

**PROCESSO SELETIVO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA, ÁREAS
DE ATUAÇÃO EM PEDIATRIA E CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MÉDICA
EM SAÚDE DA CRIANÇA DO HPP**

EDITAIS 09,10,11/2025

A Comissão do Processo Seletivo **informa** aos candidatos, os resultados em relação aos Recursos quanto ao Gabarito Preliminar do Processo Seletivo do Programa de Residência Médica e Áreas de Atuação em Pediatria.

1- **FORAM** acolhidos os recursos interpostos em relação ao gabarito preliminar das questões de prova, desta forma são deferidas:

GABARITO	GABARITO QUESTÃO
PEDIATRIA/ORTOETRAUM/MFC	19;38;46;47;48;56
CIRURGIA PEDIÁTRICA	33
ÁREAS DE ATUAÇÃO/ONCOLOGIA	35;36;37;47

2- **NÃO FORAM** acolhidos os recursos interpostos em relação ao gabarito preliminar das questões de prova, razão pela qual permanecem indeferidas:

GABARITO	GABARITO QUESTÃO
PEDIATRIA/ORTOETRAUM/MFC	1,4,7,8,12, 20, 24,26,28,33,35,36,44, 52, 65, 68, 72, 75, 76, 83, 84, 97
CIRURGIA PEDIÁTRICA	4,32,40,42,46
ÁREAS DE ATUAÇÃO/ONCOLOGIA	7,16,18,25,32,49

JUSTIFICATIVAS DOS INDEFERIMENTOS:

ACESSO DIRETO: PEDIATRIA/ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA/MFC

Q 1: A afirmação do candidato no recurso está correta, o tempo esperado para a angioplastia é de até 120 minutos, caso exista perspectiva de não conseguir nesse prazo, deve-se prosseguir com a trombólise. Porém o candidato falha em interpretar a questão, uma vez que o TEMPO DE TRANSPORTE é de 120 minutos, portanto é inviável conseguir angioplastia nesse período. Observe que se a distância entre 2 serviços é de 120 minutos, o paciente não tem como realizar uma angioplastia nesse tempo, já que o procedimento em si leva de 30 a 60 minutos. Considerando que o serviço referência tenha um porta balão de até 90 minutos (Recomendado pela diretriz), o tempo de transporte deveria ser de, no máximo, 30.



Q 4 : Conforme o próprio guideline citado pelo autor do recurso, o paciente que apresente DOR TORÁCICA ANGINOSA, deve ser considerado instável e proceder com cardioversão. Desconforto torácico leve é sintoma frequente em consequência da frequência cardíaca elevada, o que não caracteriza instabilidade. Dessa forma a conduta correta seria a realização de manobras vagais.

Q 7: Conforme diretriz Americana de Pancreatite Aguda(AGA Guideline on Initial Management of AP). In patients with AP, " Recommendation 4. In patients with AP, the AGA recommends early (within 24 hours) oral feeding as tolerated rather than keeping the patient nil per os. Strong recommendation; moderate quality evidence." Inclusive, existem evidências demonstrando que no caso exposto não seria necessário jejum, levando a melhores desfechos (Ramírez-Maldonado E et al. Immediate oral refeeding in patients with mild and moderate acute pancreatitis: A multicenter, randomized controlled trial (PADI trial). Ann Surg 2021 Aug; 274:255.) Diversas evidências já apontam para início precoce de dieta nas primeiras 24 horas, tornando correta a afirmativa.

Q 8: O paciente em questão apresenta quadro de PTH Suprimido, associado a Calcio elevado. Ao observarmos os níveis de vitamina D percebemos níveis normais de 25OH Vitamina D, com elevação desproporcional de 1,25OH Vitamina D. Essa elevação desproporcional indica que está ocorrendo a formação de vitamina D ativa diretamente, sendo a única alternativa correta a letra A.

Q 12- Conforme estudo Einstein PE, o uso de rivaroxabana demonstrou menor risco de sangramento do que o uso de Enoxaparina seguido por varfarina, portanto a escolha se faz com a terapia mais segura.

REF: N Engl J Med 2012;366:1287-12

Q 24 – Ainda que possível obstrução em qualquer local do aparelho digestivo, a localização mais comum de obstrução intestinal por íleo biliar é o íleo terminal. O gabarito está correto.

