



# UERJ — Residência Médica 2022 (R1)

Prova comentada

52 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](https://oscelabs.com.br)

**QUESTÃO 9 — Gabarito C**

Homem de 22 anos, hígido, inicia quadro de febre de 38,5°C, tosse seca, mialgia, diarreia e taquipneia. Para o tratamento das infecções respiratórias mais prováveis para esse caso (pneumococo, clamídia e micoplasma), a melhor opção de antimicrobiano a ser utilizada é a:

- A. penicilina
- B. cefalexina
- C. claritromicina ✓**
- D. ciprofloxacina

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Jovem hígido com febre, tosse SECA, mialgia, diarreia e taquipneia: quadro de pneumonia adquirida na comunidade com forte perfil atípico. O enunciado já entrega os agentes a cobrir — pneumococo, Chlamydomphila e Mycoplasma. Só o macrolídeo cobre os três de uma vez. Penicilina (A) e cefalexina (B) não têm ação sobre germes sem parede celular como o micoplasma; ciprofloxacina (D) é quinolona de 2ª geração, com cobertura pneumocócica ruim (a quinolona respiratória seria levofloxacina ou moxifloxacina). Resposta C.

**QUESTÃO 10 — Gabarito D**

Mulher de 55 anos, com história prévia de doença pulmonar quando mais jovem, vem apresentando, há alguns meses, episódios de tosse seca, associados a períodos de dispneia aos esforços. Existe história de tabagismo com consumo de 35 maços/ano e etilismo social. O exame físico mostra obesidade, IMC = 34kg/m<sup>2</sup>, taquipneia, murmúrio vesicular diminuído principalmente em bases, crepitações e alguns sibilos. A prova de função respiratória mostra capacidade vital forçada (CVF) = 2,00 (normal: 3,31), volume expiratório no primeiro segundo (VEF1s) = 1,70 (normal: 2,86) e, após o uso de broncodilatador, CVF = 2,10 e VEF1s = 1,74. Em relação ao caso apresentado, a melhor definição do tipo de distúrbio ventilatório e de uma doença a ele relacionada, respectivamente, são:

- A. restritivo reversível / sarcoidose
- B. obstrutivo reversível / asma brônquica
- C. obstrutivo não reversível / enfisema pulmonar

**D. restritivo não reversível / pneumonia intersticial não específica RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022  
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O truque está na relação, não nos valores isolados.  $VEF1/CVF = 1,70/2,00 = 0,85$  — preservada/elevada, o que AFASTA distúrbio obstrutivo (B e C), apesar da CVF e do VEF1 reduzidos proporcionalmente (~60% do previsto). Isso caracteriza padrão restritivo. Após broncodilatador o VEF1 subiu apenas 40mL (~2%), muito abaixo dos 200mL e 12% exigidos: NÃO reversível. Restritivo não reversível casa com doença intersticial (pneumonia intersticial não específica). Resposta D.

**QUESTÃO 11 — Gabarito B**

Mulher, 59 anos, múltipara, IMC = 35kg/m<sup>2</sup>, inicia quadro de dor em andar superior de abdômen, associado à febre de até 40°C, calafrios e mudança da cor da urina. O exame físico mostra PA = 120/80mmHg, FC = 100bpm, FR = 20irpm, icterícia ++/4 e dor à palpação do hipocôndrio direito, sem visceromegalias. O exame laboratorial mostra hemoglobina = 12g/dL, leucócitos = 16.000/mm<sup>3</sup>, 10% de bastões, plaquetas = 300.000/mm<sup>3</sup>, creatinina = 0,9mg/dL, ureia = 35mg/dL, TGO = 65UI, TGP = 70UI, bilirrubina total = 8mg/dL, glicemia = 100mg/dL e bilirrubina direta = 6,5mg/dL. O diagnóstico mais provável e a melhor conduta terapêutica, além da antibioticoterapia, respectivamente, são:

- A. colecistite aguda / colangio pancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE)

**B. colangite aguda / colangio pancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE) ✓**

C. colecistite aguda / colangiorressonância magnética

D. colangite aguda / colangiorressonância magnética

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Tríade de Charcot completa — dor em hipocôndrio direito, febre alta com calafrios e icterícia (BD 6,5 de BT 8, padrão colestático) com leucocitose e desvio: é COLANGITE aguda, não colecistite (que não cursa com icterícia obstrutiva franca nem calafrios). Isso descarta A e C. E colangite é obstrução infectada: precisa de DRENAGEM da via biliar, não de mais imagem. A colangiorressonância (D) é apenas diagnóstica; a CPRE diagnostica E desobstrui. Resposta B.

**QUESTÃO 12 — Gabarito D**

Homem de 30 anos realiza exames de rotina que mostram sorologia definitiva positiva para HIV, além dos exames iniciais que apresentam os seguintes resultados: hemoglobina = 11g/dL, leucócitos = 6.000/mm<sup>3</sup> com linfopenia, glicemia = 95mg/dL, creatinina = 1,0mg/dL, PPD = 6mm, carga viral = 80.000cópias/mL, CD4 = 295células/mm<sup>3</sup>, exame de imagem do tórax-normal, anticorpo IgG 1:128 para Toxoplasma gondii, VDRL = 1:2, FTA-ABS negativo e marcadores de hepatite negativos. Além do início da terapia antirretroviral, é necessário começar com:

A. sulfadiazina/pirimetamina por três semanas

B. sulfa x trimetopim três vezes por semana

C. azitromicina uma vez por semana

**D. isoniazida por seis meses CIRURGIA GERAL ✓****COMENTÁRIO OSCELABS**

Em pessoa vivendo com HIV, o ponto de corte do PPD é 5mm — logo, 6mm com radiografia normal e sem sintomas define infecção latente por tuberculose, com indicação de isoniazida. As demais profilaxias não se aplicam: CD4 = 295 está acima de 200, então não cabe SMX-TMP para Pneumocystis (B); toxoplasmose só profilaxia com IgG positivo E CD4 < 100 (e A é esquema de tratamento, não de profilaxia); azitromicina semanal para MAC exigiria CD4 < 50 (C). Resposta D.

**QUESTÃO 13 — Gabarito C**

Homem de 50 anos, vítima de agressão por arma branca, dá entrada no setor de emergência. O exame físico mostra uma ferida incisa de 2cm na altura do mamilo esquerdo. O paciente apresenta-se desorientado e descorado +/-, com PA = 60 x 45mmHg. Na ausculta, nota-se murmúrio vesicular normal bilateralmente e abafamento das bulhas cardíacas. Nota-se, também, a presença de turgência jugular. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é de:

A. rotura esofagiana

B. aneurisma traumático

**C. tamponamento cardíaco ✓**

D. pneumotórax hipertensivo

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Ferida penetrante na 'área de risco' precordial + tríade de Beck (hipotensão, turgência jugular e bulhas abafadas) = tamponamento cardíaco. O detalhe que fecha o diagnóstico é o murmúrio vesicular NORMAL bilateralmente: no pneumotórax hipertensivo (D), que também dá jugular túrgida e choque, haveria abolição do murmúrio e timpanismo do lado ferido. Rotura esofágica (A) não justifica choque obstrutivo agudo com bulhas abafadas. Resposta C.

**QUESTÃO 14 — Gabarito D**

Uma paciente de 20 anos foi submetida à pancreatectomia caudal, por via aberta, para tratamento de tumor mucinoso intraductal. O ato cirúrgico não apresentou intercorrências, mas após 24 horas, a paciente apresentou temperatura axilar de 38,3°C. A causa mais provável dessa febre é:

- A. pancreatite de coto
- B. fístula pancreática
- C. infecção urinária

**D. atelectasia RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Febre nas primeiras 24-48h de pós-operatório de laparotomia é, até prova em contrário, ATELECTASIA — a clássica 'primeira dos 5 W' (wind), por hipoventilação, dor e decúbito. Fístula pancreática (B) e pancreatite de coto (A) são complicações do pós-operatório TARDIO da pancreatectomia (em geral após o 3º ao 5º dia, com drenagem rica em amilase). Infecção urinária (C) costuma aparecer a partir do 3º dia, associada a sonda vesical. Resposta D.

