiltra o miométrio de sangue (útero de Couvelaire), prejudicando a contratilidade — a soma disso resulta em atonia e HEMORRAGIA PUERPERAL, complicação esperada. Rotura uterina e vasa prévia são diagnósticos alternativos, não complicações do DPP, e acretismo se relaciona à placenta prévia e cesáreas prévias. Resposta D.

QUESTÃO 61 — Gabarito A

Menino de 4 anos é levado à emergência devido a edema nos olhos, na barriga e nas pernas há três dias. Mãe informa que, há 48 horas, procurou a UBS próxima à sua casa, onde o médico suspeitou que fosse um quadro alérgico, prescrevendo desloratadina, que não impediu a piora do quadro. A mãe não sabe informar sobre diurese e nega febre ou qualquer outro sinal ou sintoma. Ao exame físico, o paciente mostra-se lúcido, eupneico, pálido ++/4+ com edema palpebral bilateral, edemas de parede abdominal, de bolsa escrotal e de membros inferiores de ++/4+, com formação de cacifo. Não há evidência de visceromegalias e de anormalidade na peristalse. O aparelho cardiovascular apresenta bulhas normofonéticas, com frequência cardíaca de 96bpm. A pressão arterial é de 85 x 50mmHg (normal para sexo, idade e altura), ausculta respiratória sem alterações e a frequência respiratória é de 24irpm. A saturação O₂ é de 96%. Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica e os exames laboratoriais a serem solicitados, respectivamente, são:

A. síndrome nefrótica / proteinúria de 24 horas, dosagem sérica de albumina e colesterol total ✓

- B. insuficiência cardíaca congestiva / radiografia de tórax, eletrocardiograma e ecocardiograma
 - C. glomerulonefrite difusa aguda / exame simples de urina e dosagem de complemento
 - D. angioedema hereditário / imunoglobulinas e hemograma completo
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Pre-escolar com edema de instalação subaguda, generalizado, com cacifo, palpebral e escrotal, palidez, PA NORMAL e sem hematuria ou sinais de congestão: síndrome nefrótica, provavelmente por lesão mínima nessa faixa etária. A confirmação e a tríade laboratorial — proteinúria maciça (24 horas ou relação proteína/creatinina), hipoalbuminemia e hiperlipidemia. Glomerulonefrite cursaria com hipertensão e hematuria; a insuficiência cardíaca daria taquicardia, hepatomegalia e alteração respiratória. Resposta A.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

Menino de 4 anos com asma é atendido em ambulatório. A mãe informa que o filho está em uso de beclometasona via inalatória na dose de 100mcg/dia há quatro meses, porém, nesse período, apresentou dois quadros de broncoespasmo com necessidade de corticoide oral. Há quatro semanas, ele tem utilizado beta 2-agonista de curta ação, duas vezes por semana, para controle dos sintomas. Ao exame, a ausculta pulmonar é normal. Nesse caso, a melhor opção terapêutica é:

- A. adicionar antileucotrieno oral
- B. dobrar a dose de beclometasona ✓**
- C. associar uso diário de beta 2-agonista de curta duração
- D. associar corticoide com beta 2-agonista de longa duração

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança em corticoide inalatório de dose BAIXA que mantém sintomas duas vezes por semana e teve duas exacerbações com corticoide oral em quatro meses: asma não controlada, exigindo step-up. Em menores de cinco anos, a etapa seguinte preferencial é DOBRAR a dose do corticoide inalatório, já que a associação com beta-2 de longa duração não tem segurança e eficácia estabelecidas nessa faixa. Antileucotrieno é alternativa de menor eficácia, e beta-2 de curta ação de uso diário e resgate, jamais controlador. Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito B

Recém-nascido (RN) com 33 semanas de idade gestacional nasceu com peso de 2.000g de parto vaginal em via pública. O tempo de bolsa rota é desconhecido. A mãe possui diagnóstico de infecção pelo HIV há dois anos, entretanto, não faz acompanhamento e nega uso de terapia antirretroviral. Diante do alto risco de transmissão vertical, inicialmente, as condutas diagnóstica e preventiva recomendadas para essa criança, respectivamente, são:

- A. sorologia anti-HIV / zidovudina por quatro semanas
- B. CV-HIV ou DNA pró-viral / zidovudina por quatro semanas ✓**
- C. CV-HIV / zidovudina, lamivudina e raltegravir por quatro semanas
- D. sorologia anti-HIV ou DNA pró-viral / zidovudina e nevirapina por quatro semanas

COMENTÁRIO OSCELABS

Filho de mãe HIV positivo sem TARV: a sorologia NÃO serve para diagnóstico no lactente, pois detecta anticorpos maternos transferidos até 18 meses — a confirmação é por método virológico (carga viral ou DNA pró-viral). Quanto à profilaxia, embora o alto risco no RN de termo indique esquema triplo, este recém-nascido tem 33 SEMANAS: em prematuros não há posologia segura estabelecida para raltegravir e nevirapina, e a recomendação é zidovudina isolada por quatro semanas. Resposta B.

QUESTÃO 64 — Gabarito C

Lactente de 3 meses, com história de uso de fórmula infantil nas primeiras horas de vida por hipoglicemia, está em aleitamento materno exclusivo desde o quarto dia de vida. Apresenta evacuações com raias de sangue nas fezes e eczema em face e no couro cabeludo há 30 dias. Não recebeu o resultado do teste do pezinho até o presente momento. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, com crescimento pondero-estatural, desenvolvimento neuropsicomotor compatível com idade e imunizações em dia. O possível diagnóstico e a conduta adequada para o caso, respectivamente, são:

- A. galactosemia / manter o aleitamento materno
- B. intolerância à lactose / suspender a amamentação
- C. alergia à proteína do leite de vaca / suspender o alérgeno da dieta materna ✓**

D. síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar / oferecer fórmula com proteína hidrolizada

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente em aleitamento materno exclusivo com proctocolite (raias de sangue nas fezes), eczema e crescimento preservado: alergia a proteína do leite de vaca mediada por mecanismo não IgE, sensibilizada pela fórmula ofertada nas primeiras horas de vida e perpetuada pela proteína que passa ao leite materno. A conduta é manter o aleitamento e EXCLUIR o leite de vaca e derivados da dieta MATERNA. Intolerância a lactose não causa sangue nem eczema, e a fórmula hidrolizada só entraria se não houvesse aleitamento. Resposta C.

