



**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 01.2026

SUPERIOR COMPLETO – ACESSO DIRETO – MANHÃ

CARGOS: 307 E 308 (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 5

O recurso é improcedente, pois, o comando da questão pedia, exatamente, que o candidato assinalasse a alternativa **incorreta**. Portanto, considerando o comando da questão a única alternativa correta é a “C” que, conforme o próprio candidato é incorreta.

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

QUESTÃO 8

O recurso é improcedente, pois o enunciado da questão pedia que o candidato assinalasse a alternativa que apresentasse o **provável diagnóstico** e um exame laboratorial indicado para essa condição e não o diagnóstico definitivo.

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

QUESTÃO 9

O recurso é improcedente, pois, o comando da questão pedia, exatamente, que o candidato assinalasse a alternativa **incorreta**. Portanto, considerando o comando a única alternativa correta é a “C”, visto que a plaquetose é um achado comum, não incomum, como consta na alternativa.

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

QUESTÃO 11

O recurso é improcedente, pois a reversão imediata é igual a reversão de urgência.

Importante destacar que a diretriz coloca alvo abaixo de 180 e pela própria AHA valores muito baixos também são deletérios tendo como alvo 140-180. Portanto, ainda que não nominal na diretriz, o alvo inferior, é inferido por estudos que embasam a própria diretriz como o NEAR SUGAR.

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

QUESTÃO 13

O recurso é improcedente, pois o paciente é uma mulher jovem (18 anos) e deve, portanto, evitar o uso de drogas potencialmente teratogênica.

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

QUESTÃO 14

O recurso é improcedente, pois não há associação, nem menção de tromboflebite migratória associada à mutação do fator V de Leiden.

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

QUESTÃO 15

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 15, anulando-a.



CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 18

O recurso é improcedente, pois paciente com TCE grave (ECG = 8), sinais vitais estáveis e sem evidência de herniação cerebral. De acordo com o protocolo ATLS® (10ª edição), na avaliação primária devem ser instituídas medidas gerais de suporte, como elevação da cabeceira a 30, obtenção de acesso venoso calibroso e monitorização hemodinâmica. A infusão de solução salina hipertônica ou manitol está indicada em casos de hipertensão intracraniana suspeita ou sinais de herniação. O uso rotineiro de drogas vasoativas não é indicado nesse momento inicial, sendo reservado para situações de instabilidade hemodinâmica refratária após adequada reposição volêmica.

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

QUESTÃO 19

O recurso é improcedente, pois segundo o ATLS® (10ª edição), o Base Excess (BE) é parâmetro importante na estratificação do choque hemorrágico. No choque classe IV (perda volêmica > 40%), há hipoperfusão tecidual grave e metabolismo anaeróbio intenso, resultando em acidose metabólica profunda. Nesses casos, o BE esperado é menor que -10, conforme a alternativa "D".

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

QUESTÃO 26

O recurso é improcedente, pois o quadro clínico descrito (atraso na eliminação do mecônio, distensão abdominal progressiva, vômitos biliosos e eliminação explosiva de fezes após toque retal) é clássico de doença de Hirschsprung. O diagnóstico definitivo é estabelecido por biópsia retal, considerada padrão-ouro, que evidencia ausência de células ganglionares no plexo mioentérico.

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

QUESTÃO 29

O recurso é improcedente, o paciente com dor anal intensa, progressiva, sem alterações visíveis à inspeção e impossibilidade de realização adequada do toque retal devido à dor desproporcional ao exame físico. O quadro é altamente sugestivo de abscesso anorretal profundo (interesfincteriano ou supraleador). Nessa situação, está indicada avaliação sob anestesia em centro cirúrgico, tanto para diagnóstico quanto para eventual drenagem.

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



PEDIATRIA

QUESTÃO 34

O recurso é improcedente, pois a questão não possui ambiguidade ou contradição técnica, uma vez que uma alternativa “B” não invalida a “D” porque descrevem situações diferentes.

A alternativa “B” diz que: “Em relação ao uso de analgésicos não-opioides ...”, restringindo a esta classe; já na alternativa “D” diz que: “os anti-inflamatórios não esteroidais como o Ibuprofeno são uma boa opção ..., desde que usados por poucos dias”, ouse já, versa sobre o uso da classe dos opioides.

