

EDITAL Nº 02/2025 - PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÊDICA 2025/2026

RESPOSTA AOS RECURSOS CONTRA O GABARITO PRELIMINAR

A Comissão de Seleção do Processo Seletivo para ingresso no Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública de Palmas, no uso de suas atribuições legais, torna pública a **Resposta aos Recursos Contra o Gabarito Preliminar da Prova**, nos termos do Edital nº 2, de 28 de novembro de 2025.

QUESTÃO Nº 01

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato requer a alteração do gabarito da alternativa (B) para a alternativa (D). Argumenta que o paciente de 52 anos apresenta sintomas clássicos de insulinopenia (poliúria, polidipsia e cansaço) e uma hemoglobina glicada elevada (8,2%), o que, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) de 2025, fundamentaria o início da insulinoterapia associada à metformina para controle da glicotoxicidade e estabilização metabólica imediata.

JUSTIFICATIVA:

A questão aborda os pilares do diagnóstico e manejo inicial do DM2 conforme as diretrizes atuais. O diagnóstico de DM2 está confirmado pela glicemia de jejum de 150 mg/dL e HbA1c de 8,2% na mesma amostra. O paciente é classificado como de alto risco cardiovascular por ser homem > 50 anos, obeso, hipertenso e com história familiar de doença arterial coronariana prematura. Segundo a recomendação R16 da SBD 2025, para pacientes com risco cardiovascular alto, o uso de um iSGLT2 ou de um AR GLP-1 é recomendado para redução de eventos, independentemente da HbA1c. A alternativa D está incorreta pois a terapia baseada em insulina é recomendada inicialmente apenas para pacientes com HbA1c > 9% e sintomas catabólicos (como perda de peso), o que não é o caso deste paciente (HbA1c = 8,2% e sem perda de peso).

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Manejo da terapia antidiabética no DM2 (2025). Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/manejo->

da-terapia-antidiabetica-no-dm2/. (Seção: "Início do Tratamento e Insulinização Precoce", Recomendação R16).

QUESTÃO Nº 05

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos contestam o gabarito oficial (B), argumentando que a alternativa (A) estaria em maior conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde. Questionam a indicação de uma "dose de ataque" de vitamina D (50.000 UI/semana) para uma paciente com nível sérico de 22 ng/mL.

JUSTIFICATIVA:

A recorrente sustenta que a alternativa "A" estaria correta. Contudo, a proposta de 400 UI/dia de Vitamina D para uma paciente de 68 anos com osteoporose estabelecida (T-score -3,0) contraria o próprio documento citado no recurso.

O PCDT de Osteoporose (Portaria Conjunta nº 10/2019 - CONITEC/MS) é taxativo: em indivíduos com 60 anos ou mais, a dose deve ser de 800 a 2.000 UI/dia.

Administrar 400 UI/dia a uma paciente com nível sérico de 22 ng/mL (abaixo do alvo terapêutico para idosos) configura subtratamento, o que invalida a alternativa "A" como "mais apropriada".

A alternativa "B" encontra respaldo integral nas Diretrizes Brasileiras de Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa (Sociedade Brasileira de Reumatologia).

Indicação de Ataque: Para pacientes com alto risco de fratura e níveis de 25(OH)D inferiores a 30 ng/mL, a diretriz recomenda a dose de ataque (50.000 UI/semana por 8 semanas) para atingir o estado de equilíbrio (steady state) e o nível alvo de segurança antes ou concomitante ao início do bisfosfonato.

Justificativa Clínica: A correção rápida é fundamental para evitar a hipocalcemia transitória induzida por bisfosfonatos potentes e para garantir que o tecido ósseo tenha mineralização adequada para responder ao estímulo do fármaco.

A alternativa "B" apresenta a conduta mais completa, pois além de tratar a massa óssea (risedronato), corrige o ambiente metabólico (Vitamina D e Cálcio) em doses que garantem a eficácia terapêutica em pacientes com T-score de -3,0.

Os riscos de hipervitaminose D mencionados pela recorrente são associados a doses supra-fisiológicas por tempo prolongado, não se aplicando ao esquema de ataque de 8 semanas proposto na alternativa B para uma paciente comprovadamente insuficiente (22 ng/mL).

Diante do exposto, a alternativa "A" é tecnicamente incorreta por subdosagem de Vitamina D conforme o próprio PCDT, sendo a alternativa "B", a única que contempla as doses recomendadas para a faixa etária da paciente e a severidade da osteoporose.

