

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.

Nome Completo

Nº Documento

1.

Mulher, 72 anos de idade, em acompanhamento no seu serviço por diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) por tabagismo prévio 100 anos/maço, comparece em consulta relatando que está tendo boa adesão ao tratamento e que atualmente tem dispneia para subir cerca de 2 lances de escada, além de tosse com expectoração clara e em pequena quantidade, sem alteração de padrão em relação ao seu habitual. No seu histórico hospitalar observa-se 3 internações nos últimos 4 meses (data da última consulta) por exacerbações da DPOC, sendo a última há 2 meses, quando inclusive teve necessidade de intubação orotraqueal. No momento está em uso de Umeclidínio, Formoterol e Fluticasona inalatórios em dose otimizada.

Ao exame físico apresenta PA 118x75mmHg, FC 84 bpm, FR 22 irpm, saturação de O₂ de 93%, murmúrios vesiculares globalmente reduzidos na ausculta respiratória, restante do exame físico sem alterações. Nos exames laboratoriais realizados há 3 dias: Hb 13,4 g/dl, VCM 87 fl, Leucócitos 6000/mm³ (Neutrófilos 3300/mm³, Linfócitos 1850/mm³, Monócitos 500/mm³, Eosinófilos 320/mm³ e Basófilos 30/mm³), Plaquetas 265 mil, PCR 0,2 mg/dl, creatinina 0,5 mg/dl. Prova de função pulmonar pós broncodilatador realizada há 4 dias: CVF 1,9L (limite inferior da normalidade 2,9L) e VEF 1,2L (limite inferior da normalidade 2L).

De acordo com os dados acima expostos e com o GOLD 2026, qual o melhor tratamento neste momento:

- A) Suspender fluticasona e iniciar mepolizumab
- B) Manter fluticasona e iniciar roflumilast
- C) Manter fluticasona e iniciar omalizumab
- D) Manter fluticasona e iniciar dupilumab

2.

Homem de 45 anos de idade foi trazido ao pronto-socorro com relato de que há cerca de 5 dias vem apresentando quadro de tosse, rinorreia, dispneia, febre por volta de 39 graus celsius, artralgia e mialgia. No dia da internação estava com piora importante da dispneia e sinais iminentes de insuficiência respiratória aguda, sendo decidido pela intubação do paciente. A TC de tórax tinha vidro fosco em ambos os pulmões e sinais de consolidação nas regiões posteriores. PCR para COVID19 foi positivo. Apesar das condutas otimizadas, o paciente evoluiu com intensificação da febre, que mantinha-se por volta de 40,5 graus celsius e piora ventilatória com relação P/F de 84 na gasometria, decidindo-se pela prona do paciente. Ao exame físico apresentava PAM 70 mmHg, em uso de noradrenalina 0,5 mcg/kg, presença de livedo reticular em pernas bilateralmente, fígado palpável 6 cm abaixo do rebordo costal direito, baço palpável 8 cm abaixo do rebordo costal esquerdo.

Os exames laboratoriais evidenciaram: Hb 8,1 g/dl, Leucócitos 4300/mm³ (neutrófilos 540/mm³, linfócitos 2650/mm³) e plaquetas 38 mil, PCR 38 mg/dl, procalcitonina 0,3 ng/ml, reticulócitos 24 mil/mm³, ferritina 14 mil ng/ml, saturação de ferro 23%, AST 152 U/L, ALT 100 U/L, GGT 342 U/L, DHL 2 vezes o valor de normalidade. Aspirado de medula óssea apresenta-se reativo com infiltrado de macrófagos e presença de plaquetas, eritroblastos e, por vezes, neutrófilos no citoplasma dos macrófagos, não foi evidenciado aumento do número de blastos.

Qual exame solicitar para prosseguir a investigação da hipótese diagnóstica e qual a sua principal hipótese diagnóstica no momento?

- A) Biópsia de medula óssea e leucemia mieloide aguda
- B) Triglicerídeos e linfohistiocitose hemofagocítica do adulto
- C) FAN e lúpus eritematoso sistêmico
- D) Teste rápido para leishmaniose visceral humana e leishmaniose visceral

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

3.

Um homem de 65 anos, branco, vem queixando-se de ortopneia e dispneia aos esforços, progressiva há 2 anos, atualmente em classe funcional NYHA II. Já possui o diagnóstico de insuficiência cardíaca, mas ainda não tem etiologia definida!

Como antecedentes pessoais tem diabetes tipo 2, em tratamento regular com antidiabéticos orais e realizou há 3 anos cirurgia para síndrome do túnel do carpo bilateral.

Antes de ter a piora do quadro clínico, era praticante regular de corrida, correndo cerca de 80 km por semana, porém atualmente não está conseguindo manter o mesmo ritmo e relata que teve que reduzir para caminhada de cerca de 12 km por semana. Queixa-se ainda de que vem apresentando manchas escurecidas na pele próxima ao olho direito e a sensação de que ninguém o entende quando fala, porque a língua não está cabendo na boca.

Ecodopplercardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo de 67%, com strain global longitudinal de 13% (normal > 16%), com padrão de apical sparring, septo interventricular 14mm (normal < 10mm), aumento importante de átrio esquerdo, aumento discreto do ventrículo esquerdo, aumento discreto do átrio direito e aumento importante da espessura miocárdica. Exames laboratoriais normais: hemograma, ureia, creatinina, TSH, perfil de ferro, eletroforese de proteínas séricas. Exames laboratoriais alterados: troponina T 1,8 ng/ml (normal < 0,1 ng/ml), NT-pró-BNP 1250 pg/ml (normal < 125 pg/ml) e relação de lambda/kappa livre 2,8 (normal < 1,26).

Com base no caso acima, qual o próximo exame a ser realizado para investigar sua principal hipótese diagnóstica?

- A) Biópsia pericárdica a céu aberto
- B) Sorologias para doença de chagas
- C) Biópsia de gordura abdominal
- D) Cineangiocoronariografia

4.

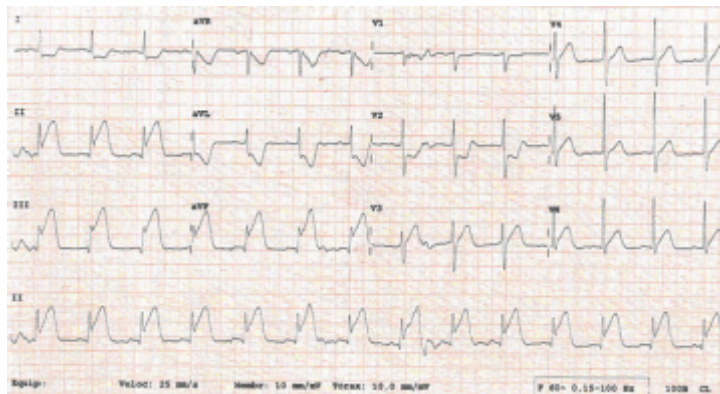
Acerca dos tumores hipofisários, pode-se afirmar:

- A) Para os prolactinomas, o tratamento medicamentoso está indicado como primeira escolha, com o uso de antagonistas da dopamina.
- B) Na acromegalia, o tratamento inicial de escolha é farmacológico, com análogos de somatostatina.
- C) O adenoma hipofisário familiar isolado (FIPA) muitas vezes resulta de uma alteração hereditária autossômica dominante, com penetrância variável.
- D) Sintomas visuais ocorrem com frequência nos macroadenomas, devido à compressão direta do nervo óptico.

5.

O enunciado a seguir será a referência para as questões 05, 06 e 07.

Um paciente de 55 anos, diabético e tabagista, dá entrada com queixa de dor torácica opressiva com irradiação para membros superiores e náusea. Ao exame físico apresenta-se pálido e diaforético. É realizado um eletrocardiograma, reproduzido a seguir:



Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

O médico plantonista fez o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST e, como o serviço com hemodinâmica mais próximo se encontrava a no mínimo 150 minutos de distância, indicou trombólise.

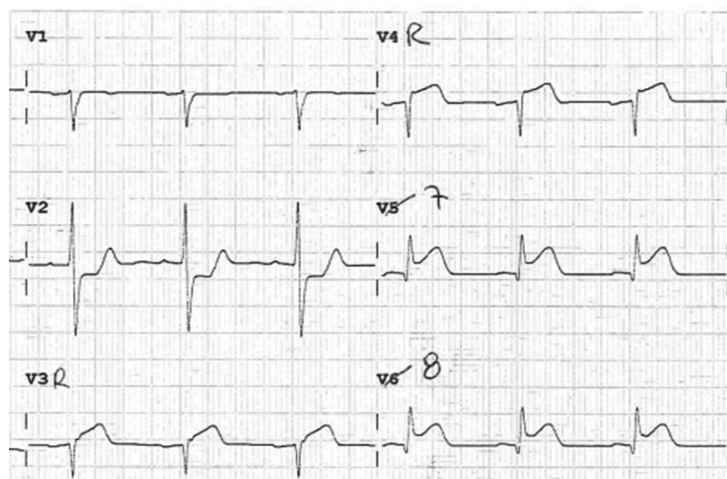
Qual das alternativas fornecidas melhor descreve, respectivamente, as paredes acometidas e a artéria coronária mais provavelmente envolvida?

- A) Inferior e lateral; artéria circunflexa
- B) Inferior e posterior; artéria circunflexa
- C) Inferior e posterior; artéria coronária direita
- D) Anterior e inferior; artéria coronária direita com colaterais para descendente anterior

6.

Um paciente de 55 anos, diabético e tabagista, dá entrada com queixa de dor torácica opressiva com irradiação para membros superiores e náusea. Ao exame físico apresenta-se pálido e diaforético. O médico plantonista fez o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST e, como o serviço com hemodinâmica mais próximo se encontrava a no mínimo 150 minutos de distância, indicou trombólise.

Enquanto o trombolítico estava sendo preparado, foi realizado um eletrocardiograma com derivações expandidas, destacadas a seguir:



(fonte: acervo pessoal)

O paciente mantém dor 10/10, está em regular estado geral, com pressão arterial 121/73 mmHg, frequência cardíaca 72 bpm, FR 16 irpm, saturação periférica de oxigênio 91%. A perfusão periférica é adequada.

Foram checadas contraindicações, explicados riscos e benefícios, e confirmada a dosagem do trombolítico pelo peso. O paciente nega uso de sildenafil ou similares.

Além do tenecteplase e heparina, qual alternativa descreve outras condutas terapêuticas apropriadas neste momento do atendimento?

- A) AAS, clopidogrel
- B) AAS, ticagrelor
- C) AAS, clopidogrel, nitroglicerina
- D) AAS, clopidogrel, oxigênio suplementar, morfina

7.

Um paciente de 55 anos, diabético e tabagista, dá entrada com queixa de dor torácica opressiva com irradiação para membros superiores e náusea. Ao exame físico apresenta-se pálido e diaforético.

O médico plantonista fez o diagnóstico de infarto agudo do miocárdio com supradesnívelamento do segmento ST e, como o serviço com hemodinâmica mais próximo se encontrava a no mínimo 150 minutos de distância, indicou trombólise.

90 minutos após a trombólise, o eletrocardiograma é repetido e apresenta redução do supradesnível do segmento ST em ~30% nas derivações acometidas. O paciente refere melhora da dor. Na derivação DII longa, apresenta o ritmo a seguir:

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis



(fonte: acervo pessoal)

Qual alternativa descreve corretamente o sucesso da trombólise e a conduta adequada?

- A) A trombólise foi bem sucedida; encaminhar para cateterismo precoce, em até 24h
- B) Houve falha de trombólise; encaminhar para cateterismo com urgência, em até 6h
- C) Impossível avaliar pela alteração de ritmo; introduzir amiodarona e repetir ECG
- D) Houve falha de trombólise; encaminhar para cateterismo de resgate, o mais rápido possível

8. O enunciado a seguir será a referência para as questões 08 e 09.

Um paciente de 68 anos, sexo masculino, é admitido na UTI com diagnóstico de choque de etiologia a esclarecer. Está hipotenso, apesar da infusão inicial de 2000 mL de soro fisiológico. Foi instalado um cateter de artéria pulmonar para esclarecimento diagnóstico e manejo hemodinâmico. Os parâmetros obtidos foram:

Pressão Arterial Média (PAM): 58 mmHg; Frequência Cardíaca: 115 bpm; Pressão Venosa Central (PVC): 6 mmHg (Valor de referência: 8-12 mmHg); Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar (POAP): 8 mmHg (Valor de referência: 6-15 mmHg); Índice Cardíaco (IC): 5,2 L/min/m² (Valor de referência: 2,5-4,0 L/min/m²); Resistência Vascular Sistêmica (RVS): 600 dyn·s·cm⁻⁵ (Valor de referência: 800-1200 dyn·s·cm⁻⁵).

Com base no perfil hemodinâmico, qual é a etiologia provável do choque?

- A) Choque cardiogênico
- B) Choque hipovolêmico
- C) Choque obstrutivo
- D) Choque distributivo

9.

Um paciente de 68 anos, sexo masculino, é admitido na UTI com diagnóstico de choque de etiologia a esclarecer. Está hipotenso, apesar da infusão inicial de 2000 mL de soro fisiológico. Foi instalado um cateter de artéria pulmonar para esclarecimento diagnóstico e manejo hemodinâmico. Os parâmetros obtidos foram:

Pressão Arterial Média (PAM): 58 mmHg; Frequência Cardíaca: 115 bpm; Pressão Venosa Central (PVC): 6 mmHg (Valor de referência: 8-12 mmHg); Pressão de Oclusão da Artéria Pulmonar (POAP): 8 mmHg (Valor de referência: 6-15 mmHg); Índice Cardíaco (IC): 5,2 L/min/m² (Valor de referência: 2,5-4,0 L/min/m²); Resistência Vascular Sistêmica (RVS): 600 dyn·s·cm⁻⁵ (Valor de referência: 800-1200 dyn·s·cm⁻⁵).