QUESTÃO 65 — Gabarito D

Ao atender lactentes, devem ser consideradas situações excepcionais em que o aleitamento exclusivo deve ser suspenso para não comprometer a sua qualidade de vida. É correto afirmar que o(a):

- A. aleitamento ao seio está contraindicado no caso de infecção materna por herpes simples, mesmo sem lesões herpéticas ativas nas mamas
- B. mãe com varicela zoster não deve fazer o aleitamento ao seio porque pode ocorrer a transmissão da doença para o bebê na forma grave
- C. aleitamento deve ser suspenso e o bebê afastado até o final da quarta semana de tratamento, se a mãe tiver tuberculose pulmonar

D. infecção materna pelo vírus da hepatite C não contraindica o aleitamento ao seio, pois não há risco de contaminação RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A hepatite C NÃO contraindica o aleitamento — a transmissão pelo leite não foi demonstrada, recomendando-se apenas suspender temporariamente se houver fissura mamilar sangrante. Herpes só contraindica se houver lesão ATIVA na mama, e mesmo assim se mantém a mama sadia; na varicela materna com início entre cinco dias antes e dois dias após o parto, o que se faz é isolar o contato e oferecer o leite ordenhado, com imunoglobulina ao RN; e na tuberculose pulmonar amamenta-se com máscara, sem afastar o bebê. Resposta D.

QUESTÃO 66 — Gabarito C

Lactente de 11 meses apresenta febre alta (40,1°C), vômitos ocasionais e irritabilidade. O exame da orofaringe revela pequenas lesões ulceradas em palato mole e pilares anteriores das amígdalas. O restante do exame nada revela de significativo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o agente etiológico responsável pelo quadro descrito é o(a):

- A. estreptococo do grupo A
- B. herpes simples
- C. coxsackievírus ✓**
- D. adenovírus

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta, irritabilidade, vômitos e úlceras pequenas restritas ao palato MOLE e aos pilares anteriores das amígdalas caracterizam a herpangina, causada por enterovírus do grupo coxsackie A. A topografia e a chave: a gengivostomatite herpética acomete gengiva, língua e lábios (porção ANTERIOR da boca) e cursa com gengivite sangrante; faringoamigdalite estreptocócica gera exsudato e petéquias em palato, sem úlceras; e o adenovírus costuma associar conjuntivite. Resposta C.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos, filha única de uma família de classe média, é levada ao ambulatório por sua tia, que a considerou muito magra. Atualmente, ela está cursando o nono ano da educação básica. A adolescente não apresenta qualquer queixa. Ao exame físico, apresenta IMC de 12 com sinais clínicos de desnutrição. Afastadas outras causas para perda de peso, foi feito então o diagnóstico de anorexia nervosa. Essa doença se caracteriza por:

- A. índice de massa corpórea menor que 17 e episódios de sangramento intestinal
- B. medo intenso de ganhar peso e distúrbio em avaliar corretamente a própria imagem corporal ✓**
- C. calosidade frequente sobre a articulação proximal das articulações da mão (Sinal de Russell)
- D. episódios de compulsão alimentar seguidos de intenso desejo de perder peso, com indução de vômitos

COMENTÁRIO OSCELABS

Os pilares diagnósticos da anorexia nervosa são a restrição alimentar com baixo peso, o MEDO INTENSO de ganhar peso e a distorção da imagem corporal, com autoavaliação indevidamente influenciada pelo peso — e habitualmente com negação da gravidade, como nesta adolescente sem queixas apesar do IMC de 12. Compulsão seguida de vômitos induzidos e o sinal de Russell (calosidade no dorso da mão) apontam bulimia; sangramento intestinal não faz parte do quadro. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito A

Escolar de 9 anos, em tratamento com sulfametoxazol-trimetoprim para quadro de infecção urinária, apresenta início súbito de astenia, adinamia e acentuada palidez cutânea e mucosa. O hemograma revela: hemoglobina = 7,7g/dL, VCM = 87fL, policromatofilia e presença de hemácias “mordidas”. A hipótese diagnóstica mais provável é de:

- A. deficiência de G6PD ✓**
- B. síndrome hemolítico-urêmica
- C. anemia hemolítica autoimune
- D. septicemia por Gram-negativo

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemólise AGUDA desencadeada por sulfametoxazol-trimetoprim, com palidez súbita, policromatofilia (resposta reticulocitária) e, sobretudo, hemácias MORDIDAS — resultado da remoção dos corpos de Heinz pelo baco — e o retrato da deficiência de G6PD, doença ligada ao X em que o eritrócito não neutraliza o estresse oxidativo. Síndrome hemolítico-urêmica traria plaquetopenia, esquizócitos e lesão renal após diarreia; a anemia hemolítica autoimune tem Coombs positivo e esferócitos. Resposta A.

QUESTÃO 69 — Gabarito C

RN apresenta, no segundo dia de vida, icterícia +++ em zona IV de Kramer, hipoglicemia, bossa serossanguinolenta em região parietal, palmas e plantas eritematosas. Nasceu de parto vaginal no automóvel a caminho do hospital, bolsa rota no ato, chorou forte ao nascer. O clampamento do cordão umbilical foi feito quando a mãe foi atendida na UPA, e o RN apresenta peso adequado à idade gestacional. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o tratamento adequado para o paciente é:

- A. plasmaferese
 - B. hidratação venosa
 - C. exsanguinotransfusão parcial ✓**
 - D. hemoconcentrado de hemácias
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Parto fora do ambiente hospitalar com clameamento TARDIO do cordão, pletora (palmas e plantas eritematosas), hipoglicemia e icterícia precoce e intensa: policitemia neonatal por transfusão placentária. O excesso de massa eritrocitária eleva a viscosidade, consome glicose e sobrecarrega a bilirrubina. Quando há sintomas, o tratamento é a EXSANGUINEOTRANSFUSÃO PARCIAL com solução isotônica, que reduz o hematócrito mantendo a volemia. Transfundir hemácias agravaria o quadro. Resposta C.

QUESTÃO 70 — Gabarito B

Escolar com sintomas sugestivos de doença celíaca terá confirmação diagnóstica sem biópsia duodenal se os exames laboratoriais evidenciarem:

- A. antitransglutaminase tecidual IgA < 10 vezes valor normal, antiendomísio positivo, HLA DQ10 positivo
- B. antitransglutaminase tecidual IgA > 10 vezes valor normal, antiendomísio positivo, HLA DQ2 positivo ✓**
- C. antitransglutaminase tecidual IgA > 10 vezes valor normal, anti gliadina positivo, HLA DQ10 positivo
- D. antitransglutaminase tecidual IgA < 10 vezes valor normal, anti gliadina positivo, HLA DQ2 positivo

COMENTÁRIO OSCELABS

A dispensa da biópsia duodenal na doença celíaca exige critérios rígidos e cumulativos: antitransglutaminase tecidual IgA acima de DEZ VEZES o limite superior da normalidade, antiendomísio positivo em segunda amostra e, no protocolo cobrado, HLA compatível — DQ2 ou DQ8. Títulos abaixo de dez vezes obrigam a endoscopia; anti gliadina foi abandonado por baixa acurácia; e não existe HLA DQ10 associado à doença. Resposta B.

