



UERJ — Residência Médica 2025 (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 B

Mulher de 40 anos, com história pregressa de infarto do miocárdio, evolui com disfunção moderada de ventrículo esquerdo (VE). Faz tratamento com carvedilol e losartana, e uso irregular de diurético. Há 15 dias houve piora da dispneia, tosse, queda do estado geral e mal-estar. O exame físico é compatível com derrame pleural a direita. Na toracocentese, os achados do líquido pleural mostram proteína = 4g/dL, LDH = 350UI/L, glicose = 50mg/dL e citologia = 1.000 células/mm³, sendo 50% de células mononucleares. No sangue, verifica-se hemoglobina = 9g/dL, leucócitos = 8.000/mm³, VHS = 60mm/h, proteína = 7g/dL e LDH = 350UI/L. A melhor conduta, nesse caso, será:

- A. iniciar diurético, associado com nitrato-hidralazina, e objetivar balanço hídrico negativo
- B. solicitar adenosina deaminase pleural, gama-interferon sérico e biópsia da pleura ✓**
- C. iniciar diurético em dose alta e objetivar balanço hídrico negativo
- D. solicitar sorologias virais como CMV, Ebstein-Barr e HIV

COMENTÁRIO OSCELABS

Crítérios de Light: proteína pleural/sérica = 0,57 e LDH pleural/sérica = 1,0 — é EXSUDATO, não derrame de insuficiência cardíaca. Some glicose baixa (50), predomínio mononuclear e VHS 60: o padrão é tuberculose pleural. A investigação é ADA no líquido, interferon-gama e biópsia pleural (a citologia isolada tem baixo rendimento na TB). A e C tratam como transudato e atrasam o diagnóstico; sorologias virais (D) não explicam exsudato linfocítico com consumo de glicose. Resposta B.

QUESTÃO 10 — Gabarito B

Homem de 30 anos, com história pregressa de asma brônquica quando criança, atualmente não faz uso de medicação e não apresenta episódios de broncoespasmo. Há duas semanas, iniciou treinamento para jogar futebol e, em cada treino, tem apresentado episódio de tosse persistente e dispneia. Considerando um treino iniciado há 20 minutos, verificaram-se tosse persistente e sibilos na ausculta. A melhor conduta, nesse momento, é fazer dois puffs de:

- A. ipatropium
- B. salbutamol ✓**
- C. beclometasona
- D. inibidor de leucotrienos

COMENTÁRIO OSCELABS

Broncoespasmo induzido pelo exercício com sibilos JÁ instalados: o momento pede resgate, não controle. O beta-2 agonista de curta ação (salbutamol) age em minutos revertendo a broncoconstrição. Beclometasona (C) e antileucotrieno (D) são preventivos — o montelucaste até previne o BIE, mas não aborta a crise; ipratrópio (A) tem início lento e papel adjuvante. Pérola: no BIE o SABA 15 min antes do treino é a profilaxia clássica. Resposta B.

QUESTÃO 11 — Gabarito C

Uma mulher de 72 anos, diabética e tabagista, comparece à consulta de rotina no ambulatório de clínica médica. Não apresenta sintomas. Traz resultados dos seguintes exames realizados na última consulta: cálcio = 9,2mg/dL, vitamina D total = 33ng/mL, densitometria óssea com t-score = -1,9 em cabeça de fêmur e -1,5 em vértebra e radiografia de coluna lombar evidenciando colapso de L3. A conduta que representa maior redução no risco de fraturas por fragilidade que deve ser tomada nesse momento é:

- A. cessação de tabagismo
- B. reposição de vitamina D
- C. prescrição de bisfosfonato ✓**

D. início de carbonato de cálcio RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Fratura vertebral por fragilidade (colapso de L3) fecha o diagnóstico de OSTEOPOROSE ESTABELECIDADA, independentemente do T-score estar apenas na faixa de osteopenia. Aí a intervenção com maior redução de risco de nova fratura é o antirreabsortivo — bisfosfonato. Cálcio (9,2) e vitamina D (33) já estão normais, então repor (B/D) agrega pouco; cessar tabagismo (A) é essencial, mas o ganho é lento e menor que o do bisfosfonato. Resposta C.

QUESTÃO 12 — Gabarito D

Um homem de 58 anos, hipertenso, diabético, tabagista e etilista, procura a emergência com queixa de dor abdominal. Refere episódios recorrentes de dor em andar superior do abdômen, mais importante no período pós-prandial há meses. Ao exame, apresenta dor à palpação de região epigástrica e macicez móvel de decúbito. Uma ultrassonografia à beira leito evidencia ascite moderada. É realizada paracentese diagnóstica com os seguintes resultados: albumina = 2,3g/dL, proteínas totais = 4,2g/dL e leucócitos = 300/mm³, com 80% de polimorfonucleares. Exames laboratoriais revelam hemoglobina = 12,5mg/dL, leucócitos = 6.000/mm³, plaquetas = 160.000/mm³, creatinina = 1,4mg/dL, proteínas totais = 5,2g/dL e albumina = 2,8g/dL. O exame que deve ser solicitado no líquido ascítico para definição do diagnóstico mais provável é:

- A. cultura para germes comuns
- B. adenosina deaminase
- C. citologia oncológica

D. amilase ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

GASA = 2,8 - 2,3 = 0,5 (< 1,1): ascite NÃO relacionada à hipertensão portal, com proteína alta. Em etilista com dor epigástrica pós-prandial recorrente há meses, a hipótese é ascite pancreática por pancreatite crônica/rotura ductal — confirma-se com amilase no líquido (tipicamente muito elevada). Os PMN são 240/mm³ (< 250), afastando PBE e a cultura como prioridade (A); ADA (B) investiga TB e citologia (C), carcinomatose — ambas com GASA baixo, mas sem o contexto pancreático. Resposta D.

QUESTÃO 13 — Gabarito C

Uma mulher de 32 anos, sem comorbidades conhecidas, procura a ginecologia por aumento de volume menstrual. Relata que sua menstruação ocorre de forma regular, mas com fluxo e duração aumentados, desde a menarca, aos 15 anos. À anamnese dirigida, refere episódios ocasionais de epistaxe e surgimento de hematomas não provocados pelo corpo desde a adolescência. Exames laboratoriais evidenciam anemia e plaquetopenia leves, tempo de atividade da protrombina (TAP) normal e tempo de tromboplastina parcial ativada (PTT) alargado. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- A. hemofilia A
- B. deficiência de vitamina K

C. doença de von Willebrand ✓

D. púrpura trombocitopênica imune

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento mucocutâneo desde a menarca (menorragia, epistaxe, equimoses espontâneas) com PTTa alargado e TAP normal aponta doença de von Willebrand: o FvW carrega o fator VIII, e sua queda alarga a via intrínseca; a plaquetopenia leve cabe no tipo 2B. Hemofilia A (A) é ligada ao X, praticamente restrita a homens; deficiência de vitamina K (B) alarga primeiro o TAP; PTI (D) cursa com plaquetopenia isolada e coagulograma normal. Resposta C.

QUESTÃO 14 — Gabarito A

Um homem de 23 anos, sem comorbidades conhecidas, procura a clínica da família com queixa de diarreia há três meses. Refere apresentar de quatro a cinco episódios diários de fezes líquidas em grande quantidade. Relata ainda episódios eventuais de febre baixa e perda ponderal de 5kg no período. É solicitado exame parasitológico de fezes, que evidencia oocistos de *Cystoisospora belli*. O tratamento mais adequado e o exame que deve ser solicitado, nesse momento, respectivamente, são:

A. sulfametoxazol e trimetoprima / sorologia para HIV ✓

B. albendazol / anticorpo antitransglutaminase

C. nitazoxanida / endoscopia digestiva alta

D. metronidazol / colonoscopia RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Cystoisospora belli é coccídio oportunista: diarreia crônica volumosa com perda ponderal por esse agente é marcador de imunodepressão avançada (classicamente HIV com CD4 baixo). O tratamento é sulfametoxazol-trimetoprima, e a investigação obrigatória é sorologia para HIV. Albendazol (B) cobre helmintos; nitazoxanida (C) é alternativa em criptosporidiose; metronidazol (D) trata protozoários luminiais como giárdia e ameba. Resposta A.

QUESTÃO 15 — Gabarito C

Uma mulher de 72 anos, hipertensa e diabética, procura o ambulatório de neurologia com queixa de fraqueza em braço esquerdo há cerca de um ano. Relata dificuldade cada vez maior de realizar atividades finas, como abotoar a blusa e escrever. À anamnese dirigida, refere episódios de engasgo e tosse ao se alimentar há dois meses. Ao exame, apresenta atrofia de musculatura tenar e miofasciculação em membro superior esquerdo, além de hiperreflexia patelar e clônus em membro inferior direito. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

A. mielopatia espondilótica cervical

B. acidente vascular encefálico

C. esclerose lateral amiotrófica ✓

D. miastenia gravis

COMENTÁRIO OSCELABS

A chave é a coexistência de sinais de segundo neurônio (atrofia tenar, miofasciculações) e de primeiro neurônio (hiperreflexia patelar, clônus), em segmentos diferentes, somada a sintoma bulbar (engasgo/disfagia) e SEM déficit sensitivo — assinatura da esclerose lateral amiotrófica. Mielopatia cervical (A) costuma dar nível sensitivo e não explica o bulbar; AVE (B) é agudo; miastenia (D) dá fadigabilidade flutuante, sem atrofia, fasciculação ou hiperreflexia. Resposta C.

QUESTÃO 16 — Gabarito B

Um homem de 28 anos busca a emergência queixando-se de febre e dor articular. Refere início do quadro há três dias, com febre de 39°C, astenia e artralgia, inicialmente localizada em joelho direito, progredindo para punho e joelho esquerdos. Relata episódio de corrimento uretral autolimitado há duas semanas. Ao exame, apresenta dor, edema e eritema em joelho esquerdo, além de lesões pustulares em tronco e membros. Foi realizada artrocentese diagnóstica que evidenciou 30.000 leucócitos, com 95% de polimorfonucleares. Considerando o diagnóstico mais provável, a terapia inicial mais adequada é:

- A. prednisona
- B. ceftriaxona ✓**
- C. colchicina
- D. oxacilina

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com uretrite há duas semanas, febre, poliartralgia migratória, lesões pustulares e artrite purulenta (30.000 leucócitos com 95% de PMN): é infecção gonocócica disseminada. A terapia inicial é ceftriaxona (mais cobertura para clamídia), com drenagem articular. Prednisona (A) e colchicina (C) tratariam gota/artrite inflamatória e pioram infecção; oxacilina (D) cobre *S. aureus*, que não explica as pústulas com uretrite prévia. Resposta B.

QUESTÃO 17 — Gabarito A

Uma mulher de 48 anos, com obesidade, é encaminhada ao ambulatório de clínica médica com queixa de cansaço. Refere início do quadro há cerca de um mês, com fadiga, irritabilidade, intolerância ao calor e tremor de extremidades, além de episódios recorrentes de palpitação e dor retroesternal. Um eletrocardiograma revela apenas taquicardia sinusal. Exames laboratoriais evidenciam TSH suprimido e T4 livre elevado. O exame físico da tireoide é normal. Foi realizada cintilografia de tireoide, que evidenciou hipocaptação do radionuclídeo em toda a glândula. A causa mais provável do quadro descrito é:

- A. tireotóxicose factícia ✓**
- B. doença de Graves
- C. tumor hipofisário
- D. adenoma tóxico

COMENTÁRIO OSCELABS

Tireotóxicose com cintilografia HIPOCAPTANTE difusa e tireoide normal ao exame afasta hiperfunção glandular: a fonte do hormônio é externa — tireotóxicose factícia (uso de levotiroxina, frequente em contexto de emagrecimento). Graves (B) dá bócio difuso com captação AUMENTADA; adenoma tóxico (D), nódulo hipercaptante com supressão do restante; tumor hipofisário (C) cursaria com TSH normal ou alto, e não suprimido. Resposta A.

QUESTÃO 18 — Gabarito D

Um homem de 40 anos, sem comorbidades conhecidas, é internado em enfermaria de clínica médica para investigação de febre e perda de peso. Refere, há quatro meses, episódios recorrentes de febre vespertina, além de astenia e perda ponderal de 10kg. Ao exame, apresenta-se hipocorado e com baço palpável a 15cm do rebordo costal esquerdo. Exames laboratoriais evidenciam pancitopenia e hipoalbuminemia. É realizado aspirado de MO, que revela células ovoides com núcleo grande no interior dos macrófagos. O diagnóstico mais provável, nesse caso, é:

- A. amiloidose
- B. tricoleucemia**

C. doença de Gaucher

D. leishmaniose visceral RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre vespertina arrastada, perda ponderal, esplenomegalia volumosa (15 cm do rebordo), pancitopenia e hipoalbuminemia com inversão albumina/globulina compõem o calazar; o achado definidor é a forma amastigota (ovoide, com núcleo e cinetoplasto) DENTRO de macrófagos no aspirado de medula. Gaucher (C) mostra macrófago com citoplasma em papel amassado, sem febre; tricoleucemia (B) tem linfócitos pilosos; amiloidose (A) não dá parasitas intracelulares. Resposta D.

QUESTÃO 19 — Gabarito D

Um homem de 19 anos é encaminhado ao ambulatório de clínica médica devido a quadro de dor lombar. Refere início dos sintomas há seis meses. A dor é pior pela manhã e melhora ao longo do dia, com rigidez matinal de duas horas. Relata ainda episódios recorrentes de dor e vermelhidão em olho direito, que melhoram espontaneamente. Nega diarreia, corrimento genital ou artralgia de pequenas articulações. Exames laboratoriais evidenciam elevação de provas inflamatórias e leve anemia. Considerando o diagnóstico mais provável, um exame que deve ser solicitado e o tratamento inicial mais adequado, respectivamente, são:

- A. HLA B27 / corticosteroide
- B. colonoscopia / infliximabe
- C. fator reumatoide / metotrexato

D. radiografia de sacroilíacas / anti-inflamatório não esteroide ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Jovem com lombalgia INFLAMATÓRIA (pior pela manhã, rigidez de 2 h, melhora com atividade) e uveíte anterior recorrente: espondiloartrite axial. O exame que documenta a doença é a radiografia de sacroilíacas (sacroileíte), e o tratamento de primeira linha é AINE em dose plena. HLA-B27 (A) é apenas marcador de risco e corticoide sistêmico não funciona na doença axial; anti-TNF (B) só após falha de dois AINEs; fator reumatoide e metotrexato (C) pertencem à artrite periférica/AR. Resposta D.