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que explica corretamente os achados esperados neste paciente.

- A) A redução da resistência vascular sistêmica é um achado marcante neste tipo de choque em sua fase inicial, que comumente se manifesta com quadro hiperdinâmico e pele aquecida.
- B) Na fase inicial deste tipo de choque, é esperado um tempo de enchimento capilar maior que 5 segundos associado à redução da diurese (menor que 0,5 mL/kg/hora) e alteração de estado mental.
- C) É mais provável que esse paciente tenha uma Saturação Venosa Central de O₂ (SvcO₂) baixa, evidenciando uma taxa de extração reduzida para compensar a queda da oferta de oxigênio (DO₂) às células.
- D) Nesta fase do choque, é esperado que o paciente evolua com hiperlactatemia e alcalose metabólica associada à acidose respiratória.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

10.

Você é chamado no departamento de emergência para realização de uma Intubação em Sequência Rápida (ISR). A escolha dos fármacos indutores e bloqueadores neuromusculares deve levar em conta a fisiologia do paciente e os efeitos colaterais específicos de cada droga. Com base na farmacologia dos agentes utilizados na ISR, assinale a alternativa CORRETA:

A) O etomidato é considerado o hipnótico de escolha inclusive para infusões contínuas prolongadas no paciente em ventilação mecânica, principalmente devido a sua estabilidade cardiovascular.

B) A cetamina estimula o sistema cardiovascular através da liberação de catecolaminas, portanto, sempre leva à hipertensão arterial, ao contrário dos demais agentes que tendem a causar hipotensão.

C) A succinilcolina tem o risco de causar hipocalemia fatal em alguns grupos de pacientes, como aqueles em imobilização prolongada, grandes queimados ou com algumas doenças neuromusculares.

D) O rocurônio é uma alternativa à succinilcolina para indução em sequência rápida quando administrado em doses altas (1,2 mg/kg), apresentando um tempo de latência de aproximadamente 60 segundos.

11.

Um paciente de 19 anos com CAD grave está em bomba de infusão de insulina (0,1 U/kg/h) e hidratação venosa há 6 horas. Os exames de controle mostram: Glicemia 210 mg/dL, pH 7,28, HCO₃ 16 mEq/L, K⁺ 3,9 mEq/L e sódio corrigido 140 mEq/L. O paciente está alerta, com ânion gap de 15 mEq/L (referência: 8-12). Sobre o manejo ideal neste exato momento, assinale a conduta CORRETA:

A) Suspender a infusão contínua de insulina e iniciar a aplicação de insulina glargina subcutânea, já que a glicemia está abaixo de 250 mg/dL e o pH está em ascensão.

B) Manter sem a reposição de potássio, visto que ainda está acima de 3,3mEq/L.

C) Reduzir a taxa de infusão da insulina, para evitar de precisar iniciar a reposição venosa de glicose, visto que isso voltaria a aumentar a osmolaridade plasmática e dificultaria a resolução completa da CAD.

D) Manter a infusão de insulina, mas reduzir a taxa pela metade e adicionar solução de Glicose a 5% ou 10% ao esquema de hidratação para manter a glicemia entre 150-200 mg/dL até que o ânion gap feche.

12.

Um paciente de 48 anos, etilista pesado crônico (100g/dia), apresenta-se com icterícia súbita, febre baixa e dor em hipocôndrio direito.

Exames laboratoriais: Bilirrubina Total 12 mg/dL, AST 180 U/L, ALT 75 U/L, INR 2,2, Creatinina 1,1 mg/dL. O escore MELD calculado é de 26. Não há evidência de infecção ativa, hemorragia digestiva ou insuficiência renal. Com base nas diretrizes da AASLD e EASL, assinale a alternativa correta:

A) O paciente apresenta progressão de doença hepática, mas sem critérios de descompensação ativa (não apresenta hemorragia digestiva, ascite, peritonite bacteriana espontânea ou síndrome hepatorenal). Por isso, a principal hipótese aqui é que o paciente apresente uma doença adicional, como a dengue, que justifique os novos sintomas (icterícia, febre baixa, dor em hipocôndrio direito).

B) A principal hipótese para o quadro agudo é de hepatite alcoólica. No entanto, sem o Maddrey, não é possível estimar a gravidade clínica do paciente, de forma que a indicação de corticoterapia deve ser deixada para um segundo momento, pelo risco de imunossupressão em paciente já muito grave.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

C) A hepatite alcoólica é o diagnóstico mais provável, e o paciente possui critérios claros de gravidade, com MELD de 26. A mortalidade nesse caso é alta, e a prescrição de Prednisolona 40mg/dia por até 28 dias, caso o paciente evolua com boa resposta clínica, é a conduta mais indicada nesse momento.

D) Considerando que o paciente apresenta critérios de hepatopatia fulminante (INR 2.2), ele precisa ser encaminhado com urgência a um centro de transplante hepático, visto que o MELD de 26 já o coloca em posição alta na fila.

B) O quadro clínico sugere uma cascata iatrogênica iniciada pela Amitriptilina. A conduta correta envolve a descontinuação gradual da Amitriptilina devido ao seu alto perfil anticolinérgico e risco de hipotensão ortostática, além da redução ou suspensão da Hidroclorotiazida, dado o risco de hiponatremia e depleção de volume em idosos com ClCr reduzido.

C) A hipotensão ortostática é explicada pela interação medicamentosa entre Enalapril e Gliclazida, que potencializa o efeito vasodilatador periférico. Deve-se substituir o Enalapril por Anlodipino para evitar síncope, mantendo os demais fármacos para controle das comorbidades.

D) O Omeprazol está bem indicado, visto que o uso de Amitriptilina e Escitalopram aumenta o risco de hemorragia digestiva alta em pacientes acima de 75 anos, independentemente do uso de AINEs.

13.

Uma paciente de 78 anos, com diagnóstico de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo 2, Osteoartrite de joelhos e Insônia de manutenção, comparece à consulta trazida pela filha por quadro de "tonturas ao levantar" e duas quedas sem fraturas no último mês. Medicamentos em uso: Enalapril 20mg 12/12h, Hidroclorotiazida 25mg/dia, Gliclazida MR 60mg/dia, Metformina XR 1000mg/dia, Amitriptilina 25mg à noite (iniciada há 3 meses para dor crônica e sono), Omeprazol 20mg/dia (para "proteção gástrica"), Escitalopram 10mg/dia (iniciado há 2 meses por quadro depressivo).

Ao exame: PA 145/85 mmHg (sentada) e 110/70 mmHg (após 3 minutos de ortostase), com aumento da FC de 72 para 88 bpm. Creatinina: 1,4 mg/dL (ClCr estimado: 38 mL/min). Sódio: 131 mEq/L.

Com base nos Critérios de Beers (2023) e na estratégia de desprescrição, assinale a alternativa que apresenta a análise farmacológica e conduta mais adequada:

A) A prioridade é a suspensão imediata do Escitalopram, visto que o sódio de 131 mEq/L confirma SIADH (Síndrome da Secreção Inapropriada de ADH) induzida por ISRS, sendo esta a causa primária das quedas por confusão mental subaguda.

14.

Um homem de 68 anos com diagnóstico de doença de Parkinson há 10 anos retorna ao acompanhamento médico acompanhado da esposa, a qual demonstra frustração com a evolução do quadro do marido e diz que, apesar da melhora dos sintomas motores da doença e da discinesia que apresentava em última consulta, além de aparente boa adaptação ao uso dos medicamentos, no último ano o comportamento do seu esposo parece ter se alterado de forma catastrófica.

Ele tem apresentado intenso vício em jogos de azar, tendo gastado grandes quantias de dinheiro que o casal havia poupado ao longo da vida. A esposa chora e culpa as incessantes propagandas de apostas que ele vê na TV, pois há muito anos o paciente não gostava mais de apostas, enquanto o esposo parece indiferente ao relato. No momento o paciente encontra-se estável hemodinamicamente, com leve tremor de repouso à direita, algum grau de rigidez em roda denteadas no mesmo lado, porém com estabilidade da marcha e mantendo boa funcionalidade motora no dia-a-dia. Atualmente faz uso de levodopa 100mg + benserazida 25mg, 2 comprimidos, 4 vezes ao dia, pramipexol 0,25 mg, 2 comprimidos, três vezes ao dia, entacapona 200mg, 4 vezes ao dia juntamente com as doses de levodopa/benserazida. Na última consulta foi suspenso o uso de amantadina 100mg, que administrava 2 vezes ao dia, devido às alucinações causadas.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

Diante da evolução atual do paciente, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta a ser tomada:

- A) Manter medicações em dose atual, visto que há estabilidade do quadro motor e explicar para esposa que o desenvolvimento de vícios é um dos sintomas não motores, neuropsiquiátricos, da doença de Parkinson e encaminhá-lo para psicologia.
- B) Suspensão imediata da entacapon, pois esta medicação é mais associada ao transtorno do controle de impulsos apresentado pelo paciente.
- C) Retirada gradual do uso de pramipexol devido ao efeito adverso de transtorno do controle de impulsos, principalmente em pacientes suscetíveis.
- D) Retornar o uso de amantadina em menor dose, pois essa medicação tem boa ação sobre as alterações neuropsiquiátricas apresentadas na evolução da doença.

15.

De acordo com a 5ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), assinale a alternativa CORRETA sobre o Transtorno Bipolar e os Transtornos Relacionados.

- A) O episódio hipomaniaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade ou energia, com duração mínima de quatro dias consecutivos.
- B) O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios depressivos maiores e pelo menos um episódio hipomaniaco durante o curso da vida, é considerado uma condição "mais leve" que o transtorno bipolar tipo I.
- C) O episódio maníaco é um período distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com duração mínima de duas semanas.

D) O diagnóstico de transtorno ciclotímico é feito em adultos que têm pelo menos dois anos de períodos hipomaniacos e depressivos, podendo ocasionalmente atender aos critérios para um episódio de mania, hipomania ou depressão maior curtos e autolimitados, sem alterar o diagnóstico de ciclotimia.

16.

Paciente de 18 anos, sexo masculino, vem trazido pela mãe ao pronto atendimento hospitalar ao ser encontrado amarelado e se sentindo fraco quando a mãe chegou do trabalho. Ela conta que ambos se mudaram para um novo apartamento, local antigo, há 4 dias e que, quando chegaram, foram limpar os armários e os cômodos. Nos armários haviam muitas bolas de naftalina e seu filho ficou muitas horas inalando aquele cheiro forte e reclamando de sensação de sufocamento.

Desde então ele estava com coriza, tosse e apresentou febre no dia seguinte à exposição. Na admissão, ele queixava-se de dor abdominal, fraqueza e urina marrom escura. Ao exame físico, ele apresentava palidez cutânea, icterícia (2+/4), taquicardia (FC 101) e pressão arterial elevada (148/87 mmHg). A saturação de oxigênio era persistentemente abaixo de 90% mesmo com máscara de não reinalação a 100%.

Os exames laboratoriais de admissão revelaram hemoglobina de 9,8 g/dL e hematócrito de 29,4%, leucocitose (22,2 com 64% de neutrófilos), contagem de plaquetas de 145.000, creatinina de 0,4 mg/dL, bilirrubina total de 8,0 mg/dL com predomínio de indireta, AST de 92 U/L e ALT de 24 U/L, LDH de 1431 U/L e a CK-total de 319 U/L.

Na história médica pregressa, a mãe refere icterícia neonatal com internação breve e diz que foi orientada, anos atrás, a ter cautela com alguns medicamentos por 'problema no sangue', mas não sabe especificar qual, só sabia que por conta disso, ele deveria evitar também comer feijão de fava.

Diante do caso apresentado, assinale a alternativa abaixo que contenha a suspeita diagnóstica mais provável e a melhor conduta para tratar esse paciente, além da estabilização inicial adequada:

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

A) Hemólise oxidativa e metahemoglobinemia após exposição a naftaleno. Administrar azul de metileno.

B) Anemia Hemolítica Autoimune. Iniciar administração de imunoglobulina intravenosa.

C) Síndrome de Gilbert. Manter em observação, hidratar e dar suporte hemodinâmico.

D) Hemólise oxidativa e metahemoglobinemia após exposição a naftaleno em paciente com provável deficiência enzimática. Administrar ácido ascórbico.

17.

Paciente do sexo masculino, 38 anos, trabalha com montagem e desmontagem de shows e eventos, comparece ao pronto socorro e relata febre não aferida, calafrios, mialgia e cefaleia há 05 dias.

Nega doenças prévias conhecidas. Relata vários casos de dengue na região onde vive. Trabalhou com 2 eventos em áreas abertas nos últimos 15 dias. Ao exame físico, paciente febril, com sufusão hemorrágica em conjuntiva e sensibilidade em panturrilhas.

Exames coletados na urgência revelam leucocitose, plaquetas 98mil/mm³, creatinina 1,4mg/dl, TGO 174, TGP 160, restante sem alterações.

Com as informações apresentadas, o exame que provavelmente confirmará o diagnóstico é:

A) Antígeno Ns1

B) PCR Influenza A/B

C) PCR para L. interrogans

D) Sorologia para hepatite A

18.

