



Processo de Seleção Residências em Saúde do IFF/INI/Fiocruz - 2026

RESULTADO DO JULGAMENTO DOS RECURSOS DA PROVA OBJETIVA

PROGRAMA EM RESIDÊNCIA MÉDICA – R1

A comissão do Processo Seletivo de Candidatos para os Programas de Residência Médica IFF/INI/Fiocruz – 2026, torna público o resultado dos recursos impetrados à prova objetiva, conforme citados abaixo:

RESIDÊNCIA MÉDICA – R1

Conteúdo programático: CIRURGIA

QUESTÃO	RESPOSTA AO RECURSO	GABARITO	JUSTIFICATIVA
1	Indeferido	C	Entre as alternativas se pede “Qual a melhor conduta inicial?” No capítulo 51 da referência bibliográfica, na página 2046, título “DIVERTICULITE COMPLICADA - Abscesso” se lê: <i>“A classificação de Hinchey é frequentemente usada para descrever a gravidade da doença diverticular complicada por perfuração e é uma ferramenta adicional que pode ser usada para guiar o tratamento geral:</i> <i>Estágio I: Abscesso mesentérico ou pericólico pequeno, confinado</i> <i>Estágio II: Abscesso pélvico bloqueado, grande</i> <i>Estágio III: Peritonite purulenta generalizada</i> <i>Estágio IV: Peritonite fecal generalizada</i> <i>Os estágios de Hinchey I e II podem muitas vezes ser tratados com administração de antibióticos e drenagem percutânea, se tecnicamente exequível.”</i> Segue abaixo a cópia da página com o texto acima. Diverticulite Complicada Abscesso A diverticulite complicada por um abscesso pélvico ou pericólico é uma entidade clínica desafiante. Os pacientes apresentam frequentemente dor abdominal, febre, leucitose e ileo em decorrência de inflamação associada do intestino delgado. O tratamento destes abscessos depende primariamente da aparência radiográfica, dimensões e relação anatômica com outros órgãos intra-abdominais. Os abscessos pericólicos grandes (≥4 cm) podem, muitas vezes, ser tratados com sucesso com drenagem percutânea guiada por TC ou ultrassonografia para reduzir a inflamação e evitar uma abordagem transabdominal por laparotomia. Abscessos menores, que usualmente não são passíveis de drenagem percutânea, podem ser tratados com uma combinação de antibióticos e observação com repetição de imagem para assegurar a resolução completa. A falha da terapia com drenagem percutânea ou antibiótica deve originar tratamento cirúrgico mais urgente. A classificação de Hinchey é frequentemente usada para descrever a gravidade da doença diverticular complicada por perfuração e é uma ferramenta adicional que pode ser usada para guiar o tratamento geral: Estágio I: Abscesso mesentérico ou pericólico pequeno, confinado Estágio II: Abscesso pélvico bloqueado, grande Estágio III: Peritonite purulenta generalizada Estágio IV: Peritonite fecal generalizada Os estágios de Hinchey I e II podem muitas vezes ser tratados com administração de antibióticos e drenagem percutânea, se tecnicamente exequível. Se isso for bem-sucedido e a inflamação se resolver, um problema urgente pode ser convertido em um eletivo, em que a colectomia pode ser realizada com uma anastomose primária. A avaliação pré-operatória com colonoscopia é fundamental. As diretrizes atuais suportam a recomendação de ressecção eletiva após um único episódio de diverticulite complicada.¹⁷ Os estágios de Hinchey III e IV em geral constituem emergências cirúrgicas que necessitam de exploração cirúrgica imediata, visto que os pacientes se apresentam com peritonite generalizada e potenciais sinais de sepse (febre, taquicardia, hipotensão). As radiografias ou TC abdominal podem revelar ar livre intraperitoneal (pneumoperitônio) além de inflamação associada com o segmento perfurado do cólon. Após ressuscitação, os objetivos operatórios devem incluir lavagem da contaminação abdominal e ressecção do cólon doente. No contexto de um campo grosseiramente contaminado, a anastomose primária não é uma opção segura; assim, a estratégia adequada deve ser o procedimento de Hartmann: ressecção segmentar, colostomia terminal proximal e fechamento do coto retal. A anastomose primária com ou sem derivação proximal foi estudada de forma extensiva em séries retrospectivas no contexto de diverticulite aguda com peritonite. Embora seja exequível se a contaminação intra-abdominal for mínima, sua aplicação deve ser individualizada com base em fatores do paciente e intraoperatórios.



