



EDITAL 002/2024

RESPOSTA AOS RECURSOS DO GABARITO PRELIMINAR

A Comissão de Seleção do Processo Seletivo para ingresso no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Fundação Escola de Saúde Pública de Palmas, no uso de suas atribuições legais, torna pública a **resposta aos recursos do gabarito preliminar** referente ao Edital nº 002/2024, de 02 de dezembro de 2024.

QUESTÃO Nº 3

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que o enunciado apresenta um erro na definição da idade corrigida, levando a interpretações conflitantes, além de mais de uma resposta possível (A e D). Diante do exposto, solicita a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Após uma análise cuidadosa da questão, conclui-se que **não houve erro na definição da idade corrigida**, pois apenas a alternativa D atende ao que foi solicitado. É fundamental que o desenvolvimento e curvas de crescimentos de crianças nascidas prematuras sejam avaliados com base em sua idade gestacional corrigida até o segundo ano de vida. A idade de todos os prematuros deve ser ajustada para o termo, sendo considerado o feto a termo com 40 semanas.

Por exemplo, um bebê nascido com 34 semanas e que está com 3 meses de vida terá uma idade corrigida de 6 semanas. Para calcular isso, consideramos que 3 meses equivalem a 12 semanas; como faltavam 6 semanas para completar 40, temos, portanto, 6 semanas de idade corrigida.

Em relação aos marcos de desenvolvimento, "virar a cabeça para o som de uma voz" é um comportamento esperado para crianças aos 4 meses. Já ações como "olhar para o rosto do cuidador" e "observar pessoas em movimento" são marcos que devem ser observados em bebês entre 1 e 2 meses de idade. Dessa forma, ao avaliar o desenvolvimento do bebê prematuro, é essencial considerar sua idade corrigida para garantir uma análise apropriada e precisa.

Diante do exposto, o gabarito permanece inalterado, uma vez que o recurso apresentado é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Cartilha de Desenvolvimento Infantil. 2024. Disponível em: [_24327g-Cartilha de Desenvolvimento-2m-5anos.indd](#)



QUESTÃO Nº 6

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Um candidato recorrente alega que o enunciado da questão carece de dados essenciais para determinar o seguimento clínico da criança, uma vez que não especifica se o testículo é palpável no canal inguinal ou se é retrátil, solicitando a anulação da questão. Em virtude dessa ausência de informações adicionais, solicita a anulação da questão. Outro candidato, por sua vez, argumenta que a literatura consultada não indica que o tratamento cirúrgico para criptorquidia deva ser realizado aos 6º meses de idade, mas sim por volta de 1 ano de idade.

JUSTIFICATIVA:

O enunciado da questão afirma que o testículo direito é “impalpável no saco escrotal”, o que indica que o exame físico não revelou a presença de um testículo retrátil. Um testículo retrátil é aquele que pode ser puxado para o escroto, mas que pode se retrair para posições mais altas em determinadas situações. Por outro lado, criptorquia significa testículo escondido (não palpável). Um testículo impalpável sugere que ele não está na posição correta e pode estar em uma localização anormal, como na cavidade abdominal ou no canal inguinal. Portanto, a descrição de “impalpável” revela que a condição é mais grave e que a cirurgia deve ser considerada. Embora, em geral, os testículos sigam o curso para o escroto, ocasionalmente podem ficar retidos no espaço retroperitoneal ou intra-abdominal, no canal inguinal ou, então, seguir para localização ectópica.

Nos últimos anos, tem-se discutido muito sobre qual é o melhor momento em relação à idade das crianças para indicar a cirurgia para o tratamento dos testículos criptorquídicos. Vários relatos apontam para indicação de cirurgia mais precoce (intervalo entre 3 e 6 meses de vida), oferecendo maior benefício para os lactentes. A descida espontânea dos testículos costuma ocorrer até os 3 meses nos recém-nascidos a termo e até os 6 meses nos pré-termo. Devido à possibilidade de degeneração após os 6 meses de idade e à maior chance de tumor em testículos criptorquídicos, sugere-se indicação cirúrgica aos 6 meses.