No paciente idoso que se apresenta com anemia ferropriva e estenose de valva aórtica com calcificação, o mecanismo mais provável da perda sanguínea se deve a:

A) Múltiplas úlceras gástricas sangrantes

B) Deficiência adquirida de fator de von Willebrand

C) Plaquetopenia por consumo

D) Deficiência congênita de protrombina

19.

A semiologia cardíaca é importante porque permite reconhecer padrões de sopros e bulhas que sugerem valvopatias e cardiopatias estruturais, direcionando a hipótese diagnóstica, a gravidade e a necessidade de exames complementares.

Dessa forma, assinale a alternativa correta a respeito da semiologia cardíaca:

A) Na estenose aórtica, o sopro típico é holossistólico, mais audível no foco aórtico, com irradiação para a região cervical. Desdobramento amplo e variável de B2 é típico dessa valvopatia.

B) Na estenose mitral, o achado clássico é um sopro diastólico em ruflar no foco mitral, precedido por estalido de abertura, com reforço pré-sistólico quando o paciente está em ritmo sinusal. Estalido de abertura mais precoce sugere maior gravidade da estenose mitral.

C) Na comunicação interatrial, o sopro mais característico é diastólico, em borda esternal esquerda baixa e segunda bulha hipofonética. Desdobramento paradoxal de B2 é típico da comunicação interatrial.

D) Na insuficiência aórtica, o achado típico é sopro protodiastólico em foco aórtico com irradiação para carótidas, associado a pulso tardus et parvus. Vários sinais periféricos podem ser encontrados, como sinal de Musset e de Mueller.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

20.

Mulher de 67 anos procura seu consultório para consulta de rotina, sem queixas. Tem histórico de hipertensão arterial sistêmica, doença renal crônica e dislipidemia, atualmente em uso de losartana 50mg uma vez ao dia e sinvastatina 40mg uma vez ao dia. Pratica atividade física regular e segue dieta com déficit calórico, nega tabagismo ou etilismo. Histórico familiar em parentes do primeiro grau de HAS, DM2 e câncer de endométrio.

Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, PA 158x92 mmHg, IMC 36 Kg/m², presença de placas hiperpigmentadas de aspecto aveludado em região posterior do pescoço e axilas, sem outras alterações ao exame físico.

Exames laboratoriais: hemoglobina 13,2 g/dL, leucócitos 6.800/mm³, plaquetas 242.000/mm³, Glicemia de jejum (GJ) 92 mg/dL, HbA1c 5,9%, colesterol total 262 mg/dL, LDL 158 mg/dL, HDL 31 mg/dL, triglicérides 214 mg/dL, creatinina 1,4 mg/dL (RFG 41), relação albumina/creatinina 250, sódio 144 mmol/L e potássio 3,8 mmol/L. Traz também exames realizados há 3 meses com resultados semelhantes. Com base no caso clínico, qual a melhor conduta?

A) Está indicado trocar sinvastatina para rosuvastatina, aumentar losartana para 100mg/dia, iniciar anlodipino, dapagliflozina e semaglutida. Além disso, está indicado realizar TOTG para descartar diabetes não diagnosticada e avaliar o risco futuro de conversão para diabetes.

B) Está indicado trocar sinvastatina para atorvastatina, aumentar losartana para 100mg/dia e iniciar anlodipino. Deve-se reavaliar GJ e HbA1c em 3 meses diante de paciente com alto risco para diabetes.

C) Está indicado trocar sinvastatina para rosuvastatina, aumentar losartana para 100mg/dia e iniciar anlodipino e metformina. Solicitar nova HbA1c em 3 meses para seguimento de pré-diabetes, sem necessidade de novos exames no momento.

D) Está indicado associar ezetimiba, anlodipino e semaglutida. Deve-se reavaliar GJ e HbA1c em 6 meses diante de paciente com alto risco para diabetes.

21.

Mulher de 32 anos, nuligesta, há 1 ano tentando engravidar com o mesmo parceiro. Ciclos regulares de 28 dias, dismenorreia leve, sem dispareunia profunda. IMC 22 kg/m². Sem doenças conhecidas. Nunca realizou cirurgias pélvicas. Parceiro 34 anos, saudável.

Exames já realizados:

- Progesterona sérica no D21: 12 ng/mL
- TSH: normal
- Prolactina: normal
- USGTV: útero normal, ovários com 10 e 11 folículos antrais
- Histerossalpingografia: cavidade uterina normal e trompas pérvias
- Espermograma (2 coletas): normal pelos critérios atuais da OMS

Após avaliação completa, não foi identificada causa para infertilidade. Qual a melhor conduta inicial?

A) Indicar fertilização in vitro imediatamente, pois a chance de gestação espontânea é baixa após 1 ano

B) Induzir ovulação com citrato de clomifeno isoladamente

C) Acompanhar expectantemente por mais 12 meses

D) Realizar inseminação intrauterina associada à estimulação ovariana leve



22.

Mulher de 24 anos procura atendimento por ausência de menstruação há 7 meses.

Refere que sempre teve ciclos regulares desde a menarca. Nos últimos 10 meses iniciou treinamento intenso para provas de corrida de longa distância (treina 6x/semana, cerca de 80 km semanais). Nega uso de anticoncepcionais. Relata perda ponderal de 7 kg no período. IMC atual: 18,2 kg/m².

Refere aumento de queda de cabelo, fadiga e duas fraturas por estresse tibial no último ano.

Exames laboratoriais:

- β -hCG: negativo
- TSH: normal
- Prolactina: normal
- FSH: baixo-normal
- LH: baixo
- Estradiol: reduzido

Qual a melhor conduta?

- A) Iniciar anticoncepcional oral combinado para proteção óssea e regularização do ciclo menstrual
- B) Solicitar ressonância magnética de sela túrcica para investigação de adenoma hipofisário
- C) Recomendar aumento da ingestão calórica, redução do exercício físico e acompanhamento nutricional e psicológico
- D) Iniciar indução de ovulação com citrato de clomifeno

23.

Mulher de 33 anos, em investigação por infertilidade secundária, realizou miomectomia histeroscópica há 2 meses por mioma submucoso. Desde então apresenta hipomenorreia importante. Traz ultrassonografia transvaginal seriada, em acompanhamento folicular para programação de coito:

- Ovário direito com folículo dominante de 19 mm e ovário esquerdo sem alterações
- Endométrio medindo 4 mm, com padrão linear homogêneo

Sem dor pélvica. Sem alterações hormonais conhecidas.

Qual a interpretação mais adequada?

- A) O exame corresponde à fase folicular inicial do ciclo, sendo esperado endométrio fino
- B) O achado é compatível com fase pré-ovulatória normal; a espessura endometrial não interfere na fertilidade
- C) O achado sugere anovulação crônica, devendo-se induzir ovulação
- D) Há suspeita de alteração da cavidade uterina, devendo-se investigar sinequias intrauterinas



24.

Mulher de 29 anos, G1P0, com atraso menstrual de 6 semanas, comparece para primeira consulta. Refere ciclos regulares e tem certeza da data da última menstruação. Nega sangramento ou dor pélvica.

Ultrassonografia transvaginal:

- saco gestacional intrauterino único
- embrião com CRL de 3,5 mm (compatível com ~6 semanas)
- presença de atividade cardíaca embrionária
- frequência cardíaca embrionária: 91 bpm

Qual a melhor conduta?

- A) Solicitar teste pré-natal não invasivo (NIPT), devido ao risco de aneuploidias associado à bradicardia embrionária
- B) Diagnosticar gestação de mau prognóstico e orientar alta probabilidade de abortamento
- C) Repetir ultrassonografia em 7–10 dias para reavaliação da vitalidade embrionária
- D) Iniciar progesterona vaginal para reduzir risco de perda gestacional

25.

Mulher de 41 anos, G2P2, sem desejo reprodutivo, procura emergência por sangramento vaginal intenso iniciado há 24 horas, com eliminação de coágulos e troca de absorventes a cada 20 minutos. Relata dismenorreia progressiva há anos e aumento do volume menstrual no último ano.

Ao exame:

- PA 92/58 mmHg
- FC 112 bpm
- útero aumentado difusamente, globoso e doloroso

β -hCG negativo. Hb 7,8 g/dL.

Ultrassonografia transvaginal: útero aumentado (volume 240 cm³), miométrio heterogêneo, espessamento da zona juncional, cistos miometriais subendometriais, sem nódulos definidos, cavidade uterina regular.

Após reposição volêmica e estabilização inicial, qual a melhor conduta?

- A) Realizar curetagem uterina para controle do sangramento e resolução do quadro
- B) Iniciar tratamento clínico para sangramento uterino agudo e considerar histerectomia caso refratário
- C) Indicar miomectomia laparoscópica, pois trata-se de lesão focal miometrial
- D) Solicitar laparoscopia diagnóstica para confirmação histológica antes de tratamento definitivo



26.

Puérpera de 5 dias após parto vaginal a termo retorna ao pronto-atendimento por cefaleia intensa e escotomas. Durante a gestação apresentou pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade. Nega dispneia ou dor torácica.

Exame físico:

- PA: 168/108 mmHg
- FC: 82 bpm
- SatO₂ : 98%
- sem sinais de edema agudo pulmonar
- reflexos vivos, sem clônus

Laboratórios sem alterações significativas. Paciente encontra-se em aleitamento materno exclusivo.

Após controle inicial com sulfato de magnésio para prevenção de eclâmpsia, qual o anti-hipertensivo de escolha para manutenção no puerpério, segundo recomendações atuais nacionais?

- A) Enalapril
- B) Losartana
- C) Hidroclorotiazida
- D) Furosemida

27.

Mulher de 56 anos, menopausada há 6 anos, sem histórico familiar de câncer e sem doenças prévias, realiza mamografia como parte do check-up anual. O exame físico mamário foi normal. No laudo mamográfico consta uma área de assimetria focal em mama esquerda classificada como BI-RADS 0. A paciente não possui exames anteriores para comparação.

Diante desse achado, a melhor conduta a ser adotada é:

- A) Proceder diretamente com biópsia por agulha grossa sob controle de imagem.
- B) Reavaliar em um ano com nova mamografia bilateral.
- C) Solicitar compressão localizada e ultrassonografia mamária para melhor elucidação.
- D) Agendar nova mamografia unilateral da mama acometida em seis meses.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

28.

Mulher de 31 anos procura atendimento por queixa de corrimento vaginal amarelado, com odor desagradável, iniciado há cerca de 1 semana.

Nega prurido ou dor pélvica. Ao exame especular, observa-se secreção abundante, bolhosa e de odor fétido. Foi realizada citologia a fresco, que evidenciou grande quantidade de células-guia.

Qual é a conduta terapêutica mais indicada?

A) Metronidazol oral por 7 dias.

B) Azitromicina oral por 3 dias.

C) Fluconazol oral, dose única.

D) Ciprofloxacina oral por 7 dias.

29.

Paciente de 54 anos comparece à consulta com queixas de fogachos intensos, distúrbios do sono, irritabilidade e lapsos de memória. Relata que os sintomas têm prejudicado sua qualidade de vida. É hipertensa controlada com IECA, possui IMC de 31 kg/m² e hipercolesterolemia em acompanhamento. Fez histerectomia total por miomatose há alguns anos. Nega queixas sexuais ou diminuição de libido. Diante desse quadro, qual é o tratamento mais adequado?

A) Reposição com estrogênio e progesterona por via oral.

B) Aumento da ingestão de alimentos ricos em flavonoides e fitoestrogênios.

C) Estrogênio e testosterona transdérmicos.

D) Terapia com estrogênio transdérmico isolado.

30.

Gestante de 18 semanas, G2P1, comparece à consulta de pré-natal. Relata esquema vacinal incompleto na infância e desconhece vacinas da gestação anterior. Não apresenta comorbidades. Está assintomática.

Considerando recomendações atuais das sociedades médicas (FEBRASGO/SBIm), qual o planejamento vacinal correto para esta paciente?

A) Realizar agora: Influenza, Hepatite B e COVID-19. Programar: dTpa a partir de 20 semanas e Abrysvo (VSR) entre 24 e 36 semanas.

B) Realizar agora: Influenza, dTpa e Abrysvo (VSR). Programar: Hepatite B e COVID-19 apenas no terceiro trimestre.

C) Realizar agora: Influenza e COVID-19. A vacina Abrysvo (VSR) é contraindicada na gestação, devendo ser feita apenas no recém-nascido.

D) Realizar agora: Influenza e Hepatite B. A dTpa e a Abrysvo (VSR) devem ser feitas juntas, obrigatoriamente após 37 semanas para passar anticorpos no parto.

31.

Mulher, 52 anos, G5P5, procura o serviço de ginecologia oncológica encaminhada por sangramento vaginal persistente e dor lombar à esquerda. Ao exame especular, visualiza-se lesão exofítica no colo uterino de aproximadamente 5 cm, friável e sangrante ao toque. O toque retal evidencia paramétrio esquerdo indurado e retraído até a parede pélvica.

A ressonância magnética confirma a lesão cervical com extensão parametrial esquerda até a parede pélvica e hidronefrose ipsilateral. A creatinina sérica é de 1,8 mg/dL. A biópsia confirma Carcinoma de Células Escamosas.

Considerando o estadiamento FIGO (2018) e a conduta terapêutica padrão-ouro, assinale a alternativa CORRETA:

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

A) O estadiamento é IIB e a conduta é a Histerectomia Radical (Cirurgia de Wertheim-Meigs) seguida de radioterapia adjuvante.

B) O estadiamento é IIIB e o tratamento de escolha é a Quimiorradioterapia definitiva (Radioterapia externa + Cisplatina) seguida de Braquiterapia.

