



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

PROJETO IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA – EDITAL 01.2025

SUPERIOR COMPLETO – ACESSO DIRETO – MANHÃ

CARGOS: 301 A 306 (ACESSO DIRETO)

Prezado(s) Candidato(s),

Em resposta ao recurso interposto em relação à publicação do Gabarito da Prova Objetiva, informa-se abaixo o parecer da Banca Examinadora.

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 6

O recurso é improcedente, pois a questão é cristalina quanto a perguntar qual o anticorpo mais associado à psicose lúpica. Não é mencionada sua sensibilidade, infere-se sua especificidade.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 7

O recurso é improcedente, pois a questão versava sobre indicações de EDA num paciente com DRGE, não de investigação de anemia ferropriva per si. Logo, numa paciente que tem DRGE e anemia ferropriva essa indicação é mantida.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 8

O recurso é improcedente, pois a transição bulbocervical é abarcada tanto no exame de RM cervical quanto na RM de crânio. O enunciado é cristalino ao demonstrar uma mielopatia cervical, não entrando no mérito da etiologia como a resposta automática gerada deixa a impressão. Ademais, a presença de nível sensitivo exclui o diagnóstico da SGB. Em diretrizes internacionais, a presença de hiper-reflexia é um sinal mandatório para investigação de diagnósticos diferenciais que não a SGB.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 9

O recurso é improcedente, pois a indicação da trombectomia mecânica no cenário de AVCi isquêmico num paciente acima de 8 horas de déficit necessita do uso da RM de crânio ou da TC de crânio perfusão segundo o PCDT Brasileiro e a maioria das diretrizes internacionais. Importante ressaltar que os estudos



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

DAWN e Deffuse utilizaram imagem avançada (RM x TC perfusão) para indicação de trombectomia em janela estendida. Outro ponto relevante, tendo em vista que o sinal da ACM é visível na questão não há necessidade de realizar angiotomografia para confirmação.

Fonte: [acidente-vascular-cerebral-isquemico-agudo](#)

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 10

O recurso é improcedente, pois a presença de meningite com envolvimento de pares cranianos em um paciente sabidamente etilista por si só já deveria ser um sinal de alerta para uma doença tão comum no Brasil, que é a tuberculose. Porém, ainda foi fornecido um exame que afasta criptococose, cuja apresentação clínica em sua imensa maioria é diferente da apresentada pelo paciente.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



**insti+uto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 19

O recurso é improcedente, pois o quadro clínico associado ao achado radiológico de níveis hidroaéreos em intestino delgado, sem ar no cólon, caracteriza obstrução intestinal mecânica alta. De acordo com os tratados clássicos de cirurgia (Schwartz e Sabiston), a etiologia mais comum da obstrução do intestino delgado em adultos é a formação de bridas (aderências).

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 20

O recurso é improcedente, pois o quadro clínico de dor anal súbita associada a nódulo arroxeadado, doloroso e firme, sem sinais sistêmicos de infecção, é característico de trombose hemorroidária externa. De acordo com os tratados clássicos de cirurgia (Schwartz e Sabiston), a conduta inicial indicada na maioria dos casos é tratamento conservador, reservando-se a intervenção cirúrgica para situações específicas.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 21

O recurso é improcedente, pois paciente com retocolite ulcerativa, em uso irregular de mesalazina, apresentando dor abdominal, distensão e febre, associadas a dilatação do cólon transversal ≥ 6 cm (6,8 cm), quadro compatível com megacólon tóxico. De acordo com a literatura, a conduta inicial indicada é tratamento clínico intensivo, com corticoide intravenoso associado a antibiótico de amplo espectro, reservando-se a colectomia para casos refratários ou com complicações.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 25

O recurso é procedente e o gabarito deverá ser alterado de “C” para “A”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 25, alterando o gabarito de “C” para “A”.