QUESTÃO 71 — Gabarito C

Menina de 7 anos apresenta febre diária de 38,5°C há 15 dias, principalmente à noite, e aumento de volume no pescoço. Mãe procurou atendimento na UBS, onde foi prescrita cefalexina, da qual fez uso durante cinco dias, sem melhora, sendo trocada para sulfametoxazol + TMP por mais 10 dias. Nega outros sintomas. Como não houve mudança no quadro clínico, a paciente foi encaminhada ao hospital para investigação diagnóstica. A paciente tem história familiar paterna de tosse e apresenta emagrecimento há mais de um mês. Tem gato e cachorro no domicílio. Ao exame físico, apresenta adenomegalia cervical posterior direita com 5cm de diâmetro, endurecida e aderente, sem sinais flogísticos e o restante normal. Exames laboratoriais revelaram: Ht = 35%; Hb = 11,5mg/dL; plaquetas = 220.000/mm³; VHS = 50; leucócitos = 12.400 com 60% de linfócitos, 30% de neutrófilos e 10% de monócitos. Radiografia de tórax normal. Teste tuberculínico: 13mm. O diagnóstico mais provável e a conduta adequada, respectivamente, são:

- A. doença da arranhadura do gato / prescrever azitromicina
- B. toxoplasmose / prescrever sulfadiazina e pirimetamina
- C. tuberculose ganglionar / realizar esquema RIP ✓**
- D. linfoma / realizar biópsia de medula

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre prolongada, emagrecimento, adenomegalia cervical endurecida e ADERENTE sem sinais flogísticos, ausência de resposta a dois antibióticos, contato domiciliar tossidor e PPD de 13mm: tuberculose ganglionar. Em menores de dez anos, o esquema do Ministério da Saúde é RIP (rifampicina, isoniazida e pirazinamida), sem etambutol, por seis meses. Doença da arranhadura costuma ter linfonodo flutuante e curso autolimitado; linfoma é diferencial, mas o PPD forte e o contato apontam TB. Resposta C.

QUESTÃO 72 — Gabarito B

Menina de 7 anos chega à emergência com quadro de urticária generalizada e broncoespasmo iniciado há cerca de 30 minutos após ingestão de confeito de amendoim. A mãe informa que a criança apresentou episódio semelhante há dois anos ao comer paçoca. O tratamento inicial de escolha para o caso é a administração de:

- A. corticosteroide oral
- B. epinefrina intramuscular ✓**
- C. corticosteroide intravenoso
- D. anti-histamínico intramuscular

COMENTÁRIO OSCELABS

Urticaria generalizada COM broncoespasmo após ingestão de amendoim, em criança com reação previa: anafilaxia. O tratamento de primeira linha, sem exceção e sem substituto, é a ADRENALINA intramuscular na face anterolateral da coxa (0,01 mg/kg), repetível a cada 5-15 minutos. Corticoide tem início de ação lento e não previne óbito; anti-histamínico só alivia sintomas cutâneos. Retardar a adrenalina é o principal fator associado a anafilaxia fatal. Resposta B.

QUESTÃO 73 — Gabarito C

Lactente de 6 meses apresenta infecção de vias aéreas superiores há dois dias. Evoluiu com febre alta, irritabilidade e inapetência há cerca de oito horas. As vacinas do Plano Nacional de Imunização estão atualizadas. Ao exame, não foram encontrados sinais de irritação meníngea ou sinais focais. Na investigação diagnóstica, a análise líquórica evidenciou celularidade de 100 células/mm³, sendo 70% de polimorfonuclear, proteínas 90mg/dL e glicose de 40mg/dL (sérica 90mg/dL). Considerando o diagnóstico mais provável nesse caso, é correto afirmar que a:

- A. hemocultura seria de pouco auxílio no diagnóstico etiológico por ser caso de meningite viral
 - B. tomografia computadorizada de crânio é recomendada antes da realização da punção lombar
 - C. cefalosporina de terceira geração, associada à vancomicina, consiste no tratamento empírico recomendado ✓**
 - D. análise líquórica é diagnóstica de meningite bacteriana, dispensando a pesquisa de antígenos, PCR (reação e cadeia de polimerase) e cultura
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) -
PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Líquor com predomínio de POLIMORFONUCLEARES, hiperproteinorraquia e glicose inferior a metade da sérica define meningite bacteriana, mesmo sem rigidez de nuca — sinal frequentemente ausente em lactentes. O tratamento empírico nessa faixa etária é cefalosporina de terceira geração ASSOCIADA à vancomicina, pela possibilidade de pneumococo resistente. Neuroimagem previa à punção só é exigida se houver sinal focal, coma ou papiledema, e a etiologia deve ser sempre perseguida com cultura e hemocultura. Resposta C.

QUESTÃO 74 — Gabarito D

Lactente, de 1 ano e 6 meses, previamente hígida, iniciou quadro de evacuações líquidas há dois dias, apresentando cerca de dez episódios por dia. Seus pais referem vários casos de diarreia aguda na creche que ela frequenta e informam que ela não está se alimentando, recusando inclusive o leite materno. Além disso, notaram que, nas últimas 24 horas, ela está mais prostrada e praticamente não urinou. Ao exame físico, a paciente apresenta muita sonolência, mucosas muito secas, taquicardia importante, pulsos finos e perfusão capilar periférica lentificada (sete segundos). Nesse caso, o diagnóstico e a conduta adequada, respectivamente, são de:

- A. desidratação grave / hidratação por via enteral a partir de uma sonda nasogástrica
- B. desidratação grave e infecção bacteriana / antibioticoterapia venosa em soro glicosado
- C. desidratação leve / terapia de reidratação oral na UBS e, após alta, retornar em caso de gravidade
- D. desidratação grave / reposição hídrica por via venosa, inicialmente a partir de uma etapa de expansão** ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Sonolência, mucosas muito secas, taquicardia, pulsos finos e enchimento capilar de sete segundos configuram desidratação GRAVE com choque hipovolemico (plano C). A conduta é acesso venoso imediato e fase de EXPANSÃO rápida com solução isotônica, repetida conforme a resposta, so então passando a manutenção e a reidratação oral. A via enteral por sonda é alternativa apenas na falha de acesso sem choque, e antibiótico não está indicado em diarreia aguda de perfil viral. Resposta D.

QUESTÃO 75 — Gabarito A

Lactente de 7 meses é levada a atendimento médico pela mãe por apresentar vários episódios diários de alterações motoras, descritas por ela como “sustos”, particularmente quando está com sono ou ao despertar. Ao exame, são observados múltiplos episódios de espasmos musculares em flexão do pescoço, tronco e membros. Considerando a principal hipótese diagnóstica, o achado eletroencefalográfico esperado e a melhor opção de tratamento, respectivamente, são:

- A. hirsutria / ACTH** ✓
- B. hirsutria / lamotrigina
- C. polipontas temporais / ACTH
- D. polipontas temporais / vigabatrina

COMENTÁRIO OSCELABS

Espasmos em flexão de pescoço, tronco e membros, em salvas, tipicamente ao adormecer ou despertar, em lactente: síndrome de West. O eletroencefalograma mostra HIRSUTRIA — atividade caótica, de alta voltagem e desorganizada. O tratamento é escolha e hormonal, com ACTH (ou corticoide em altas doses); a vigabatrina é preferida quando a causa é esclerose tuberosa. Lamotrigina não tem papel nessa encefalopatia epiléptica, e polipontas temporais não compõem o quadro. Resposta A.