C) O estadiamento é IIIA e deve-se realizar Quimioterapia Neoadjuvante para redução tumoral, seguida de Histerectomia Radical.

D) O estadiamento é IVA devido à hidronefrose, sendo indicado tratamento exclusivamente paliativo e nefrostomia percutânea.

32.

Gestante de 35 semanas, G2P1 (1 cesárea anterior), dá entrada no pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal de moderada a forte intensidade, iniciado há 30 minutos, sem dor associada. Relata dois episódios anteriores de sangramento (com 29 e 31 semanas), que cessaram espontaneamente. Ao exame físico: descorada ++/4+, PA 92 x 58 mmHg, FC 116 bpm. Exame obstétrico: Altura uterina 32 cm, tônus uterino normal, dinâmica ausente, BCF 142 bpm. Ao exame especular: presença de coágulos em fundo de saco e sangramento ativo pelo orifício externo do colo. Considerando a principal hipótese diagnóstica e o quadro hemodinâmico, a conduta obstétrica correta é:

A) Indicar tocólise e corticoterapia para maturação pulmonar, visando alcançar 37 semanas.

B) Realizar amniotomia para reduzir a pressão intrauterina e induzir o parto vaginal.

C) Realizar estabilização hemodinâmica e indicar cesariana de emergência.

D) Solicitar ultrassonografia transvaginal para confirmar o diagnóstico antes de definir a via de parto.

33.

Mulher de 33 anos, G3P2 (dois partos cesáreos anteriores), procura o pronto-socorro com atraso menstrual de 7 semanas e sangramento vaginal discreto, indolor. Encontra-se hemodinamicamente estável.

A ultrassonografia transvaginal revela: útero com cavidade endometrial vazia e canal cervical vazio. Visualiza-se saco gestacional com embrião vivo implantado na parede anterior da região ístmica, preenchendo o "nicho" da cicatriz da cesárea anterior. Diante desse achado, qual é o diagnóstico correto e a principal complicação obstétrica associada à evolução dessa gestação?



(fonte: acervo pessoal)

A) Abortamento em curso; a principal complicação é a infecção ovular (corioamnionite) devido à abertura do colo uterino.

B) Gravidez Ectópica Cervical; a principal complicação é a rotura do colo uterino com necessidade de cerclagem de emergência.

C) Gestação em Cicatriz de Cesárea; a principal complicação evolutiva é o Espectro do Acretismo Placentário (placenta acreta/percreta) e rotura uterina.

D) Gravidez Tópica de Implantação Baixa; a principal complicação é a Placenta Prévia, sem risco aumentado de invasão miometrial.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

34.

Mulher de 32 anos, G4P3 (3 vaginais prévios), comparece em consulta de pré-natal com 35 semanas e 2 dias com resultado de exames do terceiro trimestre, em uso regular de sulfato ferroso durante todo pré natal.

Qual a melhor conduta considerando os achados?

dezembro 2025

Hemoglobina: 9,4	Hematócrito: 27
Plaquetas: 178,000	Anti HIV: Não reagente
VDRL: Não reagente	Anti HTLV 1 e 2: Não reagente
Toxoplasmose: IgG - IgM -	HBsAg: Não reagente

fevereiro 2026

Hemoglobina: 9,5	Hematócrito: 30
Plaquetas: 198,000	Anti HIV: Não reagente
VDRL: Não reagente	Anti HTLV 1 e 2: Não reagente
Toxoplasmose: IgG - IgM -	HBsAg: Não reagente

A) Sem necessidade de sulfato ferroso, orientar cuidados para prevenção de toxoplasmose e retorno semanal.

B) Prescrever sulfato ferroso 40mg de ferro elementar/dia via oral até 6 semanas pós-parto, orientar cuidados para prevenção de toxoplasmose e retorno semanal.

C) Prescrever sacarato de hidróxido férrico endovenoso, orientar cuidados para prevenção de toxoplasmose e retorno semanal.

D) Encaminhar à maternidade de referência para hemotransfusão visto anemia grave.

35.

Gestante de 28 semanas comparece em maternidade por sensação de perda de líquido vaginal. Ao exame físico: Tax 36,8°C, FC 87bpm, FR 18irpm. Dinâmica uterina: ausente. Altura uterina: 27cm. BCF: 134bpm. Exame especular: ausência de saída de líquido espontâneo ou ao esforço.

Qual o melhor exame para confirmação diagnóstica?

A) Fern test: a cristalização é altamente sugestiva de integridade de membranas ovulares.

B) Teste de nitrazina: o pH alcalino é altamente sugestivo de ruptura de membranas.

C) Teste de fenol: a coloração amarela é altamente sugestiva de ruptura de membranas.

D) Actim PROM: ao detectar alfa-microglobulina placentária-1, há alta suspeição de ruptura de membranas.

36.

Mulher de 28 anos comparece para segunda consulta de pré-natal no centro de saúde com 9 semanas e 5 dias. Trouxe os exames anotados abaixo. Qual o diagnóstico e conduta?

Hemoglobina: 12,7	Hematócrito: 38
Toxoplasmose: IgG - IgM -	VDRL: Não reagente
AntiHIV: Não reagente	HBsAg: Não reagente
Glicemia de jejum: 124	Urocultura: sem crescimento bacteriano

A) Diabetes gestacional, orientar controle glicêmico capilar e dieta, retorno em 1 semana para avaliar introdução de insulino terapia.

B) Diabetes gestacional, orientar controle glicêmico capilar e iniciar insulina NPH, retorno em 1 semana.

C) Diabetes prévio, orientar curva glicêmica e iniciar insulina NPH, retorno em 1 semana.

D) Diabetes prévio, orientar curva glicêmica e dieta, retorno em 1 semana.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

37.

Mulher de 22 anos, primigesta, 34 semanas e 3 dias, compareceu à maternidade com queixa de febre há 3 dias. Refere que observou saída de líquido vaginal em discreta quantidade há 5 dias. Ao exame físico: PA 110x70mmHg, FC 134bpm, FR 18irpm, Tax 38,4°C. Dinâmica uterina: 3 contrações de 30 segundos em 10 minutos. Altura uterina: 27cm. BCF: 178bpm. Exame especular: secreção grumosa, esverdeada e fétida em canal vaginal oriunda de colo uterino. Toque: colo amolecido, 3 cm, centralizado.

Qual a conduta?

- A) Tocólise, antibioticoterapia e corticoide para maturação pulmonar.
- B) Antibioticoterapia e interrupção da gestação.
- C) Antibioticoterapia, corticoide para maturação pulmonar (2 doses) e interrupção da gestação.
- D) Tocólise, antibioticoprofilaxia e corticoide para maturação pulmonar.

38.

Mulher de 52 anos queixa durante consulta ginecológica sobre perda urinária. Refere que há alguns anos notou perda durante tosse ou ao carregar objetos pesados. Negou sensação de urgência para urinar. História prévia: obesidade, nega medicação contínua, tabagista. História ginecológica: 3 partos prévios. Ao exame ginecológico, perda urinária visualizada ao esforço e não identificado prolapso vaginal.

Qual a conduta neste momento considerando o possível diagnóstico?

- A) Realizar estudo urodinâmico para melhor definição diagnóstica.
- B) Orientar mudanças de estilo de vida e fisioterapia pélvica.
- C) Iniciar oxibutinina e orientar a perda de peso.
- D) Orientar que a perda urinária aos esforços é esperado com o envelhecimento.

39.

Mulher de 19 anos comparece para atendimento de puerpério em centro de saúde. O parto vaginal ocorreu há 3 semanas e devido a diagnóstico de infecção por HIV durante o pré-natal, a amamentação foi suspensa. A paciente está assintomática e iniciou terapia antirretroviral no primeiro trimestre da gravidez. Deseja iniciar método contraceptivo e questiona se pode inserir dispositivo intrauterino hormonal.

A resposta CORRETA é:

- A) Não pode, devido a interação hormonal com medicamentos antirretrovirais.
- B) Pode, visto que trata-se de paciente assintomática em relação ao HIV.
- C) Não pode, devido ao período pós-parto e por tratar-se de medicação hormonal.
- D) Pode, porém a inserção deve ser após 4 semanas pós-parto e não há contraindicação em relação à terapia antirretroviral.

40.

Mulher, 45 anos de idade, tabagista de 1 maço/dia há 20 anos, procura atendimento em maternidade. Queixa-se de dor, vermelhidão e abaulamento na região periareolar da mama direita há 5 dias. Relata que apresentou quadro semelhante há 8 meses.

Na época, o abscesso drenou espontaneamente, deixando uma pequena fístula na borda da aréola.

Ao exame físico: mamas de volume moderado. A mama direita apresenta área de eritema, edema e nódulo palpável de 3 cm na região retroareolar.

Há saída de secreção purulenta por orifício fistuloso na transição areolocutânea. Ausência de infonodomegalias axilares suspeitas.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta terapêutica mais adequada para a resolução do quadro?

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

A) Prescrição de antibioticoterapia com cobertura para aeróbios e anaeróbios associada à ressecção cirúrgica do sistema ductal envolvido e da fístula.

B) Drenagem simples da lesão no consultório e antibioticoterapia voltada exclusivamente para *Staphylococcus aureus*, por ser o agente etiológico exclusivo.

C) Mastectomia simples ou poupadora de pele, visto que fístulas periareolares recidivantes são lesões precursoras do Carcinoma Inflamatório.

D) Administração de inibidores de prolactina e corticoides, já que a base da doença é uma resposta autoimune à estase láctea.

41.

Mulher de 28 anos é admitida após trauma contuso no hipocôndrio direito. Está hemodinamicamente estável. A tomografia de abdome com contraste evidencia laceração hepática grau III sem extravasamento ativo de contraste e pequeno hematoma subcapsular.

Qual conduta é mais apropriada?

A) Laparotomia exploradora imediata independentemente da estabilidade hemodinâmica, dado o grau da lesão

B) Tratamento não operatório com monitorização intensiva, hemograma seriado e reavaliação tomográfica em 48-72 horas se evolução desfavorável

C) Embolização hepática profilática para prevenir sangramento tardio

D) Laparoscopia diagnóstica obrigatória em todos os casos de ferimento penetrante no flanco direito

42.

Paciente de 45 anos, vítima de trauma abdominal fechado por volante, hemodinamicamente instável (PA 70×40 mmHg) após infusão de 2 L de cristalóide. O FAST revela grande quantidade de líquido livre intra-abdominal.

Após controle de via aérea, qual é a estratégia cirúrgica mais adequada?

A) Laparotomia exploradora com reparo definitivo imediato de todas as lesões, priorizando hemostasia antes da reconstrução

B) Laparotomia com damage control: hemostasia, contaminação, fechamento temporário e correção da tríade letal em UTI antes do segundo tempo cirúrgico.

C) Angioembolização seletiva da artéria hepática como ponte antes da laparotomia definitiva

D) Laparoscopia diagnóstica seguida de laparotomia se confirmada lesão de órgão sólido

43.

Um paciente de 34 anos apresenta trauma abdominal contuso com choque hemorrágico refratário. Durante a laparotomia de controle de danos, identifica-se uma lesão extensa do lobo direito hepático (Grau V) com sangramento maciço que não cessa com a manobra de Pringle.

Qual a explicação fisiopatológica mais provável para a falha da manobra e a conduta imediata?

A) Coagulopatia de consumo imediata. Administrar imediatamente crioprecipitado e fator VII ativado.

B) Presença de artéria hepática direita acessória; Proceder à dissecação do hiato de Winslow para nova clipagem.

C) Lesão de veias hepáticas ou da veia cava retro-hepática; Realizar empacotamento hepático compressivo e considerar shunt Átrio-Caval.

D) Lesão de veia porta retro-pancreática; Realizar manobra de Mattox para controle vascular

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

44.

Um doente com ferimento penetrante cervical na Zona III (acima do ângulo da mandíbula) apresenta-se estável, mas com hematoma em expansão.

Qual a maior dificuldade técnica na abordagem cirúrgica desta zona e qual o exame de eleição para o planeamento?

- A) Dificuldade em expor a transição cérvico-torácica; Radiografia de tórax.
- B) Lesão frequente da traqueia; Broncoscopia de urgência;
- C) Risco de lesão do ducto torácico; Esofagoscopia rígida.
- D) Dificuldade de exposição distal dos vasos carotídeos; Angiotomografia cervical.

45.

Uma paciente de 82 anos, múltipara e magra, é admitida com quadro de obstrução intestinal alta e dor na face medial da coxa direita que irradia para o joelho, que piora com a extensão e abdução da coxa (Sinal de Howship-Romberg).

Qual o diagnóstico mais provável e a via de abordagem cirúrgica recomendada?

- A) Hérnia de Spiegel; Videolaparoscopia transabdominal pré-peritoneal (TAPP).
- B) Hérnia crural encarcerada; Abordagem inguinal via técnica McVay.
- C) Hérnia obturadora; Laparotomia exploradora mediana.
- D) Hérnia de Cooper; Abordagem pré-peritoneal via técnica de Nyhus.

46.

Um paciente de 55 anos é submetido a uma cirurgia de urgência por hérnia inguinal direita encarcerada. Durante a exploração do saco herniário, observa-se isquemia de um segmento de íleo, sendo realizada enterectomia e anastomose primária.

De acordo com as diretrizes da World Society of Emergency Surgery (WSES), qual a conduta em relação ao uso de prótese (tela)?