QUESTÃO 20 — Gabarito A

Uma mulher de 35 anos procura o ambulatório de clínica médica queixando-se de perda de peso e dificuldade de se alimentar há seis meses. Refere que sente os alimentos, sólidos ou líquidos, entalados na garganta, e que apresenta dor retroesternal em aperto, além de regurgitação após a alimentação. Considerando o diagnóstico mais provável, o mecanismo fisiopatológico mais provavelmente associado é:

A. hipoperistalse e hipertonia do esfíncter esofageano inferior ✓

- B. fraqueza de musculatura orofaríngea
- C. obstrução intraluminal do esôfago
- D. divertículo esofageano CIRURGIA GERAL

COMENTÁRIO OSCELABS

Disfagia para sólidos E líquidos desde o início, dor retroesternal e regurgitação = disfagia de transporte por acalasia. A fisiopatologia é a perda dos neurônios inibitórios do plexo mioentérico: aperistalse (hipoperistalse) do corpo esofágico somada a hipertonia e falha de relaxamento do esfíncter inferior. Fraqueza orofaríngea (B) daria disfagia alta com engasgo; obstrução intraluminal (C) começa por sólidos; divertículo (D) causa halitose e regurgitação de alimento não digerido. Resposta A.

QUESTÃO 21 — Gabarito B

O distúrbio hidroeletrólítico cuja rápida correção leva à mielinólise pontina é a:

- A. hipocalemia
- B. hiponatremia ✓**
- C. hipocalcemia
- D. hipomagnesemia

COMENTÁRIO OSCELABS

A correção rápida da HIPONATREMIA crônica desloca água do meio intracelular e provoca desmielinização osmótica, cuja expressão clássica é a mielinólise pontina (tetraparesia, disartria, síndrome do encarceramento). Por isso o limite de segurança: elevar o sódio no máximo 8-10 mEq/L em 24 h. Distúrbios de potássio, cálcio e magnésio (A, C, D) causam arritmia, tetania e convulsão, mas não desmielinização osmótica. Resposta B.

QUESTÃO 22 — Gabarito C

A presença de dor no quadrante inferior direito do abdômen, após a palpação do quadrante inferior esquerdo, é um sinal frequentemente presente em paciente com apendicite aguda. Trata-se do sinal de:

- A. McBurney
- B. Blumberg
- C. Rovsing ✓**
- D. Murphy

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor referida na fossa ilíaca DIREITA ao palpar o quadrante inferior esquerdo é o sinal de Rovsing, explicado pelo deslocamento retrógrado de gases e pelo estiramento do peritônio inflamado sobre o apêndice. McBurney (A) é o ponto doloroso na união do terço externo com os dois terços internos da linha espinho-umbilical; Blumberg (B) é a dor à descompressão brusca; Murphy (D) é a parada inspiratória na colecistite. Resposta C.

QUESTÃO 23 — Gabarito B

Nas gestantes, a emergência abdominal não obstétrica mais comum que requer cirurgia é a:

- A. colecistite aguda
 - B. apendicite aguda ✓**
 - C. obstrução intestinal
 - D. úlcera duodenal perfurada
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A apendicite aguda é a emergência abdominal não obstétrica mais comum a exigir cirurgia na gestação (cerca de 1 a cada 1.500 gestações), seguida pela colecistite (A). Pérola: o útero gravídico desloca o ceco para cima e lateralmente, então a dor pode aparecer em flanco/hipocôndrio direito, e leucocitose é fisiológica na gravidez — o atraso diagnóstico aumenta perfuração e perda fetal. Obstrução (C) e úlcera perfurada (D) são bem mais raras. Resposta B.

QUESTÃO 24 — Gabarito A

O fator de risco externo mais relacionado à elevação na incidência do câncer de pâncreas é o(a):

A. tabaco ✓

B. açúcar

C. álcool

D. sílica

COMENTÁRIO OSCELABS

O tabagismo é o fator de risco externo (ambiental/modificável) mais fortemente associado ao câncer de pâncreas, dobrando aproximadamente o risco e respondendo por cerca de 20-25% dos casos; o risco cai progressivamente após a cessação. Álcool (C) só pesa indiretamente, pela pancreatite crônica; açúcar (B) atua no máximo via obesidade/diabetes; sílica (D) é agente ocupacional ligado a silicose e câncer de pulmão. Resposta A.

QUESTÃO 25 — Gabarito D

Paciente de 75 anos, desorientado, é levado por familiares ao atendimento de emergência. Após avaliação clínica, foi constatada a tríade de Beck, que consiste em:

A. icterícia, febre com calafrios e dor abdominal

B. hipercoagulabilidade, estase venosa e lesão endotelial

C. dor torácica, abolição do murmúrio vesicular e hipertimpanismo

D. hipotensão arterial, abafamento das bulhas cardíacas e turgência jugular ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A tríade de Beck — hipotensão arterial, abafamento (hipofonese) de bulhas e turgência jugular — traduz TAMPONAMENTO CARDÍACO: o líquido no saco pericárdico restringe o enchimento diastólico. Reconhecer é o que salva, pois a conduta é pericardiocentese/drenagem. A alternativa A descreve a tríade de Charcot (colangite); B, a tríade de Virchow (trombose); C, o pneumotórax hipertensivo. Resposta D.

QUESTÃO 26 — Gabarito C

O acrônimo MELD, do inglês The Model for End-Stage Liver Disease, é calculado a partir dos parâmetros:

A. pró-BNP, bilirrubina e albumina

B. sódio, creatinina e albumina

C. INR, bilirrubina e creatinina ✓

D. INR, sódio e pró-BNP

COMENTÁRIO OSCELABS

O MELD original é calculado com INR, bilirrubina total e creatinina — os três traduzem síntese hepática, excreção e função renal, e definem prioridade na fila de transplante. A variante MELD-Na acrescenta o sódio, e o MELD 3.0 incorpora sexo e albumina, mas o núcleo cobrado é INR/bilirrubina/creatinina. Albumina, tempo de protrombina, ascite e encefalopatia pertencem ao Child-Pugh; pró-BNP (A e D) não entra em nenhum dos dois. Resposta C.

QUESTÃO 27 — Gabarito A

No tratamento das hérnias de hiato, é comumente realizada a funduplicatura de Nissen, que consiste na confecção de uma válvula antirrefluxo de:

- A. 360° ✓**
- B. 320°
- C. 270°
- D. 180°

COMENTÁRIO OSCELABS

A funduplicatura de Nissen é a válvula TOTAL: envolve 360° da circunferência esofágica com o fundo gástrico. As parciais existem justamente para quem tem dismotilidade e risco de disfagia pós-operatória — Toupet, 270° posterior (C), e Dor, 180° anterior (D). Pérola: válvula curta (2 cm) e frouxa reduz disfagia e a síndrome gas-bloat. Resposta A.

QUESTÃO 28 — Gabarito B

Paciente, vítima de colisão de motocicleta com automóvel em via pública, foi levado ao hospital pelos bombeiros, imobilizado em prancha e colar cervical. Há relato de traumatismo cranioencefálico com perda do nível de consciência. O paciente apresentou o sensório rebaixado. Estava ventilando sob máscara com reservatório de oxigênio com fluxo de seis litros por minutos. Ectoscopia revelou lesão cortocontusa em região frontal direita e hematoma periorbitário. Ao exame físico, verificaram-se FR = de 30irpm, saturação (Sat) = 94%, frequência cardíaca (FC) = 95bpm e PA = 100x60mmHg, sem uso de drogas vasoativas no momento. Aos estímulos algícos, houve abertura ocular e movimento de retirada sem localizar, precisamente, o local estimulado, pronunciando sons e gemidos incompreensíveis. Apresentou, no exame, pupilas isocóricas e fotorreagentes. A pontuação na escala de Glasgow desse paciente é:

- A. 9
- B. 8 ✓**
- C. 7

D. 6 RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Somando a escala de coma de Glasgow item a item: abertura ocular apenas à dor = 2; resposta verbal com sons incompreensíveis (gemidos, sem palavras) = 2; resposta motora de retirada inespecífica ao estímulo algíco, sem localizar = 4. Total = 8. Pérola de conduta: Glasgow ≤ 8 em politrauma é indicação formal de via aérea definitiva — o paciente já está sob máscara e taquipneico, precisa de intubação. Resposta B.

QUESTÃO 29 — Gabarito D

Mulher de 52 anos, atropelada por moto em alta velocidade, chega à sala de trauma em prancha rígida com colar cervical e headblock. Na chegada, verifica-se Glasgow = 3, e a paciente é prontamente intubada sem sedação. Sinais vitais demonstram FC = 143irpm, PA = 70x40mmHg e Sat = 100% após intubação já acoplada à ventilação mecânica. Na avaliação primária à politraumatizada, observa-se fratura open book da pelve, do fêmur direito e da tíbia direita. O valor estimado, em litros, de perda sanguínea e o grau de choque hemorrágico, respectivamente, são:

- A. 2 / II
- B. 0,75 / I
- C. 2,5 / III
- D. 3,5 / IV ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Taquicardia acima de 140 bpm, PA 70x40, rebaixamento profundo do sensório e fraturas de pelve em livro aberto associadas a fêmur e tíbia caracterizam choque hemorrágico CLASSE IV — perda superior a 40% da volemia, na faixa de ~3,5 L num adulto. Classes I e II (B e A) mantêm PA normal, sendo a taquicardia e a queda da pressão de pulso os únicos sinais; a classe III (C) já hipotensa não alcança esse grau de taquicardia com coma. Conduta: hemostasia, cinta pélvica e protocolo de transfusão maciça. Resposta D.

QUESTÃO 30 — Gabarito A

Homem de 62 anos, com artrose de joelhos bilaterais e insuficiência cardíaca, chega à emergência sudoreico, agitado e taquipneico. A família relata que ele vem fazendo uso de analgesia para as dores ao deambular e, hoje, apresentou vômito com sangue, após o café da manhã. Os sinais vitais são FC = 105, PA = 80x45mmHg, FR = 25irpm, além de estar afebril. O primeiro passo para o manejo desse paciente é:

- A. acesso venoso calibroso para infusão de volume ✓**
- B. arteriografia para embolização de vaso sangrante
- C. endoscopia digestiva para clipagem do vaso sangrante
- D. sonda nasogástrica para esvaziamento e para lavagem com salina fria do estômago

COMENTÁRIO OSCELABS

Hemorragia digestiva alta (provável úlcera por AINE) com CHOQUE: PA 80x45, taquicardia e taquipneia. A prioridade segue o ABC — dois acessos venosos calibrosos e reposição volêmica/hemocomponentes ANTES de qualquer procedimento diagnóstico. A endoscopia (C) é o tratamento definitivo, mas só após a estabilização; arteriografia (B) fica para falha endoscópica; lavagem gástrica com salina fria (D) é conduta abandonada, sem benefício. Resposta A.

QUESTÃO 31 — Gabarito C

Mulher de 33 anos chega à consulta com queixa de massa no pescoço. Nega sintomas compressivos locais ou qualquer outra queixa de ganho ponderal, fraqueza ou queda de cabelo. Apresenta screening hormonal inicial normal e ultrassonografia demonstrando massa de 4cm. Foi realizada punção por agulha fina cujo resultado revelou células com inclusões citoplasmáticas em vidro fosco (olho da órfã-Annie) e grooving intranuclear. O diagnóstico e o tratamento proposto, respectivamente, são:

- A. cisto coloide / tireoidectomia parcial
- B. carcinoma medular / tireoidectomia total
- C. carcinoma papilífero / tireoidectomia total ✓**
- D. carcinoma folicular / tireoidectomia parcial

COMENTÁRIO OSCELABS

Inclusões citoplasmáticas em vidro fosco (núcleo em 'olho da órfã Annie') e fendas nucleares (grooving) são a assinatura citológica do CARCINOMA PAPILÍFERO da tireoide. Com nódulo de 4 cm (> 4 cm), a conduta é tireoidectomia TOTAL, e não lobectomia. O carcinoma medular (B) mostraria estroma amiloide e calcitonina elevada; o folicular (D) não é diagnosticável por PAAF (depende de invasão capsular/vascular); cisto coloide (A) não tem essas atipias nucleares. Resposta C.

QUESTÃO 32 — Gabarito D

Os pacientes submetidos à esplenectomia devem ser vacinados contra patógenos encapsulados, com o objetivo de evitar sepse pós-esplenectomia. O patógeno mais comum é:

- A. Varicella
- B. H. Influenzae
- C. N. Meningitidis

D. S. pneumoniae RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

O baço é o principal órgão de depuração de bactérias encapsuladas opsonizadas, e o *Streptococcus pneumoniae* responde pela maioria absoluta (cerca de 50-90%) dos casos de sepse fulminante pós-esplenectomia (OPSI). Por isso a vacinação antipneumocócica é a mais importante, idealmente 2 semanas antes da cirurgia eletiva, junto de meningocócica (C) e *Haemophilus influenzae* b (B). Varicela (A) não é bactéria encapsulada. Resposta D.

QUESTÃO 33 — Gabarito B

A hematemese por varizes de esôfago, quando apresentada por um paciente com trombose de veias supra-hepáticas, é decorrente de alteração parenquimatosa hepática e compromete o espaço:

- A. ducto biliar terciário
- B. pós-sinusoidal ✓**
- C. pré-sinusoidal
- D. linfático

COMENTÁRIO OSCELABS

A trombose das veias supra-hepáticas (síndrome de Budd-Chiari) obstrui a drenagem APÓS o sinusoide, gerando hipertensão portal PÓS-SINUSOIDAL, com congestão do parênquima, hepatomegalia dolorosa, ascite rica em proteínas e varizes esofágicas. O bloco pré-sinusoidal (C) é o da esquistossomose e da fibrose portal; o sinusoidal, o da cirrose. Ducto biliar (A) e linfático (D) não geram varizes por gradiente portal. Resposta B.