QUESTÃO 76 — Gabarito D

Pré-escolar de 3 anos tem apresentado quadro de “agitação” ocular, movimentando os olhos rapidamente em várias direções, e perda da coordenação motora. Ao exame, verificam-se movimentação ocular espontânea, não rítmica, multidirecional e caótica, além de ataxia. A palpação abdominal revela massa abdominal fixa e endurecida em flanco esquerdo. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. linfoma não-Hodgkin
- B. feocromocitoma
- C. tumor de Wilms

D. neuroblastoma ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Movimentos oculares caóticos e multidirecionais (opsoclonia) com ataxia constituem a síndrome opsoclonia-mioclonia, fenômeno PARANEOPLÁSICO classicamente associado ao neuroblastoma — e a massa abdominal endurecida e fixa fecha o raciocínio. O tumor de Wilms também da massa abdominal, mas costuma ser bem delimitado, não ultrapassa a linha média e não gera síndrome neurológica; feocromocitoma cursa com hipertensão paroxística. Confirma-se com catecolaminas urinárias e imagem. Resposta D.

QUESTÃO 77 — Gabarito A

Pré-escolar iniciou quadro de dor abdominal diária de média intensidade há dois meses, associada à contração dos músculos glúteos e enrijecimento das pernas quando deitado ou quando em pé segurando nos móveis. Além disso, apresenta defecação em roupa íntima diariamente e em vaso sanitário duas vezes por semana. As manifestações descritas são compatíveis com:

A. retenção fecal voluntária e incontinência fecal involuntária ✓

B. esforço para evacuar e incontinência fecal involuntária

C. esforço para evacuar e incontinência fecal voluntária

D. retenção e incontinência fecais voluntárias RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O quadro descreve constipação funcional com comportamento retentivo: a contração dos glúteos e o enrijecimento das pernas não são esforço para evacuar, e sim manobras VOLUNTÁRIAS de retenção para evitar a passagem dolorosa do bolo fecal. Com o reto cronicamente distendido, há escape de fezes pela borda do fecaloma — a incontinência é, portanto, INVOLUNTÁRIA e não percebida pela criança, não devendo ser interpretada como comportamento intencional. Resposta A.

QUESTÃO 78 — Gabarito A

Lactente de 9 meses, com história de febre alta, coriza, tosse e conjuntivite não purulenta há três dias, iniciou exantema maculopapular nas regiões frontal e cervical, posteriormente se disseminando para tronco e extremidades. A presença de outros dados clínicos e complicações que corroboram a suspeita de sarampo são:

A. pontos vermelhos brilhantes com centro branco ou branco-azulado na mucosa oral, descamação furfurácea e encefalite aguda ✓

B. desaparecimento da febre após o início do exantema, enantema e meningite viral

C. confluência do exantema, descamação laminar e pneumonia de células gigantes

D. eritema malar, recorrência do exantema e ataxia cerebelar

COMENTÁRIO OSCELABS

O sarampo cursa com prodromo catarral (febre alta, tosse, coriza e conjuntivite), enantema patognomônico — as manchas de KOPLIK, pontos branco-azulados na mucosa jugal, que antecedem o exantema — e rash maculopapular com progressão craniocaudal que evolui para descamação FURFURÁCEA. Entre as complicações destacam-se otite, pneumonia e encefalite aguda. Descamação LAMINAR e de escarlatina; eritema malar e do eritema infeccioso. Resposta A.

QUESTÃO 79 — Gabarito B

Neonato no 3º dia de vida, idade gestacional de 37 semanas, assintomático, apresenta resultado de VDRL 1:2. Possui história materna de resultados de teste rápido para sífilis reagente e VDRL 1:32 no primeiro trimestre da gestação. Na ocasião, a mãe recebeu tratamento com penicilina benzatina 7,2 milhões UI (esquema de 2,4 milhões/semana). O exame do parceiro apresentava teste rápido positivo e VDRL negativo, tendo ele recebido o mesmo esquema de tratamento. Atualmente, o VDRL materno é de 1:2, e o teste treponêmico é positivo. A situação clínica e a conduta recomendadas para essa criança, respectivamente, são:

- A. exposição à sífilis / realizar todos os exames para o diagnóstico, seguimento obrigatório e teste treponêmico com 1 mês de vida
- B. exposição à sífilis / realizar seguimento obrigatório e teste não treponêmico com 1 mês de vida ✓**
- C. sífilis congênita / realizar todos os exames para o diagnóstico e tratar com penicilina cristalina
- D. sífilis congênita / realizar todos os exames para diagnóstico e tratar com penicilina benzatina

COMENTÁRIO OSCELABS

Mae ADEQUADAMENTE tratada com penicilina benzatina, com resposta sorologica (queda de 1:32 para 1:2), parceiro tratado, RN assintomático e com VDRL 1:2 — não superior ao materno, portanto sem o critério de título maior que o dobro da diluição materna. Trata-se de criança EXPOSTA a sífilis, e não de sífilis congênita: não há indicação de investigação completa nem de tratamento, apenas seguimento com teste NAO treponêmico com um mês de vida (o treponêmico só tem valor após os 18 meses). Resposta B.

QUESTÃO 80 — Gabarito D

As crianças com infecções congênicas podem apresentar um conjunto de dados clínicos correlacionado com a sua etiologia. Essa correlação não ocorre no caso de:

- A. catarata e microcefalia na rubéola congênita
- B. pênfigo palmoplantar e síndrome nefrótica na sífilis congênita
- C. edema, anemia persistente e miocardite na infecção pelo parvovírus B19
- D. surdez neurosensorial e persistência do canal arterial na citomegalovirose congênita MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A questão pede a correlação que NAO se sustenta. Persistência do canal arterial, junto com catarata e surdez, compõe a tríade de Gregg da RUBÉOLA congênita — não da citomegalovirose, que causa surdez neurosensorial (sua principal seqüela), microcefalia, calcificações periventriculares e coriorretinite, mas não cardiopatia. As demais associações estão corretas: pênfigo palmoplantar e síndrome nefrótica na sífilis, e hidropsia com anemia e miocardite no parvovírus B19. Resposta D.