- A) O uso de tela de polipropileno macroporosa monofilamentar pode ser considerado, pois apresenta menores taxas de infecção em campos contaminados (Grau III).
- B) O uso de qualquer tela é formalmente contra-indicado em campos contaminados; Deve-se realizar apenas a técnica de Bassini.
- C) A tela deve ser colocada obrigatoriamente em posição pré-peritoneal (técnica de Stoppa) para evitar contato com a anastomose.
- D) Deve-se utilizar obrigatoriamente uma tela biológica absorvível pelo alto risco de rejeição.

47.

Paciente de 72 anos é submetido a hemicolectomia direita laparoscópica com anastomose ileocólica. No 5º dia de pós-operatório, evolui com febre (38,6°C), taquicardia, hipotensão, dor em fossa ilíaca direita e saída de líquido turvo pelo dreno. A tomografia revela coleção peri-anastomótica de 4 cm com gás extraluminal, sem pneumoperitônio livre e sem líquido livre em outros compartimentos.

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Reoperação imediata com desmonte da anastomose e ileostomia terminal, pois toda deiscência anastomótica com gás extraluminal representa contaminação fecal da cavidade e contraindica o tratamento conservador.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

B) Antibioticoterapia de amplo espectro isolada com reavaliação clínica em 72 horas, reservando qualquer intervenção para os casos com deterioração hemodinâmica.

C) Drenagem percutânea guiada por imagem associada a antibioticoterapia sistêmica, com indicação de reoperação reservada para falha do tratamento ou deterioração clínica.

D) Lavagem peritoneal laparoscópica com manutenção da anastomose e colocação de dreno adicional, independentemente do grau de contaminação local.

48.

Paciente diabético tipo 2, em uso de metformina, será submetido a cirurgia eletiva. Qual a recomendação correta quanto ao manejo deste fármaco no perioperatório e o risco associado?

A) Suspender 24 a 48 horas antes da cirurgia pelo risco de acidose láctica.

B) Duplicar a dose no dia anterior para compensar o jejum.

C) Substituir por glibenclamida na semana anterior à cirurgia.

D) Manter até à manhã da cirurgia para evitar hiperglicemia e stress oxidativo.

49.

Um homem de 40 anos é admitido com febre, dor perineal intensa e edema com crepitação subcutânea em região escrotal e perianal. Diagnóstico de Gangrena de Fournier. Qual o pilar do tratamento cirúrgico inicial e a conduta de reconstrução recomendada pela Cirurgia Plástica?

A) Drenagem simples das coleções e antibioticoterapia; Reconstrução com retalho miocutâneo de reto abdominal (TRAM) na mesma internação.

B) Cistostomia e colostomia de derivação obrigatórias; Enxertia de pele imediata para evitar perda hídrica

C) Aplicação de oxigênio hiperbárico isolado; A cirurgia plástica só deve intervir se houver exposição óssea.

D) Desbridamento radical imediato de tecidos desvitalizados; A reconstrução definitiva (retalhos ou enxertos) deve ser tardia, após granulação do leito.

50.

Homem de 64 anos procura atendimento médico devido a dois episódios de hematúria macroscópica indolor nos últimos 30 dias. Ele nega sintomas como febre, disúria ou polaciúria. Histórico médico relevante inclui hipertensão arterial sistêmica e tabagismo. No exame físico, encontra-se corado, com pressão arterial de 160/90 mmHg e frequência cardíaca de 76 bpm. Durante o exame digital retal, a próstata apresenta-se com 30 g, simétrica, fibroelástica e sem nódulações ao toque.

Assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada para a investigação deste quadro clínico:

A) O paciente deve ser submetido a uma investigação com tomografia computadorizada de abdome e pelve com contraste endovenoso e uretrocistoscopia.

B) O quadro de hematúria é devido à hiperplasia prostática benigna, e a conduta inicial envolve o uso de inibidores da 5-alfa-redutase via oral para controle dos episódios hemorrágicos e controle da doença.

C) A investigação deve ser iniciada com a solicitação de cintilografia renal estática e dinâmica, considerando a principal hipótese diagnóstica.

D) Como os episódios de hematúria são autolimitados, a orientação deve ser de acompanhamento na unidade básica de saúde, com retorno precoce e solicitação de exames adicionais na vigência de complicações



51.

Paciente, sexo feminino, 32 anos, apresenta dor lombar intensa há 24 horas, irradiando para a fossa ilíaca ipsilateral, associada a náuseas e vômitos. A dor não apresentou melhora após o uso de analgésicos orais e, nas últimas 6 horas, a paciente notou febre.

Ao ser admitida no pronto atendimento, os exames laboratoriais mostraram: leucograma com 23.000 leucócitos e desvio à esquerda, proteína C reativa = 227 mg/dL. A tomografia de abdome total evidenciou uma imagem calcificada no interior do terço inferior do ureter esquerdo, medindo 8 mm, com hidronefrose a montante e borramento da gordura perirrenal.

Qual deve ser a conduta imediata após o início da antibioticoterapia?

- A) Observação rigorosa em leito de UTI com controle da diurese e indicação de litotripsia extracorpórea, caso não haja melhora após o uso de antibióticos.
- B) Avaliação imediata da equipe de urologia, visando à desobstrução do sistema coletor renal por meio da inserção de cateter duplo J.
- C) Realização de nefrolitotomia de emergência para resolução definitiva do quadro.
- D) Encaminhamento imediato para a equipe de urologia, com indicação de ureterolitotripsia de urgência.

52.

Paciente do sexo masculino, 21 anos, previamente hígido, procura o pronto atendimento com dor abdominal iniciada há 18 horas em região periumbilical, migrando para a fossa ilíaca direita. Refere náuseas, um episódio de vômito e anorexia. Ao exame físico apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, com defesa local. Exames laboratoriais evidenciam leucócitos: 16.800/mm³, com desvio à esquerda, e proteína C reativa = 27 mg/dL.

A tomografia de abdome demonstra apêndice cecal com 11 mm de diâmetro, parede espessada, borramento da gordura periapendicular e líquido periapendicular. Diante do caso apresentado, assinale a alternativa que indica a melhor conduta:

Assinale a alternativa que descreve a conduta mais adequada para a investigação deste quadro clínico:

- A) Tratamento conservador com antibioticoterapia venosa exclusiva.
- B) Apendicectomia por laparotomia, devido à presença de peritonite no exame físico.
- C) Apendicectomia videolaparoscópica.
- D) Drenagem percutânea guiada por imagem, devido à presença de líquido livre periapendicular.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

53.

Paciente do sexo feminino, 56 anos, sem comorbidades, refere dor em hipocôndrio direito e pele "amarelada" há 10 dias. Nega febre, perda de peso ou alteração do hábito intestinal. Ao exame físico, não apresenta alterações.

Exames laboratoriais evidenciam: Leucócitos: $8.300/\text{mm}^3$; TGO: 42 U/L; Fosfatase alcalina (FA): 367 U/L; GGT: 578 U/L; Bilirrubina total (BT): 1,54 mg/dL; Bilirrubina direta (BD): 0,9 mg/dL. Ultrassonografia de abdome mostra vesícula biliar de paredes finas, com múltiplos cálculos em seu interior, além de dilatação do colédoco (9 mm), com difícil caracterização do colédoco distal devido à interposição gasosa.

Qual é o próximo passo na condução da paciente?

- A) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- B) Colangiorressonância magnética.
- C) Tomografia de abdome superior com contraste endovenoso.
- D) Antibioticoterapia e colecistectomia videolaparoscópica precoce.

54.

Paciente do sexo feminino, 38 anos, previamente hígida, foi submetida à CPRE com papilotomia após diagnóstico de coledocolitíase. Evoluiu com pancreatite aguda biliar grave, necessitando de cuidados em unidade de terapia intensiva devido à insuficiência respiratória. Durante a evolução, passou a apresentar febre persistente ($38,8^\circ\text{C}$), taquicardia e piora do estado geral. Exames laboratoriais demonstraram leucocitose de $20.100/\text{mm}^3$, com desvio à esquerda, e proteína C reativa de 327 mg/dL.

Foi submetida à tomografia computadorizada de abdome com contraste, que evidenciou coleção pancreática contendo áreas de necrose e múltiplas bolhas gasosas em seu interior, compatível com necrose pancreática infectada.

Diante desses achados, a equipe assistente optou por iniciar antibioticoterapia venosa de amplo espectro.

Após 72 horas de tratamento, a paciente mantém febre diária e piora dos marcadores inflamatórios, sem melhora clínica.

Qual é a melhor conduta neste momento?

- A) Manter antibioticoterapia até o término do ciclo programado.
- B) Laparotomia exploradora com necrosectomia aberta imediata.
- C) Drenagem minimamente invasiva da coleção.
- D) Pancreatectomia subtotal para controle definitivo do foco infeccioso.

55.

Paciente do sexo masculino, 40 anos, procura atendimento médico com queixa de dor abdominal em cólica iniciada há dois dias, associada a distensão abdominal progressiva, náuseas e múltiplos episódios de vômitos inicialmente alimentares, evoluindo para conteúdo bilioso. Refere ausência de eliminação de fezes e flatos nas últimas 24 horas.

Como antecedente cirúrgico, relata laparotomia exploradora há quatro anos por perfuração intestinal traumática. Ao exame físico, apresenta-se desidratado, com abdome distendido, doloroso difusamente à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Ruídos hidroaéreos aumentados e metálicos.

Diante do quadro clínico apresentado, a etiologia mais provável é:

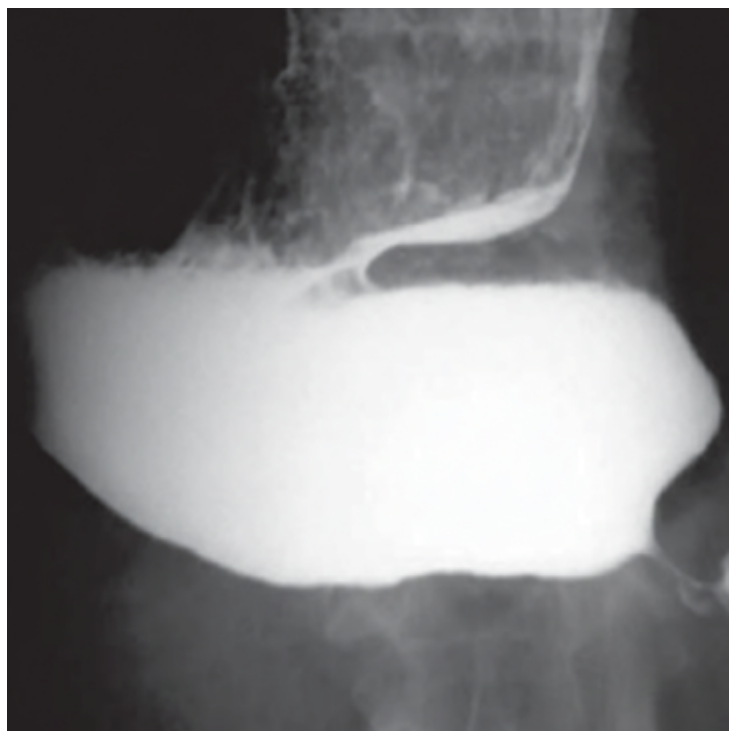
- A) Aderências (bridas).
- B) Tumor carcinoide de intestino delgado.
- C) Volvo de sigmoide.
- D) Neoplasia estenosante de cólon esquerdo.

56.

Paciente do sexo masculino, 58 anos, natural do norte de Minas Gerais, tabagista e etilista, apresenta quadro de disfagia progressiva de longa data, atualmente com tolerância apenas a líquidos restritos. Relata perda ponderal de 15 kg no último ano, episódios frequentes de regurgitação noturna e duas internações recentes por pneumonia aspirativa.

Na avaliação pré-operatória, o ECG evidencia bloqueio completo de ramo direito (BCRD) e hemibloqueio anterior esquerdo (HBAE). O ecocardiograma transtorácico, no entanto, demonstra fração de ejeção de 62%, sem disfunção ventricular ou sinais de insuficiência cardíaca clínica.

Foi realizado o esofagograma a seguir:



Fonte: Abud TG, Abud LG, Vilar VS, Szejnfeld D, Reibschid (2016) Nov/Dez;49(6):358–362. <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2015.0141>

Com base na principal hipótese diagnóstica assinale a alternativa CORRETA:

- A) O quadro descrito caracteriza o dolicomegaesôfago, classificado como grupo III de Rezende. A conduta cirúrgica de escolha consiste na cardiomiectomia a Heller associada a uma válvula antirrefluxo (ex: técnica de Pinotti), sendo a ressecção esofágica reservada apenas para os casos de displasia de alto grau documentada.
- B) O paciente apresenta quadro de câncer de esôfago obstrutivo, com o sinal da "maça mordida" no exame de imagem. Apesar da fração de ejeção preservada, a presença das alterações eletrocardiográficas torna o risco cirúrgico proibitivo para ressecções. O tratamento padrão-ouro neste cenário é a passagem de uma prótese endoscópica minimamente invasiva e quimioterapia paliativa após suporte nutricional.
- C) O caso é compatível com megaesôfago grupo IV. Considerando o status funcional e cardíaco do paciente, a esofagectomia com reconstrução por tubo gástrico é uma das opções terapêuticas para essa patologia.
- D) O paciente possui epidemiologia, fatores de risco e quadro clínico compatíveis com câncer de esôfago obstrutivo. O esofagograma apresenta o típico sinal da "maça mordida" e o paciente deve ser submetido a realização de Endoscopia Digestiva Alta e estadiamento com tomografias de tórax e abdome. A programação cirúrgica será dependente do estadiamento do paciente.

57.