QUESTÃO 26

O recurso é improcedente, pois segundo a regra dos 9 de Wallace, considerando acometimento da face e pescoço anteriores (4,5%) e de ambos os membros superiores (18%), totalizando aproximadamente 22,5% da superfície corporal queimada, valor compatível com a alternativa apresentada.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

QUESTÃO 27

O recurso é improcedente, pois paciente vítima de mergulho em água rasa, com rebaixamento do nível de consciência, insuficiência respiratória e ausência de resposta motora em membros superiores e inferiores, com pupilas normais, quadro compatível com lesão medular cervical aguda, evoluindo com choque neurogênico.

Conforme a literatura, o choque neurogênico caracteriza-se por hipotensão arterial associada a bradicardia e pele quente, decorrentes da perda do tônus simpático abaixo do nível da lesão.

Alternativa correta: (C) pele quente, hipotensão e bradicardia.

Fundamentação na literatura

- Schwartz – Principles of Surgery
O choque neurogênico ocorre em lesões medulares altas, com hipotensão, bradicardia e vasodilatação periférica, resultando em pele quente e seca.

Brunicki FC et al. *Schwartz's Principles of Surgery*. 11ª ed. McGraw-Hill. Capítulo: *Spinal Cord Injury*.

- ATLS® – Advanced Trauma Life Support

Lesões cervicais podem cursar com choque neurogênico, caracterizado por hipotensão sem taquicardia, frequentemente acompanhada de bradicardia.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 29

O recurso é procedente, a questão deverá ser anulada e atribuído ponto a todos os candidatos presentes à aplicação da Prova Objetiva.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 29, anulando-a.



PEDIATRIA

QUESTÃO 33

O recurso é improcedente, pois conforme documento N181 do Departamento Científico de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria intitulado “Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção – Atualização” de 25 de novembro de 2024 (mais atualizado do que a referência da SBP citada), lê-se: “O Consenso 2024 da Endocrine Society, recomenda suplementação empírica de vitamina D para crianças e adolescentes saudáveis, sem fatores de risco, na faixa etária de 1 a 18 anos para prevenir raquitismo nutricional e potencialmente diminuir o risco de infecções respiratórias. Essa suplementação pode incluir ingestão de alimentos ricos ou fortificados em vitamina D e uso de suplementos de vitamina D”.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 38

O recurso é improcedente, pois de acordo com o documento nº 148 de 18 de abril de 2024 intitulado “Meu filho tem três anos e não fala!” da Sociedade Brasileira de pediatria, tem-se o seguinte quadro baseado no documento do CDC (CDC. Learn the signs and act early. Digital online checklist. Disponível em: <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/digital-online-checklist.html>

Quadro 2. Marcadores do desenvolvimento da linguagem.¹⁰

1. **Chorar (0-3 meses):** O choro é o primeiro meio de comunicação do bebê para expressar suas necessidades básicas, como fome, fralda suja ou sono.
2. **Sorriso social (2-3 meses):** Os bebês começam a sorrir em resposta a estímulos sociais e interações com cuidadores.
3. **Balbucio (6-9 meses):** Nessa fase, os bebês começam a produzir sons repetitivos e combinações de vogais e consoantes, como “bababa” ou “dadada”.
4. **Primeira palavra (por volta de 1 ano):** A criança diz sua primeira palavra significativa, como “mamãe”, “papai”, “água”, entre outras.
5. **Vocabulário de 50 palavras (por volta de 30 meses):** A criança começa a adquirir um vocabulário mais extenso e pode combinar palavras em frases curtas.
6. **Frases de duas palavras (por volta de 2 anos):** A criança começa a formar frases simples de duas palavras, como “quero leite”, “dá bola”.
7. **Vocabulário de 200 a 300 palavras (por volta de 2 anos):** A criança continua a expandir seu vocabulário e começa a usar pronomes, verbos no passado e plurais.
8. **Frases de três palavras (2-3 anos):** A criança começa a formar frases mais complexas de três palavras e começa a usar perguntas, como “Onde está o gato?”
9. **Fala compreensível (3 anos):** A fala da criança torna-se cada vez mais clara e é compreendida por outras pessoas fora do círculo familiar.
10. **Frases completas (4-5 anos):** A criança consegue formar frases completas e complexas, usando a maioria dos sons da língua.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