Dessa forma, mantém-se o gabarito, uma vez que o recurso é considerado improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. Ed. Vol. 2. Porto Alegre: Artmed, 2022. P. 1119-1121

QUESTÃO Nº 7

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes



RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que inicialmente, o enunciado da questão afirma que a criança tem **11 anos**, porém, posteriormente, menciona que as lesões são **recorrentes desde os 13 anos**, o que configura uma incongruência de idade. Essa incoerência compromete a clareza e a objetividade da questão, prejudicando o candidato ao induzi-lo a um raciocínio incompatível com a lógica dos dados apresentados. Ademais argumentam que a alternativa considera correta não especifica o tipo de eczema (dermatite atópica, dermatite de contato), o que impossibilita a escolha da resposta adequada, pois cada um possui características distintas.

JUSTIFICATIVA:

Após criteriosa revisão da questão, considerando os argumentos apresentados, verificamos que **houve um erro material no enunciado**, uma vez que há divergência entre as idades informadas, o que pode ter causado prejuízo à interpretação dos candidatos. Esclarecemos que a criança tem 18 anos, e não 11 anos, e apresenta lesões típicas de eczema crônico que se manifestam desde os 13 anos. As dermatites são muito frequentes, e sua principal forma clínica denominase eczema. Os eczemas podem apresentar-se na forma aguda (com predomínio de vesículas), na forma subaguda (ainda com algumas vesículas e já com crostas) e na forma crônica (em que predominam crostas, escamas e liquenificação).

A dermatite atópica é uma dermatose inflamatória crônica e recidivante, que apresenta prurido intenso e ressecamento da pele como suas principais manifestações clínicas. Associa-se, com frequência, a outras manifestações atópicas, como asma e rinite alérgica. Na fase da adolescência e adulta, a dermatite atópica começa a partir dos 12 anos de idade. Nessa fase da dermatite atópica, a liquenificação é o achado mais importante, especialmente observada nas regiões flexurais e nas mãos.

Diante da inconsistência detectada, a questão deve ser anulada, pois não permite a definição adequada dos critérios clínicos de uma condição inflamatória da pele que se caracteriza por períodos de remissão e exacerbação típicos da dermatite atópica.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 5. Ed. Vol. 2. Porto Alegre: Artmed, 2022. P. 1421-1426.

QUESTÃO Nº 9

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Um candidato recorrente alega que o enunciado não informa se a conduta deve ser realizada pela pessoa leiga ou pelo SAMU, impossibilitando a correta resolução da questão. Diante do exposto, solicita a anulação da questão. Outro candidato, por sua vez, argumenta que após acionar o serviço médico de



emergência, o próximo passo seria verificar o pulso e respiração simultaneamente, solicitando a alteração do gabarito para a alternativa B.

JUSTIFICATIVA:

Após análise detalhada, verificamos que o enunciado informa que **a criança é socorrida na escola por uma pessoa leiga**, estabelecendo claramente o perfil do socorrista. Dessa forma, não há ambiguidade que impeça a interpretação correta da questão, sendo plenamente possível identificar a conduta adequada. Conforme as diretrizes atuais de Suporte Básico de Vida Pediátrico, o reconhecimento rápido de parada cardíaca, início imediato de compressões torácicas de alta qualidade e fornecimento de ventilações eficazes são essenciais para melhorar os resultados da parada cardíaca. Socorristas leigos não devem atrasar o início da RCP em uma criança sem "sinais de vida". Em emergências, como a parada cardiorrespiratória, a avaliação do pulso por socorristas leigos não é uma prática recomendada.

Os profissionais de saúde podem considerar avaliar a presença de pulso, desde que o início da RCP não seja atrasado mais de 10 segundos. A palpação para a presença ou ausência de pulso não é confiável como o único determinante da parada cardíaca e o risco de esperar para realizar a RCP em uma vítima sem pulso é maior que o dano por compressões torácicas desnecessárias. Em bebês e crianças, a parada cardíaca por asfixia é mais comum do que a parada cardíaca por um evento cardíaco primário; portanto, a **ventilação eficaz é importante** durante a ressuscitação de crianças. Quando a RCP é iniciada, a sequência é COMPRESSÕES-VIAS AÉREAS-RESPIRAÇÃO.