Paciente do sexo masculino, 62 anos, previamente hígido, apresenta quadro de icterícia progressiva e indolor, associada a acolia fecal, colúria e perda ponderal de 8 kg nos últimos dois meses.

A tomografia computadorizada de abdome com fases arterial, portal e tardia evidencia uma lesão sólida hipoatenuante de 3,5 cm localizada na cabeça do pâncreas, determinando dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas.

A avaliação vascular detalhada pelas imagens demonstra:

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

1. Contato tumoral com a veia mesentérica superior (VMS) de 220 graus de sua circunferência, causando discreta irregularidade do contorno, mas com cotos venosos proximal e distal livres.
2. Contato tumoral com a artéria hepática comum de aproximadamente 90 graus, sem extensão para o tronco celíaco ou para a bifurcação da artéria hepática.
3. Artéria mesentérica superior (AMS) e tronco celíaco totalmente livres de contato tumoral.
4. Sem demais alterações relevantes

Com base nos critérios radiológicos de ressecabilidade e nas diretrizes atuais de tratamento do adenocarcinoma de cabeça de pâncreas, assinale a alternativa CORRETA:

- A) A lesão é classificada como ressecável, visto que a artéria mesentérica superior e o tronco celíaco estão livres de doença. A conduta padrão-ouro é a duodenopancreatectomia (cirurgia de Whipple) upfront (cirurgia direta) com ressecção e reconstrução da VMS, seguida de quimioterapia adjuvante.
- B) O caso é classificado como irressecável (localmente avançado). Qualquer contato com a artéria hepática comum ou envolvimento venoso superior a 180 graus inviabiliza a cirurgia com intenção curativa (R0). A conduta indicada é o tratamento sistêmico exclusivo ou radioquimioterapia definitiva.
- C) Trata-se de um tumor borderline (limítrofe para ressecabilidade). A conduta inicial recomendada é a terapia neoadjuvante seguida de reestadiamento. Caso não haja progressão da doença, indica-se a exploração cirúrgica com proposta de duodenopancreatectomia e reconstrução vascular.
- D) O tumor é considerado borderline exclusivamente pelo acometimento venoso. Como a lesão é potencialmente ressecável, a conduta de escolha visando a menor taxa de progressão sistêmica é a cirurgia imediata (upfront), reservando a neoadjuvância apenas para os casos em que a biópsia de congelação intraoperatória evidenciar margem vascular positiva.

58.

O amplo domínio da anatomia vascular do cólon e do reto é premissa básica para a realização de ressecções oncológicas seguras e para a prevenção de deiscências anastomóticas de origem isquêmica. Em uma retossigmoidectomia oncológica com anastomose colorretal baixa, a padronização técnica exige a ligadura alta da Artéria Mesentérica Inferior (AMI).

Sobre a irrigação, drenagem venosa colorretal e as vias de circulação colateral, assinale a alternativa CORRETA :

- A) Após a ligadura alta da AMI rente à aorta, a perfusão arterial do coto colônico proximal (cólon descendente) passa a depender do fluxo proveniente da Artéria Mesentérica Superior (AMS) por meio da Artéria Marginal de Drummond e, se presente, da Arcada de Riolo.
- B) O ponto de Griffiths localiza-se na transição retossigmoide, representando uma área de extrema fragilidade anastomótica entre a última artéria sigmoide e a artéria retal superior. A propensão à isquemia neste ponto justifica a preferência atual pela ligadura baixa da AMI, com preservação da artéria cólica esquerda, na maioria das ressecções oncológicas.
- C) A drenagem venosa do cólon esquerdo, sigmoide e reto superior ocorre por meio da Veia Mesentérica Inferior (VMI). No esvaziamento linfonodal, a VMI deve ser ligada em sua origem, que ocorre medialmente a ampola de Vater como principal variação anatômica.
- D) A artéria retal superior é o ramo terminal da AMI e a única responsável pela irrigação do reto em sua porção extraperitoneal. Por isso, a secção inadvertida das artérias retais superiores durante a Excisão Total do Mesorreto (TME) resulta em necrose isquêmica do coto retal extraperitoneal, exigindo a confecção de colostomia terminal (cirurgia a Hartmann).



59.

Um paciente de 65 anos, do sexo masculino, com diagnóstico de adenocarcinoma vegetante de ceco, estadiado clinicamente como cT3N0M0, foi submetido a abordagem cirúrgica do tumor. Enquanto o paciente estava sendo anestesiado, o cirurgião perguntou ao interno do estágio qual cirurgia provavelmente seria realizada e quais preceitos oncológicos seriam seguidos. O interno corretamente respondeu:

A) Para tumores localizados no ceco, a padronização cirúrgica exige a realização da hemicolectomia direita ampliada, que inclui a ligadura da artéria cólica média em sua origem na artéria mesentérica superior e a ressecção obrigatória de todo o cólon transverso para garantir o clearance linfonodal.

B) A ressecção intestinal seria a hemicolectomia direita e deve garantir margens longitudinais (proximais e distais) macroscopicamente livres de doença de, no mínimo, 5 cm. Além disso, a avaliação anatomopatológica da peça cirúrgica deve contemplar a análise de pelo menos 12 linfonodos para garantir a acurácia do estadiamento nodal.

C) A cirurgia a ser realizada é a hemicolectomia direita ampliada e caso o laudo anatomopatológico final evidencie a presença de apenas 8 linfonodos na peça operatória (todos livres de neoplasia), o estadiamento é invalidado. A conduta padrão atual exige a reabordagem cirúrgica precoce para ampliação da linfadenectomia mesentérica antes de qualquer decisão clínica.

D) A cirurgia a ser realizada é a ileotiflectomia, pois possui maior segmento colônico residual, reduzindo o risco de desnutrição e desidratação a longo prazo. O acometimento da margem radial (circunferencial) é um fator de alto risco locorregional comum na cirurgia do cólon direito. Diferentemente do reto, a conduta adjuvante de escolha imediata para margens radiais positivas no ceco é a radioterapia adjuvante.

60.

Paciente do sexo feminino, 58 anos, hipertensa controlada e tabagista, é encaminhada ao cirurgião vascular após episódio de amaurose fugaz à direita ocorrido há 5 dias. Encontra-se em uso de AAS e estatina, sem novos déficits neurológicos. A investigação com angiotomografia de vasos cervicais evidencia uma placa na origem da carótida interna direita, determinando uma estenose de 85% (critério NASCET).

A anatomia cervical revela que a bifurcação carotídea direita encontra-se ao nível de C2 e a paciente possui antecedentes de radioterapia cervical prévia para tratamento de um linfoma de Hodgkin há 15 anos.

Considerando as diretrizes mais atuais, assinale a alternativa que apresenta a conduta terapêutica CORRETA e sua justificativa :

A) Diante da anatomia hostil e do "pescoço irradiado", a revascularização carotídea (seja aberta ou endovascular) apresenta risco proibitivo de complicações. A conduta padrão-ouro é a intensificação do Melhor Tratamento Médico (BMT) com dupla antiagregação plaquetária e estatina em alta potência, reservando a intervenção apenas se houver recorrência dos sintomas (AVC estabelecido).

B) O tratamento de escolha é a Angioplastia Carotídea com Stent a direita associada ao uso de sistema de proteção cerebral distal. A radioterapia prévia e a bifurcação alta são critérios clássicos de "alto risco cirúrgico" para a Endarterectomia, tornando a via endovascular a preferencial neste cenário.

C) Apesar da radioterapia prévia, a Endarterectomia Carotídea a direita permanece como primeira escolha para pacientes sintomáticos, pois o estudo CREST demonstrou superioridade da cirurgia aberta sobre o stent em relação ao risco de AVC periprocedimento em pacientes acima de 55 anos. A dissecação deve ser cuidadosa para evitar lesões de nervos cranianos devido a radiação prévia.

D) O tratamento de escolha é a Angioplastia Carotídea com Stent a esquerda associada a anticoagulação com cateter intraluminal para evitar a migração de trombos para a circulação cerebral. A radioterapia prévia e a bifurcação alta são critérios clássicos de "alto risco cirúrgico" para a Endarterectomia, tornando a via endovascular a preferencial neste cenário.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

61.

Em 2026, pesquisadores identificaram, em prontuários e fichas de puericultura de 1985 a 1995, se mulheres hoje adultas foram amamentadas pela mãe (sim ou não). Depois, por vinculação com registro de câncer e bases administrativas, verificaram até 2025 quem desenvolveu câncer de mama e compararam a ocorrência do desfecho entre expostas e não expostas. Qual é o delineamento do estudo?

- A) Estudo transversal
- B) Coorte retrospectiva
- C) Estudo caso controle
- D) Coorte prospectiva

62.

No estudo da questão anterior, o risco relativo (RR) de câncer de mama nas mulheres amamentadas, em comparação com as não amamentadas, foi de 0,69, com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 0,53 a 0,90.

Ao nível de significância de 5%, qual conclusão é a mais adequada?

- A) Houve associação estatisticamente significativa e a amamentação reduziu o risco em 69%.
- B) Não houve associação estatisticamente significativa, pois RR menor que 1 indica ausência de associação.
- C) Houve associação estatisticamente significativa e a amamentação reduziu o risco em 31%.
- D) Não houve associação estatisticamente significativa, pois o IC95% é amplo e o RR está próximo de 1.

63.

Em uma população, a prevalência de uma doença é 20%. Um teste diagnóstico tem sensibilidade de 80% e especificidade de 70%.

Qual alternativa apresenta, respectivamente, o valor preditivo positivo (VPP) e o valor preditivo negativo (VPN)?

- :
- A) 30% e 60%
 - B) 38% e 70%
 - C) 40% e 93%
 - D) 50% e 90%

64.

Mulher de 48 anos refere 2 meses de cansaço, labilidade emocional, choro fácil e dificuldade de concentração. Há 1 ano apresenta irregularidade menstrual e tem ondas de calor ocasionais. Nega ideias de morte e mantém trabalho, porém com queda de produtividade.

Sem uso de medicações contínuas e sem antecedente psiquiátrico. Qual é a abordagem inicial mais adequada?

- :
- A) Diagnosticar transtorno depressivo e iniciar antidepressivo imediatamente, com encaminhamento especializado.
 - B) Atribuir ao climatério, solicitar perfil hormonal completo e indicar terapia hormonal conforme resultados.
 - C) Fazer acolhimento e avaliação clínica ampliada, explorando intensidade, duração, impacto funcional, contexto psicossocial, sono, uso de substâncias e causas orgânicas, com seguimento próximo antes de farmacoterapia.
 - D) Orientar que faz parte do envelhecimento normal e não requer acompanhamento clínico.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

65.

No Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), o primeiro componente explora a experiência do adoecer em quatro dimensões: ideias, sentimentos, impacto na funcionalidade e expectativas. Associe as falas às dimensões:

I. "Vim porque queria que você pedisse exames para investigar essa dor."

II. "Eu fico preocupado quando sinto essa dor, penso que pode ser algo sério."

III. "Tenho evitado atividades e até faltei ao trabalho por causa disso."

IV. "Acho que é algo digestivo, porque já tive algo parecido."

Qual alternativa traz a sequência correta (I, II, III, IV)?

- A) Expectativas, sentimentos, impacto na funcionalidade, ideias
- B) Ideias, sentimentos, impacto na funcionalidade, expectativas
- C) Expectativas, emoções, funcionalidades, hipóteses
- D) Percepções, sentimentos, funcionalidades, expectativas

66.

Idosa de 89 anos, com demência avançada e dependência funcional completa, usa inibidor de bomba de prótons sem indicação atual clara, antidepressivo tricíclico para insônia, diurético iniciado após edema antigo e estatina para prevenção primária há mais de 10 anos. Familiares relatam sonolência diurna e piora funcional progressiva.

Qual conduta é mais adequada na atenção primária?

- A) Manter preventivos independentemente de prognóstico, pois suspender aumenta mortalidade.

B) Fazer revisão de medicações considerando metas de cuidado, prognóstico, funcionalidade, riscos e benefícios, e planejar desprescrição segura quando indicado.

C) Evitar suspensões, pois polifarmácia geralmente reflete tratamento correto das comorbidades.

D) Só suspender se houver reação adversa comprovada, para evitar mudanças na prescrição.

67.

. Homem de 82 anos, lúcido, com adenocarcinoma pancreático metastático sem possibilidade de tratamento modificador de doença.

A filha pede para o médico não revelar o diagnóstico, mas o paciente pergunta diretamente se tem algo grave e diz que quer saber a verdade.

Qual é a conduta mais adequada?

- A) Omitir diagnóstico para respeitar a família e proteger o paciente.
- B) Informar apenas parcialmente e evitar falar de incurabilidade para manter esperança.
- C) Verificar o quanto o paciente deseja saber, explorar o entendimento dele e, com consentimento, comunicar com clareza, progressivamente e com empatia, alinhando plano de cuidados aos valores do paciente e integrando cuidados paliativos precocemente.
- D) Transferir a comunicação para psicologia, pois só especialista deve dar a notícia.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

68.

Um serviço de vigilância monitora semanalmente casos de dengue com diagrama de controle, usando dados históricos dos últimos cinco anos para cada semana epidemiológica. Na semana 18 deste ano, a incidência ultrapassou o limite superior da faixa endêmica.

Assinale a alternativa CORRETA.

- A) Prevalência é a medida mais adequada para esses diagramas, pois mostra a magnitude total no tempo.
- B) O limite superior é definido a partir de estatísticas históricas da incidência por semana, e a ultrapassagem sugere situação epidêmica.
- C) Ultrapassar a média histórica isoladamente já caracteriza epidemia, sem considerar variabilidade.
- D) O teto histórico absoluto é mais sensível e por isso é preferível como limite superior.