QUESTÃO 39

O recurso é improcedente, pois, conforme o documento científico nº 80, de 11 de julho de 2023, do Departamento de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria intitulado “Baixa estatura: quando encaminhar ao especialista?”, lê-se: “Algumas causas de BE [baixa estatura] podem se beneficiar do tratamento com hormônio de crescimento recombinante humano (rhGH). Atualmente, há oito indicações liberadas para uso do rhGH pela FDA (Food and Drug Administration): deficiência do hormônio de crescimento, síndrome de Turner, crianças nascidas pequenas para a idade gestacional (PIG) que não recuperaram a estatura até os 2 anos de idade, doença renal crônica, síndrome de Noonan, síndrome de Prader Willi, baixa estatura idiopática e discondreostose de Leri-Weill (haploinsuficiência do gene SHOX). Os dados acima foram citados do documento Danowitz M, Grimberg A. Clinical Indications for Growth Hormone Therapy. Adv Pediatr. 2022;69:203–217. Não são citadas a Síndrome de Patau, Síndrome de Down e Holoprosencefalia, o que torna as demais alternativas incorretas, sendo a indicada a única possível.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 40

O recurso é improcedente, pois conforme o documento n.º 151 do Departamento Científico de Pneumologia e Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria intitulado “Pneumonias Adquiridas na Comunidade Complicadas: Atualização 2024” de 29 de abril de 2024, lê-se: “Na criança internada com PACC [Pneumonia Adquirida na Comunidade Complicada] com DP [derrame pleural] e boas condições clínicas pode ser iniciada penicilina cristalina ou ampicilina além da abordagem cirúrgica adequada. Quando houver suspeita clínica ou comprovação de infecção por *M. pneumoniae* ou *C. pneumoniae*, está indicada a associação com macrolídeo. O Levofloxacino é também uma opção possível, bem como em pacientes com histórico de alergia grave a beta lactâmicos. No paciente com PACC grave, o tratamento empírico pode ser com ceftriaxona ou cefotaxima. Esta terapia inicial deve ser eficaz contra os dois principais agentes implicados: *S. pneumoniae* e *S. aureus*. Esquemas apropriados para o *S. aureus* podem incluir as cefalosporinas de terceira geração (ceftriaxona ou cefotaxima). Em áreas onde há alta prevalência de isolados de *S. aureus* MRSA na comunidade, a ceftriaxona ou a cefotaxima não são suficientes para cobertura ampla do *S. aureus*. Nestes locais a vancomicina deve ser o agente de primeira linha adicional até que os resultados da cultura estejam disponíveis. Agentes inibidores da síntese proteica como a linezolida e a clindamicina podem ser uma alternativa à vancomicina para o tratamento da PACC causada por *S. aureus* MRSA.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 41

O recurso é improcedente, pois no documento científico n.º 4 do Departamento Científico de Cardiologia e Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria de 11 de agosto de 2022 intitulado “Sistematização do atendimento ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de cardiopatia congênita” lê-se o texto abaixo, que respaldou a questão.

“Cardiopatias com fluxo pulmonar dependente do canal arterial

Neste grupo encontram-se cardiopatias que apresentam uma obstrução anatômica ao fluxo pulmonar de grau acentuado, podendo ocorrer atresia da valva pulmonar ou estenose pulmonar de grau acentuado.

O quadro clínico predominante é de cianose que é decorrente uma mistura de fluxo intracardíaca da direita para esquerda além de uma redução acentuada do fluxo pulmonar. O bebê geralmente nasce bem e logo



nas primeiras horas de vida começa a apresentar cianose em repouso e às mamadas que progride rapidamente à medida que ocorre o fechamento do canal arterial e a redução do fluxo pulmonar. Geralmente não há sinais de baixo débito sistêmico ou de desconforto respiratório significativo e o uso de oxigênio através de máscara ou mesmo após intubação traqueal não resulta em melhora significativa da saturação periférica, o que ajuda a fazer o diagnóstico diferencial com doenças ventilatórias no período neonatal. Na radiografia de tórax observaremos trama vascular pulmonar reduzida, sem velamentos pulmonares significativos, podendo ou não haver cardiomegalia. As principais cardiopatias deste grupo são as seguintes:

- Atresia pulmonar com septo ventricular íntegro
- Síndrome de hipoplasia do coração direito
- Estenose pulmonar valvar crítica
- Atresia pulmonar com comunicação interventricular
- Tetralogia de Fallot com atresia pulmonar ou com estenose pulmonar crítica
- Ventrículo único com atresia pulmonar ou estenose pulmonar crítica (ex.: atresia tricúspide)
- Anomalia de Ebstein da valva tricúspide”

A Anomalia de Ebstein da valva tricúspide não é obrigatoriamente dependente do canal, mas pode ter dependência do canal arterial para o fluxo pulmonar quando grave. Já a interrupção do arco aórtico nunca tem dependência do canal para o fluxo pulmonar e sim para o fluxo sistêmico, o que a torna incorreta sob qualquer ótica.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 42

O recurso é improcedente, pois de acordo com o documento n.º 144 do Departamento Científico de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria de 04 de abril de 2024 intitulado “Constipação Intestinal”, lê-se as informações abaixo:

Tabela 1. Critérios de Roma IV para diagnóstico de constipação intestinal funcional em crianças e adolescentes.^{1,7,8}

Para crianças de menores de quatro anos (dois ou mais dos critérios seguintes presentes por pelo menos um mês)
<ul style="list-style-type: none">– Duas ou menos evacuações por semana;– Retenção excessiva de fezes;– História de dor ou dificuldade nas evacuações;– Fezes com grande calibre;– Massa fecal no reto. <p>Crianças com controle esfíncteriano – critério adicional:</p> <ul style="list-style-type: none">– Pelo menos um episódio de incontinência fecal por semana;– Fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário.



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

Assim, a alternativa “A” encontra-se incorreta, uma vez que o critério descreve “Duas ou menos evacuações por semana” e não “Três ou menos evacuações por semana”. Todos os demais critérios citados na questão estão corretos.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 43

O recurso é improcedente, pois de acordo com o documento científico n.º 101 do Departamento de Nefrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria intitulado “Infecção urinária: diagnóstico, investigação e prevenção”, lê-se: A coleta urinária adequada é de extrema importância para o correto diagnóstico e tratamento clínico. Deve ser realizada por cateterismo vesical ou PSP nas crianças sem controle esfinteriano.⁴ Outro método possível é o “clean catch” descrito por Fernandes. Após 25 minutos de ingestão de líquidos (25ml/kg) o lactente é seguro pelas axilas e recebe estímulos na região sacral e suprapúbica para estimular a micção e coletar o jato intermediário. A coleta por saco coletor só tem utilidade para descartar diagnóstico (se negativa), devido à alta taxa de falsos positivos, mas pode ser usada como estratégia de triagem se o quadro clínico for leve e a demora no diagnóstico não piorar a evolução do paciente (se positivo, o exame precisa ser repetido por método invasivo).⁵

Dessa forma, não é possível considerar a resposta “A”, pois o resultado deve ser repetido por método invasivo.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 44

O recurso é improcedente, pois de acordo com o documento científico n.º 101 do Departamento Científico de Nefrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria intitulado “Infecção urinária: diagnóstico, investigação e prevenção”, lê-se:

“Recomenda-se iniciar o tratamento empiricamente com medicamento de menor espectro antimicrobiano possível, com base na coloração de gram, se disponível. Caso contrário, deve-se priorizar cobertura para *Escherichia coli*, conforme o padrão de sensibilidade bacteriana local (resistência inferior a 20%). A via de administração preferencial nos maiores de 3 meses de vida é a oral. Na presença de febre, é necessário que o nível de concentração do medicamento no parênquima renal seja suficiente para tratar pielonefrite, contraindicando o uso de nitrofurantoína e ácido nalidíxico. A revisão da terapia precisa ocorrer em 48 a 72h, apoiada no antibiograma, avaliando a possibilidade de descalonamento antibiótico. Na falta de melhora clínica em 48h, é importante descartar anormalidades do trato urinário e ampliar a cobertura antibiótica. Havendo resposta terapêutica e confirmação de sensibilidade no antibiograma, não há necessidade de exame cultural de controle. O uso de antibiótico nos 90 dias anteriores ao quadro (em terapia ou profilaxia) aumenta a chance de resistência bacteriana, sendo o maior o risco se intervalo inferior a 30 dias.¹⁰ Outros fatores associados à maior resistência incluem anomalias do trato urinário (refluxo vesicoureteral, hidronefrose, displasia, litíase), hospitalização prévia e alteração funcional da bexiga e do intestino.

O tempo de terapia antibiótica na ITU febril é de 10 dias de acordo com as diretrizes inglesa (NICE), italiana (ISPN) e australiana (KHA-Cari). As diretrizes canadense e americana (AAP) sugerem 7 a 14 dias e a Colaboração Cochrane afirma serem necessários novos estudos para definir tempo de terapia. Crianças com idade inferior a dois meses, pacientes criticamente doentes ou com risco de não adesão ao tratamento têm indicação de hospitalização. Solicitar creatinina sérica antes do tratamento, especialmente se utilizar aminoglicosídeo.”



Tem-se, também o quadro abaixo, retirado do mesmo documento. O próprio texto contraindica o uso de Nitrofurantoína. Com relação à Cefalexina, pode ser usada para cistite, mas não é escolha no caso de pielonefrite. Já a droga Sulfametoxazol-Trimetoprima é uma boa droga para tratamento de pielonefrite guiada por cultura, porém não é a primeira escolha para tratamento empírico devido a alta taxa de resistência bacteriana. Assim, resta como alternativa a resposta D, Cefuroxima.

Quadro 3. Antibióticos comumente usados no tratamento da infecção urinária

Tratamento de Pielonefrite	
<i>Drogas parenterais</i>	
Cefuroxime	150mg/kg/dia (8/8h)
Gentamicina	5-7,5mg/kg/dia, 1x ao dia IV ou IM
Amicacina	15mg/kg/dia, 1x ao dia
Cefotaxime	100-200mg/kg/dia (6/6h ou 8/8h)
Piperacilina/Tazobactam	300mg/kg/dia (6/6h ou 8/8h)
<i>Drogas via oral</i>	
Cefuroxime	30mg/kg/dia (12/12h)
Cefaclor	40mg/kg/dia (12/12h)
Amoxicilina-Clavulanato*	20-40mg/kg/dia (8/8h)
Ciprofloxacina	20 a 30mg/kg/dia(12/12h)

Tratamento de cistite (via oral)	
Nitrofurantoina	5-7mg/kg/dia (6/6h)
Cefalexina	50mg/kg/dia(6/6h ou 8/8h)
Sulfametoxazol – Trimetoprima	6-12mg TMP/kg/dia (12/12h)

*última opção, devido à maior alteração de flora intestinal.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 45

O recurso é improcedente, pois o enunciado descreve um lactente com história clínica de bronquiolite viral aguda, maior de 3 meses e sem indícios clínicos, radiológicos ou laboratoriais de coinfeção bacteriana. De acordo com o documento “Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo vírus sincicial respiratório (vsr) – 2017” da Sociedade Brasileira de Pediatria, lê-se:

“Revisão detalhada de estudos randômicos demonstrou que o uso rotineiro de antibióticos não reduz dias de sintomas, tempo de internação, necessidade de O2 e taxa de internação hospitalar. O uso de antibióticos macrolídeos tem potencial para reduzir o processo inflamatório da bronquiolite. Estudos randômicos não observaram diferença entre azitromicina versus placebo para as variáveis tempo de internação, necessidade de O2 e readmissão hospitalar”.