Diante disso, consideramos o recurso improcedente, mantendo o gabarito oficial previamente divulgado, uma vez que o reconhecimento da parada cardíaca por socorristas leigos é determinado com base no nível de consciência e no esforço respiratório da vítima.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

American Heart Association (AHA) 2020: Disponível em: <https://cpr.heart.org/en/resuscitation-science/cpr-and-ecg-guidelines/pediatric-basic-and-advanced-life-support>. Acesso em 5 fev. 2025.

QUESTÃO Nº 13

SITUAÇÃO: **Recurso Improcedente**

RECURSO:

O candidato recorrente alega que mesmo o cão sendo da vizinha, como ter certeza de que o animal será observado. Segundo o fluxograma atual do Ministério da Saúde, casos graves (ferimentos em mãos, pés, mucosas, ferimentos múltiplos ou extensos em qualquer parte do corpo) e que não possam ser observados, necessitam profilaxia com soro e vacina.

JUSTIFICATIVA:



De acordo com a atualização do Ministério da Saúde de 2022, em casos de mordeduras em mãos por animais que estão visivelmente saudáveis e sem sinais de raiva, não se recomenda iniciar a profilaxia. A conduta adequada é lavar a ferida com água e sabão e manter o animal sob observação por 10 dias. Se o animal permanecer vivo e saudável, a observação pode ser encerrada no 10º dia. No entanto, se o animal morrer, desaparecer ou apresentar sinais de raiva, deve-se indicar a vacinação e a administração de soro.

Portanto, o gabarito permanece inalterado, uma vez que o recurso apresentado é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Brasil). **Profilaxia da raiva humana.** [Cartaz]. Brasília, DF, 2022.

QUESTÃO Nº 14

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Alguns candidatos concorrentes alegam que a questão omite a informação sobre a disponibilidade de IML, tornando possível a atuação do médico da UBS (com base no fluxo para ausência de IML). Um dos candidatos reforça que, sem essa informação, não é possível determinar quem deve fornecer a DO. Em razão disso solicita a anulação da questão. Além disso, um outro candidato solicita a troca de gabarito, alegando que o caso é de óbito natural e o médico da UBS deve preencher a DO. Por sua vez, um candidato adicional alega contradição com a Portaria nº 1.101/2009 e que o óbito foi claramente causado por engasgamento, excluindo a necessidade de encaminhamento ao IML.

JUSTIFICATIVA:

Embora alguns candidatos tenham levantado preocupações sobre a omissão da existência de IML, o Manual de Instruções para o Preenchimento da Declaração de Óbito é claro ao estabelecer que o fluxo primário para encaminhamento ao IML deve ser seguido em casos de causas externas, independentemente da disponibilidade imediata do serviço na localidade.

Nesse sentido, a alternativa D — "O médico legista do Instituto Médico Legal (IML), para onde o corpo deve ser encaminhado para realização de necropsia e emissão da DO" — é a resposta correta, pois reflete o fluxo primário adequado para óbitos causados por fatores externos. A ausência de um IML na localidade deve ser vista como uma exceção, e não como uma regra que invalidasse a alternativa correta. Essa abordagem assegura a conformidade com os protocolos estabelecidos e a correta determinação da responsabilidade na emissão da Declaração de Óbito.

Dessa forma fica mantido o gabarito, uma vez que o engasgo com leite materno configura causa externa (acidental) de óbito.



FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Resolução CFM n.º 1.779, de 5 de dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Revoga a Resolução CFM n. 1601/2000. Brasília, DF: CFM, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. **Declaração de Óbito: manual de instruções para preenchimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. p. 67

QUESTÃO Nº 15

SITUAÇÃO: **Recurso Improcedente**

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a questão não fornece dados suficientes para obter informações como: IMC do paciente ou sinais de fragilidade do mesmo, o que não permite um raciocínio clínico assertivo da mesma. E além disso, apresenta duas alternativas corretas (B e D). Diante do exposto, solicita anulação da questão.