Q 26 – A recomendação de rastreio inicial aos 45 anos é amplamente utilizada por diversas sociedades de classe: INCA (2018). Colorectal cancer screening for average-risk adults: 2018 guideline update from the American Cancer Society. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(4), 250-281. Adaptado de John Hopkins University. Disponível em:

<https://www.cancer.org/cancer/types/colon-rectal-cancer/detection-diagnosis-staging/acs-recommendations.html> Macrae, F. Overview of colon polyps. Em: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters

Kluwer. (Acessado em 15 de julho de 2025) Doubeni, C. Screening for colorectal cancer: Strategies in patients at average risk. Em: UpToDate, Connor RF (Ed), Wolters Kluwer. (Acessado em 15 de julho de 2025)

Q 28 – A Resolução do CFM n 2429/25 foi publicada e encontra-se disponível em: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2429>

Q 33 – A Classificação está correta e o componente misto se dá pela associação do alargamento do anel inguinal + destruição da parede posterior.

Q 35 – Conceitualmente, as metaplasias são reversíveis e não irreversíveis como está no enunciado da alternativa D. Gabarito correto.

Q 36 – A lesão descrita encontra-se dentro da área descrita com zona ou quadrilátero de Ziegler, onde há maior probabilidade de lesões de grandes vasos e cardíacas. Além disso, o

quadro clínico do paciente, com abafamento de bulhas cardíacas, complementa o diagnóstico de tamponamento cardíaco.

Q 20: As evidências atuais indicam que nem todo paciente com Glasgow menor ou igual a 8 necessitam intubação. Isso é particularmente relevante nos pacientes com intoxicação exógena. Estudos randomizados demonstraram que em pacientes com rebaixamento de nível de consciência por intoxicação exógena a intubação precoce esteve associada a piores desfechos do que o tratamento conservador (Effect of Noninvasive Airway Management of Comatose Patients With Acute Poisoning Published Online: November 29, 2023 2023;330;(23):2267-2274. doi:10.1001/jama.2023.24391). Inclusive essa recomendação foi incluída no ACLS 2025 (Circulation Volume 152, Number 16_suppl_2): "For trained rescuers assisting an adult or child with suspected opioid overdose who has respiratory depression or respiratory arrest and has a definite pulse, breaths or bag-mask ventilation should be provided (COR 1, LOE B-NR). For lay rescuers assisting an adult or child with suspected opioid overdose who is unresponsive and not breathing normally, CPR with breaths should be provided (COR 1, LOE B-NR). An opioid antagonist (eg, naloxone) should be given to people with respiratory arrest from suspected opioid overdose (COR 1, LOE B-NR)". Dessa forma, a melhor resposta seria a alternativa A, que prevê doses baixas iniciais com aumento progressivo conforme resposta, em momento algum a questão afirma que deveria ser mantida apenas aquela dose. Conforme recomendações internacionais o uso de naloxona recomendado é: "Reversal of Respiratory Depression with Therapeutic Opioid Doses 0.04-0.4 mg IV/IM/SC initially; may repeat until desired response achieved; if desired response not observed after 0.8 mg total, consider other causes of respiratory depression"

Q 44 O item B é correto pois inicia antibiótico.

Q 52- Paciente com GNDA faria hipervolemia com Hipertensão Arterial e Edema, o que não descreve neste caso.

Q 65 - A questão não se refere à Diretriz do INCA, mas à linha de cuidado da SMS de Curitiba.

Q 68- A alternativa está correta e está dentro da referência citada

Q 72- Não há a solicitação de exame para ISTs por biologia molecular no protocolo da questão

Q 75- Há restrições relacionadas à prematuridade no protocolo

Q 76- O Manual referido considera anemia grave quando abaixo de 7,0 e não 8,5g/dl. Prurido gestacional está entre as situações que devem ser avaliadas em contexto hospitalar

Q 83- Mantém-se o gabarito da alternativa **C**, pois ela traduz de forma mais adequada os princípios que orientam o início de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), ao priorizar a escuta qualificada do paciente, a construção conjunta do plano de cuidados, o envolvimento da equipe multiprofissional e da família, e o fortalecimento da rede de apoio. Embora a alternativa **A** mencione elementos presentes no PTS, sua abordagem se distancia da metodologia ao enfatizar a responsabilização individual do paciente e propor um cronograma de visitas "estrito", o que contraria a lógica de corresponsabilização e a flexibilidade necessária diante da autonomia limitada e da complexidade do caso. Assim, não há ambiguidade entre as alternativas e a alternativa **C** permanece como a única plenamente alinhada às diretrizes do PTS.