Processo de Seleção Residências em Saúde do IFF/INI/Fiocruz - 2026

Conteúdo programático: CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO	RESPOSTA AO RECURSO	GABARITO	JUSTIFICATIVA
11	Indeferido	D	A dose terapêutica da penicilina benzatina para sífilis é 2.400.000 UI (1,2 milhões UI em cada glúteo) em dose única, ao contrário do impetigo estreptocócico que pode ser tratado com a dose de 1.200.000 UI, conforme a bibliografia do concurso. Essa mesma afirma que a dose profilática de apixabana é 2,5mg 2x ao dia. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 22nd edition. McGraw-Hill, 2025. 2 v. pag 1208 e 953.
14	Indeferido	C	Segundo a própria narrativa da candidata, a "dapaglifozina deve ser suspensa em condições de desidratação", o que nitidamente fora exposto no enunciado da questão (descrito na questão anterior – 13), no qual o paciente encontra-se desidratado! Segue a bibliografia do concurso. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 22nd edition. McGraw-Hill, 2025. 2 v. pag 3211
15	Indeferido	E	Os prezados candidatos estão confundindo os conceitos. A questão não pergunta sobre osmolaridade aumentada, mas sim sobre hiato ou <i>gap</i> osmolar aumentado. A cetoacidose diabética e a intoxicação com AAS não aumentam o hiato osmolar, conforme a própria bibliografia fornecida no recurso de um dos alunos (hiato osmolar "sim" na intoxicação com etilenoglicol e metanol e "não" na cetoacidose diabética e intoxicação com a AAS", assim como nitidamente exposto na bibliografia do concurso do concurso. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 22nd edition. McGraw-Hill, 2025. 2 v. pag 3705
17	Indeferido	C	Segundo a bibliografia do concurso o teste <i>APRI (Aspartat aminotransferase to Platelet Ratio)</i>, na tradução relação TGO/Plaquetas), é um dos testes não invasivos usados na avaliação da fibrose e cirrose hepáticas. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 22nd edition. McGraw-Hill, 2025. 2 v. pag 2631 e 2632.
19	Indeferido	D	O enunciado da questão é nítido, onde se pede para relacionar os fármacos hipolipemiantes com seus respectivos mecanismos de ação. J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser, Dan L. Longo, Joseph Loscalzo. Harrison's Principles of Internal Medicine, 22nd edition. McGraw-Hill, 2025. 2 v. pag 3244, 3250 e 3251



Processo de Seleção Residências em Saúde do IFF/INI/Fiocruz - 2026

Conteúdo programático: GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

QUESTÃO	RESPOSTA AO RECURSO	GABARITO	JUSTIFICATIVA
25	Indeferido	B	A questão está correta de acordo com a bibliografia do concurso – Manual de Gestação de Alto Risco (recurso eletrônico) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. – Brasília: Ministério de Saúde, 2022 - página 524, “O ganho de peso durante a gravidez deve ser monitorado. Gestante com sobrepeso pré-gestacional pode ter ganho máximo entre 7 e 11,5 quilos ao final da gestação. Por sua vez, as pacientes obesas podem ganhar o máximo de cinco a nove quilos durante toda a gestação. Ganho de peso abaixo do recomendado não é adequado porque pode se relacionar com morte infantil.”

Conteúdo programático: MEDICINA PREVENTIVA

QUESTÃO	RESPOSTA AO RECURSO	GABARITO	JUSTIFICATIVA
36	Indeferido	B	Conforme o Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.931/2009, art. 73), é vedado ao médico revelar informações obtidas em virtude do exercício profissional, salvo por dever legal, motivo justo ou consentimento expresso do paciente. No caso concreto, o enunciado deixa claro que a paciente solicitou sigilo absoluto sobre a informação sensível de sua gestação. Não há, entretanto, elementos que caracterizem situação de risco iminente à vida ou à integridade da paciente, nem obrigação legal que autorizasse a divulgação. A divulgação de detalhes da gravidez a outro membro da equipe, ainda que com intenção de promover o cuidado, não constitui motivo justo, especialmente quando a informação não é estritamente necessária e há manifestação expressa da paciente contrária à sua divulgação. O sigilo profissional permanece, portanto, como princípio inderrogável, mesmo no contexto de trabalho em equipe. Dessa forma, a alternativa A não encontra respaldo na normativa ética vigente, mantendo-se correta a alternativa B, que caracteriza a conduta como antiética.
40	Indeferido	B	É questionado o gabarito da questão sobre dose inicial de levotiroxina em paciente idoso com histórico cardiovascular. Conforme Duncan (2014), pacientes idosos ou cardiopatas devem iniciar reposição de levotiroxina com dose baixa (25–50 µg/dia), com titulação gradual, a fim de minimizar risco de arritmias, isquemia ou exacerbação de doença cardíaca. Doses completas (≈1,6 µg/kg/dia) ou intermediárias/altas (75–100 µg/dia) não são seguras neste contexto, enquanto doses extremamente baixas (12,5 µg/dia) são reservadas a casos de fragilidade grave. Assim, a alternativa B – 50 µg/dia representa a conduta adequada, segura e fundamentada, mantendo-se correta frente às demais alternativas.