JUSTIFICATIVA

Após análise do recurso, conclui-se que mesmo considerando a ausência de informações sobre o IMC do paciente ou sinais de fragilidade, a alternativa B, considerada correta, continua sendo a mais apropriada com base nas seguintes justificativas:

1. Alto Risco Cardiovascular: O paciente apresenta um risco cardiovascular elevado devido à história de IAM prévio, hipertensão e DM2 de longa duração. As diretrizes da SBD recomendam fortemente o uso de análogos de GLP-1 (AR GLP-1) ou inibidores de SGLT2 (ISGLT2) em pacientes com DM2 e alto risco cardiovascular ou doença cardiovascular estabelecida (DCVA), independentemente da HbA1c, para reduzir eventos cardiovasculares e mortalidade.
2. Função Renal: Embora a informação sobre o IMC não seja fornecida, a TFG de 48 mL/min/1,73 m² limita o uso de alguns hipoglicemiantes orais. A alternativa B direciona para o uso preferencial de análogo de GLP-1 e SGLT2 nesse caso.
3. Idoso Não Frágil: A ausência de informações sobre fragilidade não invalida a necessidade de priorizar a proteção cardiovascular. Em pacientes idosos não frágeis, as diretrizes enfatizam o controle glicêmico individualizado com foco na prevenção de complicações macrovasculares (como eventos cardiovasculares).
4. Uso de ISGLT2 e AR GLP-1: As Diretrizes apontam que "Em adultos com DM2 e DCVA já em uso de um ISGLT2 ou de um AR GLP-1, a combinação de ambos os AD1 pode ser considerada, por estar associada a um menor número de eventos CV e à diminuição da mortalidade por todas as causas."

5. Tratamento Prévio: A informação de que o paciente já utiliza metformina e gliclazida indica que a progressão da doença exige uma intensificação terapêutica, o que é melhor alcançado com as terapias citadas na alternativa B.

A alternativa D não seria a melhor opção inicial, pois antes de iniciar a insulinização, deve-se usar outras alternativas terapêuticas que visem reduzir os desfechos cardiovasculares, já comprovados cientificamente. Ressaltamos que o objetivo principal é a proteção cardiovascular do paciente, e a melhor forma de atingir esse objetivo é com as opções terapêuticas presentes na alternativa B.

Dessa forma, fica mantido o gabarito, uma vez que o objetivo principal é a proteção cardiovascular do paciente, e a melhor forma de atingir esse objetivo é com as opções terapêuticas presentes na alternativa B.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023. [Manejo da terapia antidiabética no DM2].

QUESTÃO Nº 16

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que a questão apresenta mais de uma alternativa correta, solicitando a anulação da questão. Um defende que a opção A também é aceitável para esse perfil de paciente e outro argumenta que a opção D também pode ser considerada.

JUSTIFICATIVA:

O gabarito da questão, que indica a terapia combinada com um BRA associado a um BCC como a conduta farmacológica inicial mais apropriada, é sustentável pelas Diretrizes Brasileiras, uma vez que reconhecem que pacientes com HAS estágio 1 e risco cardiovascular aumentado podem se beneficiar da terapia combinada como abordagem inicial. A monoterapia com IECA ou BRA seria uma opção inicial aceitável para paciente com estágio I e baixo risco cardiovascular. Sendo assim, a alternativa C é a correta por alguns motivos:

- **HA estágio 1 com risco CV:** O paciente apresenta hipertensão estágio 1 (PA entre 140-159 mmHg sistólica ou 90-99 mmHg diastólica) e possui fatores de risco cardiovascular que elevam seu risco (tabagismo, sedentarismo, dislipidemia, sobrepeso e resistência a insulina), o que justifica a necessidade de tratamento medicamentoso em associação às mudanças no estilo de vida.
- **Combinação preferencial:** As diretrizes atuais enfatizam a terapia combinada como abordagem inicial para a maioria dos pacientes hipertensos, especialmente aqueles com fatores de risco associados, como no caso apresentado. A combinação de um bloqueador do SRAA

(IECA ou BRA) com um diurético tiazídico ou um BCC proporciona uma ação sinérgica e melhora o controle da pressão arterial. Nesse caso o diurético tiazídico pode interferir negativamente no controle da glicemia, por isso a preferência pelo BCC.