A questão baseou-se no documento “Abordagem da dor no recém-nascido”, da Sociedade Brasileira de Pediatria emitido em 20 de fevereiro de 2025. Nele encontramos o seguinte trecho:

“Analgésicos não-opioides: os anti-inflamatórios não hormonais (AINE) agem inibindo as prostaglandinas e o tromboxane, sendo indicados em processos dolorosos leves ou moderados e/ou quando a dor está associada a um processo inflamatório. No entanto devido à toxicidade e/ou falta de estudos farmacológicos no período neonatal, somente o paracetamol/ acetaminofeno está indicado para uso analgésico no recém-nascido”. O paracetamol endovenoso pode ser uma opção interessante para uso no pós-operatório e/ou em pacientes com dores intensas, em associação ao opioide, pois tem efeito protetor quanto à necessidade de escalonamento das doses dos opioides, diminuindo assim os efeitos de tolerância e abstinência associados a essas medicações. [...]

Analgésicos opioides: são os principais analgésicos prescritos na dor dos neonatos criticamente doentes e em grandes cirurgias que podem ser causa de dor moderada a intensa nestes RN, especialmente morfina e fentanil. As ações analgésicas dos opioides ocorrem basicamente por duas vias: inibição da aferência da dor na medula espinal e ativação das vias corticais descendentes inibitórias da dor”.

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

QUESTÃO 35

O recurso é improcedente, pois o Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, desenvolvido pelo Ministério da Saúde em 1975, é resultado da unificação de mais de quarenta modelos de instrumentos utilizados, ao longo dos anos, para coletar dados sobre mortalidade no país. Possui variáveis que permitem, a partir da causa mortis atestada pelo médico, construir indicadores e processar análises epidemiológicas que contribuam para a eficiência da gestão em saúde. Segundo os dados registrados, acidentes de trânsito e afogamentos são as duas maiores causas de morte acidental na faixa etária mencionada.

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



QUESTÃO 38

O recurso é improcedente, pois o Defeito do Septo Atrioventricular (DSAV) não é classificado como cardiopatia congênita cianótica. Ele é considerado uma cardiopatia acianótica com shunt esquerda-direita.

No arquivo “Sistematização do atendimento ao recém-nascido com suspeita ou diagnóstico de cardiopatia congênita”, da Sociedade Brasileira de Pediatria, de 11 de agosto de 2022, é possível ler um resumo sobre as cardiopatias com shunt esquerda-direita, grupo que enquadra o defeito do septo atrioventricular:

“Cardiopatias com shunt esquerda-direita exclusivo

Neste grupo de cardiopatias encontram-se os defeitos septais de grande tamanho cuja característica principal é a presença de *shunt* esquerda-direita exclusivo com hiperfluxo pulmonar. O quadro clínico é o de taquidispneia e insuficiência cardíaca, não havendo cianose. Os sintomas tornam-se mais exuberantes a partir da segunda semana de vida à medida que a resistência vascular pulmonar se reduz e o fluxo pulmonar aumenta de forma rápida. Ao exame físico geralmente se observa um precórdio hiperdinâmico e hiperfonese da 2ª bulha na área pulmonar. A saturação periférica geralmente está normal (>95%), não havendo sinais de baixo débito sistêmico. A radiografia de tórax mostrará área cardíaca aumentada e um aumento da trama vascular pulmonar. Os principais exemplos deste grupo são os seguintes:

- Comunicação interventricular grande
- Defeito do septo atrioventricular forma total
- Persistência do canal arterial de grande tamanho
- Janela aorto-pulmonar
- Origem anômala da artéria pulmonar da aorta”

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

QUESTÃO 41

O recurso é improcedente, pois no documento “Infecção urinária: diagnóstico, investigação e prevenção”, da Sociedade Brasileira de Pediatria, de 13 de setembro de 2023, 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 (punção suprapúbica) nas crianças sem controle esfinteriano. 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)”.

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

QUESTÃO 42

O recurso é improcedente, pois a questão diz respeito exclusivamente as características do sopro, porém não menciona em nenhum momento que o sopro será avaliado sem correlação clínica global.

No documento “Avaliação da criança com sopro cardíaco”, de 2 de novembro de 2018, da Sociedade Brasileira de Pediatria, lê-se a explicação do que esperar de um sopro inocente:

“As principais características de um sopro inocente são: sopro sistólico, suave, de curta duração, com timbre vibratório ou musical, que muda de intensidade com a posição, sendo mais intenso com a criança em posição supina. Em contrapartida, a presença de sopro holossistólico, sopro diastólico, de intensidade maior ou igual a 3+/6, presença de segunda bulha anormal ou que aumenta de intensidade com a criança sentada ou de pé, são características que levam a suspeição de defeito cardíaco estrutural”.

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 46

O recurso é improcedente, pois o próprio candidato descreve adequadamente o quadro clínico compatível com vaginose citolítica (síndrome de Doderlein), reconhecendo que a conduta terapêutica consiste na alcalinização vaginal com bicarbonato de sódio, com o objetivo de reduzir a acidez excessiva e controlar a citólise.