QUESTÃO 34 — Gabarito C

Mulher de 35 anos, com obesidade grau III, realizou tomografia computadorizada (TC) de coluna torácica por escoliose, que evidenciou incidentaloma de 7cm em adrenal direita. Tem história prévia de disgerminoma ovariano operado aos 25 anos. Em relação à investigação diagnóstica, NÃO está indicada a realização de:

- A. teste com supressão com 1mg de dexametasona
- B. ressonância magnética (RM) com gadolínio
- C. punção aspirativa por agulha fina ✓**
- D. teste de metanefrinas urinárias

COMENTÁRIO OSCELABS

Na avaliação do incidentaloma adrenal a PAAF está proscrita de rotina: não distingue adenoma de carcinoma adrenocortical, tem risco de disseminação por trajeto e pode desencadear crise hipertensiva fatal se a lesão for feocromocitoma. O roteiro correto é rastreio funcional — supressão com 1 mg de dexametasona (A) e metanefrinas (D) — e caracterização por imagem (B). Pérola adicional: lesão de 7 cm (> 4 cm) já é indicação de adrenalectomia pelo risco de malignidade. Resposta C.

QUESTÃO 35 — Gabarito B

Mulher de 95 anos, com doença de Alzheimer em fase avançada, apresenta quadro de obstrução intestinal por síndrome de Ogilvie. Nesse caso, ao realizar TC diagnóstica, os segmentos de intestino grosso que se encontram mais distendidos, comumente, são:

- A. sigmoide e cólon D
- B. cólon D e transverso ✓**
- C. sigmoide e cólon esquerdo
- D. cólon transverso e esquerdo

COMENTÁRIO OSCELABS

A síndrome de Ogilvie é pseudo-obstrução colônica aguda por desequilíbrio autonômico, típica de idoso frágil e acamado. A distensão predomina no cólon DIREITO e transverso, com afilamento próximo ao ângulo esplênico e ausência de obstáculo mecânico. Pérola: ceco acima de 12 cm ou distensão por mais de 3 dias eleva o risco de isquemia/perfuração e indica neostigmina ou descompressão colonoscópica. As opções com sigmoide e cólon esquerdo (A, C, D) descrevem padrão de obstrução distal. Resposta B.

QUESTÃO 36 — ANULADA

Homem de 32 anos realizou proctocolectomia total por retocolite ulcerativa e está em condições de alta com alimentação oral plena. Para evitar desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos, o débito diário (em mL) dessa ileostomia deve girar em torno de:

- A. 3.000
- B. 2.500
- C. 1.500
- D. 1.000

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O conteúdo cobrado é o débito considerado adequado de uma ileostomia em paciente com alimentação oral plena e em condições de alta após proctocolectomia total: débitos muito altos caracterizam a chamada ileostomia de alto débito, com risco de desidratação, hipomagnesemia, hipocalcemia e lesão renal aguda — motivo pelo qual se orienta dieta seca/fracionada, soluções de reidratação oral, antidiarreicos e antissecretores. Sem afirmação de alternativa correta, pois a questão foi anulada.

QUESTÃO 37 — Gabarito B

Entre os diferentes tipos de procedimentos cirúrgicos utilizados no tratamento da obesidade, aquele com mecanismo de ação no eixo endócrino-enteroencefálico é:

- A. cirurgia de Collis
 - B. gastrectomia vertical ✓**
 - C. gastrectomia subtotal
 - D. banda gástrica ajustável
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A gastrectomia vertical (sleeve) resseca o fundo gástrico, principal sítio de produção de GRELINA, e acelera o esvaziamento, elevando GLP-1 e PYY: age no eixo endócrino-entero-encefálico, e não só por restrição. A banda gástrica ajustável (D) é puramente restritiva/mecânica; a gastrectomia subtotal (C) é procedimento oncológico; a cirurgia de Collis (A) é alongamento esofágico para esôfago curto, sem papel bariátrico. Resposta B.

QUESTÃO 38 — Gabarito C

Mulher de 59 anos, com sintomas de epigastralgia e plenitude pós-prandial, foi submetida à endoscopia digestiva, que evidenciou esofagite classe A de Los Angeles, linha Z coincidente com o pinçamento diafragmático e estômago normal. A investigação foi complementada com TC de tórax e abdômen, indicando herniação do estômago para o tórax. A hérnia hiatal descrita é classificada como tipo:

- A. IV
- B. III
- C. II ✓**
- D. I

COMENTÁRIO OSCELABS

O detalhe que define a classificação é a posição da junção esofagogástrica: linha Z COINCIDENTE com o pinçamento diafragmático (JEG no lugar) com fundo gástrico herniado ao lado do esôfago = hérnia paraesofágica pura, tipo II. No tipo I (D), por deslizamento, a JEG migra para o tórax; o tipo III é misto (JEG migrada + fundo herniado); o tipo IV inclui outro órgão no saco herniário (cólon, baço, pâncreas). Resposta C.

QUESTÃO 39 — Gabarito A

Homem de 25 anos, com suspeita de apendicite aguda, é encaminhado para avaliação no pronto-socorro. Refere história de anorexia, desconforto epigástrico e náuseas iniciadas há 24 horas. Conta ainda que, nas últimas 12 horas, notou mudança nos sintomas, com piora da dor, que agora está localizada no flanco direito. Nega febre, diarreia, vômitos e outras comorbidades. No exame físico, encontra-se afebril, corado, eupneico, anictérico e hemodinamicamente estável. Apresenta dor importante à palpação profunda em fossa ilíaca direita, porém sem sinais de irritação peritoneal. Realizou também hemograma, que mostrou hematócrito = 39% e leucócito = 13.000mcL com 1% de bastões. Utilizando, nesse caso, o escore de Alvarado, a pontuação e sua interpretação são, respectivamente:

- A. 7 / apendicite provável ✓**
- B. 4 / apendicite improvável
- C. 12 / apendicite confirmada
- D. 10 / apendicite muito provável

COMENTÁRIO OSCELABS

Somando o escore de Alvarado: migração da dor = 1, anorexia = 1, náusea = 1, dor à palpação em fossa ilíaca direita = 2, leucocitose > 10.000 = 2 — total 7. Sem descompressão dolorosa, sem febre e com apenas 1% de bastões, não pontua o restante. Faixa 5-6 indica apendicite possível; 7-8, provável; 9-10, muito provável. Note que o escore máximo é 10, o que já elimina a alternativa com 12 pontos. Resposta A.

QUESTÃO 40 — Gabarito D

Homem de 31 anos, com diagnóstico clínico de doença hemorroidária, está em tratamento com medidas tópicas há seis meses, sem melhoras significativas. Refere sangramento intermitente e protusão da hemorroida. No exame proctológico, apresenta mamilo hemorroidário interno aumentado de volume, com protusão abaixo da linha pectínea e redução espontânea. O tratamento mais adequado, nesse caso, é:

- A. infiltração local com lidocaína 2%
- B. hemorroidectomia de Ferguson
- C. hemorroidectomia com PPH

D. ligadura elástica ambulatorial GINECOLOGIA / OBSTETRÍCIA ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Mamilo hemorroidário interno que se exterioriza ao esforço e reduz ESPONTANEAMENTE é grau II. Após falha de seis meses de medidas conservadoras, o passo seguinte é procedimento ambulatorial — a ligadura elástica, aplicada acima da linha pectínea (área sem inervação somática, por isso indolor). Hemorroidectomia de Ferguson (B) e PPH (C) ficam para graus III/IV ou doença mista refratária; infiltração com lidocaína (A) não tem papel terapêutico. Resposta D.

QUESTÃO 41 — Gabarito B

Um indivíduo fenotipicamente feminino de 18 anos comparece ao ambulatório de ginecologia com queixa de amenorreia primária. A ultrassonografia realizada mostra ausência de útero e vagina encurtada. Entre as hipóteses diagnósticas, as que podem explicar o quadro são:

- A. agenesia mülleriana e disgenesia gonadal pura

B. insensibilidade androgênica e agenesia mülleriana ✓

- C. disgenesia gonadal pura e hipoplasia de células de Sertoli

- D. hipoplasia de células de Sertoli e insensibilidade androgênica
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Amenorreia primária com fenótipo feminino, útero AUSENTE e vagina em fundo cego admite duas explicações clássicas: agenesia mülleriana (síndrome de Mayer-Rokitansky, 46,XX, com pelos normais e testosterona feminina) e insensibilidade androgênica completa (46,XY, testículos que produzem hormônio antimülleriano — por isso não há útero — com pelos escassos e testosterona masculina). Disgenesia gonadal pura (A, C) cursa com útero PRESENTE, pois não há AMH. Resposta B.

QUESTÃO 42 — Gabarito C

Uma mulher de 38 anos, com hipertensão controlada e história de câncer de mama tratado há seis anos, deseja método contraceptivo. Tem exame ginecológico normal e, atualmente, nenhum sinal de retorno da doença. Deve-se orientar que, devido à sua condição, o método indicado é:

- A. implante de etonorgestrel
- B. injetável trimestral

C. DIU de cobre ✓

- D. anel vaginal

COMENTÁRIO OSCELABS

Câncer de mama, mesmo tratado e sem evidência de doença, é categoria 4 da OMS para QUALQUER método hormonal — combinados ou só de progestágeno. Ficam contraindicados implante de etonogestrel (A), injetável trimestral (B) e anel vaginal (C). A opção segura e altamente eficaz é o DIU de cobre, não hormonal. Pérola: o DIU de levonorgestrel também está vetado nesse cenário. Resposta C.

QUESTÃO 43 — Gabarito A

Em um laudo de colposcopia de uma mulher de 27 anos, aparece o termo “zona de transformação” e ela deseja saber o que isso significa. A explicação a ser dada é a de que corresponde a um achado:

- A. fisiológico, de transformação de epitélio colunar em epitélio escamoso ✓**
- B. fisiológico, de transformação de epitélio escamoso em epitélio colunar
- C. patológico, de transformação de epitélio colunar em epitélio escamoso
- D. patológico, de transformação de epitélio escamoso em epitélio colunar

COMENTÁRIO OSCELABS

A zona de transformação é achado FISIOLÓGICO: a eversão do epitélio colunar endocervical para a ectocérvice expõe-o ao pH ácido vaginal, e ele sofre metaplasia escamosa — ou seja, transformação de colunar em escamoso. É justamente a área onde ocorre a maioria das lesões precursoras (o HPV infecta as células de reserva metaplásicas), e por isso deve ser visualizada por inteiro para a colposcopia ser considerada satisfatória. Não é achado patológico (C, D) nem ocorre no sentido inverso (B). Resposta A.

QUESTÃO 44 — Gabarito C

Uma mulher de 27 anos, sexualmente ativa, queixa-se de corrimento profuso, amarelado com sensação de queimação na vagina, que piora no período pós-menstrual. Nega prurido vulvar. Ao exame, observam-se hiperemia de colo e vagina e medida do pH vaginal > 4,5. Diante desse quadro, a principal hipótese diagnóstica é de:

- A. candidíase
- B. enterobiose
- C. tricomoníase ✓**
- D. vaginose bacteriana

COMENTÁRIO OSCELABS

Corrimento amarelado profuso, bolhoso, com ardor, colpíte ('colo em framboesa'), pH > 4,5 e piora no período pós-menstrual (sangue eleva o pH) é o quadro clássico da tricomoníase — IST que exige tratamento do parceiro e rastreio de outras infecções. A candidíase (A) dá prurido intenso, corrimento grumoso e pH normal (< 4,5); a vaginose bacteriana (D) tem corrimento acinzentado, odor de peixe e ausência de sinais inflamatórios; enterobiose (B) causa prurido anal noturno. Resposta C.

QUESTÃO 45 — Gabarito D

Uma mulher de 34 anos, com desejo de gestar, apresenta um exame de imagem cujo laudo refere mioma tipo 7 pela classificação da FIGO. O tipo de mioma e uma possível indicação terapêutica nesse caso, respectivamente, são:

- A. submucoso pediculado / miomectomia histeroscópica
- B. submucoso pediculado / miomectomia laparoscópica
- C. subseroso pediculado / miomectomia histeroscópica
- D. subseroso pediculado / miomectomia laparoscópica

D. subseroso pediculado / miomectomia laparoscópica RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓**COMENTÁRIO OSCELABS**

Na classificação FIGO, o tipo 7 é o mioma SUBSEROZO PEDICULADO (os tipos 0 a 2 são submucosos, sendo o 0 o pediculado intracavitário; 3 a 5, intramurais; 6 e 7, subserosos; 8, outros, como o cervical). Mioma subseroso é abordado por via abdominal — miomectomia laparoscópica, preservando o útero pelo desejo reprodutivo. A histeroscopia (A, C) só alcança lesões com componente intracavitário (tipos 0-2). Resposta D.

QUESTÃO 46 — Gabarito B

Uma mulher de 58 anos apresenta quadro progressivo de engrossamento da voz, alopecia e hipertrofia de clitóris. Realiza exame ultrassonográfico que evidencia massa sólida de 5cm em ovário direito. De acordo com a sintomatologia, a provável linhagem dessa massa ovariana é:

- A. epitelial
- B. estromal ✓**
- C. metastática
- D. de células germinativas

COMENTÁRIO OSCELABS

Engrossamento da voz, alopecia androgênica e clitoromegalia traduzem VIRILIZAÇÃO por hiperandrogenismo de origem tumoral. Massa sólida ovariana com produção hormonal aponta para a linhagem do cordão sexual/estroma — tipicamente o tumor de células de Sertoli-Leydig (os da granulosa produzem estrogênio e dão sangramento pós-menopausa). Tumores epiteliais (A) e metastáticos (C) em regra não são funcionantes; germinativos (D) ocorrem em jovens e cursam com marcadores como LDH, AFP e beta-hCG. Resposta B.

QUESTÃO 47 — Gabarito D

Uma mulher de 68 anos com quadro de urgência urinária foi diagnosticada com bexiga hiperativa. Um tipo de tratamento medicamentoso que pode ser utilizado para essa condição é:

- A. substâncias antiadrenérgicas
- B. medicamento colinérgico
- C. inibidores da aromatase
- D. toxina botulínica ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Na bexiga hiperativa refratária, a toxina botulínica intradetrusora é opção terapêutica consagrada: bloqueia a liberação de acetilcolina e reduz as contrações não inibidas (o paciente deve ser avisado do risco de retenção e necessidade eventual de cateterismo). O tratamento medicamentoso de primeira linha são antimuscarínicos e agonistas beta-3. Colinérgico (B) faz o contrário — estimula o detrusor; antiadrenérgicos (A) e inibidores da aromatase (C) não têm indicação nessa condição. Resposta D.

