



**INSTITUTO DE OLHOS DE GOIÂNIA**

**Comissão de Residência Médica**

Rua 9-B, nº 48, Setor Oeste, Goiânia, Goiás  
CEP: 74110-120

Tel.: 62 3220-2500 / Fax: 62 3220-2560

E-mail: [coreme@iog.net.br](mailto:coreme@iog.net.br)

**RESIDÊNCIA MÉDICA ANO DE 2025 – INSTITUTO DE OLHOS DE GOIÂNIA**

**INTERPOSIÇÃO DE RECURSOS NO RESULTADO DA 1ª FASE**

**PROVA OBJETIVA**

### **1. Recurso contra questões de Conhecimentos: Clínica Médica**

#### **Questão 01:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. O paciente está em uso de mais de três classes de medicações anti-hipertensivas, porém classes não usuais. O conceito de HAS refratária são pacientes que mantêm PA não controlada mesmo em uso de cinco ou mais fármacos, sendo uma das classes diurético de longa ação e o outro a espironolactona. O paciente enquadra-se na definição de HAS resistente, pelo uso de três ou mais classes, sendo um deles tiazídico.

Alternativa B: INCORRETA. A pericardite por uremia é mais comum em pacientes dialíticos com DRC avançada e raramente evolui para constrição pericárdica.

Alternativa C: CORRETA. Os achados de pulso paradoxal, hipofonese de bulas, turgência de jugular fariam pensar no diagnóstico de derrame pericárdico. O minoxidil (entre outras drogas) pode produzir uma reação idiossincrática com derrame pericárdico.

Alternativa D: INCORRETA. Na amiloidose, derrame pleural e pericárdico pequenos são achados mais comuns do que volumosos.

#### **Questão 03:**

**Parecer: Indererida.**

São consideradas trombofilias hereditárias as deficiências dos anticoagulantes endógenos proteínas C e S e antitrombina, além das mutações dos genes da protrombina e do fator V de Leiden. As duas últimas são as mais prevalentes dentre a população geral com ou sem eventos tromboembólicos. Deficiência de plasminogênio é uma doença sistêmica rara autossômica recessiva com manifestações oculares, cutâneas, neurológicas, pulmonares, gastrointestinais. A conjuntivite lenhosa (*lig-neous*) ocorre em 80% dos pacientes e os eventos tromboembólicos são pouco reportados.

Hiperhomocisteinemia ocorre mais por condições adquiridas (doença renal crônica, tabagismo, deficiência de vitaminas B 12 e/ou ácido fólico) do que genéticas e a associação com eventos tromboembólicos venosos está cada vez mais questionável.

Alternativa B: correta

**Questão 06:**

**Parecer: Indererida.**

Faremos essa questão por eliminação. É possível dizer que tal paciente possui hepatite fulminante? Não, pois o conceito dessa condição diz respeito ao "surgimento de encefalopatia hepática dentro de oito semanas após o início da doença em pacientes sem hepatopatia prévia" ou "surgimento de encefalopatia hepática dentro de duas semanas após o início da icterícia em pacientes com hepatopatia prévia". O paciente nem mesmo apresenta encefalopatia hepática, já que seu exame neurológico se encontra normal e, portanto, letras A e C descartadas. Podemos dizer que o paciente tem choque séptico? O novo conceito de choque séptico diz respeito à necessidade de vasopressores para manter PAM > 65 mmHg ou dosagem de lactato > 2 mmol/l. Ora, nosso paciente é um hepatopata crônico que claramente apresenta quadro de pneumonia. Sabemos que o paciente cirrótico está sempre vasodilatado, em estado de hipovolemia relativa, de modo que qualquer infecção pode piorar essa condição e afetar a hemodinâmica desse paciente.

**2. Recurso contra a questão de Conhecimentos: Cirurgia Geral**

**Questão 12:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. Quando há necrose e perfuração do apêndice deve-se instituir antibiótico terapêutico de 5 a 7 dias.