- **Escolha das classes:** IECA ou BRA, em geral, são as medicações preferenciais para hipertensos, especialmente em pacientes com dislipidemia ou glicemia alterada, que são os casos do paciente. A associação com um diurético tiazídico ou um BCC (ambos preferencialmente de ação prolongada) auxilia na redução da PA por mecanismos complementares.
- **Betabloqueadores não são primeira linha:** Betabloqueadores não são medicamentos preferenciais na primeira linha de tratamento para hipertensos sem indicação específica como angina, taquicardia ou ICC, e podem ter efeitos metabólicos adversos.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial - 2020.

QUESTÃO Nº 17

SITUAÇÃO: **Recurso Procedente**

RECURSO:

O candidato alega que a questão não apresenta uma alternativa correta que se ajuste ao quadro clínico descrito no enunciado, argumentando que se trata de uma reação do tipo 2. Essa interpretação sugere que as opções disponíveis não refletem adequadamente a condição apresentada, o que comprometeria a validade da questão.

JUSTIFICATIVA

Após uma análise minuciosa da questão, conclui-se que o caso clínico apresenta, de fato, manifestações sistêmicas sugestivas de reação tipo II, como febre e artralgia.

Dessa forma, a questão deve ser anulada, uma que não há uma alternativa correta que reflita adequadamente o quadro apresentado.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

PCDT - Hanseníase 2023. "6.5 Reações hansênicas" (páginas 33-36) e "10.1.1 Tratamento farmacológico da infecção pelo M. leprae com poliquimioterapia"(Pag 56) e "10.1.2 Tratamento farmacológico das reações hansênicas"(Pag 60).

QUESTÃO Nº 20



SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que a questão descreve um quadro de cefaleia pulsátil, hemcraniana, que piora com exercícios físicos, acompanhada de náuseas e sensibilidade à luz e ao som. Esses sintomas indicam alterações neurossensitivas, especialmente a sensibilidade visual durante as crises. Como a paciente já apresentou mais de duas crises com um sintoma visual, ela se encaixa na classificação de enxaqueca com aura, justificando a escolha da alternativa D. Diante do exposto, Solicita a mudança do gabarito para a alternativa D.

JUSTIFICATIVA

Após análise minuciosa da questão, a descrição apresentada no caso clínico não é suficiente para diagnosticar Migrânea com Aura. Essa condição requer a presença de sintomas neurológicos focais claramente definidos e descritos (visuais, sensoriais, motores, de fala ou tronco encefálico) que se desenvolvem gradualmente e duram menos de 60 minutos. A simples menção à "sensibilidade à luz" (fotofobia) não se qualifica como um sintoma de aura. A aura visual envolve fenômenos mais complexos, como escotomas cintilantes, linhas em zigue-zague ou perda de visão. A sensibilidade à luz é um sintoma comum em diversas cefaleias, incluindo a migrânea sem aura, e não pode ser utilizada isoladamente para diagnosticar aura.

Dessa forma fica mantido o gabarito, uma vez a ausência de detalhes sobre a natureza específica dos sintomas visuais impede a caracterização da Aura.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 2022. 5ª edição, 2 volumes. Seção XIV: Dor e cuidados paliativos de Marcos Paulo Veloso Correia, capítulo 187 Cefaleia de Rodrigo Caprio Leite de Castro, Martha Farias Collares.

Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211. (Para critérios diagnósticos de migrânea com aura)

QUESTÃO Nº 29

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que de acordo com a FEBRASGO (2023), a investigação de irregularidades menstruais deve incluir a dosagem de FSH, LH, prolactina, TSH e T4 livre para avaliar possíveis



disfunções ovarianas, hiperprolactinemia e alterações tireoidianas, que são causas comuns dessas irregularidades. Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa C não é correto, já que a B é mais correta. Sendo assim, solicita mudança de gabarito para a alternativa C.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com Lopes, para mulheres com suspeita de amenorreia secundária, é preciso descartar a possibilidade de gravidez, sendo necessário um exame confirmatório; em caso positivo, deve-se iniciar o pré-natal. O BHCG é na verdade a primeira investigação a ser feita para qualquer situação de amenorreia/irregularidade menstrual. O Duncan corrobora a afirmativa de Lopes, ao afirmar que sangramento de origem gestacional deve ser lembrado em mulheres em idade fértil e, no caso de suspeita, está indicada a dosagem da fração beta da gonadotrofina coriônica humana (β -hCG, do inglês beta subunit of human chorionic gonadotropin), colocando no fluxo afastar gestação como parte da investigação inicial.