Q 84- Mantém-se o gabarito da alternativa D, pois o caso apresentado descreve uma atuação da equipe de Saúde da Família que contempla, de forma explícita, o princípio da integralidade, ao articular ações de cuidado clínico, apoio psicossocial, educação em saúde e acompanhamento contínuo, atendendo simultaneamente às necessidades da



idosa e de sua cuidadora, como previsto na Lei nº 8.080/90. Embora o princípio da equidade seja fundamental no SUS, o enunciado não apresenta elementos que indiquem diferenciação de oferta de ações ou priorização baseada em vulnerabilidades relativas, mas sim um conjunto de práticas que expressam o cuidado integral. Assim, não há ambiguidade entre as alternativas e permanece correta apenas a alternativa **D**.

Q 97- Mantém-se o gabarito da alternativa **A**, pois ela interpreta corretamente os valores dos odds ratios apresentados: a baixa escolaridade está associada a aproximadamente o dobro da chance de não realizar o exame, e a renda até um salário mínimo aumenta essa chance em torno de 20%, ambos com significância estatística, conforme os intervalos de confiança. A redação da alternativa não gera ambiguidade relevante, uma vez que o enunciado da questão deixa explícito que todas as associações se referem ao desfecho “não realização do exame”, permitindo compreensão adequada do aumento relativo de chance. Portanto, não há erro conceitual ou possibilidade de dupla interpretação que justifique alteração ou ampliação do gabarito, razão pela qual o recurso é indeferido.

ÁREAS DE ATUAÇÃO E ONCOLOGIA:

Q7-A descrição do caso clínico apresenta saída de alças intestinais e fígado pelo centro do cordão umbilical, quadro compatível com ONFALOCELE. Embora a questão descreva ausência de membrana recobrendo as vísceras, isso pode ocorrer em decorrência de rotura da membrana amniótico-peritoneal, especialmente em partos de difícil extração, como mencionado no enunciado. Portanto, não se trata de gastrosquise, pois esta se localiza à direita do cordão umbilical. Assim, a alternativa correta não pode ser a letra D, pois ela parte de um pressuposto falso (de que a ausência de membrana obriga o diagnóstico de gastrosquise), ignorando a possibilidade — conhecida e documentada — de onfalocele rota. Além disso, a alternativa C — que afirma ser “pouco frequente” coletar cariótipo — está incorreta, pois a onfalocele tem forte associação com anomalias congênitas e síndromes cromossômicas (trisomia 13, 18, BeckwithWiedemann). Assim, a coleta de cariótipo e investigação genética são rotineiramente recomendadas para esses pacientes. A alternativa B está correta e é a mais adequada, pois: • onfalocele está frequentemente associada a malformações cardíacas, renais e outras anomalias estruturais; • a realização de exames de imagem, especialmente ecocardiograma e ultrassonografias adicionais, é parte obrigatória da avaliação inicial. A alternativa A também está incorreta, pois a correção cirúrgica não é necessariamente imediata, podendo exigir a técnica em estágios (silo) conforme o tamanho do defeito e a capacidade do abdome. Conclusão do Recurso A alternativa correta é a letra B, conforme justificado pelo quadro clínico compatível com onfalocele rota, pela associação comprovada com outras malformações e síndromes, e pela inadequação das demais alternativas. Referências: Newborn Surgery — Prem Puri (4ª edição) · Avery & MacDonald's Neonatology · Cloherty & Stark's Manual of Neonatal Care · Manual of Neonatal Surgical Intensive Care

Q16-Síndrome de Marfan pode apresentar aneurisma de seio de Valsalva, cujo tamanho tende a ser progressivo e rotura uma das consequências, levando a dor torácica aguda e sinais de baixo débito cardíaco. A pergunta era “**Qual das seguintes** seria a principal hipótese diagnóstica”. Dentre elas, a rotura de seio de Valsalva é a que mais se enquadra, considerando-se paciente com Marfan e seguimento irregular. Além do mais, apesar da incidência mais rara, a rotura ocorre em idade mais precoce do que a dissecação nessa população. PS: Questão elaborada baseando-se em caso real do serviço.

Roman MJ et al. Aortic Root Dilatation and Risk in Marfan Syndrome. JACC 2020.

Carbone RG et al. Marfan syndrome and aortic involvement. European Review 2023.

Caruana M et al. Aneurysm of the sinuses of Valsalva • a review. Front Medicine 2014.

Aneurysmal dilatation of the aortic sinuses of Valsalva — beyond Marfan syndrome (Caruana M et al., Frontiers of Medicine 2014)

Cureus Review 2024: “Ruptured Sinus of Valsalva Aneurysm: Case Series and Literature Review”.