QUESTÃO 81 — Gabarito D

Mulher de 75 anos, viúva, mãe de três filhas, com ataxia cerebelar, recebeu o diagnóstico de adenocarcinoma de pulmão há dez anos, sendo tratada com radioterapia e quimioterapia. Recentemente, foi diagnosticada com adenocarcinoma gástrico Borrmann III. A paciente encontra-se com caquexia, capacidade respiratória reduzida e dependente para as atividades da vida diária. Considerando a avaliação multidimensional da idosa, o plano de cuidado adequado é o(a):

- A. quimioterapia com drogas inovadoras e suporte psicológico
- B. cirurgia após melhora clínica com suplemento alimentar e fisioterapia
- C. tratamento radioterápico e a abordagem nutricional para reverter caquexia

D. controle de sintomas e a preservação da funcionalidade pela equipe multiprofissional RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa com duas neoplasias, caquexia, capacidade respiratória reduzida e DEPENDENCIA para as atividades de vida diária: a avaliação multidimensional revela baixa reserva funcional e mau prognóstico. O plano adequado e de cuidados paliativos — controle de sintomas e preservação da funcionalidade por equipe multiprofissional. Quimioterapia, cirurgia e radioterapia nesse contexto acrescentam toxicidade sem benefício, e a caquexia neoplásica não se reverte com suporte nutricional isolado. Resposta D.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Mulher de 35 anos, religiosa, mora com seu marido e seus três filhos menores de idade. Ela teve um acidente vascular cerebral (AVC) há seis meses que a deixou com sequelas motoras. Na visita domiciliar, devido a uma lesão por pressão em estágio inicial, ela questionou se sua doença seria um castigo, pois há um ano teve uma gravidez que “não foi à frente”. Considerando a abordagem integral da pessoa, no caso dessa paciente, o profissional deve:

A. desconsiderar as suas crenças, cobrar maior participação do marido no cuidado e acionar a equipe de enfermagem

B. reconhecer o seu sofrimento espiritual, oferecer suporte para que ela fale mais da questão e mapear rede de apoio ✓

C. orientar que castigo não existe, que ela deve pensar positivo e frequentar o grupo de atendimento psicológico

D. informar que esse assunto extrapola o enfoque do cuidado clínico e acionar a fisioterapia para reabilitá-la

COMENTÁRIO OSCELABS

A pergunta sobre castigo e perda gestacional expressa SOFRIMENTO ESPIRITUAL, dimensão legítima do cuidado integral no modelo biopsicossocial. A conduta acolher, reconhecer o sofrimento, abrir espaço para que a paciente elabore a questão e mapear a rede de apoio (família, comunidade, equipe). Desconsiderar crenças, oferecer conselhos prontos como pensar positivo ou delegar o tema como alheio à clínica rompem o vínculo e desqualificam a experiência da pessoa. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Homem de 34 anos, solteiro, procurou a UBS para fazer testes rápidos devido à relação sexual sem proteção. O resultado do anti-HIV foi reagente. O médico de família informa que atualmente o acompanhamento pode ser feito na APS e indica o início do tratamento antirretroviral. Nesse caso, além de lamivudina, o esquema preferencial inclui:

A. tenofovir + atazanavir + ritonavir

B. zidovudina + dolutegravir

C. tenofovir + dolutegravir ✓

D. zidovudina + efavirenz

COMENTÁRIO OSCELABS

O esquema inicial preferencial para adultos vivendo com HIV no Brasil é a associação tenofovir + lamivudina + DOLUTEGRAVIR, em coformulação, pela alta barreira genética, rápida supressão viral e boa tolerabilidade. Zidovudina foi deslocada por toxicidade hematológica e lipoatrofia; efavirenz saiu da primeira linha por efeitos neuropsiquiátricos e resistência transmitida; e o esquema com atazanavir/ritonavir é alternativa em situações específicas. O acompanhamento pode ser feito na APS. Resposta C.

QUESTÃO 84 — ANULADA

Mulher de 78 anos comparece à consulta na UBS com sua filha de 45 anos, que está muito apreensiva, pois sua mãe está “muito esquecida”, não reconhece algumas pessoas e repete as mesmas coisas várias vezes. A médica da equipe aplicou o minixame do estado mental (MEEM) e o resultado foi abaixo do esperado para o nível de escolaridade da paciente. A partir desse resultado, os exames complementares fundamentais na investigação são:

- A. sorologia para hepatite B e C, anti-HIV e vitamina B6
- B. sorologia para sífilis, anti-HIV, TSH e vitamina B12
- C. sorologia para sífilis, TSH, T4 livre e vitamina B1
- D. sorologia para hepatite e sífilis, T3 e vitamina D

COMENTÁRIO OSCELABS

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado é a investigação complementar do declínio cognitivo após rastreio alterado: a proposta é afastar causas POTENCIALMENTE REVERSÍVEIS de demência, o que inclui hemograma, função renal e hepática, eletrólitos, cálcio, TSH, vitamina B12, sorologia para sífilis, sorologia para HIV em situações de risco e neuroimagem estrutural. Vitaminas B1, B6 e D e dosagens de T3 não integram a rotina. Sem afirmação de alternativa correta.

QUESTÃO 85 — Gabarito A

No diagnóstico comunitário realizado pela equipe de um médico de família, identificaram-se muitas pessoas idosas com condições crônicas. Na reunião de equipe, ele propôs a criação de um grupo na UBS. A partir do método clínico centrado na pessoa e do modelo de atenção às condições crônicas, é correto afirmar que os grupos educativos:

- A. aumentam o vínculo com a população, favorecem a troca de experiências e oportunizam o acolhimento das necessidades dos participantes ✓**
 - B. são conduzidos pelos enfermeiros, que são os profissionais indicados pelo método para atuarem como facilitadores, reservando as abordagens individuais aos médicos, psicólogos e assistentes sociais
 - C. decorrem do planejamento anual de ações na comunidade, viabilizam a prescrição em larga escala, aumentando a produtividade da equipe, e possuem enfoque metodológico no binômio doença-cura
 - D. oportunizam escuta qualificada similar à que ocorre na consulta individual, com processo interdisciplinar centrado na pessoa do profissional de saúde, que transmite instruções padronizadas aos participantes
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

No método clínico centrado na pessoa e no modelo de atenção às condições crônicas, o grupo educativo e espaço de autocuidado apoiado: fortalece o vínculo com a população, permite a troca de experiências entre pares e acolhe as necessidades trazidas pelos participantes. As demais alternativas contrariam o modelo ao restringir a condução a uma categoria profissional, ao propor prescrição em larga escala com enfoque em doença-cura, ou ao centrar o processo no profissional que transmite instruções padronizadas. Resposta A.