**QUESTÃO 15 — Gabarito B**

Em um paciente politraumatizado com perda maciça de sangue, em choque hipovolêmico, a hipotermia associada é responsável pelo quadro de:

- A. queda do lactato
- B. incoagulabilidade ✓**
- C. alcalose metabólica
- D. estado trombogênico

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A hipotermia é um dos vértices da tríade letal do trauma (hipotermia + acidose + coagulopatia). Abaixo de 34°C as enzimas da cascata de coagulação perdem atividade e a função plaquetária cai, gerando sangramento não cirúrgico — incoagulabilidade, e não estado trombogênico (D). Na hipoperfusão do choque o lactato SOBE (A) e o distúrbio é acidose metabólica, não alcalose (C). Daí a regra de reaquecer sempre o politraumatizado. Resposta B.

**QUESTÃO 16 — Gabarito A**

Após laparotomia para realização de esplenectomia eletiva em pessoa com microesferocitose hereditária, um período de íleo adinâmico é naturalmente esperado. No pós-operatório, a retomada da motilidade do tubo digestivo inicia-se pelo:

- A. intestino delgado ✓**
- B. estômago

C. cólon

D. reto Mulher de 56 anos chegou ao hospital com dor no hipocôndrio D, náuseas, febre de 37,8°C e icterícia ++/4+. A suspeita clínica foi de colecistite aguda.

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O íleo adinâmico pós-laparotomia tem cronologia previsível: o intestino DELGADO recupera motilidade primeiro, em algumas horas (0-24h), seguido do estômago (24-48h) e, por último, do cólon (48-72h) — é o cólon que atrasa a eliminação de flatos e define, na prática, a alta da dieta. Por isso B, C e D invertem a ordem fisiológica. Pérola: essa sequência justifica a realimentação precoce dentro dos protocolos ERAS. Resposta A.

### QUESTÃO 17 — Gabarito C

Nesse caso, o exame de imagem de escolha para a avaliação inicial da paciente é:

A. cintigrafia com leucócitos marcados

B. tomografia computadorizada

**C. ultrassonografia abdominal ✓**

D. colangiorressonância

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Na suspeita de colecistite aguda, a ultrassonografia abdominal é o exame inicial de escolha: disponível, barato, sem radiação e com ótimo desempenho para cálculo, espessamento parietal (>3mm), líquido perivesicular e Murphy ultrassonográfico. A cintilografia (A) e a colangiorressonância (D) ficam para casos duvidosos ou suspeita de coledocolitíase; a tomografia (B) é inferior ao US para detectar cálculos, servindo mais para complicações. Resposta C.

### QUESTÃO 18 — Gabarito C

Essa paciente foi submetida à colecistectomia aberta, devido à colecistite aguda. Não havia material de videocirurgia no hospital. A colangiografia per-operatória foi normal. No quinto dia do pós-operatório, a paciente apresentou dor, febre, taquicardia e sinais flogísticos intensos na ferida operatória. Como o diagnóstico foi de abscesso de ferida operatória, a conduta imediata a ser tomada é:

A. laparotomia

B. calor local

**C. drenagem ✓**

D. analgesia

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Abscesso é coleção de pus — e coleção purulenta se trata com DRENAGEM. No abscesso de ferida operatória, abre-se a incisão, drena-se, lava-se e deixa-se cicatrizar por segunda intenção. Calor local (B) e analgesia (D) são medidas coadjuvantes que não resolvem a coleção e apenas atrasam o controle do foco. Laparotomia (A) seria desproporcional: o problema está na parede, não na cavidade. Pérola: antibiótico sem drenagem não resolve abscesso. Resposta C.

### QUESTÃO 19 — Gabarito C

O scan de octeotride é utilizado para o diagnóstico de:

A. metástases de adenocarcinoma

B. carcinoma medular

**C. gastrinoma ✓**

D. linfoma Com base no caso a seguir, responda às questões de números 17 e 18. RESIDÊNCIA MÉDICA  
UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O octreotida é análogo da somatostatina; marcado, ele se liga a receptores de somatostatina, muito expressos em tumores NEUROENDÓCRINOS. Daí o Octreoscan ser útil justamente no gastrinoma (síndrome de Zollinger-Ellison), em que a lesão costuma ser pequena e de difícil localização. Adenocarcinoma (A) e linfoma (D) são rastreados por PET-FDG; o carcinoma medular de tireoide (B), embora neuroendócrino, é seguido por calcitonina e imagem cervical. Resposta C.

#### QUESTÃO 20 — Gabarito A

Um paciente foi agredido com uma facada no abdômen e apresenta vísceras expostas. Levado à emergência por não médicos, ele informou ao médico que o atendeu o que havia ocorrido. A conduta a seguir, baseada no Advanced Trauma Life Support (ATLS) é:

**A. providenciar acesso venoso ✓**

B. cobrir as vísceras expostas

C. laparotomia exploradora

D. despir o paciente

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Questão de SEQUÊNCIA do ATLS, não de conduta isolada. O paciente FALOU com o médico — isso mostra via aérea pérvia e ventilação minimamente eficaz (A e B do ABCDE já respondidos). O próximo passo é o C: acesso venoso calibroso e reposição, porque a facada abdominal com evisceração sangra. Cobrir as vísceras (B) e despir (D) pertencem ao E (exposição), etapa posterior; a laparotomia (C) é tratamento definitivo, que vem após a estabilização inicial. Resposta A.

#### QUESTÃO 21 — Gabarito D

Mulher jovem com síndrome do anticorpo fosfolípido e lúpus eritematoso sistêmico, mas com clearance de creatinina normal, está em uso regular de dabigatran. Necessita realizar cirurgia de hérnia inguinal eletiva. Nesse caso, o inibidor da trombina deve ser suspenso para cirurgia com antecedência de:

A. 7 dias

B. 3 a 5 dias

C. 12 a 6 horas

**D. 24 a 48 horas ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

A dabigatrana é inibidor direto da trombina com eliminação predominantemente RENAL. Com clearance normal e cirurgia eletiva de baixo/moderado risco hemorrágico, basta suspender 24 a 48 horas antes (1 a 2 meias-vidas x 2). Sete dias (A) é regra da aspirina/clopidogrel; 3 a 5 dias (B) lembra a varfarina; 12 a 6 horas (C) é intervalo de heparina, insuficiente para o DOAC. Pérola: se a função renal cair, o prazo se alonga. Resposta D.

**QUESTÃO 22 — Gabarito A**

Paciente necessita colocar cateter venoso profundo para nutrição parenteral total (NPT) e não há solução alcoólica de gluconato de clorexidina para realizar preparo pré-punção. Estão disponíveis escovas de degermação de clorexidina e povidine, e soluções de álcool 70%, glutaraldeído e solução de iodine-povidine. Nesse caso, a substância da escovação da pele e a solução que deve ser utilizada para melhor efeito microbicida antes de a derme ser puncionada, respectivamente, são:

- A. povidine / iodo-povidine e esperar este secar ✓**
- B. povidine / álcool 70% e esperar este secar
- C. clorexidina / iodo-povidine
- D. clorexidina / glutaraldeído

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Faltando clorexidina alcoólica, não se improvisa mistura: degerma-se com PVPI degermante e faz-se a antisepsia com PVPI tópico/alcoólico, respeitando o TEMPO DE SECAGEM — o iodo só exerce ação microbicida ao secar, liberando iodo livre. Clorexidina e iodo não devem ser combinados por antagonismo (C). Glutaraldeído (D) é desinfetante de artigos e instrumentais, jamais aplicado em pele íntegra. Resposta A.

**QUESTÃO 23 — Gabarito B**

Paciente apresenta tenesmo progressivo, anemia e diarreia. Sem evidência de doença hepática ou pulmonar, realizou retossigmoidoscopia flexível, que visualizou tumoração retal de 12cm, a 8cm da margem anal. O resultado da biópsia confirmou adenocarcinoma de reto. Nesse caso, o paciente poderá ser considerado apto para realizar:

- A. ressecção abdominoperineal do reto e radioterapia adjuvante
  - B. radioterapia neoadjuvante e ressecção anterior de reto ✓**
  - C. colostomia com quimioterapia paliativa
  - D. retossigmoidectomia sem adjuvância
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Adenocarcinoma de reto MÉDIO (borda a 8cm da margem anal), volumoso e sem doença hepática ou pulmonar: doença localmente avançada, candidata a quimiorradioterapia NEOADJUVANTE seguida de ressecção anterior do reto com excisão total do mesorreto. A neoadjuvância reduz o tumor, aumenta a chance de preservar o esfíncter e diminui recidiva local. Amputação abdominoperineal (A) fica para tumores do reto baixo com invasão do esfíncter; C é conduta paliativa sem indicação aqui; D dispensa indevidamente a adjuvância. Resposta B.