Por fim, FEBRASGO afirma que nas mulheres com ciclos menstruais irregulares na fase pré-menopausa, não é necessário fazer a investigação com exames laboratoriais, porém, nas mais jovens, com ciclos menores de 25 dias ou maiores de 35, deve-se determinar a etiologia da irregularidade, dosando gonadotrofina coriônica humana (BHCG), hormônio tireoestimulante (TSH), prolactina e hormônio folículo-estimulante (FSH).

Dessa forma mantem-se o gabarito da questão, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016;

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2022.5ª edição, 2 volumes.

FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de. Tratado de ginecologia Febrasgo. In: **Tratado de ginecologia Febrasgo**. 2019. p. 998-998.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

QUESTÃO Nº 30

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:



Um candidato recorrente alega que o enunciado da questão pede o exame para rastreamento inicial para doenças infecciosas, enquanto as alternativas são de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ou seja, as alternativas não correspondem ao comando do enunciado. Levando o candidato a ficar confuso, e ao erro. Diante do exposto, solicita anulação da questão. Já outro candidato recorrente alega que o enunciado da questão pede o exame para rastreamento inicial para doenças infecciosas, enquanto as alternativas são de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Ou seja, as alternativas não correspondem ao comando do enunciado. Levando o candidato a ficar confuso, e ao erro. Logo, solicita anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com a literatura, a investigação inicial para infertilidade inclui investigação para infecções por clamídia, HBS-Ag, Anti-HCV, VDRL, Anti-HIV, HTLV I/II e considerar rubéola e clamídia conforme o caso. Apesar de gonorreia poder também causar infertilidade, não faz parte da investigação inicial. Sabendo que os exames de sorologias devem ser solicitados com o nome do agente etiológico e todas as opções incluem alguma infecção, dentre as alternativas não há algo que possa gerar dúvida, já que segue o mesmo padrão.

Desta forma mantem-se o gabarito da questão, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016;

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2022.5ª edição, 2 volumes.

FERNANDES, César Eduardo; SÁ, Marcos Felipe Silva de. Tratado de ginecologia Febrasgo. In: **Tratado de ginecologia Febrasgo**. 2019. p. 998-998.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

QUESTÃO N° 32

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes

RECURSO:

Um candidato recorrente alega que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, a Alternativa C ("Dispositivo intrauterino não hormonal - DIU de cobre") é amplamente recomendado pela OMS e pelo Ministério da Saúde como uma das melhores opções para mulheres em



fase pós-parto e amamentação, devido à sua alta eficácia, segurança e ausência de impacto no leite materno. Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa B não é correto, já que a C também é uma opção. Sendo assim, solicita a anulação da questão.

Outro candidato argumenta que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde do Brasil, tanto a minipílula, quanto o DIU seriam opções para a paciente em questão e com base no índice de Pearl (coeficiente importante para classificar a eficácia de um anticoncepcional), há melhor eficácia do DIU em comparação com a Minipílula, sendo o melhor método contraceptivo e mais indicado a paciente. Por conseguinte, o gabarito oficial que aponta a alternativa B não é correto, já que a C é mais correta. Portanto, solicita mudança de gabarito para a alternativa C.

JUSTIFICATIVA:

O Ministério da Saúde recomenda que mulheres que estão amamentando, seja de forma exclusiva ou não, e que já tenham passado mais de seis semanas após o parto, podem iniciar o uso da minipílula a qualquer momento, desde que tenham uma certeza razoável de que não estão grávidas. Além disso, a orientação é que o DIU pode ser inserido até 48 horas após o parto. Se já se passaram mais de 48 horas, a inserção do DIU deve ser adiada por pelo menos quatro semanas. Após essas quatro semanas do parto, a mulher poderá colocar o DIU a qualquer momento, desde que tenha certeza razoável de que não está grávida.