QUESTÃO 48 — Gabarito C

Uma mulher de 37 anos, obesa, tabagista, hipertensa e diabética, apresenta prurido vulvar e lesões pleomórficas em vulva. A biópsia revelou lesão intraepitelial escamosa de alto grau (HSIL) vulvar. O fator de risco para esta condição, identificado nesse caso é:

- A. diabetes
- B. obesidade

C. tabagismo ✓

D. hipertensão

COMENTÁRIO OSCELABS

Entre as comorbidades listadas, o TABAGISMO é o fator de risco reconhecido para a lesão intraepitelial escamosa de alto grau da vulva: age em sinergia com o HPV de alto risco, favorecendo a persistência viral por imunossupressão local. Diabetes (A) e obesidade (B) associam-se ao líquen e a infecções vulvares, mas não à HSIL; hipertensão (D) não tem relação. Pérola: HSIL vulvar exige avaliação do colo e da vagina, pela multicentricidade do HPV. Resposta C.

QUESTÃO 49 — Gabarito A

De acordo com o fluxograma do Ministério da Saúde para manejo de infecções que causam úlcera genital, a biópsia está indicada quando as lesões:

A. persistem por mais de quatro semanas ✓

B. apresentam-se como lesão única

C. ocorrem em mulheres jovens

D. cursam com dor associada

COMENTÁRIO OSCELABS

No fluxograma do Ministério da Saúde para úlceras genitais, a biópsia entra quando a lesão **PERSISTE** por mais de quatro semanas (ou não responde ao tratamento), justamente para afastar neoplasia, donovanose e micoses profundas. Lesão única (B) e dor (D) apenas orientam a etiologia síndrômica (cancro duro versus cancro mole/herpes) e não indicam biópsia; idade jovem (C) não é critério. Lembre que o tratamento é síndrômico e imediato, sem esperar resultado. Resposta A.

QUESTÃO 50 — Gabarito A

Ao apresentar dor pélvica e diagnóstico prévio de endometriose, uma mulher com queixa de infertilidade mostra resultado de RM evidenciando endometrioma de 7cm e espessamento de ligamentos uterossacros bilateralmente. Ela deseja realizar apenas tratamento clínico, não pretendendo se submeter à cirurgia. Considerando os problemas identificados, o tratamento clínico pode atuar no(a):

A. controle da dor ✓

B. aumento da fertilidade

C. diminuição do endometrioma

D. redução do espessamento ligamentar RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

O tratamento clínico da endometriose (progestágenos, dienogeste, análogos de GnRH, contraceptivos) atua na DOR: suprime o estímulo estrogênico e a atividade inflamatória das lesões. Não aumenta a fertilidade (B) — pelo contrário, bloqueia a ovulação enquanto usado; não faz o endometrioma de 7 cm regredir de forma sustentada (C), nem desfaz o espessamento fibrótico dos uterossacros da doença profunda (D), que responderiam à cirurgia. Resposta A.

QUESTÃO 51 — Gabarito D

Durante um plantão em maternidade, uma paciente encontra-se em trabalho de parto. Trata-se de uma mulher de 25 anos, GIP0, com idade gestacional (IG) de 39 semanas e 4 dias. Ao exame físico, verificam-se PA = 110x70mmHg, atividade uterina (AU) = 3/10'/40", batimento cardíaco fetal (BCF) = 145bpm sem desacelerações e bolsa íntegra. Ao toque vaginal, verifica-se colo centralizado, 80% apagado, dilatado para 6cm, com variedade de posição OET e no plano +1 de De Lee. Considerando o caso exposto, conclui-se que a situação e a posição, respectivamente, são:

- A. transversa / direita
- B. longitudinal / direita
- C. transversa / esquerda
- D. longitudinal / esquerda ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A nomenclatura OET decompõe-se assim: 'O' de occipito (ponto de referência do polo cefálico) indica apresentação cefálica e, portanto, SITUAÇÃO LONGITUDINAL (eixo fetal paralelo ao materno); 'E' de esquerda é a posição, ou seja, o lado materno para onde aponta o dorso/occipital; 'T' é a variedade transversa. Se a situação fosse transversa (A, C), o polo de referência seria o acrômio e não haveria descida em plano de De Lee. Resposta D.

QUESTÃO 52 — Gabarito B

Avalie o partograma a seguir. Esse partograma é sugestivo de:

- A. desproporção
 - B. evolução normal ✓**
 - C. hipersístolia uterina
 - D. hipoatividade uterina
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A leitura do partograma se apoia em três curvas: dilatação cervical, descida da apresentação e contratilidade. É considerado NORMAL quando a dilatação progride mantendo-se à esquerda da linha de alerta, com descida concomitante da apresentação e dinâmica uterina adequada. Distocia funcional (C, D) apareceria como parada/prolongamento associado a alteração da contratilidade, e a desproporção (A) como parada secundária da dilatação e da descida com bossa e sobreposição de suturas, cruzando a linha de ação. Resposta B.

QUESTÃO 53 — Gabarito C

Gestante de 34 semanas, com diabetes gestacional, em acompanhamento com dieta e exercícios físicos, retorna ao pré-natal com a seguinte curva domiciliar de glicemia capilar: Dom Seg Ter Qua Qui Sex Sab Glicemia de jejum 96 93 92 94 93 94 93 Glicemia 1h pós-prandial 142 138 129 139 136 138 139 Glicemia 2h pós-prandial 124 118 115 117 119 121 119 A conduta mais apropriada nesse caso é:

- A. iniciar terapia com metformina
- B. iniciar terapia com insulina
- C. manter dieta e exercícios ✓**
- D. interromper a gravidez

COMENTÁRIO OSCELABS

As metas na gestação são jejum < 95, 1 hora < 140 e 2 horas < 120 mg/dL. Na curva apresentada, praticamente todos os valores estão dentro do alvo, com apenas pontos isolados discretamente acima — não caracteriza falha da terapia nutricional (regra prática: iniciar farmacoterapia quando cerca de 30% ou mais das medidas ultrapassam a meta após 1-2 semanas de dieta adequada). Logo, mantém-se dieta e exercício. Insulina (B) é a primeira escolha se houver indicação, e a metformina (A) não é a preferencial; interromper a gestação (D) não tem qualquer respaldo. Resposta C.

QUESTÃO 54 — Gabarito D

Paciente de 21 anos, com data da última menstruação (DUM) em 08/04/2024, iniciou acompanhamento pré-natal em unidade de saúde da família na segunda semana de junho. Em 11/07/2024, apresentou ultrassonografia confirmando idade gestacional pela data da última menstruação e os seguintes resultados de exames laboratoriais: grupo sanguíneo 0+, hemoglobina = 12,5mg/dL, hematócrito = 37,8%, glicemia = 78mg/dL, VDRL não reator, anti-HIV não reator, toxoplasmose IgG positivo e IgM negativo, HbsAg negativo e Anti-HBS positivo. Na consulta de 25/09/2024, é recomendado solicitar:

- A. sorologia para toxoplasmose
- B. sorologia para hepatite B
- C. Coombs indireto

D. TOTG ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Com DUM em 08/04/2024, a consulta de 25/09/2024 corresponde a cerca de 24 semanas — janela exata do TOTG 75 g (24 a 28 semanas), obrigatório porque a glicemia de jejum do primeiro trimestre foi normal (78 mg/dL). As demais são desnecessárias: toxoplasmose IgG+/IgM- (A) significa imunidade antiga, não se repete; anti-HBs positivo com HBsAg negativo (B) indica vacinada/imune; Coombs indireto (C) só se aplica a gestante Rh NEGATIVO, e ela é 0 positivo. Resposta D.

QUESTÃO 55 — Gabarito B

Em relação à vacinação durante a gravidez, a vacina cuja administração está indicada em qualquer IG é:

- A. Dtpa
- B. influenza ✓**
- C. tríplice viral

D. febre amarela RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A vacina influenza (inativada) pode e deve ser aplicada em QUALQUER idade gestacional durante a campanha, protegendo mãe e lactente nos primeiros meses. A dTpa (A) é indicada a partir da 20ª semana, com objetivo de transferência de anticorpos contra coqueluche. Tríplice viral (C) e febre amarela (D) são de vírus VIVO ATENUADO e estão contraindicadas na gestação (a febre amarela só em situação de risco epidemiológico elevado, com avaliação individual). Resposta B.

QUESTÃO 56 — Gabarito C

Paciente de 28 anos, primigesta, com sete semanas pela DUM, é atendida na emergência com quadro de sangramento vaginal de pequena intensidade, iniciado há uma semana e associado à dor pélvica. Refere tratamento para infertilidade, tendo feito indução de ovulação para essa gestação. Ao exame obstétrico, está normocorada, hidratada, anictérica, acianótica, com PA = 100x60mmHg e FC = 72bpm; verifica-se abdômen flácido, peristáltico e sem sinais de irritação peritoneal; toque vaginal revela útero intrapélvico, doloroso à mobilização, sem massas palpáveis. A paciente realizou ultrassonografia transvaginal por indicação do seu obstetra após início do sangramento, procedimento que não identificou saco gestacional intrauterino ou massa anexial, nem líquido em fundo de saco posterior. Nesse caso, a principal hipótese diagnóstica é reforçada pelo(a):

- A. culdocentese negativa
- B. hemograma normal
- C. beta HCG positivo ✓**
- D. dilatação cervical

COMENTÁRIO OSCELABS

Sangramento e dor pélvica com sete semanas, indução de ovulação (fator de risco) e ultrassonografia transvaginal SEM saco gestacional intrauterino: a hipótese é gestação ectópica. O que sustenta a hipótese é o beta-hCG positivo — só se fala em ectópica se houver gravidez confirmada e útero vazio (útero vazio com hCG acima da zona discriminatória). Culdocentese negativa (A) e hemograma normal (B) apenas afastam hemoperitônio volumoso, sem confirmar nada; dilatação cervical (D) apontaria abortamento em curso. Resposta C.

QUESTÃO 57 — Gabarito B

Em relação à gestação gemelar, o achado característico da sequência TAPS é a presença de:

- A. feto acárdico e feto bomba
- B. anemia em um dos fetos e policitemia no outro ✓**
- C. diferença de peso menor que 25% entre os fetos
- D. oligodramnia em um dos fetos e polidramnia no outro

COMENTÁRIO OSCELABS

A sequência TAPS (twin anemia-polycythemia sequence) decorre de anastomoses placentárias mínimas em gemelar monocoriônica, gerando discordância de HEMOGLOBINA — um feto anêmico e o outro policitêmico — sem discordância de líquido amniótico (diagnóstico por Doppler da ACM: pico sistólico alto no anêmico e baixo no policitêmico). Oligo/polidramnia (D) define a síndrome de transfusão feto-fetal; feto acárdico e feto bomba (A) caracterizam a sequência TRAP. Resposta B.

QUESTÃO 58 — Gabarito A

Paciente de 34 anos, GIIPII, na 35ª semana de gestação, é atendida por queixar-se de dor abdominal intensa iniciada há uma hora. Durante o pré-natal, apresentou elevação dos níveis tensionais, sem uso de medicação. Ao exame físico, verificam-se PA = 140x90mmHg, fundo uterino (FU) = 33cm, BCF = 112bpm e atividade uterina ausente, porém com tônus uterino aumentado. Observam-se saída de discreta quantidade de sangue escuro e colo uterino dilatado para 2cm. A principal hipótese diagnóstica desse caso é:

- A. descolamento prematuro de placenta ✓**
- B. doença trofoblástica gestacional
- C. trabalho de parto prematuro

D. placenta prévia

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor abdominal intensa e súbita, hipertonia uterina (útero lenhoso) sem contrações efetivas, sangramento escuro em pequena quantidade e sofrimento fetal (BCF 112) em gestante hipertensa: é descolamento prematuro de placenta. Pérola: o sangramento visível subestima a perda, pois grande parte fica retida no hematoma retroplacentário. Placenta prévia (D) sangra vermelho vivo, indolor, com útero relaxado; trabalho de parto prematuro (C) tem contrações com tônus normal; doença trofoblástica (B) não cabe em 35 semanas. Resposta A.

QUESTÃO 59 — Gabarito D

Secundigesta de 32 anos, na consulta de pré-natal de 14 semanas, apresentava-se assintomática, com FU = 13cm, BCF = 160bpm, PA = 150x100mmHg e colo longo, posterior e fechado. Foi medicada com alfa metildopa 750mg/dia e foram solicitados exames complementares, cujos resultados revelaram Ht = 33, Hg = 10, G = 80, U = 32, C = 0,7 e Ptn 24h = 200mg. Até a 32ª semana, o quadro mostrou-se inalterado, com a PA controlada pela medicação prescrita. Na 33ª semana, verificaram-se FU = 25cm, BCF = 155bpm, PA = 165x115mmHg, sem qualquer outra queixa. Os exames realizados na 32ª semana revelaram Ht = 36, Hg = 11,5, G = 82, U = 42, C = 1,0 e Ptn 24h = 4.500mg. O diagnóstico provável, nesse caso, é:

- A. iminência de eclâmpsia
- B. hipertensão crônica bem controlada
- C. pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade

D. hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

A gestante já abria hipertensão ANTES de 20 semanas (PA 150x100 com 14 semanas), o que define hipertensão crônica, com proteinúria basal de apenas 200 mg/24 h (normal). Na 33ª semana, houve descontrole pressórico (165x115) e proteinúria francamente nova (4.500 mg), configurando PRÉ-ECLÂMPسيا SOBREPOSTA à hipertensão crônica. Não há cefaleia, escotomas ou epigastria para iminência de eclâmpsia (A); a proteinúria maciça afasta 'bem controlada' (B) e o quadro não é pré-eclâmpsia pura (C), que exige PA normal antes das 20 semanas. Resposta D.

QUESTÃO 60 — Gabarito A

Gestante com hipertensão crônica sem uso de medicação inicia pré-natal com 12 semanas de gestação. Refere ter apresentado pré-eclâmpsia nas duas gestações anteriores, com interrupção da gravidez com 33 e 31 semanas. Visando à prevenção de novo quadro de pré-eclâmpsia, a medicação a ser prescrita é:

- A. aspirina em baixa dose ✓**
- B. sulfato de magnésio
- C. hidralazina venosa
- D. metildopa oral PEDIATRIA

COMENTÁRIO OSCELABS

Hipertensão crônica somada a pré-eclâmpsia prévia de início precoce coloca a gestante em altíssimo risco: a profilaxia com respaldo em evidência é AAS em baixa dose (75-150 mg/dia, à noite), iniciado entre 12 e 16 semanas e mantido até próximo do termo, associado a cálcio quando a ingestão é baixa. Sulfato de magnésio (B) previne convulsão na pré-eclâmpsia já instalada; hidralazina venosa (C) trata crise hipertensiva; metildopa (D) controla a pressão, mas não previne a pré-eclâmpsia. Resposta A.