**QUESTÃO 24 — Gabarito D**

O abscesso retroperitoneal pode ter instalação insidiosa por estar em espaço mais delimitado, porém, por ser potencialmente expansivo, pode se tornar grande em volume e produzir graves sepses. A tomografia tem papel fundamental na delimitação e inferência diagnóstica do quadro. A história prévia que NÃO pode ser relacionada ao abscesso retroperitoneal é a:

- A. apendicite aguda retrocecal perfurada
- B. pós-CPRE janela posterior
- C. pancreatite aguda grave
- D. infecção cisto do útero GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O retroperitônio recebe processos de órgãos retroperitoneais ou de vísceras com face posterior nua: apêndice retrocecal perfurado (A), perfuração duodenal pós-CPRE em parede posterior (B) e pancreatite necrosante grave (C) drenam todos para lá. O úraco é remanescente do alantoide entre a cúpula vesical e o umbigo, situado no espaço pré-vesical ANTERIOR (Retzius) — sua infecção gera abscesso de parede/pré-peritoneal, não retroperitoneal. Resposta D.

**QUESTÃO 25 — Gabarito A**

Mulher de 38 anos comparece à consulta de ginecologia para mostrar resultado de exame preventivo com seguinte laudo: “Amostra satisfatória. Microbiologia: Candida albicans. Células glandulares atípicas de significado indeterminado”. Nega sintomas de odor, prurido ou secreção vaginal. A conduta recomendada pelo Ministério da Saúde é:

- A. solicitar exame de imagem e encaminhar para colposcopia ✓**
- B. solicitar exame de imagem e repetir o exame em 6 meses
- C. tratar candidíase e encaminhar para colposcopia
- D. tratar candidíase e repetir o exame em 6 meses

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Células glandulares atípicas (AGC) é o achado citológico de MAIOR risco de lesão oculta — pode esconder adenocarcinoma de colo, mas também de endométrio, tuba ou ovário. Por isso a diretriz manda encaminhar para colposcopia com avaliação do canal endocervical E investigar a cavidade uterina com imagem (US transvaginal), sobretudo acima dos 35 anos. Repetir em 6 meses (B e D) é conduta de ASC-US e retarda o diagnóstico; Candida sem sintomas não se trata. Resposta A.

**QUESTÃO 26 — Gabarito D**

Mulher de 53 anos comparece à consulta, informando parada espontânea da menstruação com sintomas de fogachos há dois anos. Relata ter desejo de iniciar terapia de reposição hormonal. Trouxe mamografia com laudo de categoria BI-RADS 2. É diabética com controle glicêmico adequado (hemoglobina glicada < 7), sem outras comorbidades. Nesse caso, deve-se recomendar utilização de:

- A. estrogênios sistêmicos isolados
- B. androgênios sistêmicos isolados
- C. estrogênios associados a androgênios sistêmicos
- D. estrogênios associados a progestogênios sistêmicos ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Regra de ouro da terapia hormonal: mulher COM ÚTERO recebe estrogênio associado a progestogênio. O estrogênio isolado (A) só é aceitável em histerectomizadas, pois sem oposição progestacional estimula o endométrio e eleva o risco de hiperplasia e adenocarcinoma. Androgênios (B e C) não são terapia de primeira linha para fogachos. O diabetes bem controlado e a mamografia BI-RADS 2 (achado benigno) não contraindicam a terapia. Resposta D.

**QUESTÃO 27 — Gabarito B**

Mulher de 58 anos realizou mamografia de rastreamento, com laudo BI-RADS 5, evidenciando nódulo espiculado de limites imprecisos de aproximadamente 2cm. Ao exame, apresenta nódulo endurecido com retração do complexo areolopapilar. A conduta proposta é a realização de:

- A. ressonância nuclear magnética
  - B. biópsia por agulha grossa ✓**
  - C. tumorectomia
  - D. mastectomia
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

BI-RADS 5 significa altamente suspeito (>95% de chance de malignidade), e nódulo espiculado com retração do complexo areolopapilar reforça isso. Mesmo assim, nenhum tratamento se inicia sem diagnóstico HISTOLÓGICO: a core biopsy (agulha grossa) define tipo histológico e perfil imuno-histoquímico, orientando cirurgia e eventual neoadjuvância. Ressonância (A) não substitui biópsia; tumorectomia (C) e mastectomia (D) sem histologia prévia são condutas cegas. Resposta B.

**QUESTÃO 28 — Gabarito C**

Mulher de 24 anos comparece à consulta, relatando relação sexual desprotegida há 48 horas, quando se encontrava no 9º dia do ciclo menstrual. Refere ciclos menstruais regulares com intervalos de 30 dias. Não utiliza contraceptivo hormonal, por ter história familiar de tromboembolismo. Deseja saber se pode utilizar contraceptivo hormonal de emergência. A recomendação é:

- A. não iniciar, pois deveria ter sido utilizado em até 24 horas após a relação
- B. iniciar na época prevista para ovulação, entre o 14º e o 15º dia do ciclo
- C. iniciar o mais cedo possível, durante as próximas 24 horas ✓**
- D. não iniciar, pois há história familiar de tromboembolismo

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A contracepção de emergência pode ser usada em até 5 dias (120 horas) da relação desprotegida, com eficácia tanto maior quanto mais precoce o uso — 48h está plenamente dentro da janela, o que derruba A. O 9º dia de um ciclo de 30 dias antecede a ovulação, período de risco, e esperar a ovulação (B) inviabiliza o mecanismo de ação. História FAMILIAR de tromboembolismo não contraindica o levonorgestrel (D), que é progestogênio isolado em dose única. Resposta C.

**QUESTÃO 29 — Gabarito D**

Mulher de 29 anos, sem comorbidades, comparece à consulta com queixa de infertilidade e dismenorreia desde a adolescência. Tentando engravidar há três anos, relata nunca ter utilizado contraceptivos hormonais. Traz resultado de ressonância nuclear magnética da pelve, que evidencia estenose ureteral distal e endometriose profunda. O tratamento indicado é:

- A. sistema intrauterino liberador de levonorgestrel
- B. contraceptivos com progestogênio isolado
- C. contraceptivos hormonais combinados
- D. abordagem cirúrgica por laparoscopia ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Endometriose profunda com estenose ureteral distal muda o jogo: há risco de perda silenciosa da função renal por hidronefrose, e existe infertilidade de três anos. Nesses dois cenários o tratamento é CIRÚRGICO, por laparoscopia, com ressecção dos focos e liberação ureteral. As opções hormonais (A, B e C) apenas controlam dor, não desobstruem o ureter e ainda impedem a gestação desejada. Pérola: hormônio não trata infertilidade nem obstrução. Resposta D.

**QUESTÃO 30 — Gabarito A**

Mulher de 59 anos relata que estava sem menstruação há seis anos, mas que, há aproximadamente seis meses, “voltou a menstruar”. Nega outras queixas. É hipertensa e diabética. Nega história familiar de câncer. Nega terapia de reposição estrogênica. A ultrassonografia transvaginal evidencia endométrio irregular com 8mm de espessura. Com esse resultado, deve-se:

- A. solicitar histeroscopia com biópsia ✓**
- B. solicitar ablação de endométrio
- C. indicar tratamento expectante
- D. indicar histerectomia total

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Sangramento uterino na pós-menopausa é câncer de endométrio até prova em contrário, e o endométrio de 8mm irregular está muito acima do corte de 4-5mm aceito para mulher sem terapia hormonal. É obrigatório obter tecido: a histeroscopia com biópsia dirigida é o padrão-ouro, pois visualiza e amostra a lesão focal. Ablação (B) destrói o material que precisa ser analisado; conduta expectante (C) é inaceitável; histerectomia (D) sem histologia é precipitada. Resposta A.