QUESTÃO 86 — Gabarito A

Mulher de 39 anos procura cardiologista para realizar atividade física (caminhada na praia). Nega sintomas cardiovasculares, tabagismo, uso de drogas e diabetes, mas refere que seus pais faleceram de infarto aos 74 e 82 anos, respectivamente, no ano vigente. O exame físico encontra-se normal, com pressão arterial = 120 x 70mmHg, último LDL-colesterol = 120mg/dL, colesterol total = 190mg/dL e HDL = 60mg/dL. O médico informa que, para liberá-la para a atividade física, precisará solicitar um teste ergométrico (TE). Considerando o valor do risco absoluto para doença cardiovascular calculado pela tabela de Framingham, a conduta médica de solicitar o TE, nesse caso, é:

- A. inadequada e pode causar prejuízo à paciente, pois o seu risco cardiovascular global é baixo e, se o TE der positivo, provavelmente será um teste falso positivo ✓**
- B. adequada e busca proteger a paciente, pois o seu risco cardiovascular global é intermediário e, se o TE der positivo, provavelmente será um resultado falso positivo
- C. inadequada e pode causar prejuízo à paciente, pois o seu risco cardiovascular global é baixo e, se o TE der positivo, provavelmente será um teste verdadeiro positivo
- D. adequada e busca proteger a paciente, pois o seu risco cardiovascular global é intermediário e, se o TE der positivo, provavelmente será um resultado verdadeiro positivo

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher assintomática, sem fatores de risco relevantes (o infarto dos pais ocorreu em idade avançada, sem história familiar precoce) e com lipidograma favorável: risco cardiovascular BAIXO. Solicitar teste ergométrico para liberar caminhada e sobrediagnóstico. O ponto teórico e o teorema de Bayes: com probabilidade pre-teste baixa, o valor preditivo positivo despenca e o resultado positivo será provavelmente FALSO, gerando cascata de exames, ansiedade e risco iatrogenico. Resposta A.

QUESTÃO 87 — Gabarito D

No processo de envelhecimento normal do corpo, ocorrem várias alterações esperadas, mas também há maior risco de uma série de doenças e agravos à saúde. Muitas vezes, os processos de envelhecimento normal ou de adoecimento são confundidos. Na pessoa idosa, a perda da função renal (na maioria dos casos), os lapsos de memória e a perda das massas muscular e óssea são processos esperados da:

- A. senilidade e devem ser enfrentados com realização de exames complementares frequentes, indicação de vitaminas e medicamentos para essas várias doenças, e repouso para promover boa qualidade de vida e manter a produtividade por mais tempo
- B. senescência e devem ser enfrentados com realização de exames complementares frequentes, indicação de vitaminas, medicamentos e repouso, dada a incapacidade de aprender novos hábitos e de usufruir uma boa qualidade de vida
- C. senilidade e devem ser enfrentados evitando-se drogas nefrotóxicas e estimulando exercícios contra resistência, embora essas intervenções sejam limitadas e levem à perda progressiva da funcionalidade e da qualidade de vida
- D. senescência e devem ser enfrentados evitando-se drogas nefrotóxicas e estimulando exercícios contra resistência, pois podem manter a produtividade e promover boa qualidade de vida por mais tempo ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A distinção central e conceitual: **SENESCENCIA** e o envelhecimento fisiológico, com queda da filtração glomerular, lapsos benignos de memória e perda de massa muscular e óssea; **SENILIDADE** traduz alterações decorrentes de doença. Sendo esperados, esses processos são manejados com prevenção — evitar nefrotóxicos e estimular exercício contra resistência —, mantendo funcionalidade e qualidade de vida. Repouso, exames em excesso e polivitamínicos causam dano, e o idoso continua capaz de aprender novos hábitos. Resposta D.

QUESTÃO 88 — Gabarito B

Paciente de 79 anos, tabagista de 80 maços-ano, com tosse produtiva há três meses, sudorese à noite, sibilos e emagrecimento, refere cansaço e falta de ar. Nega episódios anteriores dos sintomas nos últimos três anos. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é de:

A. pneumonia bacteriana

B. tuberculose pulmonar ✓

C. bronquite crônica

D. asma cardíaca

COMENTÁRIO OSCELABS

Tosse produtiva por MAIS de três semanas — aqui três meses — somada a sudorese noturna e emagrecimento define sintoma respiratório com quadro consumptivo: investigar tuberculose com baciloscopia/teste molecular de escarro e radiografia de tórax. Pneumonia bacteriana tem curso agudo e febril. Bronquite crônica exige tosse produtiva por três meses em DOIS anos consecutivos, e o paciente nega sintomas prévios. Asma cardíaca cursaria com dispnéia paroxística noturna e congestão, sem emagrecimento. Resposta B.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Paciente de 56 anos, com obesidade grau 1, procura emergência às 13h por “pressão alta” após discussão em casa. Encontra-se agitada, chorosa, com tremores de extremidades. Nega sintomas precordiais no momento do exame ou em episódios anteriores. Relata estar triste na última semana pelas brigas com o marido. Observa-se pressão = 172 x 94mmHg e glicemia = 200mg/dL. Com a paciente em observação, foi administrado captopril sublingual e insulina regular subcutânea. Após normalização da pressão e da glicemia, ela foi liberada com os diagnósticos de hipertensão arterial, diabetes e depressão. Mediante os sinais e sintomas clínicos descritos, avalia-se que:

A. há critérios clínicos para diagnosticar hipertensão e depressão / há indicação para permanência e tratamento na emergência

B. não há critérios clínicos para diagnosticar hipertensão e diabetes / há indicação para permanência e tratamento na emergência

C. há critérios clínicos para diagnosticar hipertensão, diabetes e depressão / justifica-se a liberação e tratamento domiciliar

D. não há critérios clínicos para diagnosticar hipertensão, diabetes e depressão / justifica-se a liberação e tratamento domiciliar ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Nenhum dos tres diagnosticos se sustenta com o que foi coletado. Hipertensao nao se diagnostica em medida unica durante crise emocional (pseudocrise hipertensiva), exigindo confirmacao ambulatorial ou MAPA/MRPA. Diabetes exige glicemia casual de 200 ACOMPANHADA de sintomas classicos, ou confirmacao por outro exame. Depressao requer duas semanas de sintomas — aqui ha reacao situacional de uma semana. Sem criterio de gravidade, a paciente pode ser liberada com seguimento na atencao primaria. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito C

Em uma UBS, no verão, vários pacientes apresentam sintomas de dengue (febre alta, manchas vermelhas no corpo, dor muscular e nas articulações). Diante dessa situação, a medida correta é:

- A. montar hospital de campanha para realizar hidratação e tratamento precoce dos pacientes que apresentem sintomas e encaminhar os casos graves para atendimento hospitalar em unidades que possuam centro de terapia intensiva (CTI)
- B. aumentar o número de médicos para o atendimento dos pacientes, identificar pacientes com sintomas graves para encaminhamento à internação e dar tratamento sintomático aos pacientes estáveis ou pouco sintomáticos
- C. usar o Mapa Vivo para localizar os focos da doença de modo a combater o mosquito transmissor, além de detectar e encaminhar os doentes graves para tratamento hospitalar e dar tratamento sintomático aos demais ✓**
- D. iniciar medicação específica para dengue em todos os pacientes com sintomas iniciais e encaminhar para internação os sintomáticos graves, além de fazer hidratação venosa em todos os pacientes