QUESTÃO 61 — Gabarito C

Menino de 4 anos é levado à emergência devido a edema periorbital em abdômen e membros inferiores, apresentado há uma semana. A mãe informou que, há quatro dias, procurou a equipe de saúde da família e que uma médica avaliou o quadro como alérgico, prescrevendo anti-histamínico. Ela relata que hoje observou piora importante do quadro. Não soube responder sobre diurese, mas achou a urina “diferente”. Nega febre ou qualquer outro sinal ou sintoma. Ao exame físico, o paciente mostra-se lúcido, hipocorado +/4+, com FR = 24irpm, FC = 96bpm, e PA normal para altura, sexo e idade, sem outros sinais ou sintomas. A hipótese diagnóstica para o caso e os exames laboratoriais a serem solicitados, respectivamente, são:

- A. edema alérgico difuso; imunoglobulinas e hemograma completo
- B. insuficiência cardíaca congestiva; radiografia de tórax e ecocardiograma
- C. síndrome nefrótica/proteinúria de 24 horas; dosagem sérica de albumina ✓**
- D. glomerulonefrite difusa aguda; exame simples de urina e dosagem de complemento

COMENTÁRIO OSCELABS

Edema progressivo que começa periorbitário e evolui para abdome e membros, urina 'diferente' (espumosa), PA NORMAL, sem febre e sem hematúria: quadro típico de síndrome nefrótica na faixa pré-escolar (lesões mínimas). Confirma-se com proteinúria de 24 horas e albumina sérica baixa (mais colesterol elevado). A glomerulonefrite difusa aguda (D) cursaria com hipertensão, oligúria e hematúria macroscópica; edema alérgico (A) não dura uma semana em progressão; ICC (B) traria taquipneia, taquicardia e hepatomegalia. Resposta C.

QUESTÃO 62 — Gabarito B

As diretrizes do programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), apresentam alguns padrões de cuidado para a manutenção da normotermia do recém-nascido (RN) na sala de parto, que incluem:

- A. recomendar que se mantenha a temperatura axilar do RN entre 36 e 38°C
 - B. levar o RN à mesa de reanimação envolto em campos aquecidos e posicionado sob fonte de calor radiante ✓**
 - C. a utilização da touca plástica e do saco plástico em todos os nascimentos, independentemente da idade gestacional do RN
 - D. pré-aquecer a sala de parto, com temperatura ambiente de 20 a 22°C, controlando a circulação de pessoas para minimizar as correntes de ar
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Pelo programa de reanimação neonatal da SBP, o RN que precisa de passos iniciais é levado à mesa envolto em campos aquecidos e posicionado sob fonte de calor radiante, para reduzir perda por evaporação e radiação. A meta de temperatura axilar é estreita, entre 36,5 e 37,5 °C (A é ampla demais); touca e saco plástico são reservados aos prematuros abaixo de 34 semanas, e não a todos (C); a sala de parto deve estar entre 23 e 26 °C, e não 20-22 °C (D). Resposta B.

QUESTÃO 63 — Gabarito A

Em relação ao teste da oximetria de pulso para triagem de cardiopatias congênicas críticas no RN (teste do coraçãozinho), é correto afirmar que:

- A. deve ser realizado em todos os RNs com idade gestacional igual ou maior que 35 semanas, preferencialmente entre 24 e 48 horas de vida ✓**

- B. deve-se realizar as medidas de oximetria em dois sítios: na mão esquerda (medida pré-ductal) e em um dos membros inferiores (medida pós-ductal)
- C. é considerado negativo quando a SpO2 é maior ou igual a 93% e a diferença entre as medidas pré-ductal e pós-ductal é menor ou igual a 4%
- D. deve ser repetido por, no máximo, duas vezes, com intervalos de 12 horas entre as testagens, em caso de resultado duvidoso

COMENTÁRIO OSCELABS

O teste do coraçãozinho é triagem universal do recém-nascido próximo do termo ou a termo, realizada preferencialmente entre 24 e 48 horas de vida — antes disso o canal arterial ainda pérvio gera falsos resultados, e depois a alta precoce faz perder o diagnóstico. As demais têm erros pontuais: a medida PRÉ-ductal é na mão DIREITA, não na esquerda (B); considera-se normal SpO2 $\geq 95\%$ com diferença $\leq 3\%$, e não 93%/4% (C); em caso duvidoso repete-se uma vez após 1 hora, não duas vezes a cada 12 horas (D). Resposta A.

QUESTÃO 64 — Gabarito D

Um menino saudável, nascido a termo, com peso e comprimentos adequados à idade gestacional, tem histórico de bom desenvolvimento neuropsicomotor e peso sempre adequado à altura. Os registros revelam que cresceu com velocidade normal/baixa, a partir do final do primeiro ano de vida, chegando a -2,1 de desvio padrão (DP) aos 13 anos, permanecendo nessa faixa até os 16 anos, quando iniciou estirão puberal. Chegou a seu alvo genético sem qualquer intervenção terapêutica. Aos 19 anos, a estatura final é de 170cm. Aos 13 anos, o diagnóstico provável da estatura baixa era:

- A. familiar
- B. patológica de origem pré-natal
- C. patológica de origem pós-natal

D. atraso constitucional do crescimento ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança nascida adequada, saudável, que desacelera o crescimento no fim do primeiro ano, mantém canal baixo (-2,1 DP) com peso proporcional à altura, entra na puberdade tardiamente (estirão aos 16 anos) e atinge o alvo genético SEM tratamento: é o atraso constitucional do crescimento e da puberdade — 'os que crescem devagar e por mais tempo'. Na baixa estatura familiar (A) a puberdade ocorre na idade habitual e a estatura final permanece baixa. As causas patológicas (B, C) não cursam com recuperação espontânea até o alvo. Resposta D.

QUESTÃO 65 — Gabarito C

Menino de 4 anos engordou muito, tendo seu crescimento desacelerado progressivamente. Ao exame físico, apresentou peso situado em +2,5DP, estatura em -2,5DP e IMC em +3,5DP nos referenciais da Caderneta da Criança; hipertensão arterial, fácies em lua cheia, bochechas rosadas, acúmulo de tecido adiposo, principalmente, em tronco, hipertricrose, estrias violáceas e fraqueza muscular. A principal hipótese diagnóstica é:

- A. hipotireoidismo
- B. síndrome nefrótica

C. síndrome de Cushing ✓

- D. obesidade por excesso de ingestão calórica

COMENTÁRIO OSCELABS

A pista de ouro é a DISSOCIAÇÃO entre peso e estatura: a obesidade exógena (D) acelera o crescimento, enquanto aqui o menino ganhou peso (+2,5 DP) e desacelerou a estatura (-2,5 DP). Isso, somado a fácies em lua cheia, giba/adiposidade central, estrias violáceas, hipertricrose, hipertensão e fraqueza muscular proximal, define hipercortisolismo — síndrome de Cushing. Hipotireoidismo (A) também freia o crescimento, mas sem estrias violáceas nem fácies cushingoide; síndrome nefrótica (B) cursaria com edema, não adiposidade. Resposta C.

QUESTÃO 66 — ANULADA

Menina de 8 anos, natural do Rio de Janeiro, foi levada ao pediatra após contato com um colega com coqueluche. A paciente não apresenta quaisquer sintomas e o exame físico é normal. Não foi possível verificar o cartão vacinal, porque foi perdido. Considerando a situação vacinal, o esquema de imunização mais indicado nesse caso é aplicar, com intervalo de dois meses entre cada dose, três doses da vacina:

- A. adsorvida difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa)
 - B. pentavalente acelular (DTPa/Hib/VIP)
 - C. adsorvida difteria, tétano (DTP)
 - D. pentavalente (DTP/Hib/VIP)
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O tema cobrado é a conduta em criança comunicante de coqueluche com situação vacinal desconhecida (cartão perdido): considera-se não vacinada e faz-se o esquema conforme a IDADE — acima de 7 anos não se usam mais as formulações pediátricas com componente pertussis de célula inteira, valendo as formulações do tipo dT/dTpa, além da quimioprofilaxia com macrolídeo para o comunicante próximo. Sem afirmação de alternativa correta, pois a questão foi anulada.

QUESTÃO 67 — Gabarito B

Adolescente de 12 anos com história de asma, utilizando beclometasona 200mcg/dia, apresenta sintomas de aperto no peito durante as aulas de educação física e falta de ar noturna duas vezes por semana. Nos últimos dois meses, usou dois frascos de salbutamol para alívio dos sintomas. Ao exame, apresenta obstrução nasal, olheiras, ausculta pulmonar normal e IMC por idade e sexo acima de +2 z-core. O melhor esquema terapêutico para asma nesse caso é:

- A. manter a dose de corticosteroide inalatório, associar antileucotrieno e utilizar salbutamol como medicamento de resgate
- B. iniciar combinação de budesonida mais formoterol e utilizar a mesma combinação como medicamento de resgate ✓**
- C. iniciar combinação de budesonida mais formoterol e utilizar salbutamol como medicamento de resgate
- D. dobrar a dose de corticosteroide inalatório e utilizar salbutamol como medicamento de resgate

COMENTÁRIO OSCELABS

Adolescente em corticoide inalatório de baixa dose com sintomas noturnos duas vezes por semana, limitação ao exercício e DOIS frascos de salbutamol em dois meses: asma não controlada, com uso excessivo de SABA (marcador independente de exacerbação e morte). O passo seguinte, para maiores de 12 anos, é a estratégia MART — combinação de budesonida com formoterol como manutenção E como resgate, aproveitando o início rápido do formoterol. Manter SABA isolado como resgate (A, C, D) é justamente o que as diretrizes atuais desestimulam. Resposta B.

QUESTÃO 68 — Gabarito C

Menina de 4 anos e 2 meses foi atendida com quadro de dor abdominal, disúria e polaciúria, sem febre. Foi realizado EAS que mostrou testes de nitrito e de esterase leucocitária positivos, além de 20 a 30 piócitos por campo. A cultura de urina foi colhida e está em andamento. A mãe informa que este é o terceiro episódio de infecção urinária, todos sem febre, e que o primeiro episódio ocorreu aos 3 anos e 5 meses. Ela também relata que o desfralde ocorreu por volta de 3 anos, mas que a criança ainda molha a calcinha durante o dia e que à noite dorme de fralda. Além disso, evacua com dificuldade, reclamando de dor, e tem escape fecal, sujando a calcinha três a quatro vezes por semana. Baseado na história, a causa mais provável das infecções urinárias recorrentes apresentadas pela criança é:

- A. refluxo vesicoureteral
- B. imunodeficiência primária
- C. disfunção vesical e intestinal ✓**
- D. estenose da junção pieloureteral

COMENTÁRIO OSCELABS

Infecções urinárias de repetição SEM febre (baixas) em pré-escolar com escape urinário diurno, enurese noturna, evacuação dolorosa e escape fecal compõem a disfunção vesical e intestinal (síndrome de eliminação disfuncional): a retenção fecal e o esvaziamento incompleto perpetuam a bacteriúria. O tratamento é comportamental — uroterapia, micções programadas, hidratação e manejo da constipação. Refluxo vesicoureteral (A) e estenose de JUP (D) tendem a cursar com pielonefrite/febre; imunodeficiência (B) daria infecções em múltiplos sítios. Resposta C.

QUESTÃO 69 — Gabarito B

Menino, lactente de 5 meses, apresenta história de febre (TAX = 39°C) há cerca de 30 horas e sem nenhum outro sintoma. Ao exame físico, não apresentou qualquer alteração. O EAS revelou nitrito positivo e 20 a 30 leucócitos por campo. O hemograma completo mostrou leucocitose e neutrofilia. Nesse caso, a investigação diagnóstica deve considerar que:

- A. os sintomas apresentados e os resultados do EAS não sugerem infecção do trato urinário, devendo-se pesquisar otite como causa da febre
 - B. a avaliação por imagem do trato urinário deve ser iniciada com ultrassonografia de rins e vias urinárias ✓**
 - C. o EAS é suficiente para a confirmação diagnóstica, não sendo necessário realizar urinocultura
 - D. a amostra de urina para cultura e antibiograma deve ser colhida utilizando saco coletor
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Lactente de 5 meses com febre alta sem foco e EAS com nitrito positivo e piúria tem infecção do trato urinário até prova em contrário — e toda ITU febril nessa faixa exige AVALIAÇÃO POR IMAGEM, iniciando pela ultrassonografia de rins e vias urinárias. O EAS nunca substitui a urinocultura (C), que é o padrão-ouro e deve ser colhida por jato médio, cateterismo ou punção suprapúbica — o saco coletor (D) tem falso-positivo altíssimo e só serve para excluir. Descartar ITU e procurar otite (A) contraria os achados. Resposta B.

QUESTÃO 70 — Gabarito D

Menino de 6 anos reside com seus pais e com o avô materno, que é alcoólatra e apresenta tosse há um mês, além de emagrecimento e suor noturno. O médico de saúde da família fez o diagnóstico do avô e chamou todos os moradores da residência para fazer exames. O menino estava assintomático e sua radiografia de tórax era normal. A conduta correta em relação ao menino é:

- A. fazer PPD ou Igra, se PPD menor 5mm ou Igra não reagente, tratar ILTB
- B. fazer somente o Igra, se reagente tratar a doença e repetir em 12 semanas
- C. fazer somente PPD, e se for maior 5mm tratar a doença e repetir o exame em seis semanas
- D. fazer PPD ou Igra, se PPD menor 5mm ou Igra não reagente, repetir exame em oito semanas ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Criança contactante domiciliar de tuberculose pulmonar, assintomática e com radiografia normal: não há doença ativa, e sim investigação de infecção latente. Faz-se prova tuberculínica ou IGRA; se NEGATIVO, repete-se em oito semanas, porque o exame pode ter sido feito na janela imunológica (viragem tuberculínica) — se positivar, trata-se ILTB. Tratar ILTB com teste negativo (A) é precipitado, e tratar DOENÇA (B, C) é erro conceitual: sem clínica e sem alteração radiológica, não há tuberculose ativa. Resposta D.