**QUESTÃO 31 — Gabarito C**

No contexto da pandemia de covid-19, surgem inúmeros desafios na assistência ao paciente grave. Há também um expressivo aumento dos casos críticos em gestantes, em que, além das questões com a condução de uma nova doença, é preciso inserir essa assistência no cenário de um organismo que passa por modificações fisiológicas que podem ser importantes fatores de confusão. Dessa forma, durante a gestação, é correto afirmar que:

- A. o aumento da frequência respiratória e do volume tidal contribui para um aumento do volume residual e da capacidade residual funcional pulmonar
  - B. há aumento dos fatores fibrinolíticos e manutenção dos fatores pró-coagulantes, levando a um maior risco de eventos hemorrágicos na gravidez
  - C. no 3º trimestre, pode-se observar redução do enchimento cardíaco e do débito cardíaco em posição supina comparada ao decúbito lateral ✓**
  - D. em função do maior esforço respiratório, observa-se um aumento da pCO<sub>2</sub> com consequente acidose respiratória compensada
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A partir do 3º trimestre o útero gravídico comprime a veia cava inferior e a aorta em decúbito dorsal, reduzindo retorno venoso, enchimento e débito cardíaco — daí a regra de manter a gestante em decúbito lateral esquerdo (ou deslocar o útero na RCP). As demais invertem a fisiologia: na gestação o volume residual e a capacidade residual funcional DIMINUEM (A); há estado PRÓ-coagulante com queda da fibrinólise (B); e a hiperventilação gera alcalose respiratória com pCO<sub>2</sub> BAIXA (D). Resposta C.

**QUESTÃO 32 — Gabarito B**

A infecção por *Streptococcus* do grupo B (EGB) é hoje a principal causa de sepse neonatal precoce. Em pacientes com cultura desconhecida, a profilaxia antimicrobiana é indicada em caso de:

A. gestação anterior com rastreio positivo para EGB

**B. bacteriúria assintomática positiva para EGB ✓**

C. idade gestacional menor que 40 semanas

D. amniorrexe há mais de 12 horas

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Com cultura de rastreio desconhecida, a profilaxia intraparto para estreptococo do grupo B é guiada por fatores de risco: trabalho de parto < 37 semanas, amniorrexe  $\geq$  18 horas, febre intraparto  $\geq$  38°C, filho anterior com doença invasiva por EGB e bacteriúria por EGB na gestação atual. Note os distratores: gestação anterior com apenas rastreio positivo (A) não conta; o corte é 37 e não 40 semanas (C); e a amniorrexe exigida é de 18 horas, não 12 (D). Resposta B.

**QUESTÃO 33 — Gabarito C**

A utilização do sulfato de magnésio é consagrada em uma série de situações na prática obstétrica, EXCETO no(a):

A. parto prematuro em idade gestacional menor que 32 semanas

B. tratamento da convulsão no puerpério em pacientes com eclâmpsia

**C. controle da pressão arterial em pacientes com hipertensão gestacional ✓**

D. prevenção de crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia grave

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O sulfato de magnésio é anticonvulsivante, NÃO anti-hipertensivo — reduzir a pressão exige hidralazina, nifedipino ou labetalol. Suas indicações consagradas são a prevenção de eclâmpsia na pré-eclâmpsia grave (D), o tratamento e a prevenção de recorrência das crises na eclâmpsia, inclusive no puerpério (B), e a neuroproteção fetal no parto prematuro abaixo de 32 semanas (A). Pérola: a pressão pode até cair discretamente, mas isso é efeito colateral, não indicação. Resposta C.

**QUESTÃO 34 — Gabarito A**

Mulher de 32 anos, G3P2A0, procura atendimento na UBS com 40 dias pós-parto para orientações. Analisando seu cartão de pré-natal, observa-se que iniciou o acompanhamento na 25ª semana, tendo comparecido a seis consultas e negando qualquer comorbidade ou intercorrência na gravidez. Os exames mostraram na 1ª consulta: hematócrito = 35%; hemoglobina = 10,5g/dL; glicemia de jejum = 96mg/dL; VDRL e anti-HIV negativos. Toxoplasmose IgG negativo e IgM negativo. Tipagem sanguínea 0 Rh positivo; Coombs indireto negativo. O resumo enviado pela maternidade refere parto cesariano na 39ª semana de gestação, por desproporção cefalopélvica de feto com 4.250g, Apgar 9/9, tendo apresentado atonia uterina corrigida com uso de medicação uterotônica. Permaneceu por dois dias internada, tendo alta com exame físico descrevendo útero 3cm abaixo da cicatriz umbilical, lóquios serossanguinolentos, ferida operatória limpa e seca, e edema de membros inferiores bilateral, frio, 2+/4+. Entre os exames que devem ser solicitados para essa paciente no seu puerpério, deve-se incluir:

**A. TOTG ✓**

B. ultrassonografia pélvica

C. sorologia para toxoplasmose

D. Doppler de membros inferiores

#### COMENTÁRIO OSCELABS

O conjunto glicemia de jejum 96mg/dL no início do pré-natal, rastreamento incompleto (entrada tardia, na 25ª semana), recém-nascido de 4.250g com desproporção cefalopélvica e atonia uterina aponta para diabetes gestacional não diagnosticado. A conduta padronizada é reclassificar o estado glicêmico no puerpério com TOTG 75g, entre 6 e 12 semanas pós-parto. Toxoplasmose (C) já era IgG e IgM negativos sem novo risco; o edema frio e bilateral é fisiológico, sem sinais de TVP (D); e o útero involuiu normalmente (B). Resposta A.

#### QUESTÃO 35 — Gabarito C

Mulher de 42 anos, G6P4A1, sendo quatro partos vaginais, é atendida na 30ª semana de gestação com queixa de sangramento vaginal, iniciado há uma hora, sem outras queixas. O exame físico revela metrossístoles ausentes, tônus uterino normal, BCF = 142bpm, feto em apresentação cômica. Exame especular evidencia colo sem lesões, orifício externo em fenda com sangramento moderado. De acordo com a principal hipótese diagnóstica do caso, o exame complementar a ser solicitado é:

A. dopplerfluxometria de artérias umbilical e cerebral média

B. ressonância nuclear magnética

**C. ultrassonografia transvaginal ✓**

D. cardiocotografia RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento vaginal INDOLOR, vermelho-vivo, com tônus uterino normal, sem metrossístoles, BCF preservados e apresentação anômala (cômica) no 3º trimestre é o retrato da placenta prévia — o descolamento prematuro cursaria com dor, hipertonia e sofrimento fetal. A confirmação é por ultrassonografia, e a via transvaginal é segura e mais precisa que a abdominal para localizar a borda placentária. Dopplerfluxometria (A) e cardiocotografia (D) avaliam vitalidade, não a causa do sangramento. Resposta C.

#### QUESTÃO 36 — Gabarito D

Gestante é atendida na UBS em 10/11/2021 para iniciar acompanhamento pré-natal. Relata não saber a data da última menstruação, mas apresenta ultrassonografia de 06/09/2021, que mostra embrião único, tópico com CCN = 13mm, BCF = 162bpm, idade gestacional de 7 semanas e 4 dias. A idade gestacional no momento do atendimento prestado na UBS é de:

A. 17 semanas e 1 dia

B. 17 semanas e 5 dias

C. 16 semanas e 4 dias

**D. 16 semanas e 6 dias PEDIATRIA ✓**

#### COMENTÁRIO OSCELABS

Conta simples, mas que derruba muita gente. A idade gestacional é datada pela ultrassonografia precoce (CCN de 13mm é do 1º trimestre, período de maior acurácia). De 06/09 a 10/11 são 24 dias restantes de setembro + 31 de outubro + 10 de novembro = 65 dias, ou seja, 9 semanas e 2 dias. Somando à idade do exame (7 semanas e 4 dias): 16 semanas e 6 dias. Resposta D.

**QUESTÃO 37 — Gabarito B**

Pré-escolar de 2 anos, sexo feminino, em acompanhamento com nefrologista devido a refluxo vesicoureteral, é levada à emergência por queda importante no estado geral e febre de 40°C. Devido ao estado toxêmico, foi internada no CTI para melhor manejo, respondendo bem à expansão volumétrica. Exames colhidos evidenciaram leucocitose com desvio para a esquerda e EAS com estearase leucocitária positiva, nitrito negativo e piúria maciça. O exame direto da urina identificou coccus Gram- positivo. Nesse caso, a urinocultura provavelmente indicará o crescimento de:

- A. Staphylococcus
- B. Enterococcus ✓**
- C. Klebsiella
- D. Proteus

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Dois detalhes bioquímicos resolvem: coco GRAM-POSITIVO no exame direto e NITRITO NEGATIVO. Enterococcus é coco gram-positivo e não reduz nitrato a nitrito, exatamente o padrão descrito, e é agente frequente em uropatia estrutural como o refluxo vesicoureteral. Klebsiella (C) e Proteus (D) são bacilos gram-negativos e costumam dar nitrito positivo. Staphylococcus (A) é gram-positivo, mas o saprophyticus é típico de adolescentes/adultas jovens, não de pré-escolar com refluxo. Resposta B.