Entretanto, o recurso fundamenta-se na afirmação de que o uso de duchas vaginais não é recomendado como prática **rotineira** na ginecologia. Importante destacar que a questão não aborda uso rotineiro ou profilático de duchas vaginais, mas sim **uso terapêutico específico, direcionado e por tempo limitado**, como medida de tratamento de condição clínica definida.

Na vaginose citolítica, a alcalinização vaginal pode ser realizada por diferentes métodos descritos na literatura, incluindo banho de assento ou irrigação vaginal com solução de bicarbonato de sódio, com finalidade terapêutica e orientação médica.

A contraindicação amplamente reconhecida refere-se ao uso indiscriminado e habitual de duchas vaginais, situação distinta da intervenção terapêutica pontual para correção de pH em condição específica.

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

QUESTÃO 47

O recurso é improcedente, pois o candidato argumenta que a progesterona vaginal estaria indicada apenas em casos de parto prematuro espontâneo associado a colo curto previamente identificado, não se aplicando a pacientes cujo parto prematuro anterior tenha sido iatrogênico por pré-eclâmpsia.

No caso descrito, a paciente apresenta **21 semanas de gestação e comprimento cervical de 21 mm**, caracterizando **colo curto (< 25 mm) entre 16 e 24 semanas**, identificado por ultrassonografia transvaginal.

A indicação de progesterona vaginal nesse cenário baseia-se no **achado atual de colo curto**, que constitui fator de risco independente para prematuridade espontânea, independentemente da etiologia do parto anterior.

A evidência científica demonstra que o uso de progesterona vaginal em gestantes com colo ≤ 25 mm no segundo trimestre reduz o risco de prematuridade espontânea, independentemente do histórico obstétrico prévio.

O protocolo citado no recurso aborda manejo de trabalho de parto prematuro instalado e uso racional de tocolise, situação distinta da prevenção em gestante assintomática com colo curto identificado em rastreamento ultrassonográfico.

Assim, a conduta mais adequada diante do achado descrito permanece sendo prescrição de progesterona vaginal associada a seguimento ultrassonográfico seriado, conforme alternativa "B".

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



QUESTÃO 52

O recurso é improcedente, pois o recurso fundamenta-se no argumento de que a paciente ainda se encontra dentro do tempo considerado aceitável para o segundo período do parto em primigesta sob analgesia regional (até 3 horas), defendendo conduta expectante.

Entretanto, a análise da questão não deve considerar exclusivamente o critério temporal.

No caso descrito, observa-se dilatação completa há 2 horas, ausência de progressão da apresentação fetal nesse período, plano +2 de De Lee, dinâmica uterina adequada, analgesia peridural e **cardiotocografia com desacelerações variáveis recorrentes**.

Embora o limite temporal máximo possa chegar a 4 horas em nulíparas sob analgesia, as diretrizes não determinam que se deva aguardar obrigatoriamente esse tempo quando há **ausência de progressão associada a cardiotocografia categoria II**.

Desacelerações variáveis recorrentes, ainda que com recuperação, configuram traçado categoria II e exigem avaliação dinâmica do risco fetal. A persistência do quadro, associada à estagnação da descida fetal, constitui indicação apropriada de resolução do parto.

O cenário apresentado reúne critérios clássicos para parto vaginal operatório, dilatação completa, apresentação em plano baixo (+2), posição occipitoanterior definida, ausência de desproporção, bexiga esvaziada e dinâmica adequada.

Nessas condições, o parto vaginal operatório é a via resolutiva mais adequada e segura, evitando prolongamento desnecessário do segundo período e reduzindo risco de deterioração fetal.

A conduta expectante não é a mais apropriada diante da ausência de progressão associada a traçado não tranquilizador recorrente.

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

QUESTÃO 53

O recurso é improcedente, pois o recurso sustenta que a tomografia computadorizada de abdome e pelve poderia ser considerada exame complementar inicial adequado na investigação de dor pélvica crônica, especialmente diante de ultrassonografia transvaginal convencional sem alterações.

Entretanto, a análise da questão deve basear-se na hipótese diagnóstica mais provável a partir do quadro clínico apresentado. A paciente apresenta dor pélvica crônica progressiva, dismenorreia intensa, dispareunia de profundidade, infertilidade, útero com mobilidade reduzida ao exame físico.