O mesmo documento traz a seguinte tabela:



Quadro 2. Recomendações de tratamento para bronquiolite de acordo com guidelines

Intervenção	Recomendação	Comentário
Broncodilatadores	Não recomendado	Ensaios randômicos não demonstraram efetividade em melhora dos sintomas, taxa de hospitalização e tempo de internação
Adrenalina	Não recomendado	Ensaios randômicos, multicêntricos; sem evidência de melhora em pacientes ambulatoriais ou internados
Corticoides	Não recomendado	Ensaios grandes, multicêntricos, randômicos, sem evidência de resultados
Salina hipertônica	Considerar	SSH 3% pode melhorar BVA principalmente em pacientes internados por > 3 dias. Consenso italiano (2014) recomenda
Oxigênio	Considerar	Não recomendado se sat >90% sem acidose. Saturação 90-92%, presença de esforço respiratório e <3 meses
Canula nasal com alto fluxo	Considerar	Apenas o consenso do Reino Unido recomenda. Necessários mais estudos que comprovem bons resultados
Oximetria	Considerar	Uso intermitente na fase aguda de crianças hospitalizadas. Uso rotineiro apresentou correlação com internações prolongadas
Fisioterapia respiratória	Não recomendado	Recomendado se comorbidades. Ex: amiotrofia espinhal
Solução salina	Não recomendado	Se for realizar, fazer mais superficial, lavar com salina
Antimicrobianos	Não recomendado	Não deve ser usado de rotina

A American Academy of Pediatrics e outros consensos indicam que antibióticos só têm lugar quando há clara evidência de infecção bacteriana associada.

Diretrizes italianas e inglesas recentes reforçam expressamente a orientação de não usar antibióticos para tratamento de bronquiolite em lactentes, a menos que exista evidência de infecção bacteriana, o que torna o recurso improcedente.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

QUESTÃO 49

O recurso é procedente, a questão deverá ser anulada e atribuído ponto a todos os candidatos presentes à aplicação da Prova Objetiva.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 49, anulando-a.

QUESTÃO 50

O recurso é procedente, a questão deverá ser anulada e atribuído ponto a todos os candidatos presentes à aplicação da Prova Objetiva.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 50, anulando-a.

QUESTÃO 51

O recurso é improcedente, pois o gabarito está correto, conforme segue abaixo gabarito para cotejo.

301 a 306 – Anestesiologia; Cirurgia Geral; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Pediatria; Radioterapia																																																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
C	C	B	B	B	C	D	D	C	A	D	B	A	D	B	C	C	C	C	C	C	C	C	B	C	B	C	A	D	B	A	A	D	C	A	C	C	C	A	A	C	A	B	D	D	B	A	C	D	A
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80																				
A	D	C	D	C	B	D	D	D	D	C	A	D	B	B	A	D	B	C	C	D	A	B	B	A	D	A	D	C	A																				

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 54

O recurso é procedente e o gabarito deverá ser alterado de “D” para “C”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 54, alterando o gabarito de “D” para “C”.

QUESTÃO 59

O recurso é improcedente, pois a argumentação está tentando excluir a atresia vaginal inferior do grupo das anomalias obstrutivas, o que não é aceito do ponto de vista clínico e classificatório.

Agenesia distal não exclui o caráter obstrutivo.

O critério para definir anomalia obstrutiva do trato genital não é a embriogênese, mas sim a impossibilidade de escoamento do fluxo menstrual em presença de útero funcionante, baseando-se na clínica: o sangue se acumula acima do nível da atresia, causando obstrução clínica, independentemente de o defeito ser por septo, hímen ou por agenesia distal. O acúmulo ocorre acima da atresia, não no segmento ausente. Conclusão: a atresia vaginal inferior, embora resulte de agenesia distal, provoca obstrução do trato genital, com retenção de fluxo menstrual e apresentação clínica típica na puberdade, devendo ser incluída entre as anomalias obstrutivas.



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

As premissas do candidato

- Ele está correndo em pensar "Trata-se, portanto, de uma malformação por agenesia, e não de uma obstrução funcional."
- Mas o conceito citado não é amplamente aceito "As anomalias obstrutivas do trato genital caracterizam-se pela formação adequada do trato genital feminino, associada a um bloqueio ao escoamento do fluxo menstrual, levando à retenção sanguínea e ao desenvolvimento de hematocolpo e/ou hematometrocolpo, com apresentação clínica habitual na puberdade.