**QUESTÃO 38 — Gabarito A**

Lactente de 6 meses, sexo masculino, apresenta melena em grande quantidade, sendo internado para investigação diagnóstica. Os responsáveis referem que ele apresenta quadro febril há 48 horas, associado à diarreia. História patológica pregressa de internação em UTI neonatal, tendo usado múltiplos esquemas antibióticos, nutrição parental e diversos acessos profundos (cateter umbilical, PICC e dissecção venosa); obteve alta após dois meses de internação, em uso de fórmula parcialmente hidrolisada. Ao exame físico, encontra-se eutrófico, ativo e reativo, fontanela anterior normotensa, anictérico, acianótico, hidratado, hipocorado 2+/4+, com boa perfusão periférica. Discreta distensão abdominal, sem visceromegalias. Restante do exame sem alterações. Raio X de abdômen normal, hemograma com anemia normocítica e normocrômica, além de leucocitose com linfocitose, e ultrassonografia de abdômen com Doppler demonstrando fluxo hepatofugal. A causa mais provável para a melena é:

- A. trombose de veia porta ✓**
  - B. enterocolite necrosante
  - C. diarreia bacteriana invasiva
  - D. alergia à proteína do leite de vaca
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O achado que fecha o caso é o fluxo HEPATOFUGAL ao Doppler: indica hipertensão portal. Em lactente com passado de UTI neonatal e cateterismo de veia umbilical, a causa clássica é trombose de veia porta, que evolui com cavernomatose, varizes esofagogástricas e hemorragia digestiva alta — a melena. Enterocolite necrosante (B) é doença do período neonatal e daria pneumatose no raio X, aqui normal. Diarreia invasiva (C) cursa com disenteria, não melena volumosa. APLV (D) causa sangue vivo nas fezes, não hipertensão portal. Resposta A.

**QUESTÃO 39 — Gabarito C**

Segundo dados da OPAS/OMS, cerca de 800 mil pessoas morrem por suicídio todos os anos, sendo a segunda principal causa de morte entre jovens com idade entre 15 e 19 anos. As ferramentas para triagem de suicídio têm sensibilidade e especificidade variáveis, o que torna a prática clínica um desafio, incluindo a decisão de hospitalizar ou não um paciente. Nesse contexto, é indicativo de hospitalização para adolescentes com ideação suicida, mesmo quando:

- A. a intenção tiver ocorrido na infância
- B. a intenção for fantasiosa
- C. a intenção for implícita ✓**
- D. não houver intenção

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A questão cobra o limiar de segurança na avaliação do adolescente com risco de suicídio: a ausência de verbalização clara não é sinal de baixo risco. Intenção IMPLÍCITA — insinuações, despedidas, planos velados, entrega de pertences — em adolescente com ideação já justifica hospitalização, porque o risco é subestimado pelas escalas de triagem, cuja sensibilidade e especificidade são limitadas. Intenção fantasiosa (B), ocorrida na infância (A) ou inexistente (D) não sustentam, isoladamente, a internação. Resposta C.

**QUESTÃO 40 — Gabarito B**

Pré-escolar de 1 ano e 8 meses é levado à emergência devido a tremores e incapacidade de deambular. Os responsáveis referem quadro febril baixo e diarreia semilíquida, sem sangue ou pus, há uma semana. Há 24 horas, iniciou sintomatologia de dismetria e ataxia. Ao exame físico, o paciente encontra-se em regular estado geral, algo irritado, anictérico, acianótico, hidratado, corado, com boa perfusão. Apresenta rash micropapular principalmente em face e tronco. Exame neurológico evidencia dismetria e ataxia, com discreta rigidez nuchal. Restante do exame físico normal. Ressonância nuclear magnética de crânio revela discretas alterações em lobos temporais. Punção lombar apresenta moderado número de mononucleares e polimorfonucleares, além de número moderado de eritrócitos, proteína discretamente aumentada e glicose normal. O diagnóstico mais provável para o caso é:

- A. síndrome de Guillain-Barré
- B. meningoencefalite herpética ✓**
- C. meningoencefalite por Haemophilus
- D. síndrome miastênica de Lambert-Eaton

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A combinação é característica: ataxia e dismetria agudas, rigidez de nuca, alteração de LOBOS TEMPORAIS na ressonância e liquor com pleocitose mista, ERITRÓCITOS, proteína elevada e glicose normal. Encefalite herpética é necro-hemorrágica e tem tropismo temporal — daí as hemácias no liquor. Guillain-Barré (A) daria dissociação proteinocitológica sem células e sem alteração de crânio; Haemophilus (C) daria liquor purulento com glicose baixa; Lambert-Eaton (D) é síndrome paraneoplásica de adulto. Pérola: suspeitou, inicia aciclovir. Resposta B.

**QUESTÃO 41 — Gabarito C**

Recém-nascido de mãe sem acompanhamento pré-natal apresenta hepatoesplenomegalia, erupções cutâneas petequiais, icterícia e microcefalia ao nascimento. Encaminhado à UTI neonatal devido à gravidade, apresenta, aos exames laboratoriais, hiperbilirrubinemia direta, elevação de transaminases hepáticas e trombocitopenia. A ultrassonografia transfontanela evidencia calcificações periventriculares. A sequela de longo prazo mais comum em relação a essa doença é:

- A. cegueira
- B. convulsão
- C. perda auditiva ✓**
- D. retardo mental

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hepatoesplenomegalia, petéquias, icterícia com hiperbilirrubinemia DIRETA, plaquetopenia, microcefalia e calcificações PERIVENTRICULARES desenhavam citomegalovírus congênito (na toxoplasmose as calcificações são difusas e há coriorretinite). A sequela tardia mais frequente do CMV congênito é a perda auditiva neurossensorial — que pode ser progressiva e aparecer mesmo em crianças assintomáticas ao nascer, o que justifica o seguimento audiológico seriado. Resposta C.

**QUESTÃO 42 — Gabarito D**

Asfixia é uma das principais causas de morbidade e mortalidade entre crianças, especialmente para aquelas com menos de 2 anos de idade. Entre os objetos mais comuns com os quais as crianças se engasgam, destacam-se os alimentos, sendo que aquele normalmente contraindicado de ser oferecido, nessa idade, é:

- A. morango em pedaços pequenos
- B. cenoura em formato de palito
- C. ovo cozido em pedaços

**D. uva inteira RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A uva inteira é o exemplo clássico de alimento de alto risco de asfixia abaixo dos 4-5 anos: tem formato esférico, superfície lisa e escorregadia e calibre muito próximo ao da via aérea da criança pequena, criando um tampão perfeito que não é deslocado pela tosse. A recomendação é oferecer a uva cortada longitudinalmente em quatro. Os demais itens, oferecidos em pedaços pequenos ou em palito, não têm essa geometria oclusiva. Resposta D.

**QUESTÃO 43 — Gabarito A**

Lactente de 2 meses iniciou quadro de vômitos esporádicos há quatro dias, sonolência há 24 horas, e não teve febre aferida. A família o levou para atendimento, pois apresentou episódio convulsivo tônico-clônico generalizado, sem sinal de localização, há uma hora. Nascido de parto normal, AIG, sem complicações, alta com 48h de vida, está em aleitamento materno. A família perdeu o cartão de vacinação. Ao exame físico, o lactente está hipoativo, afebril, corado, hidratado, anictérico e acianótico; FR = 62ipm; FC = 130bpm. Fontanela anterior abaulada. Ausculta cardíaca e respiratória normais, sem esforço respiratório. Restante do exame físico sem alterações. A punção lombar mostrou 80 leucócitos/mm<sup>3</sup>, 50% de monócitos e 50% de polimorfonucleares, proteína = 200mg/dL, glicose = 38mg/dL. A radiografia de tórax evidenciou infiltrado bilateral, com padrão miliar. A fim de corroborar o diagnóstico, devem ser pesquisados ativamente na anamnese e no exame físico respectivamente:

**A. contato com indivíduo com tuberculose / marca da vacina BCG ✓**

- B. infecção urinária materna na gravidez / hipotensão arterial
- C. sorologia materna positiva para CMV / coriorretinite
- D. sífilis gestacional / pênfigo palmo-plantar

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Liquor com pleocitose de predomínio linfomononuclear, proteína muito alta (200mg/dL) e glicose BAIXA (38mg/dL), somados a radiografia de tórax com padrão MILIAR e fontanela abaulada com convulsão, desenham meningoencefalite tuberculosa em lactente com tuberculose disseminada. A confirmação epidemiológica se faz caçando o caso índice (contato com adulto bacilífero) e verificando a cicatriz vacinal de BCG, já que o cartão foi perdido. As demais alternativas não explicam o padrão miliar nem a hipoglicorraquia. Resposta A.

