



INSTITUTO ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA

RUA T-27 C/ T-49, NO. 819 - SETOR BUENO CEP: 74210-030
FONE: (62) 3252-5000 – CEIOG (62) 3252-5140 ceiog@iognet.com.br / www.iognet.com.br

Processo Seletivo Residência Médica 002/2025

Especialidades: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Resultado de recursos – PROVA OBJETIVA 01/09/2025

QUESTÃO 01

Nome do (a) candidato (a): Gabriel Guimaraes Rocha

QUESTÃO 01

Considerando o invocado pelo candidato, a Banca Examinadora após minuciosa análise do recurso, julga **IMPROCEDENTE**, vejamos:

A questão pergunta qual achado laboratorial é mais compatível com deficiência de ferro. A deficiência de ferro é caracterizada por ferritina sérica reduzida (principal marcador de estoque) e por saturação de transferrina diminuída (menor disponibilidade de ferro para a eritropoiese).

A alternativa (A) Ferritina sérica baixa associada a saturação de transferrina reduzida descreve exatamente o padrão clássico da anemia ferropriva, sendo, portanto, a correta. As demais opções não correspondem ao quadro esperado:

(B) Ferro sérico baixo com ferritina elevada ocorre na anemia da doença crônica, em que a ferritina se eleva como proteína de fase aguda, apesar da indisponibilidade de ferro.

(C) VCM reduzido acompanhado de reticulocitose não é típico da deficiência de ferro, já que nessa situação a medula não consegue responder adequadamente; reticulocitose é achado mais comum em hemólise ou sangramento agudo.

(D) Ferritina elevada com índice de anisocitose estável também não condiz com anemia ferropriva, pois a ferritina não se eleva nesse contexto e a anisocitose costuma estar aumentada. Fundamentação científica:

- Guyatt GH et al. Laboratory diagnosis of iron-deficiency anemia: an overview. J Gen Intern Med. 1992;7(2):145–153. - Camaschella C. Iron-deficiency anemia. N Engl J Med. 2015;372:1832–1843. Essas referências destacam que a ferritina baixa é o marcador mais específico de deficiência de ferro e que a saturação de transferrina <20% reforça o diagnóstico.

QUESTÃO 09

Nome do (a) candidato (a): Gabriel Guimaraes Rocha

Considerando o invocado pelo candidato Requerente, a Banca Examinadora após minuciosa análise do recurso, julga **IMPROCEDENTE**, vejamos:



INSTITUTO ORTOPÉDICO DE GOIÂNIA

RUA T-27 C/ T-49, NO. 819 - SETOR BUENO CEP: 74210-030

FONE: (62) 3252-5000 – CEIOG (62) 3252-5140 ceiog@iognet.com.br / www.iognet.com.br

Pois na acidose metabólica, o distúrbio primário é:

↓ pH (acidose)

↓ HCO_3^- (perda ou consumo de bicarbonato)

O organismo compensa com hiperventilação → eliminando CO_2 , o que leva a:

↓ pCO_2 (compensação respiratória)

As demais alternativas estão incorretas, vejamos:

(B) pH elevado + HCO_3^- aumentado + pCO_2 aumentada → corresponde a alcalose metabólica com hipoventilação compensatória, não acidose.

(C) pH diminuído + HCO_3^- normal + pCO_2 aumentada → corresponde a acidose respiratória aguda, não metabólica.

(D) pH normal + HCO_3^- aumentado + pCO_2 aumentada → sugere distúrbio metabólico e respiratório crônico combinado, mas não é acidose metabólica.

Portanto, o padrão gasométrico clássico de acidose metabólica com compensação respiratória é pH baixo, bicarbonato baixo e pCO_2 reduzida (Alternativa A).

QUESTÃO 32

Nome do (a) candidato (a): Osabella Martins Thomaz

Considerando o invocado pela candidata Requerente, a Banca Examinadora após minuciosa análise do recurso, julga **PROCEDENTE para ANULAÇÃO**