Alternativa B: INCORRETA. As bactérias mais comuns associadas à colangite aguda são aquelas Gram negativas intestinais, como E. Coli e Klebsiela.

Alternativa C: INCORRETA. Não existe benefício do uso de antibioticoprofilaxia nos casos de pancreatite aguda necro-hemorrágica; o tratamento deve ser terapêutico.

Alternativa D: CORRETA. Os agentes mais associados com a fascíte necrotizante são o Streptococcus hemolítico do grupo A e o Staphylococcus aureus.

**Questão 13:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. O FAST será útil para excluir sangramento, mas não lesão de alça.

Alternativa B: INCORRETA. A tomografia não conseguirá excluir lesão de alça.

Alternativa C: CORRETA. A questão nos traz um paciente vítima de lesão em região toracoabdominal, após realizar o ATLS e Rx de tórax. Frente a um paciente com ferimento por arma branca estável, sem exposição de alças, o melhor exame para avaliar essa região é a laparoscopia.

Alternativa D: INCORRETA. Não há necessidade de drenar o tórax se o Rx não possui pneumotórax.

**Questão 14:****Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA.

Alternativa B: INCORRETA.

Alternativa C: CORRETA. Paciente com abscesso cervical proveniente de foco dentário. Esses abscessos têm alto risco potencial por poderem progredir para o mediastino, levando a grave mediastinite caso não sejam tratados precocemente. Assim como outros abscessos, a conduta baseia-se na drenagem. O detalhe é que, pela localização dita pelo enunciado (próximo ao feixe vascular), a drenagem percutânea é perigosa, sendo a cervicotomia com drenagem o tratamento mais adequado.

Alternativa D: INCORRETA.

Alternativa E: INCORRETA.

**Questão 16:****Parecer: Indererida.**

Alternativa B: CORRETA.

Alternativa A: INCORRETA. As hérnias femorais são mais frequentes no sexo feminino; entretanto, as hérnias mais comuns em mulheres ainda são as inguinais.

Alternativa C: INCORRETA. As hérnias inguinais em crianças são mais frequentes em meninos e do lado direito devido à persistência do conduto peritônio-vaginal (indireta).

Alternativa D: INCORRETA. A atrofia testicular pode suceder a orquite isquêmica devido a trombose do cordão espermático causada pelo trauma cirúrgico direto deste, mais frequente nos reparos abertos.

Alternativa E: INCORRETA. O tratamento laparoscópico das hérnias inguinaofemorais está bem indicado em casos de recidiva.

**3. Recurso contra a questão de Conhecimentos: Ginecologia e Obstetria****Questão 21:****Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. Como explicado na alternativa C, o anti-Lewis IgM não atravessa a barreira placentária e, portanto, não provoca Doença Hemolítica Perinatal. Logo, não há necessidade de doppler-foxometria das artérias cerebrais fetais e tampouco de investigação para anemia fetal por esse motivo.

Alternativa B: INCORRETA. Como explicado na alternativa C, o anti-Lewis IgM não atravessa a barreira placentária e, portanto, não provoca Doença Hemolítica Perinatal. Logo, não há necessidade de cordocen-tese (utilizado para investigação de anemia fetal).

Alternativa C: CORRETA. Questão bem específica e mi-nuciosa! Esse tal anticorpo anti-Lewis IgM é um anticorpo contra hemácias irregulares, que pode positivar o Coombs indireto, mas não provoca Doença Hemolítica Perinatal (DHP). Dessa forma, enquanto não houver positividade do anti-D (grande causador da DHP), continuaremos acompanhando essa gestante como se ela fosse Coombs Indireto negativo e após o parto ela deverá receber imunoglobulina anti-D caso seu filho seja Rh NEGATIVO (nesse caso específico, mesmo com o Coombs indireto positivo).

Alternativa D: INCORRETA. Como explicado na alternativa C, a positividade do Coombs indireto nesse caso específico não representa risco para DHP, logo, não há necessidade de investigação para anemia fetal.

**Questão 22:****Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. Como comentado na alternativa B, não é necessário suspender o método neste caso.