Processo de Seleção Residências em Saúde do IFF/INI/Fiocruz - 2026

Conteúdo programático: PEDIATRIA

QUESTÃO	RESPOSTA AO RECURSO	GABARITO	JUSTIFICATIVA
42	Indeferido	E	A vacina da Influenza: é recomendada para todas as crianças a partir dos 6 meses de idade. Quando administrada pela primeira vez em crianças menores de 9 anos, aplicar duas doses com intervalo de 30 dias. A recomendação de duas doses é somente para a primeira vez que a criança entre 6 meses de vida e menor de 9 anos de idade (isto é: 8 anos, 11 meses e 29 dias) for imunizada contra Influenza. A partir do ano seguinte, passa a receber dose única anual. A regra vale tanto para a vacina trivalente quanto para a quadrivalente. O PNI recomenda apenas uma dose para quem já tomou a primo vacinação. A resposta E está correta, em menores de 9 anos, apesar de não falar após os 6 meses, pois ela não pode ser aplicada em menores de 6 meses, logo quem toma a partir dos 6 meses, em qualquer posto ou rede privada, têm que ter mais de 6 meses (está implícito) e a dose na primo vacinação são duas doses com intervalo recomendado e pelo PNI apenas uma dose no próximo ano. As outras respostas estão incorretas. Site da SBP, SBIM e Ministério da Saúde-Vacinação
47	Indeferido	B	Em atenção ao recurso não se julgou procedente a anulação. Dentre as opções propostas, a única a que configura um tratamento de emergência está descrito na alternativa B. Todas as demais, claramente, não o são.
49	Indeferido	B	A alegação de anulação da questão 49 por apresentar a definição imprecisa e incorreta de fimose, baseada no Tratado de Pediatria, onde a fimose é definida como a incapacidade de retrair o prepúcio e não como a não visualização da glândula. De acordo com a classificação da fimose infantil seria como dificuldade de retrair o prepúcio. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP, existem várias classificações para avaliar as diferentes apresentações de fimose baseadas no formato e no grau de retratibilidade prepucial. Uma das classificações mais utilizadas na literatura, proposta por Kayaba e col, descreve 5 situações, tipo I, nenhuma retração do prepúcio, tipo II, exposição somente do meato uretral, essa classificação do tipo I não gera dúvida que o paciente apresenta fimose. As outras opções estão incorretas, mas a opção considerada correta no gabarito configura a definição clássica de fimose. -Pág. 305, cap 16 da SBP, capítulo fimose; Se achasse que pode ter outros tipos mais leves de fimose, ainda assim a classificação de Kayaba, do tipo 1, não gera dúvida que seria fimose a resposta correta, em pacientes com essas características, não gerando dúvidas quanto ao diagnóstico do paciente ter fimose com essas características. Manual de Uro Pediatria da SBP-guia para Pediatras -Sociedade Brasileira de Pediatria-Sociedade Brasileira de Urologia; Tratado de Pediatria -SBP, 4 edição, 2017, Seção 25 cirurgia pediátrica pág., 989 definição de fimose como estreitamento do orifício prepucial que impede ou dificulta a visualização da glândula.\pode ser classifica em 3 graus, mas como tem um desses graus sendo visualizado, o diagnóstico é feito. Documento científico de 2023 da SBP



Processo de Seleção Residências em Saúde do IFF/INI/Fiocruz - 2026

			Fimose-Tratamento Clínico X tratamento Cirúrgico, do Departamento de Pediatria Ambulatorial e Grupo de Trabalho de Cirurgia Pediátrica Definição de Fimose~-Fimose é a dificuldade em retrain o prepúcio para expor a glândula, devido a presença de anel fibroso que impede a retração. Site da Sociedade Brasileira de Pediatria. Conceito do CID -10 Fimose N47-1 O prepúcio não consegue ser retraído sobre a glândula. AS outras opções estão incorretas, não sendo possível marcar outra opção, como correta. A letra B considera que a resposta correta do gabarito está respaldada nos dados da Sociedade Brasileira de Pediatria- SBP, da Sociedade Brasileira de Urologia- SBU e no Nelson de Pediatria. Fimose é a condição em que o prepúcio (a pele que recobre a cabeça do pênis, ou glândula) é muito apertado ou não consegue ser totalmente retraído O diagnóstico da fimose é feito apenas pelo exame físico, durante avaliação clínica pelo médico urologista, que constata que a glândula (cabeça do pênis) não consegue ser exposta quando a pele é retraída, ou seja, a única forma de confirmar a presença da fimose é tentar retrain a pele que recobre a glândula do pênis manualmente. Quando não é possível ver completamente a glândula, isso representa a fimose. A primeira verificação da presença da fimose é feita no bebê recém-nascido, mas faz parte de todas as consultas com o pediatra até os 5 anos Fimose é o excesso de pele que recobre o pênis dificultando que a glândula (cabeça do pênis) seja exposta. Esta condição é comum nos bebês meninos e tende a desaparecer com o passar do tempo, mas se na adolescência o problema persistir pode ser necessária uma intervenção cirúrgica simples para remoção da pele. Site do Ministério da Saúde- sou GOV. B \Fimose PHIMOSIS AND PARAPHIMOSIS-Refers to the inability to retract the prepuce. Inabilidade de retrain o prepúcio Chapter 581-anomalies of the penis and urethra 3297 Por apresentar essa inabilidade de retração do prepúcio, na fimose a não visualização da glândula devido ao prepúcio estreito, diagnosticando a fimose. Em algumas situações pode ser imparcial, mas quando tem esse quadro descrito, tem fimose. As outras alternativas estão incorretas.
--	--	--	---