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de surto de dengue, a resposta correta articula vigilância e assistência: usar o Mapa Vivo para localizar focos e orientar o combate ao vetor (única ação que interrompe a transmissão), classificar os casos por grupo de risco encaminhando os graves ao hospital e tratar sintomaticamente os demais na própria unidade. Não existe medicação específica para dengue, hidratação venosa universal e desnecessária e a montagem de hospital de campanha não substitui o controle vetorial. Resposta C.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

Os testes diagnósticos altamente sensíveis são usados em situações em que se quer detectar todos os indivíduos com uma determinada condição na população. Considerando os exames para diagnóstico de diabetes, o de maior sensibilidade é:

- A. teste oral de tolerância à glicose ✓**
 - B. índice de resistência à insulina
 - C. glicemia pós-prandial
 - D. hemoglobina glicada
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre os testes usados no diagnóstico de diabetes, o teste oral de tolerância a glicose com 75g é o mais SENSÍVEL: detecta a intolerância a glicose pós-sobrecarga, alteração que aparece antes da elevação da glicemia de jejum e da hemoglobina glicada, esta última a menos sensível das três (além de sofrer interferência de hemoglobinopatias e anemias). Índice de resistência a insulina é ferramenta de pesquisa, não critério diagnóstico. Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Mulher atendida pela primeira vez na UBS foi convidada pelo médico de família e comunidade a participar de um grupo de promoção da saúde. Durante a atividade, foi explicada a existência de reuniões nas quais a população tem o direito de colaborar com a equipe nas decisões para a organização do Sistema Único de Saúde (SUS). A diretriz do SUS a qual essa mulher foi apresentada é a:

- A. coordenação de informações
- B. integração de cuidados
- C. orientação comunitária
- D. participação popular ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Reunioes em que a populacao delibera sobre a organizacao do servico correspondem ao CONTROLE SOCIAL, exercido pelos conselhos e conferencias de saude previstos na Lei 8.142/90 — a diretriz da participacao popular ou participacao da comunidade, ao lado da universalidade, integralidade e descentralizacao. Coordenacao, integracao do cuidado e orientacao comunitaria sao atributos da atencao primaria, nao diretrizes constitucionais do SUS. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito A

A equipe de APS é responsável pelas modalidades de cuidado de atenção domiciliar. São critérios de inclusão para realização de visitas domiciliares regulares:

- A. problemas de saúde compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde ✓**
- B. afecções agudas ou crônicas agudizadas com necessidade de cuidados intensificados e sequenciais como tratamentos parenterais
- C. prematuridade e baixo peso em bebês com necessidade de ganho ponderal para garantir o desenvolvimento e crescimento
- D. necessidades de cuidados paliativos com acompanhamento clínico, no mínimo, semanal, com a finalidade de controlar a dor ou o sofrimento do usuário

COMENTÁRIO OSCELABS

A modalidade AD1, de responsabilidade da equipe de atencao primaria, destina-se a pessoas com problemas de saude CONTROLADOS ou compensados que tenham dificuldade ou impossibilidade fisica de se deslocar ate a unidade — o perfil das visitas domiciliares regulares. Necessidade de procedimentos de maior complexidade, tratamento parenteral, acompanhamento de prematuro de risco e cuidados paliativos com controle intensivo de sintomas configuram AD2 e AD3, atribuicoes das equipes do Melhor em Casa. Resposta A.

QUESTÃO 94 — Gabarito C

A violência contra a criança e o adolescente não pode ser compreendida como um ato isolado, mas decorrente de uma série de fatores de riscos individuais e sociais. Em relação às situações e definições importantes a serem consideradas na abordagem da violência contra a criança e o adolescente, é correto afirmar que a:

- A. violência observada na síndrome de Münchausen por procuração compreende sinais e sintomas de alarme que ocorrem mesmo na ausência da mãe
- B. violência física é, em geral, associada à disciplina e à punição, sendo uma causa de menor importância de morbimortalidade na faixa etária abaixo de três anos

C. violência psicológica é toda ação e omissão que coloca em risco ou causa danos à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da criança e do adolescente ✓

D. negligência ou o abandono estão presentes especialmente nas classes sociais mais baixas, e a notificação desses casos é importante para os Conselhos Tutelares e o Ministério Público

COMENTÁRIO OSCELABS

Violência psicológica é definida como toda ação ou omissão que causa ou expõe a risco a autoestima, a identidade e o desenvolvimento da criança e do adolescente — inclui humilhação, rejeição, ameaça e testemunho de violência doméstica. As demais erram: na síndrome de Munchausen por procuração os sinais tipicamente CESSAM na ausência do cuidador; a violência física é causa importante de morbimortalidade abaixo dos três anos; e negligência ocorre em todas as classes sociais, sendo a pobreza um confundidor. Resposta C.

QUESTÃO 95 — Gabarito B

Um ensaio clínico randomizado realizado com 200 indivíduos diabéticos verificou dois casos de retinopatia diabética, entre os 100 indivíduos alocados para tratamento, e quatro casos, entre os 100 alocados para placebo. Para prevenir um único caso de retinopatia entre os indivíduos com as características desse estudo, o número necessário para tratar (NNT) é de:

A. 100

B. 50 ✓

C. 40

D. 20 RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Cálculo direto: risco no placebo $4/100 = 4\%$; risco no tratamento $2/100 = 2\%$. A redução absoluta de risco é $4\% - 2\% = 2\%$, ou 0,02. O número necessário para tratar é o inverso da redução ABSOLUTA: $1/0,02 = 50$. O erro clássico é usar a redução RELATIVA (50%), que pareceria impressionante mas não informa quantos pacientes precisam ser tratados. Resposta B.

QUESTÃO 96 — Gabarito C

Homem de 55 anos, casado, ex-tabagista, procura o serviço de saúde pela primeira vez para fazer um check-up. Comenta estar muito ansioso desde que soube que seu vizinho sofreu um infarto agudo do miocárdio. Refere história familiar de diabetes, hipertensão arterial e gota. Nega sintomas de prostatismo ou de outra enfermidade. O exame físico é normal, com exceção do IMC = 33. Quanto à prevenção de doenças, as medidas recomendadas como condutas necessárias para rastreamento nesse caso, embasadas no impacto de morbimortalidade, são:

A. colesterol total e frações, glicemia de jejum e teste ergométrico

B. teste de tolerância oral à glicose e dosagem de PSA e de ácido úrico

C. glicemia de jejum, colesterol total e frações e aferição de pressão arterial ✓

D. aferição de pressão arterial, cálculo de risco cardiovascular e dosagem de PSA

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastreamento se justifica quando há evidência de impacto em morbimortalidade. Nesse homem de 55 anos, obeso e com história familiar, isso significa aferição da pressão arterial, glicemia de jejum e perfil lipídico — bases do cálculo de risco cardiovascular e de intervenções eficazes. Teste ergométrico em assintomático não é recomendado; PSA não tem indicação de rastreamento populacional pelo balanço dano-benefício; e ácido úrico só se investiga diante de manifestação clínica. Resposta C.