**QUESTÃO 44 — Gabarito D**

Recém-nascido com 9 dias de vida, sexo masculino, apresenta, há 48 horas, seis episódios de vômitos e hipoatividade. A família nega febre. Pré-natal e gestação sem intercorrências. Nascido de parto normal, AIG, alta da maternidade com 3 dias de vida. Está em aleitamento materno. Ao exame físico, encontra-se pouco ativo, desidratado (++/4), corado, acianótico e anictérico. Ausculta respiratória e cardíaca sem alterações. Abdômen flácido, indolor à palpação, sem visceromegalias. Genitália aparentemente masculina, criptorquidia bilateral e hipospádia. A dosagem de eletrólitos evidenciou: Na = 124mEq/L e K = 6,5mEq/L. A principal hipótese diagnóstica e o tratamento indicado nesse momento, respectivamente, são:

- A. estenose hipertrófica de piloro / dilatação endoscópica
- B. estenose hipertrófica de piloro / tratamento cirúrgico
- C. hiperplasia adrenal congênita / metilprenisolona
- D. hiperplasia adrenal congênita / hidrocortisona ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Recém-nascido com vômitos, desidratação, HIPONATREMIA com HIPERCALEMIA e genitália atípica (criptorquidia bilateral com hipospádia, que pode ser um 46,XX virilizado) é hiperplasia adrenal congênita forma perdedora de sal, por deficiência de 21-hidroxilase — isso exclui a estenose hipertrófica de piloro (A e B), que dá alcalose metabólica HIPOclorêmica e hipocalêmica. O tratamento da crise é hidrocortisona, o único corticoide com atividade mineralocorticoide relevante, além de soro e correção do distúrbio; metilprednisolona (C) não repõe mineralocorticoide. Resposta D.

**QUESTÃO 45 — Gabarito B**

Lactente de 18 meses, com diagnóstico de doença falciforme, apresenta, ao exame físico, fâscies de dor, regular estado geral, sem febre, edema de quirodátilos de ambas as mãos, hipocorado, hidratado, icterico (+/4+) e acianótico. Ausculta cardíaca e respiratória normais. Abdômen flácido, de difícil avaliação quanto à dor devido ao choro, fígado palpável a 2cm do RCD e baço palpável a 1cm do RCE. O hemograma mostra Hgb = 7g/dL, VCM = 88, 23.000 leucócitos (40% de polimorfonucleares e 60% linfócitos), 4 eritoblastos/100 leucócitos, RDW aumentado e plaquetas = 180.000mm<sup>3</sup>. As alterações encontradas no hemograma se devem ao(à):

- A. infecção
  - B. hemólise ✓**
  - C. hiperesplenismo
  - D. aplasia de medula óssea
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A dactilite (síndrome mão-pé) com dor é a crise vaso-oclusiva, mas a pergunta é sobre o HEMOGRAMA. Anemia com VCM normal, RDW alargado, eritroblastos circulantes, leucocitose e icterícia traduzem hemólise crônica com resposta medular reticulocitária intensa — é o estado basal da doença falciforme. Infecção (A) é improvável sem febre e com predomínio linfocitário. Hiperesplenismo (C) cursaria com plaquetopenia e baço volumoso. Aplasia (D) daria reticulopenia, e não eritroblastos no sangue periférico. Resposta B.

**QUESTÃO 46 — Gabarito C**

Menino de 8 anos é levado para consulta com história de convulsões tônico-clônicas generalizadas desde os 5 anos de vida. A família refere que é acompanhado por neurologista de forma irregular e faz uso de fenobarbital há dois anos. Contam, ainda, que antes dos episódios convulsivos, a criança fica “fora do ar” e que, por diversas vezes, foi testada a glicose periférica nas idas à emergência, sendo evidenciada hipoglicemia. Ao exame físico, o menino interage com o examinador, porém, é perceptível o atraso cognitivo. O restante do exame físico é normal. Após jejum, é realizada glicemia capilar com resultado de 46mg/dL, confirmado pela glicemia central. Hemograma e bioquímica sem demais alterações. O EAS mostra ausência de corpos cetônicos. A dosagem de insulina no sangue é de 10uU/mL. Pode-se dizer que a hipoglicemia nesse paciente tem como provável causa:

- A. cetose diabética
- B. infecção pancreática
- C. tumor secretor de insulina ✓**
- D. defeito do metabolismo do glicogênio

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O achado decisivo é insulina de 10uU/mL NO MOMENTO da hipoglicemia. Fisiologicamente, com glicemia de 46mg/dL a insulina deveria estar suprimida ( $< 2\text{uU/mL}$ ); permanecer detectável define hiperinsulinismo — e o excesso de insulina bloqueia a lipólise e a cetogênese, explicando a ausência de corpos cetônicos no EAS. Os defeitos do metabolismo do glicogênio (D) cursam com hepatomegalia e hipoglicemia CETÓTICA com insulina suprimida. Cetose diabética (A) é hiperglicêmica. Resposta C.

**QUESTÃO 47 — Gabarito C**

Menina de 6 anos é levada para atendimento, pois há cinco dias apresenta fraqueza muscular e câimbras em membros inferiores, evoluindo para incapacidade de deambular. Nega febre ou diarreia. Ao exame físico, está pouco comunicativa, apresenta diminuição da força muscular e dos reflexos profundos em membros inferiores. Sensibilidade dolorosa e tátil normais. Restante do exame físico sem alterações. A bioquímica do sangue coletada mostrou:  $\text{Na} = 138\text{mEq/L}$ ;  $\text{K} = 2,0\text{mEq/L}$ ;  $\text{Cl} = 120\text{mEq/L}$ ;  $\text{HCO}_3 = 10\text{mEq/L}$ ; ureia e creatinina normais. O EAS evidenciou  $\text{Ph} = 6$ , traços de proteína, sem piúria ou hematúria. Para corroborar a principal hipótese diagnóstica desse caso, deve-se complementar os exames com:

- A. colonoscopia
- B. análise do líquido
- C. dosagem de potássio urinário ✓**
- D. ressonância de coluna vertebral

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A fraqueza flácida é consequência da hipocalcemia grave ( $K = 2,0$ ), e o distúrbio de base é acidose metabólica HIPERCLOREMICA ( $Cl 120$ ,  $HCO_3 10$ ) com ânion gap normal. Diante dessa acidose, o rim saudável acidificaria a urina — mas o pH urinário está em 6, inapropriadamente alto: é acidose tubular renal distal (tipo 1). A confirmação passa por documentar a perda RENAL de potássio, com dosagem de potássio urinário, que separa a causa renal da perda gastrointestinal (aqui já improvável, pois nega diarreia). Liquor (B) e ressonância (D) investigariam Guillain-Barré ou mielite, que não explicam a acidose. Resposta C.

**QUESTÃO 48 — Gabarito A**

Sobre as hérnias inguinais e umbilicais na infância, é correto afirmar que hérnia do tipo:

- A. inguinal deve ser tratada cirurgicamente ✓**
  - B. inguinal tem menor risco de encarceramento
  - C. umbilical não se resolve espontaneamente na maioria das vezes
  - D. umbilical  $>2cm$  tem indicação absoluta de abordagem cirúrgica
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022  
ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Hérnia inguinal na criança é sempre indicação cirúrgica: decorre da persistência do conduto peritoneovaginal, NÃO fecha espontaneamente e tem alto risco de encarceramento — tanto maior quanto menor a idade —, o que derruba B. A hérnia umbilical é o oposto: fecha sozinha na grande maioria até os 4-5 anos (C errado) e a cirurgia é discutida apenas por persistência após essa idade, encarceramento ou anel muito largo, sem indicação absoluta pelo tamanho isolado (D). Resposta A.