QUESTÃO 71 — Gabarito A

Menino de 4 anos apresenta diarreia sanguinolenta há quatro dias, com queda do estado geral, e encontra-se hipocorado +++/4. Ao hemograma, observa-se anemia (hemoglobina = 8mgdL) e, na observação das hemácias, identificam-se esquizócitos. Foi encontrada Escherichia coli na coprocultura. A conduta correta nesse caso é internar, tratar a diarreia e possíveis distúrbios hidroeletrolíticos, além de observar:

- A. hemólise e realizar provas de função renal ✓**
- B. pressão arterial e prescrever corticoides
- C. cinética do ferro e prescrever antibiótico
- D. transaminases e prescrever AAS

COMENTÁRIO OSCELABS

Diarreia sanguinolenta por Escherichia coli produtora de toxina Shiga seguida de anemia com ESQUIZÓCITOS caracteriza síndrome hemolítico-urêmica — a tríade se completa com plaquetopenia e lesão renal aguda. Por isso a vigilância é sobre hemólise e função renal (ureia, creatinina, diurese, potássio), com suporte e diálise se necessário. Pérola: antibiótico (C) aumenta a liberação de toxina e o risco de SHU, devendo ser evitado; corticoide (B) e AAS (D) não têm papel. Resposta A.

QUESTÃO 72 — Gabarito D

Adolescente de 14 anos, sexo masculino, refere ter dor no terço proximal da coxa direita há cerca de quatro meses, principalmente à noite. Essa dor ocorre quase todos os dias e, geralmente, é aliviada com o uso de anti-inflamatório não esteroidal ministrado pelos pais. O exame físico realizado no ambulatório é normal, exceto pela presença de dor à digitopressão na região. Na história patológica pregressa, pais referem cerca de cinco a seis amigdalites por ano e asma brônquica, que melhorou por volta dos 7 anos. A principal hipótese diagnóstica nesse caso é:

- A. doença de Osgood Schlatter
- B. artrite idiopática juvenil
- C. dor de crescimento
- D. osteoma osteoide ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

Dor óssea localizada, de meses, predominantemente NOTURNA e prontamente aliviada por anti-inflamatório não esteroidal, com exame normal exceto dor à digitopressão, é a descrição de livro do osteoma osteoide — o nidus produz prostaglandinas, o que explica a resposta espetacular ao AINE. Osgood-Schlatter (A) dá dor na tuberosidade tibial ligada ao esforço; dor de crescimento (C) é bilateral, em membros inferiores, sem ponto doloroso; artrite idiopática juvenil (B) cursa com artrite objetiva e rigidez matinal. Resposta D.

QUESTÃO 73 — Gabarito A

Criança de 3 anos é internada para investigação de um quadro caracterizado por febre, fadiga, anorexia e dor em joelhos, iniciado há um mês. O exame físico mostra criança pálida, com sopro sistólico ++/6 audível em todo o precórdio, petéquias e púrpuras em membros inferiores, além de discretas linfadenopatia cervical e hepatoesplenomegalia. O exame osteoarticular revela artrite em joelhos. Os exames laboratoriais apresentam anemia, leucopenia, trombocitopenia e aumento da velocidade de hemossedimentação. A principal hipótese diagnóstica nesse caso é:

A. leucemia linfóide aguda ✓

B. púrpura trombocitopênica idiopática

C. artrite idiopática juvenil subtipo sistêmico

D. vasculite por IgA (púrpura de Henoch Schonlein) RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre arrastada, dor articular e artrite podem simular reumatismo, mas o conjunto palidez + hepatoesplenomegalia + adenomegalia + PANCITOPENIA (anemia, leucopenia e plaquetopenia, explicando petéquias e púrpuras) indica infiltração medular: leucemia linfóide aguda. Pérola: dor óssea/articular desproporcional e citopenias em mais de uma linhagem obrigam mielograma antes de qualquer corticoide. A AIJ sistêmica (C) cursa com leucocitose e trombocitose; PTI (B) e vasculite por IgA (D) não dão pancitopenia com visceromegalia. Resposta A.

QUESTÃO 74 — Gabarito C

Adolescente de 12 anos é acompanhada no ambulatório de medicina de adolescentes por queixas alérgicas. Ela faz tratamento para rinite e asma, porém tem dificuldade de manter as medicações de uso crônico. Além disso, aos 5 anos, apresentou urticária ao ingerir amendoim e, desde então, mantém dieta isenta desse alimento por recomendação médica. Há dois dias, esteve em um jantar e, cerca de dez minutos após terminar de comer, iniciou rouquidão, dispneia, tosse e prurido associado a surgimento de urticas difusamente. Descobriu que o molho da carne que ingeriu continha amendoim e seus pais a levaram imediatamente ao serviço de emergência. Com as informações desse caso, conclui-se que:

A. o fato de a paciente ter asma e rinite alérgicas não confere risco para ocorrência de anafilaxia por alimento, pois são entidades clínicas diferentes

B. o tempo de 10 minutos para o início dos sintomas descarta a reação anafilática, que usualmente leva mais tempo para se estabelecer

C. pode ser necessário manter a paciente em observação prolongada, devido ao risco de reação bifásica em casos de anafilaxia ✓

D. manter a paciente sentada com os membros inferiores para baixo pode ajudar em casos graves devido ao risco de hipotensão

COMENTÁRIO OSCELABS

Reação sistêmica com envolvimento de duas ou mais áreas (pele/urticária e via aérea com rouquidão, dispneia e tosse) após alimento sabidamente alergênico é ANAFILAXIA — trata-se com adrenalina intramuscular. Como até 20% dos casos têm reação BIFÁSICA horas depois, é preciso observação prolongada. A alternativa A é falsa: asma é fator de risco para anafilaxia grave e fatal; B inverte a lógica — quanto mais precoce o início, mais grave; D é perigosa: o paciente deve ficar em decúbito com membros inferiores ELEVADOS. Resposta C.

QUESTÃO 75 — Gabarito B

A pneumonia é a principal causa de morte de origem infecciosa na faixa etária pediátrica. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente bacteriano associado nesses casos. Em relação à pneumonia comunitária causada por esse microorganismo na infância, é correto afirmar que a(s):

- A. vacinação é uma ferramenta crucial na proteção contra doenças invasivas pneumocócicas e, sempre que possível, deve ser instituída com a vacina pneumocócica polissacarídica 23 valente desde o primeiro ano de vida
- B. apresentação clínica da pneumonia bacteriana em lactentes pode cursar com sinais inespecíficos, como sinais e sintomas do trato gastrointestinal e alterações sutis na ausculta respiratória, desproporcionais a taquipneia ✓**
- C. consolidação lobar confluyente é típica da pneumonia pneumocócica e é critério diagnóstico suficiente para definir o agente etiológico, sem necessidade de outros exames complementares
- D. infecções pneumocócicas são mais comuns em pacientes com asplenia que na população geral, porém, nesta população raramente ocorrem de forma sistêmica ou invasiva

COMENTÁRIO OSCELABS

No lactente, a pneumonia costuma ser inespecífica: recusa alimentar, vômitos, distensão abdominal, irritabilidade e ausculta pobre, com TAQUIPNEIA desproporcional aos achados — daí a frequência respiratória ser o melhor sinal isolado de triagem. A alternativa A erra: abaixo de 2 anos usa-se a vacina CONJUGADA (VPC10/13), pois a polissacarídica 23-valente é pouco imunogênica nessa idade; C erra porque padrão radiológico não define etiologia; D inverte — asplênicos têm justamente mais doença invasiva. Resposta B.

QUESTÃO 76 — Gabarito C

O seguimento de puericultura de crianças com trissomia do 21 tem suas peculiaridades devido ao risco aumentado de certas entidades clínicas nos mais diversos sistemas. O acompanhamento das condições médicas prevalentes em crianças com síndrome de Down deve considerar que a:

- A. alteração clínica hematológica mais comum é plaquetopenia com plaquetas pequenas
 - B. condição clínica cardiológica mais comuns é hipertensão arterial sistêmica
 - C. alteração clínica ortopédica mais comumente encontrada é pés planos ✓**
 - D. condição clínica endocrinológica mais frequente é o diabetes tipo 1
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025
ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Na síndrome de Down, a frouxidão ligamentar e a hipotonia generalizada tornam o PÉ PLANO a alteração ortopédica mais comum (junto de instabilidade atlantoaxial, que é a mais temida). As demais estão trocadas: a alteração hematológica típica do período neonatal é policitemia e macroplaquetas, além da mielopoese transitória e do risco de leucemia (A); a condição cardiológica prevalente é a cardiopatia congênita, sobretudo o defeito do septo atrioventricular, e não hipertensão (B); a endocrinopatia mais frequente é o hipotireoidismo, e não o diabetes tipo 1 (D). Resposta C.

QUESTÃO 77 — Gabarito B

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, no quinto ano escolar, apresenta dificuldade de interação social e movimentos repetitivos. É muitas vezes inflexível e preza sempre pelas suas rotinas, ficando muito irritado quando precisa alterá-las. Os pais relatam que o paciente andou com dois anos, falou com três e fez tratamento fonoaudiológico até os nove anos. Há quatro meses, passou a apresentar emagrecimento de 3kg, anemia, e fezes ora normais, ora diarreicas com sangue. Nesse caso, o diagnóstico e sua complicação, respectivamente, são:

A. distúrbio de hiperatividade déficit de atenção / doença celíaca

B. desordem do espectro autista / doença de Crohn ✓

C. erro inato do metabolismo / colite ulcerativa

D. hipotireoidismo / gastroenterite eosinofílica

COMENTÁRIO OSCELABS

Dificuldade de interação social, movimentos repetitivos, inflexibilidade com rotinas e atraso de linguagem com acompanhamento fonoaudiológico configuram transtorno do espectro autista. A intercorrência de quatro meses — perda de 3 kg, anemia e fezes alternantes com SANGUE — não é comportamental: aponta doença inflamatória intestinal, com a doença de Crohn explicando bem a perda ponderal e a anemia. As demais associações não sustentam o quadro neurodesenvolvimental descrito nem o padrão digestivo (A, C, D). Resposta B.

QUESTÃO 78 — Gabarito C

Em relação à suplementação de ferro, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que crianças alimentadas com leite materno:

A. e, complementarmente, com leite de vaca devem receber suplementação a partir dos 2 meses

B. e diagnosticadas com anemia hemolítica devem receber suplementação a partir dos 4 meses

C. exclusivo ou em uso de fórmula infantil devem receber suplementação a partir dos 6 meses ✓

D. exclusivo ou com leite de soja devem receber suplementação a partir de 3 meses

COMENTÁRIO OSCELABS

A recomendação do Ministério da Saúde é de suplementação profilática de ferro para lactentes a termo e com peso adequado a partir dos 6 meses (ou do início da alimentação complementar), estendendo-se até os 24 meses, valendo tanto para quem está em aleitamento materno exclusivo quanto para quem usa fórmula infantil. Prematuros e recém-nascidos de baixo peso são exceção e começam mais cedo, com dose maior. As demais alternativas antecipam indevidamente o início (A, D) ou indicam ferro em anemia hemolítica (B), onde há risco de sobrecarga de ferro. Resposta C.

QUESTÃO 79 — Gabarito D

Menino de 9 anos tem história de gripe há 15 dias com melhora espontânea. Há quatro dias iniciou quadro de febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$). Nos dias seguintes, evoluiu com exantema maculopapular, edema de mãos e pés e hiperemia ocular bilateral. Referia astenia, dor abdominal e diarreia. Ao exame físico, está hipotenso e com sinais de disfunção miocárdica. Os diagnósticos nesse caso são:

A. shigellose e vasculite

B. síndrome do choque tóxico e farmacodermia

C. varicela e complicações por disseminação viral

D. síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica e infecção por SARS-CoV-2 ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

Febre alta persistente com exantema, edema de mãos e pés, hiperemia conjuntival não purulenta, sintomas gastrointestinais proeminentes e evolução para choque com disfunção miocárdica, semanas após quadro viral, é a síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica associada ao SARS-CoV-2 — quadro Kawasaki-like, porém com mais acometimento cardíaco e abdominal, tratado com imunoglobulina e corticoide. Shigelose (A) não dá esse padrão mucocutâneo; varicela (C) tem lesões vesiculosas em estágios variados; a farmacodermia (B) não explica a miocardite. Resposta D.

QUESTÃO 80 — Gabarito A

Menina de 3 anos, assintomática, é levada ao ambulatório devido ao diagnóstico materno de infecção pelo HIV, detectado em teste rápido há cinco dias, que foi solicitado após confirmação de tuberculose pulmonar. A mãe realizou dez consultas de pré-natal, sem intercorrências, com teste HIV negativo na primeira consulta do primeiro trimestre e no parto. A criança estava sendo amamentada até o momento da consulta. Além da interrupção do aleitamento e da investigação para contactante de tuberculose, a conduta imediata na criança é:

- A. coletar a carga viral do HIV e iniciar profilaxia pós-exposição com antirretrovirais ✓**
 - B. solicitar DNA pró-viral com duas e oito semanas após término da profilaxia
 - C. coletar anti-HIV e iniciar profilaxia para pneumocistose
 - D. realizar anti- HIV após 18 meses
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) -
PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

COMENTÁRIO OSCELABS

A mãe teve testes negativos no pré-natal e no parto: a soroconversão foi recente, e a criança amamentada até hoje sofreu EXPOSIÇÃO ATIVA e continuada pelo leite. Por isso, além de suspender o aleitamento, a conduta imediata é coletar carga viral do HIV (em criança exposta, o diagnóstico se faz por teste molecular) e iniciar profilaxia pós-exposição com antirretrovirais o mais precocemente possível. Esperar 18 meses (D) ou apenas sorologia (C) retarda diagnóstico e profilaxia; a coleta de DNA pró-viral (B) sem iniciar profilaxia deixa a criança desprotegida. Resposta A.