Ao avaliar os critérios de elegibilidade para os contraceptivos, observa-se que tanto a minipílula quanto o DIU são opções elegíveis durante o período de puerpério. Ao analisar as falhas dos métodos contraceptivos utilizando o Índice de Pearl, observa-se uma variação significativa entre os métodos, dependendo se o uso é considerado típico ou perfeito. Essa diferença não foi abordada na questão, o que impede a afirmação de que um método oferece benefícios claros em detrimento do outro. Portanto, é importante considerar essas nuances ao avaliar a eficácia dos métodos contraceptivos.

Dessa forma, a questão deve ser anulada, uma vez que possui duas respostas corretas.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016;

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. In: **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 2022.5ª edição, 2 volumes.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. Artes Medicas, 2018.

QUESTÃO Nº 44

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes



RECURSO:

O candidato alega que a alternativa indicada como correta mistura conceitos de prevenção primária e secundária solicitando a anulação da questão por não haver resposta correta. Outro candidato por sua vez candidato alega que a alternativa indicada como correta, segundo os níveis de prevenção de Leavell e Clark, misturas ações de prevenção terciária, e secundária, solicitando a anulação da questão por não haver resposta correta.

JUSTIFICATIVA:

Após uma análise cuidadosa da questão, conclui-se que a Alternativa B é a única que representa adequadamente as medidas de prevenção secundária. Essas medidas se concentram no monitoramento e controle de fatores de risco, além da implementação de terapias medicamentosas destinadas a prevenir novos eventos vasculares. É importante destacar que, se essas mesmas abordagens fossem aplicadas a uma pessoa saudável, sem doenças preexistentes, estariam caracterizando uma atitude de prevenção primária. A prevenção terciária, por sua vez, visa minimizar o impacto de uma doença já estabelecida (AVE), e envolve intervenções como acompanhamento com fisioterapia e terapia ocupacional para reabilitação.

Desta forma fica mantido o gabarito, uma vez que as alternativas A, C e D abordam diferentes níveis de prevenção — terciária, quaternária e quinquenária, respectivamente — que não se alinham aos objetivos específicos da prevenção secundária.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade-: Princípios, Formação e Prática**. 2. Ed. Vol. 1. Porto Alegre: Artes Médicas, 2019. Cap. 31

QUESTÃO Nº 49

SITUAÇÃO: **Recursos Improcedentes**

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que no enunciado, por não listar febre como um dos sintomas, não completa os critérios da tríade de Charcot, sendo coledocolitíase como uma alternativa de diagnóstico.

JUSTIFICATIVA:

A tríade de Charcot é definida por: febre com calafrios, icterícia, que é a pigmentação amarelada e dor abdominal no quadrante superior direito.

Ainda que febre não fora listado como um dos sintomas no caso clínico, as demais informações, munidas de exames laboratoriais e de imagem, favorecem o diagnóstico de colangite como hipótese principal.



Desta forma, o gabarito deve ser mantido.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

TOWNSEND JUNIOR, Courtney M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia: **a base biológica da prática cirúrgica moderna**. In: Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ª edição

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: **condutas de atenção primária baseadas em evidências**. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 2022. 5ª edição, 2 volumes:

QUESTÃO Nº 52

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Os candidatos argumentam que a queda de hematócrito consiste em uma reação transfusional, sendo, portanto, todas alternativas consideradas corretas, enquanto o enunciado solicita a marcação da incorreta.

JUSTIFICATIVA:

Queda do hematócrito pós-transfusional pode sim ocorrer, porém não surge como uma reação à transfusão em si. Existem situações em que a queda hematimétrica pode ser percebida, porém a causa está relacionada a eventos secundários, que não foram desencadeados pelo ato transfusional.