Esse conjunto de achados é classicamente sugestivo de **endometriose profunda**, mesmo diante de ultrassonografia transvaginal convencional normal. As diretrizes atuais recomendam, como exame complementar inicial mais adequado na suspeita de endometriose profunda, a **ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal e protocolo direcionado**, por ser método de alta acurácia para mapeamento de lesões profundas, avaliação de compartimentos pélvicos posteriores e planejamento terapêutico.

A tomografia computadorizada não é exame de escolha para investigação de endometriose, apresentando baixa sensibilidade para lesões superficiais ou profundas e não sendo recomendada como método inicial na suspeita clínica típica.



**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

A eventual disponibilidade do método no serviço não constitui critério para definição da melhor conduta baseada em evidência, devendo prevalecer a indicação técnica mais apropriada ao quadro clínico descrito.

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

QUESTÃO 58

O recurso é improcedente, pois o recurso sustenta que a proposição III estaria correta ao afirmar que, diante de VDRL reagente em baixa titulação e teste treponêmico não reagente, estaria “definitivamente afastado” o diagnóstico de sífilis ativa.

Entretanto, essa afirmação não está de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde. O Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (Ministério da Saúde, 2021) orienta que, diante de resultados discordantes entre teste não treponêmico e teste treponêmico, deve-se proceder à reavaliação diagnóstica.

O PCDT reforça ainda que, na gestação, a interpretação deve ser cautelosa, considerando o risco de transmissão vertical e a necessidade de seguimento adequado. Dessa forma, não se pode afirmar que o diagnóstico esteja “**definitivamente afastado**” apenas com base em um teste treponêmico não reagente associado a VDRL de baixa titulação, especialmente sem histórico sorológico prévio disponível, como no caso descrito.

Assim, a proposição III é incorreta por empregar termo absoluto que não reflete a conduta recomendada pelo Ministério da Saúde.

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

QUESTÃO 60

O recurso é improcedente, pois o recurso sustenta que não seria possível diferenciar mola hidatiforme completa de parcial apenas com base no quadro clínico descrito, citando que o diagnóstico definitivo da mola parcial depende de exame anatomopatológico.

Entretanto, a análise da questão deve considerar os elementos clínicos e ultrassonográficos fornecidos no enunciado. O caso descreve sangramento vaginal, útero aumentado além da idade gestacional, náuseas e vômitos intensos, β -hCG extremamente elevado para a idade gestacional, ultrassonografia transvaginal com imagem intrauterina heterogênea, com múltiplas áreas anecoicas, ausência de embrião ou saco gestacional. Esses achados são classicamente compatíveis com **mola hidatiforme completa**.

O enunciado é claro ao afirmar **ausência de embrião ou saco gestacional**, o que afasta a principal característica da mola parcial.

Embora o diagnóstico definitivo seja anatomopatológico, a questão solicita o **diagnóstico mais provável** com base nos achados clínicos e ultrassonográficos descritos — e estes são típicos de mola completa. Assim sendo, não há ambiguidade ou impossibilidade diagnóstica no cenário apresentado.

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 61

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 61, anulando-a.

QUESTÃO 73

O recurso é improcedente, pois o estudo descrito caracteriza delineamento caso-controle, definido pela seleção de participantes com e sem a doença e investigação retrospectiva da exposição.

Trata-se de desenho classicamente adequado para doenças raras e inerentemente sujeito a viés de memória, independentemente da existência de pareamento. O fato de o enunciado não informar a raridade da doença não invalida a característica metodológica geral do delineamento.

Ademais, estudos caso-controle não permitem estimativa direta de risco relativo.

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

QUESTÃO 79

O recurso é improcedente, pois a alternativa deve ser interpretada no contexto do rastreamento populacional descrito no enunciado, que envolve valores preditivos e prevalência. Em populações de baixa prevalência, mesmo testes com boa especificidade apresentam redução do valor preditivo positivo, resultando em maior proporção de resultados falso-positivos entre os testes positivos.

A leitura da expressão "... proporção de falsos positivos" deve ser feita à luz do contexto clínico-epidemiológico apresentado, não configurando ambiguidade técnica.

A alternativa "A": "... sensibilidade é excessivamente alta ... não "invalida" rastreamento; pelo contrário, ajuda a não perder casos. Nesse caso, o problema está no saldo de falsos positivos no contexto de baixa prevalência.

A alternativa "B": "... especificidade do teste garante que a maioria dos positivos é doença verdadeira é incorreta porque o contexto (prevalência) muda tudo via VPP.

A alternativa "C": "... indica falha da estratégia terapêutica ...", não dá para culpar "exclusivamente" a terapêutica porque pode ser falha de estratégia de rastreamento (público-alvo, periodicidade, confirmação diagnóstica, linha de cuidado, sobre-diagnóstico).

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