QUESTÃO 97 — Gabarito B

Homem jovem, morador de uma comunidade carente, reside com seis familiares, entre eles, duas crianças de 3 e 10 anos. Ele faz acompanhamento irregularmente para SIDA em unidade básica de saúde e, há um mês, foi diagnosticado com tuberculose pulmonar. Considerando esse contexto, o médico de família deve:

- A. prescrever tratamento diretamente observado a cada trimestre de uso da medicação, com a supervisão da tomada dos medicamentos sendo realizada pela equipe de enfermagem na unidade de saúde
- B. identificar infecção latente por tuberculose nos contatos assintomáticos e avaliar os sintomáticos respiratórios com exame baciloscópio de escarro e raio X de tórax ✓**
- C. examinar os sintomáticos respiratórios, proceder à coleta de escarro para baciloscopia, solicitar raio X de tórax e realizar teste anti-HIV em todos os familiares
- D. avaliar se as crianças que residem na casa foram vacinadas com BCG e, caso não tenham sido, vacinar e fazer profilaxia com zidovudina solução oral

COMENTÁRIO OSCELABS

Diante de caso índice de tuberculose pulmonar, a conduta obrigatória é a avaliação dos CONTATOS domiciliares: quem tiver sintomas respiratórios e investigado com baciloscopia/teste molecular de escarro e radiografia de tórax; quem estiver assintomático e rastreado para infecção LATENTE (prova tuberculínica ou IGRA, com radiografia), tratando-se os positivos. O tratamento diretamente observado é diário, não trimestral; testar HIV de todos os familiares não é conduta indicada, e zidovudina não previne tuberculose. Resposta B.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Mulher de 50 anos relata episódios de calor e sudorese noturna, especialmente no tórax e na face, que às vezes interrompem o sono. Refere ciclos irregulares há mais de um ano e que está sem menstruar há três meses. Informa ganho de peso durante a pandemia, que se encontra com 75kg e 152cm de altura e fez ultrassom abdominal que mostrou esteatose hepática. Nega tabagismo, uso de corticoides, ingestão de bebidas alcoólicas e história de transfusão de sangue. A mãe é obesa e diabética, a tia paterna faleceu de câncer de mama, e a avó sofreu fratura do fêmur aos 70 anos. Ela pergunta ao médico se está na menopausa e deseja fazer todos os exames, inclusive as dosagens hormonais e densitometria. Além disso, quer começar a terapia hormonal (TH) o mais cedo possível porque “quer ter uma velhice saudável”. Sobre a abordagem do climatério/menopausa nesse caso, é correto afirmar que a:

- A. época do início e a duração da terapia não estão associados com riscos diferentes de câncer de mama, mas as diferentes formulações e dosagens de TH estão associadas a risco diferenciado
- B. dosagem de FSH deve ser solicitada para confirmar o diagnóstico e a densitometria deve ser realizada antes de iniciar a TH porque o cálculo do risco de FRAX é provavelmente alto
- C. melhor alternativa para o tratamento dos sintomas vasomotores é a TH combinada de estrogênio e progestogênio, caso se indique o tratamento ✓**
- D. história familiar de doenças crônico-degenerativas e a esteatose hepática contraindicam a TH da menopausa

COMENTÁRIO OSCELABS

Mulher com sintomas vasomotores que interferem no sono, na transição menopausal, com útero INTEGRAL: havendo indicação e ausência de contraindicação, a terapia hormonal COMBINADA de estrogênio com progestogênio é o tratamento mais eficaz — o progestogênio é obrigatório para proteger o endométrio. O diagnóstico de climatério é CLÍNICO, dispensando FSH; e o risco de câncer de mama depende sim do tempo de uso e da formulação, o que torna a alternativa A incorreta. Esteatose e história familiar não contraindicam. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito B

O rastreamento consiste na aplicação de testes em pessoas assintomáticas com o objetivo de selecionar indivíduos para intervenções cujo benefício potencial seja maior que o dano potencial. A APS tem papel fundamental na construção de programas de rastreamento organizados. Os critérios para a introdução de um programa de rastreamento consideram:

- A. o impacto significativo na saúde pública, independente da prevalência da doença e de cuidado médico acessível
- B. uma população rastreada com pessoas dispostas a aderir à sequência de investigação e ao tratamento ✓**
- C. o uso de testes diagnósticos de especificidade alta para detectar a doença no período assintomático
- D. existência de tratamento conhecido capaz de melhorar os desfechos durante o período sintomático

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelos criterios classicos de Wilson e Jungner, um programa de rastreamento exige doenca relevante e prevalente, com fase PRE-CLINICA detectavel, teste aceitavel e SENSIVEL, tratamento disponivel que melhore o desfecho quando aplicado nessa fase assintomatica, servico acessivel e — ponto cobrado aqui — populacao disposta a aderir a toda a sequencia de investigacao e tratamento, sem o que o rastreio gera dano sem beneficio. Resposta B.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

O uso excessivo de medicamentos constitui risco à saúde de pessoas mais idosas com comorbidades crescentes, sendo provavelmente mais ameaçador do que as doenças para as quais os fármacos são prescritos. Sobre a abordagem da polifarmácia, é correto afirmar que:

- A. os fármacos para problemas cardiovasculares fazem parte da lista de drogas que podem aumentar o risco de reações adversas aos medicamentos em idosos ✓**
 - B. existem fortes evidências para os benefícios da suspensão ativa de sinvastatina na prevenção de AVC em idosos, podendo ser retirada abruptamente
 - C. as prescrições em cascata também levam a polifarmácia a ser desnecessária, como o uso concomitante de omeprazol para os pacientes em tratamento com tiazidas
 - D. algumas condições podem estar associadas ao risco de reações adversas aos medicamentos em idosos, como a insuficiência cardíaca, a osteoartrose, o hipotireoidismo e a demência
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ
2024 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR PROIBIDO DESTACAR ESTA E QUALQUER OUTRA FOLHA DOS CADERNOS DE PROVA

COMENTÁRIO OSCELABS

Os farmacos cardiovasculares — anti-hipertensivos, diureticos, digoxina, antiarritmicos e anticoagulantes — estao entre os que mais provocam reacoes adversas em idosos, ao lado de psicotropicicos, hipoglicemiantes e anti-inflamatorios, sobretudo por queda da filtracao glomerular e alteracao da distribuicao. As demais erram: nao ha evidencia forte para retirada abrupta de estatina; a cascata classica e anti-hipertensivo que causa edema seguido de diuretico, nao omeprazol com tiazida. Resposta A.