Desta forma, permanece a alternativa “Queda do hematócrito” como a resposta da questão, mantendo em conformidade com o gabarito preliminar.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

TOWNSEND JUNIOR, Courtney M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. In: Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ª edição

LOPES, Antônio Carlos et al. Tratado de Clínica Médica. 2006: Embora este livro de **clínica médica -PRÉCOMA**, Dalton Bertolim et al. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia-2019. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 113, p. 787-891, 2019

QUESTÃO Nº 53

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes



RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que considerando as áreas queimadas (região anterior do tórax, braço direito e face) apresentadas na questão, o cálculo correto da superfície aproximada seria 22,5%.

JUSTIFICATIVA:

Conforme a regra dos 9 de Wallace para estimativa de área queimada, consideramos:

- Face: 4,5%
- Braço direito: 9%
- Região anterior do tronco: 18%

Como a questão se refere a apenas a região anterior do tórax, e não todo o tronco, devemos considerar apenas 9% na quantificação. Portanto, o resultado correto seria 22,5%.

Dessa forma, a questão deve ser anulada por não possuir resposta correta.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support** - ATLS. 10 ed., 2022

QUESTÃO Nº 57

SITUAÇÃO: Recursos Procedentes

RECURSO:

O candidato alega que alternativa correta para a questão, que versa sobre a fase inicial da cicatrização, seria a letra (D) - Neutrófilos.

JUSTIFICATIVA:

De fato, os neutrófilos são o tipo celular mais prevalente na fase inicial da cicatrização. Fibroblastos, considerado como alternativa correta no gabarito preliminar, somente surgem no processo de cicatrização posteriormente, na fase proliferativa.

Dessa forma, a alternativa correta deve ser alterada para letra (D).

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GAMA-RODRIGUES, Joaquim José; MACHADO, Marcel Cerqueira Cesar; RASSLAN, SAMIR. Clínica Cirúrgica vol. 1 e 2. Baruerí, SP: Manole, 2008:



QUESTÃO Nº 58

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Candidato alega que a profilaxia antibiótica não está indicada na maioria das cirurgias limpas, mas somente em situações específicas.

JUSTIFICATIVA:

De fato, a alternativa D que diz: ‘A antibioticoterapia profilática deve ser usada em todas as cirurgias’, está incorreta, portanto, não deve ser considerada como resposta para a questão. Dentre as alternativas, a que indica o manejo correto diz: A antibioticoterapia profilática deve ser iniciada antes da indução anestésica e repetida conforme a meia-vida do antibiótico e duração da cirurgia.

Desta forma, o gabarito deve ser mantido

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GAMA-RODRIGUES, Joaquim José; MACHADO, Marcel Cerqueira Cesar; RASSLAN, SAMIR. Clínica Cirúrgica vol. 1 e 2. Barueri, SP: Manole, 2008:

TOWNSEND JUNIOR, Courtney M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. In: Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ª edição

QUESTÃO Nº 60

SITUAÇÃO: Recursos Improcedentes

RECURSO:

Os candidatos argumentam que no caso clínico da questão, o paciente não possui critérios para enquadramento em choque hipovolêmico classe II, classificando como choque classe I e solicitando a mudança do gabarito de letra B para letra D.

JUSTIFICATIVA:

O paciente em questão encontra-se orientado, pois “verbaliza o ocorrido queixando dor abdominal intensa”. Sobre seus sinais vitais, apresenta-se taquicárdico, normotenso, porém com perfusão periférica prejudicada (pulso fino, sudorese profusa). O quadro clínico descrito é compatível com uma perda sanguínea de 15% a 30%, em que o paciente mantém estabilidade hemodinâmica e funções vitais



preservadas (como estado neurológico, por exemplo), mas as custas de comprometimento da perfusão periférica.

Desta forma, o gabarito deve ser mantido.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS COMMITTEE ON TRAUMA. **Advanced Trauma Life Support - ATLS**. 10 ed., 2022

TOWNSEND JUNIOR, Courtney M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia: **a base biológica da prática cirúrgica moderna**. In: Sabiston tratado de cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20ª edição

Palmas -TO, 07 de fevereiro de 2025

Anne Leites Flâmia

Presidente da Comissão do Processo Seletivo