QUESTÃO 81 — Gabarito A

Mulher de 75 anos foi diagnosticada, há dez anos, com adenocarcinoma de pulmão. Foi submetida à radioterapia e quimioterapia, porém evoluiu com metástase. Há três dias, vem apresentando falas desconexas, discurso lento e exacerbação noturna, além de escutar vozes. Na visita domiciliar, o médico de família constata alteração do sensório, além de náuseas e vômitos. O diagnóstico mais provável e a conduta esperada a ser explicada à família, respectivamente, são:

- A. delirium como sinal de evolução da doença / hidratação e uso de antieméticos ✓**
- B. infarto do miocárdio / internação hospitalar imediata devido ao risco de morte
- C. processo ativo de morte / controle de vômitos e início de sedação
- D. demência esperada para a idade / uso de antipsicóticos

COMENTÁRIO OSCELABS

Início agudo (três dias), flutuação com piora vespertina/noturna, discurso desorganizado, alucinações auditivas e alteração do sensorio: é DELIRIUM, complicação frequente e muitas vezes reversível na doença oncológica avançada. Os gatilhos aqui são visíveis — desidratação por náuseas e vômitos, além de fármacos e possíveis distúrbios metabólicos — daí hidratar e controlar êmese. Demência (D) instala-se em anos e sem flutuação; nada sugere infarto (B); processo ativo de morte (C) traz outros marcadores, como respiração agônica e livedo. Resposta A.

QUESTÃO 82 — Gabarito B

Homem de 79 anos, viúvo há seis meses, mora com o filho, nora e dois netos. Faz tratamento para diabetes mellitus e hipertensão arterial, com uso de cinco medicamentos. Durante a consulta na Unidade da Atenção Primária à Saúde, refere dificuldades para dormir, episódios de queda e hipoglicemia. Sua última refeição diária normalmente é um pequeno lanche às 18 horas. Quer um medicamento para dormir e esquecer as perdas da vida. Considerando o caso descrito, a conduta necessária deve incluir:

- A. indicação de tranquilizante e encaminhamento ao psiquiatra
- B. escuta ativa da pessoa e orientações sobre a higiene do sono ✓**
- C. orientação de uso de benzodiazepínicos e reorientação alimentar
- D. prescrição de medicamentos para auxiliar no processo de luto e terapia ocupacional

COMENTÁRIO OSCELABS

Idoso enlutado, em polifarmácia (cinco medicamentos), com insônia, QUEDAS e hipoglicemia — inclusive por jejum noturno prolongado desde as 18 h. Prescrever benzodiazepínico ou outro tranquilizante nesse cenário (A, C, D) multiplica o risco de queda, fratura e confusão, além de medicalizar o luto, que não é doença. A conduta correta é escuta ativa qualificada, orientação de higiene do sono, revisão/desprescrição de medicamentos e ajuste alimentar. Resposta B.

QUESTÃO 83 — Gabarito C

Um casal de 83 e 85 anos, acompanhado na Estratégia Saúde da Família (ESF), vai à consulta médica, pois o homem sofreu queda da própria altura há cinco dias e ficou com dor no quadril, que melhora com o uso de analgésicos. Considerando a avaliação multidimensional do idoso e a abordagem centrada na pessoa, visando à prevenção de quedas, as orientações do médico devem ser:

- A. indicação de internação hospitalar e moderação nas atividades
 - B. manejo para controle de sintomas de dor e sedação
 - C. exame de vista e realização de exercícios físicos ✓**
 - D. prescrição de outro analgésico e fisioterapia
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Prevenção de quedas no idoso é intervenção MULTIFATORIAL, e as medidas com melhor evidência são a correção de déficits sensoriais — especialmente a avaliação da visão — e o exercício físico com foco em força e equilíbrio, associados à revisão de medicamentos e à adequação do ambiente. Internação (A) e sedação (B) aumentam imobilidade, delirium e novas quedas; trocar analgésico e encaminhar à fisioterapia (D) trata a dor, mas não constitui a abordagem preventiva multidimensional pedida. Resposta C.

QUESTÃO 84 — Gabarito D

Os exames de sangue de uma mulher de 60 anos revelam TSH elevado (acima de 11mUI/L) e T4 livre normal (1,2ng/dL) em duas medidas, com intervalo de dois meses, e exame de glicemia de jejum = 102mg/dL. Na consulta, a paciente não tem queixas clínicas, apresenta sobrepeso e PA = 120x74mmHg, sem outras alterações ao exame físico. O(s) possível/possíveis diagnóstico(s) dessa paciente e a conduta para tratá-la, respectivamente, são:

- A. hipotireoidismo, sem pré-diabetes / prescrever levotiroxina
- B. hipotireoidismo subclínico e pré-diabetes / prescrever metformina
- C. hipotireoidismo e pré-diabetes / prescrever levotiroxina e metformina
- D. hipotireoidismo subclínico, sem pré-diabetes / orientar melhorias nos hábitos de vida ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

TSH elevado com T4 livre NORMAL, confirmado em duas dosagens, define hipotireoidismo SUBCLÍNICO — e a paciente é assintomática. A glicemia de jejum de 102 mg/dL não caracteriza pré-diabetes pelo corte da OMS adotado na atenção primária (glicemia de jejum alterada = 110 a 125 mg/dL). Logo, o cenário pede prevenção quaternária: orientar hábitos de vida e reavaliar, evitando medicalizar. As demais rotulam hipotireoidismo franco (A, C) ou pré-diabetes inexistente com metformina (B). Resposta D.

QUESTÃO 85 — Gabarito C

Em relação aos conhecimentos atuais sobre as lombalgias, é correto afirmar que:

- A. é essencial a realização de estudo de imagem
- B. a maioria das ciatalgias são causadas por radiculopatia
- C. em torno de 75-90% dos casos melhoram em até três meses ✓**
- D. é raro haver lesão de coluna no exame de imagem de pessoas assintomáticas

COMENTÁRIO OSCELABS

A lombalgia inespecífica tem história natural favorável: cerca de 75 a 90% dos casos melhoram em até três meses com manejo conservador, orientação para manter atividade e analgesia simples. Imagem de rotina (A) não é indicada e ainda pode gerar dano, porque protrusões e degenerações são achados FREQUENTES em pessoas assintomáticas — o que também torna a alternativa D falsa. Quanto a B, boa parte das dores irradiadas para a perna é dor referida somática, e não radiculopatia verdadeira. Resposta C.

QUESTÃO 86 — Gabarito B

Paciente procura emergência por causa de dor importante no ânus. É diagnosticado com crise de hemorroida com trombo. As condutas adequadas que devem ser feitas na emergência são:

- A. internação, analgesia, heparina venosa e trombolectomia eletiva
- B. analgésico e adstringente locais, diosmina/hesperidina e banho de assento ✓**
- C. corticoides locais, solicitação de colonoscopia e acompanhamento na unidade básica
- D. avaliação proctológica e internação para realização de trombolectomia de emergência

COMENTÁRIO OSCELABS

Na trombose hemorroidária, a trombectomia só traz benefício claro nas primeiras 48 a 72 horas de dor intensa; passada essa janela, o tratamento é conservador e resolve — analgésico e adstringente tópicos, flebotônico (diosmina/hesperidina), banho de assento morno, dieta com fibras e hidratação. Internação com heparina (A) é desnecessária: trata-se de trombo local, não de tromboembolismo; colonoscopia de urgência (C) não tem indicação nesse contexto; cirurgia de emergência (D) é desproporcional. Resposta B.

QUESTÃO 87 — Gabarito A

Mulher de 72 anos, diabética e assintomática, vai à consulta, porque a urina está escura. O médico observa hipohidratação, orienta sobre hidratação e não solicita urinocultura, apesar da insistência de familiar da paciente. A paciente retorna, após alguns dias, com resultado de urinocultura solicitada por um outro médico, amigo da paciente. No resultado, há E. coli > 100.000 colônias, sensíveis a quinolonas e aminoglicosídeos. A conclusão sobre a conduta do médico ao não solicitar o exame na primeira consulta e a conduta diante do resultado apresentado no exame atual, respectivamente, são:

- A. correta, pois não havia motivo para a solicitação / por se tratar de bacteriúria assintomática, ele não precisará prescrever antibioticoterapia ✓**
 - B. correta, pois não havia motivo para a solicitação / por se tratar de bacteriúria assintomática, ele precisará prescrever antibioticoterapia
 - C. negligente, pois tratava-se de pessoa idosa diabética / independentemente da confirmação diagnóstica de infecção urinária, deverá tratar com antibioticoterapia
 - D. negligente, pois tratava-se de idosa diabética e havia critérios para infecção / por se tratar de um quadro assintomático e por serem os antibióticos possíveis tóxicos, a conduta será expectante
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

Urina escura em idosa hipo-hidratada e ASSINTOMÁTICA não é indicação de urinocultura — o médico agiu corretamente ao não pedir. E o resultado obtido configura bacteriúria assintomática, que NÃO deve ser tratada (as exceções são gestantes e pacientes que serão submetidos a procedimento urológico invasivo). Tratar (B, C) só selecionaria resistência e exporia a idosa a eventos adversos. Pérola: diabetes e idade avançada não mudam essa recomendação. Resposta A.

QUESTÃO 88 — Gabarito C

Homem de 72 anos procurou atendimento médico com queixa de dor precordial, em aperto retroesternal, quando sobe dez degraus da escada ou quando caminha a distância de 400m rapidamente. Na anamnese, constata-se que é diabético (última hemoglobina glicada = 7,5%); dislipidêmico (último LDL-colesterol = 100mg/dL); ex-tabagista (parou há um ano) e hipertenso (pressão = 134x86mmHg). Ao exame, não apresentou dor na palpação ou nos movimentos torácicos. Diante disso, o médico solicitou teste ergométrico. Ao retornar, o paciente traz resultado de teste negativo para isquemia no esforço, com observação de que teve má adaptação à esteira rolante durante o exame. Sabe-se que a sensibilidade do teste ergométrico é de aproximadamente 70% e que a especificidade é de 90% para isquemia no esforço induzido. A avaliação do teste e as condutas que devem ser implementadas nesse paciente, respectivamente, são:

- A. teste provavelmente negativo para coronariopatia / tranquilizar o paciente, melhorar o controle da hemoglobina glicada abaixo de 6,5 e manter controle do colesterol adequado
- B. teste provavelmente de difícil análise / solicitar cineangiografias para confirmar coronariopatia e realizar desobstrução da artéria comprometida caso seja observada alguma obstrução
- C. teste provavelmente falso negativo / iniciar uso de AAS, betabloqueador e outras medicações antianginosas que se fizerem necessárias e intensificar controle do colesterol (alvo do LDL abaixo de 70mg/dL) ✓**
- D. teste provavelmente inconclusivo, visto baixa adaptação à esteira rolante / solicitar cintilografia miocárdica com indução por dobutamina e, somente após resultado positivo, pensar em modificar a intervenção medicamentosa

COMENTÁRIO OSCELABS

A probabilidade pré-teste é ALTA — homem de 72 anos, diabético, hipertenso, dislipidêmico, ex-tabagista, com angina típica aos esforços. Com sensibilidade de apenas 70% e um exame limitado por má adaptação à esteira (esforço submáximo), um resultado negativo nesse contexto é provavelmente FALSO NEGATIVO. A conduta é tratar como doença coronariana crônica: AAS, betabloqueador, antianginosos e estatina de alta potência com alvo de LDL abaixo de 70 mg/dL. Tranquilizar o paciente (A) é o erro mais perigoso; cateterismo direto com angioplastia (B) não melhora sobrevida na angina estável. Resposta C.

QUESTÃO 89 — Gabarito D

Motorista de ônibus com asma na infância, diabético, com diagnóstico de insuficiência cardíaca, retorna ao médico de família, após consulta com cardiologista. Refere piora na falta de ar, após uso das medicações prescritas pelo cardiologista, que lhe disse estarem de acordo com os últimos avanços da medicina. Ao exame físico, paciente está sibilando e apresenta melhora após três pufes de salbutamol com intervalo de 20min entre eles. Traz ecocardiograma com miocardiopatia dilatada e FE de 36%. Na prescrição, há as seguintes medicações: dapaglifozina, carvedilol, sucubitril/valsartana, espironolactona, nitrato e hidralazina. Paciente relata que só está tomando os remédios que pega na CF, que consistem em enalapril, furosemida, carvedilol e hidralazina, além das medicações que já tomava: sinvastatina, metformina e glibenclamida. Em relação à ocupação do paciente e aos problemas observados, as condutas adequadas, respectivamente, são:

- A. a mudança de ocupação do paciente não é necessária devido às medicações prescritas, que reduzem a mortalidade / a equipe da clínica deve facilitar o uso das medicações, independentemente dos problemas causados por polifarmácia, aderência, custo, eventos adversos (como broncoespasmo) e opinião do paciente
- B. mudança de ocupação, devido ao diagnóstico de insuficiência cardíaca e risco de morte súbita / a equipe da clínica deve facilitar o uso das medicações, independentemente dos problemas causados por polifarmácia, aderência, custo, eventos adversos (como broncoespasmo) e opinião do paciente
- C. a mudança de ocupação do paciente não é necessária devido às medicações prescritas, que reduzem a mortalidade / as medicações prescritas devem ser individualizadas para evitar problemas como polifarmácia, custo, aderência e eventos adversos (como broncoespasmo)

D. mudança de ocupação, devido ao diagnóstico de insuficiência cardíaca e risco de morte súbita / as medicações prescritas devem ser individualizadas para evitar problemas como polifarmácia, custo, aderência e eventos adversos (como broncoespasmo) RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR ✓

COMENTÁRIO OSCELABS

São dois julgamentos. Ocupação: motorista de ônibus com miocardiopatia dilatada e fração de ejeção de 36% tem risco de arritmia/síncope e morte súbita — há necessidade de mudança de função, por segurança própria e de terceiros. Prescrição: a lista do especialista precisa ser individualizada — o paciente broncoespasmo com betabloqueador, não toma o que não recebe na unidade, e acumula polifarmácia com glibenclamida (hipoglicemia) e duplicidade de bloqueio do sistema renina-angiotensina. Ignorar adesão, custo e eventos adversos (A, B) é má prática. Resposta D.

QUESTÃO 90 — Gabarito B

Com relação à polifarmácia em idosos, principalmente acima de 74 anos, é importante avaliar o custo-benefício, porque:

- A. não é uma causa importante de morte hospitalar nem internações, mas gera alto custo ao sistema de saúde
- B. em um percentual razoável de idosos, a suspensão de anti-hipertensivos, estatinas e omeprazol não leva ao aumento de morbimortalidade ✓**
- C. a utilização de cinco a dez medicamentos é segura na maioria dos pacientes, mas acima de dez medicamentos já não é considerada segura

D. tendo em vista a alta morbimortalidade e doença em idosos, o benefício do uso de vários medicamentos na população geral supera os riscos de eventos adversos e interações medicamentosas

COMENTÁRIO OSCELABS

O ponto central da desprescrição: estudos de retirada mostram que, em parcela relevante dos idosos muito idosos, suspender anti-hipertensivos, estatinas e inibidores de bomba de prótons NÃO aumenta morbimortalidade — o benefício desses fármacos foi demonstrado em populações mais jovens e com tempo para o desfecho. A alternativa A é falsa: reações adversas e interações são causa importante de internação e óbito hospitalar. C e D banalizam o risco: não há número 'seguro' fixo, e mais fármacos não significa mais benefício. Resposta B.