Q 18-As alternativas A e C estão incorretas porque, se formos ver as causas de alcalose metabólica, com Cl^- , a causa não é uso de alcalis e sim de diuréticos, conforme anexo. Na compensação da alcalose metabólica, cada um que aumenta o bic acima de 24mEq/l , o pCo_2 aumenta $1\text{a } 1,3\text{ mmHg}$ acima de 40 . Portanto, o pCo_2 deveria estar pelo menos em 46mmHg . Pela conta que ele fez pela primeira fórmula o pCO_2 está abaixo de 43mmHg , o que caracteriza que subiu pouco. A [segunda](#) fórmula não é usada com frequência e em todos os livros a compensação é $\text{pCo}_2 + 15$;

CJASN 18: 102–112, January, 2023

Acid-Base Disorders, Achanti and Szerlip 109

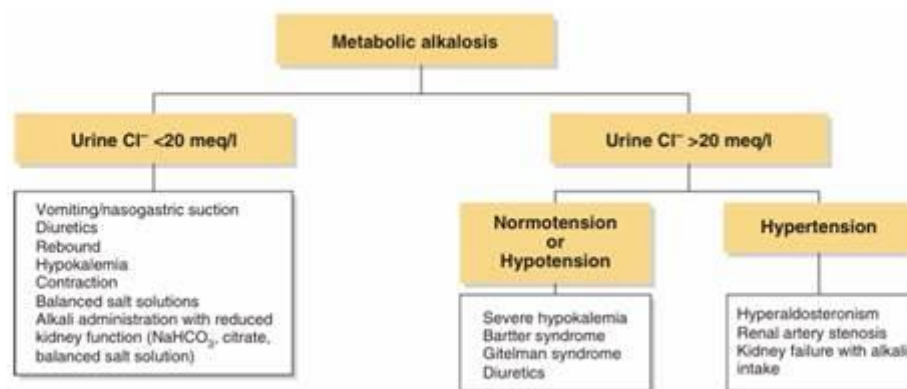


Figure 7. | Etiology of a metabolic alkalosis.

Q 25- A questão coloca o termo sugestão para concentração 5mg/ml , e não coloca como obrigatório a base para cálculo para concentração final da mesma a 5mg/ml .

Q 30- Em resposta ao recurso apresentado referente à questão 30: a questão solicita que o candidato identifique a conduta MAIS ADEQUADA para o tratamento da asma.

Considerando a frequência e intensidade dos sintomas apresentados pelo paciente do caso clínico, de acordo com as recomendações do GINA, a resposta MAIS ADEQUADA para esta questão refere-se a iniciar a combinação de corticóide inalatório em baixa dose com formoterol, em regime de manutenção de alívio (MART).

Considerando que em nenhuma das outras alternativas há uma resposta condizente com os sintomas clínicos apresentados, após a reavaliação da questão e análise do recurso, mantém-se a correção originalmente publicada.

Q 32- Médico é chamado no 4o minuto, e prescreveu benzodiazepínico. Não há tempo hábil para prescrever Dipirona e aguardar a febre baixar.

Q 40-O Documento de Trauma Crânio Encefálico da da Sociedade Brasileira de Pediatria (referência do documento enviada na confecção da questão), descreve no quesito avaliação motora para escala de Glasgow a **retirada ao toque** como item, cuja pontuação é 5.

Q 49- O último documento da American College of Rheumatology coloca na descrição da febre como critério de Kawasaki a febre com mais de 3 ou 4 dias.

CIRURGIA PEDIÁTRICA:

Q 4 - A esplenectomia aumenta o risco de infecções graves, principalmente por bactérias encapsuladas, como *S. pneumoniae*, *H. influenzae* tipo b e *N. meningitidis*.

Apesar da vacinação, a imunidade não é absoluta, e o risco de OPSI (Overwhelming Post-Splenectomy Infection) persiste, sendo maior nos primeiros anos após a cirurgia e em pacientes jovens.

As principais recomendações incluem:

- Antibioticoprofilaxia oral (geralmente penicilina V ou amoxicilina) por pelo menos 1–5 anos após esplenectomia, podendo ser indefinida em pacientes de alto risco.
- Orientação para uso imediato de antibióticos em caso de febre até avaliação médica.
- Vacinação adequada contra patógenos encapsulados.

Embora algumas referências preconizem tempos menores entre 2-3 anos de profilaxia, nenhuma outra alternativa da questão relata este período. As demais alternativas inclusive defendem o não uso do ATB profilático no paciente assintomático ou após a alta hospitalar, o que está incontestavelmente errado.