Alternativa B: CORRETA. Os anticonvulsivantes, de modo geral, interagem com os anticoncepcionais orais reduzindo a sua eficácia, por isso são considerados categoria 3 (contraindicação relativa) nesses casos. No entanto, o detalhe é que o ácido valproico NÃO ESTÁ contemplado nessa lista, e, portanto, não há necessidade de suspender o método.

Alternativa C: INCORRETA. Como comentado na alternativa B, não é necessário suspender o método neste caso.

Alternativa D: INCORRETA. Como comentado na alternativa B, não é necessário suspender o método neste caso.

**Questão 24:****Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. Como comentado na alternativa B, o TTOG com 100mg de dextrose é pouquíssimo utilizado e não referência de um valor acima do qual se defina DM 2 (No TTOG com 75g de dextrose, valores em jejum ou após 2h maiores ou iguais a 126 ou 200 respectivamente determinam DM 2 e não DMG).

Alternativa B: CORRETA. Questão muito minuciosa! Os valores tradicionalmente utilizados para diagnóstico de diabetes na gestação (Jejum > ou = 92 / Após 1h > ou = 180 / Após 2h > ou = 153) são baseados no teste de tolerância oral à glicose (TTOG) com 75g de dextrose. E como se já não bastasse decorarmos esses valores, a banca cobrou também os valores de referência do TOTG com 100g de dextrose, pouquíssimo usado na prática. Felizmente, os valores são semelhantes: Jejum > ou = 95 / Após 1h > ou = 180 / Após 2h > ou = 155 / Após 3h > ou = 140, de modo que poderíamos acertar a questão de qualquer maneira. A paciente do caso apresentou então todos os valores do teste alterados, nos permitindo o diagnóstico de diabetes gestacional (um único valor alterado já fecha diagnóstico), em que a droga de primeira linha não são os hipoglicemiantes orais e sim a insulina, que deve ser prescrita após análise do perfil glicêmico (para tatear as doses) e associado com mudanças dos hábitos alimentares.

Alternativa C: INCORRETA. Não há valores de referência para diagnóstico de intolerância à glicose na gestação.

Alternativa D: INCORRETA. Como comentado na alternativa B, a droga de primeira linha para DMG é a insulina e não os hipoglicemiantes orais (que em bula são contraindicados na gestação, entretanto, alguns estudos recentes têm mostrado a segurança e a eficácia da metformina para essas gestantes e muitos serviços já utilizam essa droga de forma *off label*).

**Questão 26:****Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. Feitos todos os exames, não se deve interromper a gravidez.

Alternativa B: INCORRETA. O tratamento proposto deve aproximar-se ao máximo do tratamento proposto para pacientes não grávidas com o mesmo estágio clínico. O intuito deve ser o de não postergar o tratamento da paciente, ao mesmo tempo em que se deve evitar a prematuridade iatrogênica.

Alternativa C: CORRETA. Do ponto de vista fisiológico, as mulheres que tiveram câncer de mama podem amamentar normalmente, mas depende muito do tipo de tratamento realizado para a doença.

Alternativa D: INCORRETA. A mastectomia é usada mais frequentemente para mulheres grávidas com câncer de mama porque a maioria das mulheres que fazem a cirurgia conservadora da mama precisa de radioterapia posteriormente. A radiação pode afetar o bebê se for realizada durante a gravidez; portanto, não deve ser administrada antes do parto.

Alternativa E: INCORRETA. Feito o tratamento novas gestações não são contraindicadas.

**Questão 28:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: CORRETA. Estádio 0: ausência de prolapso. Os pontos Aa, Ap, Ba e Bp estão em -3 cm, e os pontos C e D estão entre o CVT e o CVT -2 cm.

Alternativa B: INCORRETA. Estádio I: ponto de maior prolapso está localizado até 1 cm para dentro do hímen (-1 cm).

Alternativa C: INCORRETA. Estádio II: o ponto de maior prolapso está localizado entre -1 cm e +1 cm (entre 1 cm acima e 1 cm abaixo do hímen).