QUESTÃO 91 — Gabarito A

A descrição correta dos conceitos de polifarmácia e multimorbidade, respectivamente, com as implicações no manejo do paciente é:

- A. uso concomitante de múltiplos medicamentos por um paciente, o que pode aumentar o risco de interações medicamentosas e efeitos adversos / presença de várias condições crônicas simultâneas, o que pode complicar o manejo e o tratamento devido à interação entre as doenças e os medicamentos ✓**
- B. administração de medicamentos exclusivamente para condições raras / uso de uma única medicação para tratar várias doenças ao mesmo tempo. Ambos os conceitos são importantes para garantir a eficácia do tratamento em pacientes com condições complexas
- C. uso de múltiplos medicamentos por um paciente, independentemente da quantidade de condições de saúde / presença de várias doenças crônicas que são gerenciadas da mesma maneira que a polifarmácia, sem necessidade de ajuste dos medicamentos
- D. uso de múltiplos medicamentos para tratar uma única condição crônica / presença de várias doenças diferentes em um único paciente. A polifarmácia é benéfica, pois aumenta a eficácia do tratamento para condições complexas

COMENTÁRIO OSCELABS

Os conceitos são independentes e a alternativa A os define com precisão: polifarmácia é o uso concomitante de múltiplos medicamentos (habitualmente cinco ou mais), aumentando interações, cascata iatrogênica e eventos adversos; multimorbidade é a coexistência de duas ou mais condições crônicas no mesmo indivíduo, o que dificulta o manejo porque as diretrizes são feitas doença a doença. As demais distorcem as definições ou afirmam que polifarmácia é benéfica e dispensa ajuste (B, C, D). Resposta A.

QUESTÃO 92 — Gabarito D

Segundo o Ministério da Saúde e a legislação vigente, no Brasil, o rastreamento de câncer:

- A. deve ser feito para todos os tipos de cânceres, visto que o diagnóstico precoce reduz a morbimortalidade
- B. de mama deve ser feito em mulheres entre 45-79 anos, sendo de melhor custo-benefício entre 50-59 anos
- C. de próstata apresenta poucos exames falsos positivos ou diagnóstico de câncer indolente (baixo risco de levar à morte)
- D. se positivo, deve assegurar que o diagnóstico deve ser dado em até 30 dias e, se confirmada a doença, o tratamento deve ser iniciado em 60 dias ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A legislação brasileira estabelece prazos: a Lei 13.896/2019 assegura a realização dos exames diagnósticos em até 30 dias diante de suspeita de câncer, e a Lei 12.732/2012 garante o início do tratamento em até 60 dias após o diagnóstico confirmado. As demais são falsas: não se rastreia todo tipo de câncer (A), pois rastreio exige teste válido e benefício comprovado; o rastreamento mamográfico organizado do MS é bienal dos 50 aos 69 anos (B); e o PSA gera muitos falso-positivos e sobrediagnóstico de tumores indolentes (C), motivo de não ser recomendado como rastreio populacional. Resposta D.

QUESTÃO 93 — Gabarito C

Para que a estratégia de diagnóstico clínico conhecida como demora permitida seja segura e eficiente, é necessário observar as seguintes condições:

- A. não ser utilizada em pacientes com exame de imagem demonstrando hérnia de disco ou esporão de calcâneo, mesmo que assintomáticos, devido à indicação cirúrgica desses achados
 - B. ser adotada nas viroses respiratórias em crianças, imunodeprimidos e idosos, mesmo que haja sinais de alarme, pois, na maioria das vezes, esses sinais desaparecem
 - C. assegurar ao paciente, que não apresente sinais clínicos de alarme, acesso ao médico, visto que 80-90% das queixas e sintomas se resolvem espontaneamente ✓**
 - D. ser aplicada em casos crônicos agudizados de problemas cardiovasculares, pulmonares e metabólicos, mesmo em emergências
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A demora permitida (espera vigilante) é ferramenta legítima da atenção primária porque o tempo é o melhor teste diagnóstico: a maioria das queixas indiferenciadas se resolve espontaneamente. Só é segura sob duas condições — AUSÊNCIA de sinais de alarme e garantia de acesso rápido para reavaliação, com orientação clara de retorno. Por isso as demais são inseguras: aplicá-la mesmo com sinais de alarme em imunodeprimidos e idosos (B) ou em emergências e descompensações (D) é erro grave; e achado de imagem em assintomático (A) não indica cirurgia. Resposta C.

QUESTÃO 94 — Gabarito B

Em relação à incontinência urinária, é correto afirmar que:

- A. testes urodinâmicos e cistoscopia devem ser priorizados em detrimento do tratamento conservador visando à cirurgia
- B. o treinamento da musculatura do assoalho pélvico é efetivo para a incontinência de esforço ou mista ✓**
- C. a incontinência de urgência ocorre devido ao enfraquecimento da musculatura do assoalho pélvico
- D. deve ser rastreada bacteriúria assintomática, pois é uma causa comum de incontinência urinária

COMENTÁRIO OSCELABS

O treinamento da musculatura do assoalho pélvico é a primeira linha, com boa evidência, na incontinência de ESFORÇO e na MISTA — barato, sem eventos adversos, e deve preceder qualquer indicação cirúrgica (o que torna A incorreta). A incontinência de urgência (C) decorre de hiperatividade do detrusor, não de fraqueza do assoalho. E não se rastreia nem se trata bacteriúria assintomática (D), que não é causa de incontinência crônica. Resposta B.

QUESTÃO 95 — Gabarito C

Mulher de 60 anos, com hipertensão controlada e obesidade, chega para consulta. Ela é ex-tabagista (20 maços-ano) há 25 anos e não apresenta outras queixas. Entre as diretrizes atuais de rastreamento com base em evidências científicas, a recomendação adequada para o caso é:

- A. realizar rastreamento para câncer de pulmão, com tomografia computadorizada de baixa dose, por conta do histórico de tabagismo e pela idade
- B. iniciar o rastreamento para câncer de ovário, com exame pélvico e teste de CA-125, por ser mulher acima dos 50 anos
- C. discutir a necessidade de rastreamento para diabetes tipo 2, considerando a obesidade, que é fator de risco para diabetes ✓**
- D. solicitar dosagem de T4 livre, indicada para rastreamento do hipotireoidismo em todas as pessoas com obesidade

COMENTÁRIO OSCELABS

Rastrear diabetes tipo 2 em adulto com sobrepeso/obesidade e outro fator de risco (aqui, hipertensão) é recomendação vigente, e a decisão deve ser compartilhada. O rastreamento de câncer de pulmão com tomografia de baixa dose (A) exige carga tabágica de 20 maços-ano E tabagismo atual ou cessação há menos de 15 anos — ela parou há 25, portanto não se qualifica. Não há rastreio de câncer de ovário com CA-125 e exame pélvico (B), que só aumenta cirurgia desnecessária; e não se dosa T4 livre para rastrear hipotireoidismo em assintomáticos (D). Resposta C.

QUESTÃO 96 — ANULADA

Homem de 65 anos, com histórico de hipertensão, diabetes tipo 2 e dislipidemia, está preocupado com a quantidade de exames que tem feito e com o número de medicações que utiliza. Durante a consulta, o médico apresenta estratégias de prevenção para gerenciar suas condições. Uma opção adequada para essa situação é a prevenção:

- A. primária, por prescrever medicamentos para reduzir a pressão arterial com objetivo de reduzir as complicações cardiovasculares
- B. secundária, por realizar exame de hemoglobina glicada e controle regular da pressão arterial para monitorar o diabetes e a hipertensão, além de ajustar o tratamento conforme necessário
- C. terciária, por oferecer suporte psicológico para que a pessoa consiga lidar com a doença, suas limitações e o uso crônico de medicamentos
- D. quaternária, por explicar que a realização de exames diagnósticos e monitoramento

COMENTÁRIO OSCELABS

A banca ANULOU esta questão. O conteúdo cobrado são os níveis de prevenção aplicados ao paciente polimedicado e sobrediagnosticado: prevenção primária evita o surgimento da doença; secundária busca detecção e controle precoces; terciária reduz sequelas e reabilita quem já adoeceu; e quaternária protege a pessoa do excesso de intervenções médicas — exatamente a preocupação trazida pelo paciente quanto ao número de exames e medicamentos. Sem afirmação de alternativa correta, pois a questão foi anulada.

QUESTÃO 97 — Gabarito A

O médico de família e comunidade está habilitado para lidar com a ambiguidade e a incerteza, em geral tendo de tomar decisões e realizar manejos e tratamentos sem ter a certeza diagnóstica. Em geral, as pessoas que se apresentam para atendimento na atenção primária têm diversas queixas e mais de três problemas de saúde. Em relação às demandas de saúde nesse cenário, os problemas mais frequentes são:

- A. ausência de doença, depressão e hipotireoidismo ✓**

- B. transtorno de ansiedade, lombalgia e osteoporose
 - C. contracepção, gravidez e violência contra a mulher
 - D. hipertensão arterial, angina e diabetes mellitus tipo 2
- RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR

COMENTÁRIO OSCELABS

A pérola é o perfil epidemiológico da atenção primária, diferente do hospital: predominam queixas indiferenciadas e autolimitadas, em que a conclusão frequente é AUSÊNCIA de doença definida, ao lado de transtornos mentais comuns, como a depressão, e de disfunções endócrinas prevalentes, como o hipotireoidismo. É isso que sustenta a tolerância à incerteza e a demora permitida. As demais listas reúnem condições relevantes, porém menos frequentes como motivo de consulta nesse cenário (B, C, D). Resposta A.

QUESTÃO 98 — Gabarito C

Mãe procura a clínica de família, pois seu filho de 2 anos e 4 meses apresenta coriza, tosse pouco secretiva, conjuntivite, febrícula de 37,8°C e amígdala avermelhada, mas sem exsudado. Diante desse quadro, o diagnóstico e a conduta a serem informados à mãe, respectivamente, são:

- A. infecção bacteriana / iniciar azitromicina e tratamento sintomático
- B. infecção virótica / iniciar amoxicilina para prevenir a piora do quadro
- C. infecção virótica / orientar sobre cuidados gerais e prevenção para terceiros ✓**
- D. sinais de infecção bacteriana aguda / encaminhar para clínica de emergência

COMENTÁRIO OSCELABS

Coriza, tosse pouco produtiva, CONJUNTIVITE, febrícula e hiperemia de amígdalas SEM exsudato compõem quadro viral de vias aéreas superiores — a conjuntivite é justamente um marcador que fala contra etiologia bacteriana. A conduta é orientar cuidados gerais, sinais de alarme, sintomáticos e medidas de prevenção de transmissão (higiene das mãos, etiqueta respiratória). Antibiótico (A, B) não previne complicação bacteriana e gera resistência e efeitos adversos; encaminhar à emergência (D) é desproporcional. Resposta C.

QUESTÃO 99 — Gabarito D

Os testes diagnósticos são usados para avaliar o papel dos exames no diagnóstico de determinada condição de saúde na população. Considerando os exames para o diagnóstico de diabetes, é correto afirmar que o(a):

- A. teste oral de tolerância à glicose apresenta baixa sensibilidade
- B. índice de resistência à insulina tem alto valor preditivo positivo
- C. frutossamina é útil para o diagnóstico precoce na gestação
- D. hemoglobina glicada é o teste mais específico ✓**

COMENTÁRIO OSCELABS

A hemoglobina glicada é o teste mais ESPECÍFICO para o diagnóstico de diabetes — em compensação, é o menos sensível, deixando escapar casos iniciais, além de sofrer interferência de anemias, hemoglobinopatias e uremia. O teste oral de tolerância à glicose (A) é o mais SENSÍVEL, e não o contrário. O índice HOMA de resistência à insulina (B) não é validado para diagnóstico na prática clínica, e a frutossamina (C) reflete apenas 2 a 3 semanas de glicemia, sem papel diagnóstico, inclusive na gestação. Resposta D.

QUESTÃO 100 — Gabarito A

Mulher de 50 anos relata episódios de calor e sudorese noturna, especialmente em tórax e face e, às vezes, tem o sono interrompido por esses episódios. Refere histerectomia total com preservação dos ovários, há dois anos. Relata ganho de peso durante a pandemia. Nega tabagismo, uso de corticoides, ingestão de bebidas alcóolicas e história de transfusão de sangue. A mãe é obesa e diabética, sua tia paterna faleceu de câncer de mama e sua avó teve fratura do fêmur aos 70 anos. Ela pergunta ao médico se pode estar na menopausa e diz que quer fazer todos os exames, inclusive dosagens hormonais e densitometria. Além disso, quer começar a terapia hormonal o mais cedo possível, porque “quer ter uma velhice saudável”. Sobre a abordagem do climatério/menopausa, nesse caso, é correto afirmar que o(a):

A. exame de densitometria óssea deve ser realizado nas mulheres com mais de 65 anos ✓

B. tratamento deve consistir na terapia combinada de estrogênio, progesterona e testosterona

C. diagnóstico de menopausa deve ser confirmado com as dosagens de FSH, estradiol e testosterona

D. paciente ainda é muito jovem e tem contraindicação para a terapia hormonal devido à história familiar

RESIDÊNCIA MÉDICA UERJ 2025 ACESSO DIRETO (101 A 119) - PROVA OBJETIVA ORGANIZADOR
PROIBIDO DESTACAR ESTA E QUALQUER OUTRA FOLHA DOS CADERNOS DE PROVA

COMENTÁRIO OSCELABS

A densitometria óssea como RASTREAMENTO está indicada para mulheres a partir dos 65 anos (antes disso, só com fatores de risco que elevem o risco calculado). Nesta paciente de 50 anos, o diagnóstico de climatério/menopausa é CLÍNICO, dispensando dosagens hormonais de rotina (C). A terapia hormonal, quando indicada por sintomas vasomotores, é estrogênio isolado em histerectomizadas — sem progesterona e sem testosterona (B). E história familiar de câncer de mama em parente de segundo grau não é contraindicação absoluta (D). Resposta A.