**QUESTÃO 49 — Gabarito D**

Mulher de 23 anos procura a UBS para coleta de exame preventivo do câncer de colo uterino. Refere menarca aos 13 anos e sexarca aos 17. Informa que já teve relações sexuais com homens, mas atualmente mantém relações apenas com mulheres. Nesse caso, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, o profissional de saúde deve orientar à paciente que no momento:

- A. será colhido o exame e que ela deverá manter o rastreamento anual até os 64 anos de idade
- B. será colhido o exame e que ela deverá manter o rastreamento trienal até os 64 anos de idade
- C. não será colhido o exame e que ela deverá retornar apenas caso volte a ter relações sexuais com homens
- D. não será colhido o exame e que ela deve retornar aos 25 anos, idade em que é iniciado o rastreamento desse tipo de câncer ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O rastreamento citológico do câncer de colo, segundo o Ministério da Saúde, começa aos 25 anos em mulheres que já tiveram atividade sexual, com dois exames anuais e, se ambos normais, repetição TRIENAL até os 64 anos. A paciente tem 23 anos: não se colhe agora, orienta-se retorno aos 25 (A e B erram a idade de início e a periodicidade). Fundamental: mulheres que fazem sexo com mulheres têm a MESMA indicação de rastreio, o que torna C não só incorreto como discriminatório. Resposta D.

**QUESTÃO 50 — ANULADA**

A identificação do grau de motivação e do estágio de mudança comportamental possibilita a escolha de estratégias de cuidado mais efetivas na intervenção quanto ao hábito de fumar. Segundo o modelo transteórico comportamental de Prochaska, o estágio de mudança e a conduta médica mais indicada para auxiliar na cessação do tabagismo, respectivamente, são:

- A. preparação / verificar estratégias de mudança viáveis e efetivas e trabalhar a ambivalência da pessoa
- B. ação / fornecer informações e materiais educativos relacionados ao risco do tabagismo e evitar a confrontação
- C. contemplação / trabalhar os tipos de parada (gradual ou abrupta) e engajar a pessoa em grupo de cessação de tabagismo
- D. pré-contemplação / identificar os receios da pessoa sobre o parar de fumar e possíveis obstáculos para essa tomada de decisão

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Questão ANULADA pela banca. O conteúdo cobrado era o modelo transteórico de mudança comportamental de Prochaska e DiClemente aplicado à cessação do tabagismo, que descreve os estágios pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída, cada um com abordagem própria — informar e acolher receios sem confrontar nas fases iniciais, pactuar data e estratégias na preparação e sustentar a abstinência na manutenção. Como não há gabarito oficial, não se afirma aqui alternativa correta.

**QUESTÃO 51 — Gabarito B**

Entre as estratégias de prevenção em saúde, a prevenção quaternária (P4) altera a configuração meramente cronológica, centrada só no saber clínico-epidemiológico, para uma lógica de prevenção centrada na relação médico-paciente. É considerada uma estratégia de P4:

- A. disponibilizar o teste rápido de HIV nas unidades básicas de saúde
- B. desencorajar o rastreamento do câncer de próstata na população masculina geral ✓**
- C. descentralizar a vacinação contra o novo coronavírus em todo o território nacional
- D. ofertar a reabilitação fisioterápica para pacientes vítimas de acidente vascular encefálico (AVE)

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Prevenção quaternária é a proteção contra a própria medicina: evitar intervenção desnecessária, sobrediagnóstico e medicalização em pessoas saudáveis. Desencorajar o rastreamento populacional do PSA é o exemplo-padrão, porque detecta tumores indolentes e leva a biópsias e tratamentos com impotência e incontinência sem ganho de mortalidade global. Teste rápido de HIV (A) e vacinação (C) são prevenção primária/secundária; reabilitação pós-AVE (D) é prevenção terciária. Resposta B.

**QUESTÃO 52 — Gabarito C**

As práticas da integralidade devem estar fundamentadas na definição ampliada de saúde, que demanda olhar e entender o adoecimento sob a ótica da complexidade, sendo representada por:

- A. domínio da medicina anatomoclínica e biomédica
- B. emprego exaustivo de protocolos diagnósticos e terapêutica farmacológica
- C. abordagem dos componentes psicossocioafetivos do processo saúde-adoecimento ✓**
- D. conhecimento estrito dos mecanismos fisiopatológicos do processo saúde-adoecimento

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Integralidade parte do conceito ampliado de saúde: o adoecimento é fenômeno complexo, atravessado por dimensões psicológicas, sociais e afetivas, e não apenas por lesão de órgão. Por isso a resposta é a abordagem dos componentes psicossocioafetivos. As demais alternativas descrevem justamente o modelo que a integralidade critica — o reducionismo biomédico e anatomoclínico (A), o conhecimento estrito da fisiopatologia (D) e a resposta protocolar e farmacológica exhaustiva (B). Resposta C.

**QUESTÃO 53 — Gabarito B**

Idosa de 78 anos procura a UBS com queixa de tonteira, após ter sido atendida na Unidade de Pronto Atendimento no último fim de semana. Refere diabetes há pelo menos 15 anos, tabagismo de 20 maços/ano e uso regular de metformina 850mg 3x/dia, mas não faz dieta. Ao exame físico, apresenta obesidade grau II e pressão arterial de 120 x 80mmHg. Na consulta, apresentou os seguintes exames: glicemia = 158mg/dL, HbA1c = 8%; colesterol total = 238mg/dL, HDL = 35mg/dL e LDL = 135mg/dL; ecocardiograma com disfunção ventricular esquerda, fração de ejeção de 47%, TFG de 58mL/min/1,73 e microalbuminúria. Quanto à abordagem terapêutica e as medidas preventivas e/ou de rastreamento das complicações nessa paciente, a conduta mais adequada é:

- A. orientar a perda de peso para atingir uma meta da hemoglobina glicada menor que 6,5% e realizar o exame físico completo para rastreamento de neuropatia
- B. iniciar estatina pelo risco de complicações cardiovasculares e educar para o autocuidado individual a fim de reduzir a procura pelos serviços de emergência ✓**
- C. prescrever o uso de aspirina em baixas doses devido à insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e orientar a cessação do tabagismo
- D. suspender a metformina devido ao quadro de insuficiência renal leve e solicitar fundoscopia para rastreamento de retinopatia diabética

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Idosa diabética de longa data, tabagista, com LDL 135, disfunção ventricular, TFG reduzida e microalbuminúria: risco cardiovascular alto, com indicação formal de ESTATINA, somada à educação para o autocuidado. Os distratores erram alvos clássicos: meta de HbA1c < 6,5% é inadequada e perigosa em idosa (A); AAS não tem indicação por insuficiência cardíaca e a prevenção primária em idoso aumenta sangramento (C); e a metformina só é suspensa com TFG < 30, não com 58 (D). Resposta B.

**QUESTÃO 54 — Gabarito C**

No acompanhamento ambulatorial de pacientes na atenção primária à saúde (APS), o médico deve estar atento à prescrição dos medicamentos. Em relação aos cuidados para evitar a polifarmácia, é correto afirmar que:

- A. deve-se adotar um limiar baixo para acrescentar medicamentos e alto para suspendê-los
  - B. todos os fármacos preventivos devem ser mantidos ao longo da vida, pois existem boas evidências de melhores desfechos da saúde
  - C. os jovens com múltiplas doenças e as pessoas que saíram de uma hospitalização também são vulneráveis aos efeitos da polifarmácia ✓**
  - D. alguns fármacos são fatores de risco para reações adversas aos medicamentos (RAM) em idosos, mas o tipo de doença não interfere na RAM
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A desprescrição exige inverter a lógica habitual: limiar ALTO para acrescentar e BAIXO para retirar fármacos (o oposto de A). Vulnerabilidade à polifarmácia não é exclusividade do idoso — jovens com multimorbidade e pacientes recém-saídos de internação (que voltam com listas ampliadas e sem reconciliação medicamentosa) também estão em risco. Fármacos preventivos devem ser reavaliados periodicamente conforme prognóstico e expectativa de vida (B), e o tipo de doença influencia, sim, o risco de reação adversa (D). Resposta C.