69.

Relacione os termos com as definições e marque a sequência correta.

Coluna 1

- 1 Endemia
- 2 Epidemia
- 3 Pandemia
- 4 Surto
- 5 Incidência
- 6 Prevalência

>>

Coluna 2

- () Ocorrência relativamente estável de uma doença em uma área, com padrão esperado ao longo do tempo.
- () Aumento de casos acima do esperado em uma população, área e período definidos.
- () Expansão para múltiplos países ou continentes, com transmissão sustentada.
- () Aumento localizado, geralmente em um contexto delimitado, frequentemente associado a fonte comum.
- () Número de casos novos em um período, em uma população sob risco.
- () Proporção de pessoas com a condição em um momento ou período.

- A) 1, 2, 3, 4, 5, 6
- B) 2, 1, 3, 4, 6, 5
- C) 1, 4, 2, 3, 5, 6
- D) 1, 2, 4, 3, 6, 5

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

70.

Uma mulher de 32 anos desenvolveu infecção puerperal grave após cesariana e foi a óbito 58 dias após o parto. A secretaria municipal quer classificar o óbito e, ao mesmo tempo, conduzir análise territorial para investigar barreiras de acesso ao pré natal, determinantes sociais e organização da rede.

Assinale a alternativa CORRETA.

A) Como ocorreu após 42 dias do parto, não é óbito materno e não deve ser investigado pela vigilância de saúde da mulher.

B) Infecção puerperal após cesariana é causa obstétrica indireta, pois não decorre do cuidado obstétrico.

C) A razão de mortalidade materna usa como denominador o total de mulheres em idade fértil do território.

D) Trata-se de morte materna tardia por causa obstétrica direta e deve ser investigada, e a análise territorial pode identificar barreiras e determinantes sociais que orientem ações na rede.

71.

O Novo CoFinanciamento da atenção primária à saúde é uma iniciativa do Governo Federal, lançada pela Portaria GM/MS n 3.493 de 10 de abril de 2024, com o objetivo de fortalecer e valorizar a Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Qual alternativa traz corretamente todos os componentes deste financiamento?

A) Componente capitação ponderada, componente fixo, componente variável, componente de qualidade, componente de vínculo e acompanhamento.

B) Componente vínculo e acompanhamento, componente fixo, componente de qualidade, componente para implantação e manutenção de programas, componente para saúde bucal, componente per capita de base populacional.

C) Componente vínculo e acompanhamento, componente fixo, componente variável, componente pagamento por desempenho, componente per capita de base populacional, componente de qualidade.

D) Componente de vínculo e acompanhamento, componente de pagamento por desempenho, componente capitação ponderada, componente de qualidade, componente fixo, componente variável.

72.

Assinale a alternativa que traz corretamente a composição e o caráter do Conselho Municipal de Saúde, sabendo que ele é formado por 28 membros.

A) 14 usuários, 7 trabalhadores do SUS e 7 representantes do governo, consultivo.

B) 20 usuários, 4 líderes sindicais e 4 trabalhadores do SUS, deliberativo.

C) 14 usuários, 7 trabalhadores do SUS e 7 representantes do governo, deliberativo.

D) 7 usuários, 7 trabalhadores do SUS e 14 líderes sindicais, consultivo

73.

Selecione a alternativa que relaciona corretamente os conceitos tratados no Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: I - Mapa da Saúde; II - Região de Saúde; III - Rede de Atenção à Saúde; IV - Contrato Organizativo da Ação Pública em Saúde.

() Conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

() Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

() Descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema

() Acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

A). III; II; I; IV

B). IV; I; III; II

C). II; I; III; IV

D). IV; III; II; I

74.

Paciente de 60 anos, sexo feminino, vem em consulta de retorno no posto para checar controle glicêmico após mudança da prescrição para diabetes tipo II.

A médica de família avalia os controles e diz para a paciente que vai encaminhá-la ao endocrinologista por estar com dificuldade de manejar suas medicações. Além disso, ela solicita uma mamografia para rastreamento de câncer de mama antes de liberar a paciente.

A consulta com a médica de família, a consulta com o endocrinologista, o tratamento adequado do diabetes e a solicitação da mamografia são, respectivamente, ações em quais níveis de atenção e prevenção?

A) Atenção primária, atenção terciária, prevenção primária e prevenção secundária.

B) Atenção secundária, atenção secundária, prevenção secundária e prevenção terciária.

C) Atenção primária, atenção secundária, prevenção secundária e prevenção secundária.

D) Atenção primária, atenção secundária, prevenção primária, prevenção secundária.

75.

Durante o planejamento de saúde do município de São Paulo, levantou-se que mais de 50% dos habitantes da região de Alto de Pinheiros possuía convênio médico e que a maior demanda da região por saúde no SUS se dava pela procura por vacinação.

Por outro lado, na região da Brasilândia, a porcentagem de habitantes com convênio médico é de menos de 10%, e as demandas por acompanhamento pré-natal, saúde infantil e cuidados com pacientes crônicos (especialmente diabéticos e hipertensos), eram as mais altas da cidade.

Assim, a secretaria municipal de saúde escolheu destinar mais orçamento para fortalecer a atenção primária e a estratégia de saúde da família na zona norte da capital, em detrimento da zona oeste. O princípio do SUS exemplificado no caso acima é:

A) Igualdade

B) Regionalização

C) Descentralização

D) Equidade

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

76.

O ____ era a instituição do governo que organizava a previdência social a partir de 1966, em que todas as categorias profissionais eram assistidas pelo menos órgão". O item que completa a frase acima é:

- A) CAP
- B) NPS
- C) INSS
- D) IAP

77.

No modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead, NÃO consta, como fator relacionado às condições de vida que afetam a saúde dos indivíduos:

- A) Animais de Estimação
- B) Água e Esgoto
- C) Produção Agrícola de Alimentos
- D) Serviços Sociais de Saúde

78.

F.D.A. 20 anos, sexo feminino, é enfermeira e trabalha com carteira registrada em um laboratório de análises clínicas coletando sangue dos pacientes, quando sofreu um acidente com material biológico. Sobre as medidas que devem ser adotadas na condução do caso, assinale a alternativa CORRETA:

- A) É preciso notificar ao SINAN em até 24 horas.
- B) É preciso abrir uma CAT (Comunicação de acidente de trabalho) e notificar ao SINAN em até uma semana.
- C) É preciso abrir uma CAT (Comunicação de acidente de trabalho) e notificar ao SINAN em até 24 horas.
- D) É preciso abrir uma CAT (Comunicação de acidente de trabalho).

79.

I.J, 65 anos, traz ao médico de família uma carta do arritmologista contendo relatório médico referente à última consulta, as medicações que foram prescritas e o planejamento para o tratamento do paciente no médio e longo prazo. O paciente tinha sido encaminhado ao cardiologista pelo próprio médico de família, que hoje propõe ao paciente a conciliação medicamentosa dos novos medicamentos prescritos com os que o paciente já utilizava. O atributo da APS evidenciado no caso acima é:

- A) Longitudinalidade
- B) Equidade
- C) Coordenação do Cuidado
- D) Competência cultura

80.

De acordo com a Resolução CFM 2.336/2023 que dispõe sobre publicidade e propaganda médicas, é permitido ao médico:

- A) Divulgar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas;
- B) Divulgar equipamento e/ou medicamento sem registro na ANVISA, ou agência que a suceda.
- C) Utilizar fotografia ou vídeo com detalhes de seu ambiente de trabalho, sua própria imagem, de membros da equipe clínica e de outros auxiliares.
- D) Divulgar método ou técnica não reconhecido pelo CFM.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

81.

Um menino de 2 anos é trazido ao pronto-socorro com história de febre alta (39°C a 40°C) há 6 dias, que não cedeu com o uso de antipiréticos comuns e amoxicilina prescrita há 2 dias por suspeita de faringite.

Ao exame físico, apresenta-se irritado, com hiperemia conjuntival bilateral sem exsudato, lábios fissurados e avermelhados, língua com aspecto de framboesa e eritema palmar com edema endurecido no dorso das mãos. Observa-se também linfonodomegalia cervical unilateral de 2,0 cm. O restante do exame segmentar não revela focos infecciosos purulentos.

Exames laboratoriais mostram leucocitose, plaquetas normais e PCR elevada.

Diante da principal hipótese diagnóstica, qual é a afirmação correta sobre o a propedêutica e o tratamento iniciais?

A) Iniciar ácido acetilsalicílico (AAS) em dose de 120mg/kg/dia, com redução para 30-50mg/kg/dia após cessar a febre

B) A Imunoglobulina humana (2 g/kg), por via IM, é o tratamento padrão ouro

C) Solicitar urina e enzimas hepáticas para fechar o diagnóstico.

D) O ecocardiograma normal nesse momento não modifica a indicação de tratamento

82.

Um lactente de 14 meses, frequentador de creche, é levado à consulta com história de irritabilidade, choro intenso à noite e febre de $38,5^{\circ}\text{C}$ há 24 horas. A mãe relata que a criança teve coriza e tosse leve há 3 dias. À otoscopia, observa-se membrana timpânica direita opaca, hiperemiada e com abaulamento. O ouvido esquerdo está normal. A criança não fez uso de antibióticos nos últimos 30 dias e não tem alergia a medicamentos.

Considerando as diretrizes atuais e os fatores de risco do paciente, qual a conduta de escolha?

A) Prescrever Amoxicilina na dose de 80 a 90 mg/kg/dia.

B) Prescrever Amoxicilina na dose de 35 mg/kg/dia.

C) Prescrever Azitromicina por 5 dias.

D) Manter conduta expectante com analgesia, sem necessidade de reavaliação.

83.

Uma menina de 9 anos chega à sala de emergência sonolenta, desidratada e com taquipneia. História de polidipsia e poliúria há 2 semanas. Exames iniciais: Glicemia 550 mg/dL, pH venoso 7,04, Bicarbonato 4 mEq/L, Cetonúria 4+. Após garantir acesso venoso, qual é o passo prioritário na primeira hora de manejo para prevenir a complicação mais temida desta condição, antes do início da infusão contínua de insulina?

A) Administrar bolus de insulina regular 0,1 UI/kg endovenoso para reduzir a glicemia rapidamente.

B) .Administrar bicarbonato de sódio 1 mEq/kg em infusão rápida para correção da acidose.

C) Realizar reposição volêmica com solução salina isotônica (0,9%) 10 a 20 mL/kg em 30 a 60 minutos, com máximo de 1000mL.

D) Iniciar infusão de manitol preventivamente devido ao risco de edema cerebral.

84.

Um escolar de 7 anos apresenta-se com edema palpebral matutino e urina cor de "coca-cola" há 2 dias. Ao exame físico, PA está no percentil 99 para idade e altura.

Há 3 semanas, apresentou a lesão de pele mostrada na imagem abaixo:



Em: UpToDate, Wolters Kluwer. Disponível em:
<https://www.uptodate.com/contents/exemplo-de-topico>. Acesso em: 24 fev. 2026.

Exames laboratoriais: Creatinina 0,9 mg/dL, Ureia 60 mg/dL, C3 consumido e C4 normal. Urina I com hematúria dismórfica e cilindros hemáticos.

Qual é a conduta terapêutica mais apropriada para este paciente?

- A) Pulsoterapia com Metilprednisolona.
- B) Biópsia renal imediata.
- C) Restrição hídrica, restrição de sódio e uso de diurético de alça.
- D) Antibioticoterapia venosa de amplo espectro.

85.

Um adolescente de 14 anos procura atendimento com tosse seca persistente há 2 semanas, cefaleia, mal-estar geral e febre baixa não aferida. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, eupneico, com estertores subcrepitantes esparsos, sem sinais de consolidação franca. A radiografia de tórax evidencia infiltrados intersticiais bilaterais, desproporcionais aos achados da ausculta.

Qual a etiologia mais provável e o tratamento antimicrobiano de escolha?

- A) Streptococcus pneumoniae / Amoxicilina.
- B) Mycoplasma pneumoniae / Macrolídeo
- C) Staphylococcus aureus / Oxacilina.
- D) Haemophilus influenzae / Ceftriaxona.

86.

Durante o atendimento a uma criança de 5 anos vítima de afogamento em água doce, sem pulsos centrais palpáveis e que não apresenta movimentos respiratórios, a monitorização cardíaca inicial demonstrou o ritmo abaixo.



Foram iniciadas compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com bolsa-valva-máscara com oxigênio a 100%. Um acesso intra ósseo foi obtido. Qual a próxima intervenção farmacológica ou elétrica prioritária segundo as diretrizes de suporte avançado de vida em pediatria (PALS)?

- A) Desfibrilação com 2 J/kg.
- B). Administração de Epinefrina 0,01mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:1000).
- C). Administração de Epinefrina 0,01 mg/kg (0,1 mL/kg da solução 1:10.000).
- D). Administração de Amiodarona 5 mg/kg.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

87.

Um lactente de 3 meses, nascido a termo, sem antecedentes patológicos, é trazido pelos pais. Relatam que, há 2 horas, durante o sono, a criança apresentou episódio de cianose labial e hipotonia que durou cerca de 30 segundos, com recuperação espontânea e completa. Na admissão, o lactente está corado, ativo, com exame físico e sinais vitais normais.

Não há história de febre, vômitos ou trauma.

Considerando a classificação de risco para BRUE (Brief Resolved Unexplained Event), qual a conduta mais adequada?

A) Internação em UTI para monitorização contínua de apneia.

B) Realizar tomografia de crânio, eletroencefalograma e triagem para coqueluche.