Portanto, do ponto de vista embriológico, a atresia é de fato uma agenesia/hipoplasia.

Do ponto de vista clínico e funcional, ela obstrui o escoamento do sangue menstrual, o que a coloca no grupo de anomalias obstrutivas do trato genital.

Por isso, a literatura não separa categoricamente a atresia vaginal dos outros tipos de obstrução menstrual apenas por questão embriológica.

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1472648324009404?utm_source=chatgpt.com

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36316217/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38374616/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39619682/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220349/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26220349/>

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.



**insti+uto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, SAÚDE COLETIVA

QUESTÃO 68

O recurso é improcedente, pois a questão trata da distinção conceitual entre atributos da APS e princípios da MFC. Conforme o Tratado de Medicina de Família e Comunidade – 2ª edição, os princípios da MFC possuem natureza epistemológica e ética, não se equivalendo aos atributos operacionais e mensuráveis da APS. A alternativa (A) incorre em reducionismo conceitual ao afirmar essa equivalência. Mantém-se, portanto, a alternativa (B) como correta.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 70

O recurso é procedente e o gabarito deverá ser alterado de “C” para “B”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 70, alterando o gabarito de “C” para “B”.

QUESTÃO 77

O recurso é improcedente, pois conforme descrito por Stewart e colegas (2017), a dimensão Explorar a experiência da doença (illness) compreende a investigação dos sentimentos, medos, crenças e significados atribuídos pela pessoa ao adoecimento. Na situação apresentada, o foco central da consulta está na escuta ativa da tristeza, da culpa pelo tabagismo e do receio de ser um peso para a família, além da valorização das percepções da paciente sobre sua condição.

O Tratado de Medicina de Família e Comunidade corrobora que a exploração da experiência subjetiva da doença é elemento fundamental do Método Clínico Centrado na Pessoa, orientando a construção compartilhada do plano de cuidado. Dessa forma, a dimensão predominante exemplificada é a exploração da experiência da doença (illness), correspondente à alternativa (A).

Referências:

STEWART, Moira et al. Medicina Centrada na Pessoa: Transformando o Método Clínico. 3a ed. Oxford: Radcliffe Medical Press, 2017.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 78

O recurso é improcedente, pois de acordo com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a promoção da segurança do paciente pressupõe a notificação de incidentes, a análise sistêmica dos erros e o fortalecimento de uma cultura justa, voltada ao aprendizado organizacional e não à culpabilização individual. A punição de um profissional que realizou relato espontâneo é incompatível com esses princípios, pois desencoraja a notificação e compromete a melhoria contínua da qualidade assistencial.



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, 2013.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: ANVISA, 2014.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

QUESTÃO 80

O recurso é improcedente, pois o enunciado descreve gestante com 16 semanas de idade gestacional, apresentando IgM reagente, IgG reagente e teste de avidéz da IgG elevado. Conforme o Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2022), o teste de avidéz da IgG possui validade para interpretação diagnóstica até 16 semanas de gestação, sendo útil para diferenciar infecção recente de infecção antiga nesse período.

O cenário citado pelos recorrentes (Cenário 4) refere-se a gestações com idade gestacional superior a 16 semanas, situação na qual o teste de avidéz realmente não modifica a conduta. Contudo, a gestante do enunciado encontra-se exatamente com 16 semanas, não se enquadrando no critério de “idade gestacional > 16 semanas” descrito no protocolo.

Dessa forma, a alta avidéz da IgG, no contexto apresentado, indica infecção antiga, afastando infecção aguda na gestação e não havendo indicação de tratamento específico, nem de esquema triplice. Assim, a alternativa (A) está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde.

Não há inconsistência técnica ou ambiguidade que justifique a anulação da questão. Mantém-se o gabarito divulgado.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Portanto, a banca examinadora indefere o recurso interposto e mantém o gabarito oficial publicado.

É o que tem a esclarecer.

Atenciosamente,

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social