Alternativa D: INCORRETA. Estádio III: o ponto de maior prolapso está a mais de 1 cm para fora do hímen, porém sem ocorrer eversão total.

Alternativa E: INCORRETA. Estádio IV: eversão total do órgão prolapsado. O ponto de maior prolapso fica, no mínimo, no comprimento vaginal menos 2 cm.

#### **4. Recurso contra a questão de Conhecimentos: Pediatria**

**Questão 31:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: CORRETA.

Menino de 6 anos mordido na mão por cão da vizinha pego na rua há dois dias. Qual a conduta para a profilaxia de raiva? Como a mordida foi na mão, considera-se como acidente grave.

A princípio, o enunciado não fala que o cão apresentava sinais suspeitos de raiva, de modo que devemos iniciar a profilaxia com duas doses da vacina (0,3), além de observar o animal por 10 dias, pois se ele permanecer sadio o caso está encerrado. Entretanto, se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completaremos o esquema vacinal (0,3,7,14), além de administrar o soro. Recentemente houve mudança na indicação e não é mais necessária a quinta dose no esquema 0,3,7,14,28.

**Questão 35:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: INCORRETA. O estado de mal epilético é caracterizado por crises epiléticas com duração maior que 30 minutos. Quando essas crises não respondem ao tratamento com dois medicamentos em dose correta, trata-se de estado de mal epilético refratário.

Alternativa B: CORRETA. É denominado estado de mal iminente quando a criança apresenta crise epilética de cinco a 30 minutos de duração, sendo a droga de escolha o midazolam 0,3 mg/kg/dose, seguido de fenitoína 20 mg/kg, ambos intravenosos.

Alternativa C: INCORRETA. A paciente não se apresenta em estado de mal epilético.

Alternativa D: INCORRETA. A primeira opção terapêutica é o midazolam.

**Questão 39:**

**Parecer: Indererida.**

A avaliação pupilar, da motilidade ocular extrínseca e da postura motora mostram se há hipertensão intracraniana e se houve acometimento vascular.

Alternativa A: CORRETA

**Questão 40:**

**Parecer: Indererida.**

Fase lactente: pode ocorrer entre 2 meses e 2 anos. O mais comum é manifestar-se do segundo ao terceiro mês. A lesão elementar predominante é o eczema agudo, afetando principalmente face, couro cabeludo e pescoço. Inicia com lesões eritematosas, papulosas ou papulovesiculares, evoluindo para descamação com exsudato seroso (crosta melicérica). Menos comumente, pode atingir a região anterior do tórax, deltoide, glútea, genitoanal e extremidades.

Fase infantil: abrange de 2 a 12 anos. Acomete preferencialmente áreas extensoras e flexoras, com especial afinidade pelas fossas poplíteas e cubitais, assim como dorso das mãos, tornozelos e pescoço.

O padrão típico é o eczema vesiculoso subagudo e numular em mãos e pés. Existe menor tendência à exsudação e destaca-se prurido intenso, pele muito seca e liquenificação residual persistente, sobre a qual se desenvolvem lesões agudas sucessivas.

Fase da adolescência: inicia-se a partir dos 12 anos.

Predomina a morfologia liquenoide, com formação de placas. Acometem, principalmente, as superfícies de flexão, punhos, dorso das mãos, pescoço e pálpebras inferiores.

Alternativa A: CORRETA

**5. Recurso contra a questão de Conhecimentos: Medicina Geral de Família e Comunidade**

**Questão 45:**

**Parecer: Indererida.**

Alternativa A: CORRETA. Os determinantes estruturais compreendem a equidade, a relação dentro das necessidades, como distribuição de renda, preconceito baseado em valores relativos a gênero e etnia, entre outros.

Alternativas B, C e E: INCORRETAS. Essas não seriam as definições dos fatores intermediários.

Alternativa D: INCORRETA. Os fatores estruturais estão direcionados a elementos maiores dentro desse processo.

**Questão 50:**

**Parecer: Deferida.**

Questão anulada