**QUESTÃO 55 — Gabarito A**

Mulher com 48 anos, negra, solteira, relata ter perdido o pai falecido recentemente devido à covid-19. Procurou a UBS com queixa de cefaleia e formigamento nos pés; refere ter diabetes e que nem sempre usa as medicações corretamente. Sabe que precisa fazer dieta e realizar atividade física, mas não tem vontade para fazer nada desde a morte do pai. O exame físico evidenciou: IMC = 32, PA = 150 x 90mmHg e varizes de membros inferiores. A conduta do médico foi prescrever as medicações e marcar o retorno para 60 dias. Considerando a utilização do método clínico centrado na pessoa, nesse caso, é correto afirmar que:

- A. pode melhorar a adesão ao tratamento e o cuidado preventivo, em que cada encontro é uma oportunidade para a promoção da saúde ✓**
- B. costuma gerar mais custos ao sistema de saúde, pois sobrecarrega os serviços, apesar de melhorar a recuperação dos pacientes
- C. as consultas exigem muito mais tempo, apesar das evidências mostrarem melhoras no controle do diabetes e da hipertensão
- D. deve priorizar os aspectos subjetivos do sofrimento da pessoa para que o médico possa decidir qual a melhor conduta

**COMENTÁRIO OSCELABS**

O método clínico centrado na pessoa explora a experiência da doença, entende a pessoa no seu contexto (aqui, o luto pelo pai, que explica a desmotivação e a má adesão) e constrói um plano comum. A evidência mostra que isso melhora adesão e desfechos, e cada encontro vira oportunidade de promoção da saúde. Os distratores repetem mitos: o método NÃO aumenta custos nem sobrecarrega o sistema (B), não exige necessariamente consultas mais longas (C) e não é priorizar o subjetivo para o médico decidir sozinho (D) — a decisão é compartilhada. Resposta A.

**QUESTÃO 56 — Gabarito B**

Na abordagem dos casos complexos na APS, deve-se estabelecer um cuidado sistêmico por meio de várias ferramentas. No caso de verificação das crises acidentais, a ferramenta mais adequada é o(a):

- A. entrevista familiar
- B. ciclo de vida ✓**
- C. genograma
- D. ecomapa

**COMENTÁRIO OSCELABS**

As crises familiares só ganham sentido quando lidas contra o pano de fundo do CICLO DE VIDA da família: é essa ferramenta que mostra qual etapa a família atravessa e permite separar o evento esperado (normativo, como a saída dos filhos) do acidental/inesperado, que irrompe fora de hora e desorganiza o sistema. O genograma (C) mapeia estrutura, gerações e padrões de adoecimento; o ecomapa (D) desenha a rede de apoio externa; e a entrevista familiar (A) é instrumento de intervenção, não de identificação da crise. Resposta B.

**QUESTÃO 57 — Gabarito C**

Mulher de 45 anos encontra-se muito ansiosa ao saber que sua pressão arterial estava 158 x 96mmHg após exame de rotina. Refere ser assintomática, apresenta exames laboratoriais normais, com sobrepeso e sedentarismo. Diante desse quadro, o diagnóstico e a conduta mais adequados, respectivamente, são:

- A. hipertensão arterial leve e baixo risco cardiovascular / recomendar mudanças de hábitos alimentares e atividade física moderada diária
- B. hipertensão arterial moderada e baixo risco cardiovascular / iniciar inibidor da enzima de conversão da aldosterona para a prevenção renal

**C. pressão arterial acima do normal necessita de outras aferições para diagnóstico de hipertensão / acalmar a paciente e orientá-la sobre hábitos saudáveis ✓**

- D. pré-hipertensão, com pressão elevada em paciente ansiosa / colocar em observação, com novas medidas pressóricas e se a pressão se mantiver elevada, usar captopril sublingual
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ - 2022 ACESSO DIRETO (101 a 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Uma única aferição de 158x96mmHg, ainda por cima em paciente ansiosa diante do resultado, NÃO diagnostica hipertensão. O correto é reconhecer pressão acima do normal, tranquilizar, orientar hábitos saudáveis e repetir as medidas em outras ocasiões (ou confirmar com MAPA/MRPA, que ainda afastam o efeito do avental branco). A e B já rotulam e classificam risco com base em uma medida isolada, e B ainda erra a farmacologia (o alvo do IECA é a enzima conversora de angiotensina). Em D, captopril sublingual para pressão assintomática é conduta proscrita, pelo risco de hipoperfusão. Resposta C.

**QUESTÃO 58 — Gabarito B**

Em relação aos testes de sensibilidade e especificidade, havendo uma prevalência adequada da doença pesquisada, é correto afirmar que nos exames:

- A. sensíveis há menor probabilidade de resultados falsos negativos, sendo assim, se o resultado for positivo é possível concluir que a pessoa é doente para a patologia pesquisada

**B. sensíveis há menor probabilidade de resultados falsos negativos, sendo assim, se o resultado for negativo, é possível concluir que a pessoa é sadia para a doença pesquisada ✓**

- C. específicos há menor probabilidade de resultados falsos positivos, sendo assim, se o resultado for negativo é possível concluir que a pessoa é sadia para a doença pesquisada
- D. específicos há menor probabilidade de resultados falsos negativos, sendo assim, se o resultado for negativo é possível concluir que a pessoa é sadia para a doença pesquisada

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Vale o mnemônico SnNout / SpPin. Teste muito SENSÍVEL erra pouco por falso negativo, então um resultado NEGATIVO afasta a doença — exatamente o que a alternativa correta enuncia. Já teste muito ESPECÍFICO erra pouco por falso positivo, e é o resultado POSITIVO que confirma o diagnóstico: por isso A inverte (usa o sensível para confirmar) e C inverte (usa o específico para afastar). D confunde os conceitos, atribuindo ao teste específico a redução de falsos negativos. Resposta B.

**QUESTÃO 59 — Gabarito D**

Se em um único estudo de eficácia (ensaio clínico randomizado) ficar demonstrado que uma medicação funciona, em uma população entre 18-50 anos em ambiente hospitalar, é correto afirmar que:

- A. os resultados observados no estudo clínico serão os mesmos, desde que a população seja semelhante à da pesquisa, mas o efeito da intervenção deve ser menos intenso na prática clínica diária e pode variar de um país para outro

- B. os resultados observados no estudo clínico podem ser extrapolados para toda a população, mesmo a que não foi objeto do estudo, pois só há um diagnóstico e ele não é influenciado pelo ambiente e condições socioeconômicas
- C. a medicação funcionará na prática médica da mesma forma e com o mesmo efeito que no ensaio, se usada em uma população semelhante à do estudo, independentemente das condições socioeconômicas do país
- D. a medicação é promissora para a prática médica, se usada em uma população com as mesmas características da pesquisa, mas há necessidade de mais estudos de eficácia e de efetividade para comprovar sua utilidade ✓**

**COMENTÁRIO OSCELABS**

A pergunta separa EFICÁCIA (funciona em condições ideais e controladas do ensaio) de EFETIVIDADE (funciona no mundo real, com adesão imperfeita, comorbidades e diferentes contextos socioeconômicos e de organização de serviços). Um único ensaio, restrito a 18-50 anos e a ambiente hospitalar, torna a droga promissora, mas não a consagra: exige replicação e estudos pragmáticos. Por isso B extrapola indevidamente para toda a população e C ignora que o efeito real costuma ser menor que o do ensaio. Resposta D.

**QUESTÃO 60 — Gabarito C**

Enfermeiro com sintomas gripais, em pleno pico da pandemia de covid-19 faz o PCR, que dá negativo. Nessa circunstância, o que se pode fazer é:

- A. liberar o enfermeiro para retornar ao trabalho, mas com a necessidade de voltar em alguns dias para realizar sorologia para covid-19
- B. confirmar que o enfermeiro não tem covid-19 e liberá-lo para as atividades laborativas, sem nenhuma restrição para ele e para sua família
- C. assumir o teste como falso negativo e colocar o enfermeiro e seus contactantes em quarentena e vigilância para observar a evolução da doença ✓**
- D. confirmar que o enfermeiro não tem covid-19, mas mantê-lo em quarentena, visto poder transmitir alguma infecção respiratória viral aos seus pacientes e familiares

**COMENTÁRIO OSCELABS**

Interpretação de teste depende da probabilidade PRÉ-TESTE. Em profissional de saúde sintomático, no pico da pandemia, a chance de doença é alta e o RT-PCR — que tem boa especificidade mas sensibilidade limitada, muito dependente do momento e da técnica da coleta — não descarta o diagnóstico. Assume-se falso negativo, mantém-se isolamento e vigilância dos contactantes. Liberar para o trabalho (A e B) expõe pacientes; sorologia (A) tem valor apenas retrospectivo, não serve para diagnóstico agudo. Resposta C.