Referências bibliográficas:

1. Davies JM, Lewis MP, Wimperis J, Rafi I, Ladhani S, Bolton-Maggs PHB; British Committee for Standards in Haematology. Review of guidelines for the prevention and treatment of infection in patients with an absent or dysfunctional spleen: prepared on behalf of the British Committee for Standards in Haematology by a working party of the Haemato-oncology task force. *Br J Haematol.* 2011;155(3):308–317. doi:10.1111/j.1365-2141.2011.08843.x

2. Rubin LG, Schaffner W. Care of the asplenic patient. *N Engl J Med.* 2014;371(4):349–356. doi:10.1056/NEJMr1401009

Q32 -

Hemotórax maciço agudo com drenagem inicial pelo dreno torácico >1.500mL de sangue é indicativo de toracotomia. Hemotórax <1.500mL, mas que persiste drenando sangue >200mL/h por 2-4 é, sim, indicativo de toracotomia. O tratamento de escolha para o tamponamento cardíaco é a toracotomia e sutura da lesão sangrante.

Ferimento penetrante de tórax sem parada cardíaca e em paciente estável não é indicativo de toracotomia. Os traumatismos de tórax, em sua grande maioria (80%), são tratados com procedimentos simples e medidas conservadoras. O ferimento periférico do pulmão é a causa mais comum de hemotórax. Por ser uma pequena circulação de baixa pressão, a hemorragia costuma ser de baixo volume e controlada. A drenagem pleural deve ser realizada logo após o diagnóstico, com o propósito de aliviar o espaço pleural, quantificar o volume de sangue perdido e observar o débito de sangramento pleural nas horas após a colocação do dreno. Apenas cerca de 20-30% dos ferimentos penetrantes tem indicação de toracotomia.

Q 40: Em pacientes com pancreatite biliar sem colangite ou obstrução persistente, a CPRE imediata apenas não é indicada.

O tratamento deve ser resolutivo em um único tempo: colecistectomia + abordagem da via biliar. Isso pode ser feito por exploração laparoscópica do colédoco ou transcística. A CPRE exclusivamente é reservada para casos em que não há experiência cirúrgica ou em complicações. Apenas colecistectomia, sem tratar o colédoco, não é segura. Pois aguardando eliminação espontânea do cálculo há risco elevado de recorrência e complicações.

Referência:

- ASGE Standards of Practice Committee. Role of endoscopy in choledocholithiasis. Gastrointest Endosc. 2019.
- European Association for the Study of the Liver (EASL). Clinical Practice Guidelines on gallstones. J Hepatol. 2016.

Q42- A questão apresenta um caso de torção com 30 horas de evolução. A janela de tempo para salvamento do testículo é entre 4 -8 horas. Após este tempo as chances vão reduzindo acentuadamente. Após 24 horas de torção, a chance de salvamento é praticamente nula.

O testículo inviável deve ser retirado (orquiectomia) para evitar complicações como infecção e formação de anticorpos antiespermatozoides. A orquiopexia do testículo contralateral é mandatória devido ao risco de torção bilateral (anomalia em sino invertido). A exploração para tentativa de salvamento (ou seja, destorcer e manter o testículo mesmo com sinais de sofrimento) só é indicada até cerca de 12 horas, podendo se estender em casos selecionados até 24 horas, porém com pouco suporte de literatura.

No caso, com 30 horas, não há indicação de tentativa de salvamento e a exploração é feita para orquiectomia como descrito na alternativa correta.

Referência:

- Cummings JM, Boullier JA. The treatment of testicular torsion: a contemporary review. J Urol. 2002;167(2):867-869.
- American Urological Association (AUA). Update on the acute scrotum: evaluation and management. 2021.

Q46- A atresia biliar é a principal indicação de transplante hepático pediátrico.

O transplante, no caso descrito, está indicado diante da falência da portoenterostomia, caracterizada por icterícia persistente, colangite de repetição e desenvolvimento de cirrose/hipertensão portal. Apenas icterícia ou déficit de crescimento isolados não são suficientes para indicação do transplante, apesar deste dado pontuar no cálculo do PELD, um paciente anictérico e sem hipertensão portal não tem indicação de transplante hepático apenas pelo déficit pondero- estatural..

Portanto, a resposta correta é a letra A.

Referência:



- Ng VL, Haber BA, Magee JC, et al. Medical status of 219 children with biliary atresia surviving long-term with their native livers: Results from the ChiLDReN consortium. J Pediatr. 2014;165(3):539–546.
- Squires RH Jr, et al. Evaluation of the pediatric patient for liver transplantation: 2014 practice guideline. Hepatology. 2014;60(1):362–398.

COREME - Hospital Pequeno Príncipe

Comissão do Processo Seletivo