C) Orientar sinais de alerta, oferecer treinamento de RCP aos pais e considerar alta com seguimento ambulatorial em 24h.

D) Iniciar tratamento empírico para doença do refluxo gastroesofágico com inibidor de bomba de prótons.

88.

RN com 50 horas de vida, sexo feminino, nascido de parto normal com 38+5 sem intercorrências, peso ao nascimento 3450g, permaneceu todo o período em alojamento conjunto ao lado da mãe.

Ao exame físico: Peso 3240g, FC 130bpm, FR 54 ipm, SpO2 em membro superior direito 97%, em membro inferior esquerdo 95%, ativo, reativo, bom estado geral, corado, hidratado, icterico zona 1 de Kramer, murmúrios vesiculares presentes e simétricos, sem sinais de desconforto respiratório, BRNF em 2T sem sopros, abdome semigloboso com RHA presentes, manobra de ortolani negativa, diurese e evacuação presentes.

Com um oftalmoscópio você faz o teste do reflexo alaranjado, simétrico e bilateral.

A respeito desse caso, assinale a alternativa CORRETA:

A) .Checar se o paciente recebeu vitamina K IM e as vacinas de BCG e hepatite B. Coletar o teste de pezinho preferencialmente antes da alta e orientar suplementação de vitamina D e ferro na alta.

B) O teste da oximetria tem um resultado duvidoso e deve ser repetido em 1 hora.

C) A perda de peso é além da esperada para os primeiros dias de vida. Deve-se conversar com a mãe para avaliar a pega e dificuldades no aleitamento e, dependendo da necessidade, introduzir fórmula para complementar.

D) O RN pode receber alta com manutenção do seguimento em puericultura onde o teste do reflexo vermelho deve ser repetido 3 vezes ao ano nos primeiros 3 anos de vida.

89.

RN nascido de cesárea sem trabalho de parto hipotônico e sem choro. Realizado o clampeamento imediato e levado à mesa de reanimação onde foram realizados os passos iniciais. Manteve apneia e FC estava 40bpm. Realizada ventilação com pressão positiva por 30 segundos, recuperou a respiração porém FC 50bpm. Corrigida técnica e realizado novo ciclo de VPP.

A seguir, checada respiração regular e FC 50bpm. Baseado no Protocolo de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual a conduta a seguir?

Qual a etiologia mais provável e o tratamento antimicrobiano de escolha?

A) Iniciar massagem cardíaca no ritmo 3 compressões para 1 ventilação por pressão positiva em máscara facial. Aumentar a FiO2 para 100%.

B) Intubar o recém nascido e iniciar massagem cardíaca no ritmo 3 compressões para 1 ventilação.

C) Iniciar massagem cardíaca no ritmo 15 compressões para 2 ventilações. Aumentar a FiO2 para 100%.

D) Iniciar ventilação por CPAP com FiO2 titulada a partir da saturação alvo.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

90.

RN com 13 horas de vida, nascido com 37+3 de parto normal, filho de mãe com diabetes gestacional mal controlada na gestação. Equipe de enfermagem solicita avaliação do RN devido a presença de tremores.

Na sua avaliação o RN tem bom estado geral, está ativo e reativo ao ambiente, com alguns tremores de membros superiores. FR 52ipm, FC 126bpm, glicemia capilar 52mg/dL.

Qual a conduta a seguir?

- A) Trata-se de uma hipoglicemia sintomática em RN com risco devido diabetes materna. Está indicada correção com glicose em bolus e soro glicosado de manutenção em unidade de UTI neonatal
- B) Trata-se de uma hipoglicemia. Como o RN está em bom estado geral, ativo e reativo, a correção pode ser oral com gel de dextrose 20%, devendo-se checar glicemia capilar de controle em 1 hora.
- C) O RN está normoglicêmico. Deve-se coletar cálcio e magnésio séricos. Devido diabetes materna, esse RN tem maior risco de hipomagnesemia.
- D) O RN está normoglicêmico neste momento e o tremor de membro superior é uma variação normal do reflexo de Moro. Tranquilizar a mãe e a equipe. Manter coletas programadas de glicemia do RN pelo seu risco de hipoglicemia.

91.

Escolar de 7 anos, portador de Síndrome de Down, é levado ao pediatra com queixa de que, nos últimos 2 meses, começou a apresentar desequilíbrio na marcha, fadiga precoce ao caminhar e episódios de incontinência urinária (já tinha controle esfinteriano). Ao exame físico, observa-se hiperreflexia patelar bilateral e clônus esgotável em tornozelos. Não há relato de trauma recente.

Qual o exame de imagem indicado para investigação da principal complicação associada?

- A. Tomografia computadorizada de crânio sem contraste.
- B) Ressonância magnética da coluna cervical.
- C) Radiografia panorâmica da bacia e membros inferiores.
- D) Eletroneuromiografia de membros inferiores.

92.

Adolescente de 13 anos, sexo masculino, IMC > percentil 95, procura atendimento com queixa de dor na face anterior da coxa e no joelho esquerdo há 3 semanas, com piora progressiva. Nega trauma recente. Ao exame físico, apresenta marcha claudicante com o membro inferior esquerdo em rotação externa. A mobilização passiva do quadril revela limitação da rotação interna e, durante a flexão passiva do quadril, a coxa realiza abdução e rotação externa involuntária. Qual é o exame de imagem inicial mais indicado para confirmar a principal hipótese diagnóstica?

- A) Ressonância magnética do joelho esquerdo.
- B) Ultrassonografia de joelho esquerdo
- C) Radiografia da bacia
- D) Ultrassonografia da articulação do quadril.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

93.

Lactente de 1 ano e 2 meses é levado ao oftalmologista encaminhado pelo pediatra, que notou um reflexo branco na pupila direita em uma fotografia com flash e durante o teste do reflexo vermelho.

A criança não apresenta sinais inflamatórios oculares. Qual a principal hipótese diagnóstica e o procedimento contraindicado na investigação pelo oftalmologista?

A) Retinoblastoma; contraindicado realizar biópsia intraocular aspirativa ou incisional.

B) Catarata Congênita; contraindicado realizar ultrassonografia ocular.

C) Catarata Congênita; contraindicado realizar exame de fundo de olho sob midríase.

D) Retinoblastoma; contraindicado realizar biópsia líquida do humor aquoso

C) Glicocorticoide, de preferência a hidrocortisona, associado a fludrocortisona e suplementação de sal nos primeiros 6 meses de vida.

D). Escolher entre hidrocortisona ou fludrocortisona, visto que ambos são corticoides com efeitos semelhantes.

95.

Recém-nascido de 38 semanas, com 10 horas de vida, evolui com icterícia progressiva.

Gestação sem intercorrências. Tipagem sanguínea: mãe O positivo e recém-nascido A positivo. Bilirrubina total em elevação rápida nas primeiras horas, com predomínio de bilirrubina indireta. Hemograma mostra hemoglobina discretamente reduzida para a idade e reticulócitos aumentados.

Qual é a conduta e a interpretação mais adequada para esse caso?

A) Solicitar Coombs direto; se vier negativo, descartar causa hemolítica e investigar apenas causas associadas à amamentação e ao metabolismo hepático

B) Iniciar fototerapia conforme nomogramas por idade em horas e fatores de risco, com dosagens seriadas de bilirrubina.

C) Indicar exsanguinotransfusão imediatamente, independentemente do valor de bilirrubina total.

D) Orientar aumentar a oferta de leite e reavaliar em 24 horas, pois icterícia com predomínio de bilirrubina indireta tende a melhorar sem tratamento específico

94.

Após a estabilização da crise adrenal aguda, um lactente com diagnóstico confirmado de Hiperplasia Adrenal Congênita (deficiência de 21-hidroxilase), forma perdedora de sal, necessita de terapia de manutenção crônica.

Baseado no Protocolo do Ministério da Saúde, qual é o esquema terapêutico completo indicado para este caso?

A) Apenas glicocorticoide, de preferência hidrocortisona, e ingesta extra de sal dividido nas mamadas. Como o mineralocorticoide passa pelo leite materno, enquanto o aleitamento materno for mantido, não é necessária sua reposição.

B) Glicocorticoide, de preferência a dexametasona associado a diuréticos poupadores de potássio devido risco aumentado de hipocalemia.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

96.

Puérpera de 22 anos, 18 horas pós-parto, deseja amamentar exclusivamente. Seus exames feitos no pré-natal confirmam infecção por HIV. Está assintomática, em uso regular de terapia antirretroviral e com boa adesão. No alojamento conjunto, pergunta se pode manter a amamentação.

Qual é a orientação mais adequada, segundo a recomendação utilizada no Brasil?

- A) A amamentação é permitida se a carga viral estiver indetectável e houver uso regular de antirretrovirais
- B) A amamentação deve ser contraindicada para mães com HIV, independentemente de carga viral ou uso de antirretrovirais
- C) A amamentação é liberada se o recém-nascido receber imunoglobulina específica nas primeiras 12 horas de vida
- D) A amamentação só é contraindicada se houver fissuras mamilares com sangramento

97.

Menina de 3 anos, saudável, comparece à consulta de rotina. A mãe relata que a criança já tem vários dentes, mas não gosta de escovar. Para "evitar flúor", a família compra pasta sem flúor e, quando consegue escovar, usa uma quantidade grande de pasta. A mãe pergunta qual é a orientação correta.

Qual alternativa traz a melhor recomendação?

- A) Manter pasta sem flúor até a criança aprender a cuspir, para reduzir risco de fluorose.
- B) Escovar apenas à noite, sem pasta dental, e iniciar flúor somente após os 6 anos.
- C) Liberar a escovação pela própria criança, pois aos 3 anos ela já tem coordenação suficiente para higiene adequada sem ajuda.
- D) Usar pasta com flúor em concentração maior que 1000 ppm, em pequena quantidade.

98.

Uma criança de 7 anos, previamente hígida, é trazida ao ambulatório com queixa de "intestino preso" há 4 meses. Evacua, em média, 1 vez por semana, com fezes muito volumosas e endurecidas, por vezes entupindo o vaso sanitário.

A mãe relata que criança apresenta dor para evacuar e episódios de escape fecal (sujando a roupa íntima) cerca de 2 vezes por semana. Nega febre, vômitos biliosos, sangue nas fezes, perda ponderal ou atraso na eliminação de mecônio. Ao exame físico, há massa palpável em hipogástrio e, ao toque retal, grande quantidade de fezes na ampola retal.

Qual é a conduta adequada?

- A) Realização de desimpactação com polietilenoglicol (PEG), seguida de tratamento de manutenção.
- B) Iniciar tratamento de manutenção com lactulose e orientações dietéticas.
- C) Solicitar enema opaco e biópsia retal de rotina, pois o escape fecal é um sinal de alarme para doença orgânica.
- D) Aumentar a ingestão de fibras e água, pois na maioria dos casos o quadro melhora sem laxativos.

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

99.

Qual alternativa descreve corretamente o esquema atual no Programa Nacional de Imunização para poliomielite?

- A) Administrar vacina inativada (VIP) aos 2, 4 e 6 meses e fazer reforços com VOP aos 15 meses e 4 anos.
- B) Administrar VIP aos 2 e 4 meses e VOP aos 6 meses, com reforços aos 15 meses e 4 anos com VOP.
- C) Administrar VIP aos 2, 4 e 6 meses e realizar dois reforços, também com a VIP, aos 15 meses e aos 4 anos.
- D) Administrar vacina inativada injetável (VIP) aos 2, 4 e 6 meses e realizar reforço único aos 15 meses com VIP.

100.

Um lactente de 3 meses de idade cronológica comparece à consulta de puericultura. Nasceu prematuro com 32 semanas de idade gestacional, sem intercorrências graves neonatais.

A mãe está preocupada porque, ao comparar com outros bebês da mesma idade, acha que ele "está pequeno". Para avaliar adequadamente crescimento e desenvolvimento nas curvas, o pediatra decide utilizar a idade corrigida.

Qual a idade corrigida desse lactente e até quando a idade corrigida deve ser usada para avaliação do crescimento dessa criança?

- A) 4 semanas de idade corrigida, e deve ser usada até 2 anos de idade
- B) 8 semanas de idade corrigida, e deve ser usada até 1 ano de idade
- C) 4 semanas de idade corrigida, e deve ser usada até 1 ano de idade
- D) 8 semanas de idade corrigida, e deve ser usada até 2 anos de idade



INSTITUTO
SUEL ABUJAMRA
OFTALMOLOGIA



Santa Casa
Assis

Prova de Residência Médica em Oftalmologia - 2026.

Nome Completo

Nº Documento

FOLHA DE GABARITO

1	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
2	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
3	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
4	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
5	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
6	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
7	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
8	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
9	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
10	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
11	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
12	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
13	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
14	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
15	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
16	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
17	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
18	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
19	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
20	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
21	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
22	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
23	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
24	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
25	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
26	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
27	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
28	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
29	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
30	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
31	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
32	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
33	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
34	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
35	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
36	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
37	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
38	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
39	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
40	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
41	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
42	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
43	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
44	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
45	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
46	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
47	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
48	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
49	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
50	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
51	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
52	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
53	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
54	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
55	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
56	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
57	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
58	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
59	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
60	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
61	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
62	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
63	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
64	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
65	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
66	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
67	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
68	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
69	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
70	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
71	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
72	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
73	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
74	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
75	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
76	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
77	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
78	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
79	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
80	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
81	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
82	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
83	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
84	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
85	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
86	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
87	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
88	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
89	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
90	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
91	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
92	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
93	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
94	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
95	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
96	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
97	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
98	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
99	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D
100	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D