Assim, o recurso é julgado IMPROCEDENTE, com a manutenção integral do gabarito.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Osteoporose. Brasília: CONITEC, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/osteoporose.pdf>.

Revista Brasileira de Reumatologia: Diretrizes Brasileiras para o Diagnóstico e Tratamento da Osteoporose em Mulheres na Pós-Menopausa, 2017.

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês. Medicina Ambulatorial. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

QUESTÃO Nº 06

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos requerem a anulação da questão alegando ambiguidade técnica e ausência de alternativa que contemple integralmente a conduta correta. Argumentam que, embora a alternativa (C) indique corretamente o Oseltamivir, ela falha ao determinar a manutenção do imunobiológico (Adalimumabe), visto que diretrizes recomendariam avaliar a suspensão de imunossupressores durante infecções agudas febris.

JUSTIFICATIVA:

A alternativa (C) é a conduta mais apropriada. O paciente é de grupo de risco devido ao uso de Adalimumabe, o que justifica a prescrição empírica de Oseltamivir nas primeiras 48 horas. A

interrupção do imunobiológico em um quadro de síndrome gripal não complicada não é a conduta inicial recomendada, pois pode levar à descompensação da artrite reumatoide. A manutenção é indicada para sintomas sem sinais de alarme, com orientação rigorosa de retorno em 48 horas para monitorização.

As demais alternativas são inadequadas: (A) ignora a necessidade de Oseltamivir para um paciente de risco; (B) suspende desnecessariamente o Adalimumabe e atrasa o tratamento antiviral; e (D) indica internação e suspensão de medicação sem critérios claros de gravidade ou complicação que justifiquem tais medidas.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde: Influenza, Ministério da Saúde, 2023.

QUESTÃO N° 07

SITUAÇÃO: **Recurso Improcedente**

RECURSO:

Os candidatos apresentaram diversos recursos solicitando a anulação da questão ou alteração do gabarito para a alternativa (B). Alegam ambiguidade na diferenciação entre Rinossinusite Aguda Viral e Pós-Viral, questionam o uso de descongestionantes em adultos e apontam suposta imprecisão terminológica ou erro de digitação ("Risossinusite") na alternativa (C).

JUSTIFICATIVA:

A banca ratifica a alternativa (C). A distinção baseia-se em critérios do EPOS 2020: a Rinossinusite Aguda Viral (Resfriado Comum) é definida por sintomas < 10 dias sem piora. O paciente apresenta 6 dias de evolução estável, não atingindo os critérios para fase Pós-Viral (que exige > 10 dias ou piora após melhora inicial). O termo "Resfriado Comum" é sinônimo de "Rinossinusite Aguda Viral" no EPOS 2020 (p. 18). O uso de descongestionantes por curto prazo é aceito para alívio sintomático em adultos, ao passo que o corticoide nasal (alternativa B) é reservado para as fases pós-viral ou bacteriana.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. (Cadernos de Atenção Básica, n. 25). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

FOKKENS, W. J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020 (EPOS 2020). Rhinology Journal, 2020.

QUESTÃO Nº 08

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação da questão alegando ambiguidade entre as alternativas (B) e (D). Sustenta que o escore de Centor isolado não autoriza a antibioticoterapia empírica em adultos e que a investigação prévia seria a conduta válida.

JUSTIFICATIVA:

A banca examinadora, após análise técnica das fontes citadas e das diretrizes de prática clínica vigentes na Atenção Primária à Saúde, mantém o gabarito na alternativa D pelos seguintes motivos:

1. Interpretação do Escore de Centor Modificado: O paciente apresenta 4 pontos (dor de garganta súbita, febre > 38°C, exsudato purulento, linfadenomegalia cervical anterior e ausência de tosse). De acordo com a literatura de referência em Medicina de Família e Comunidade, como o Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso, 2019) e manuais de conduta clínica, uma pontuação de 4 ou mais indica uma probabilidade de infecção por *Streptococcus pyogenes* superior a 50%, autorizando o início do tratamento empírico quando o teste rápido (RADT) ou cultura não estão prontamente disponíveis.
2. Incongruência da Alternativa B: A alternativa B sugere solicitar "hemograma e proteína C-reativa" antes da antibioticoterapia. No entanto, esses exames não são específicos para identificar a etiologia estreptocócica em faringoamigdalites. O padrão-ouro é a cultura de orofaringe ou o teste rápido de antígeno, e não marcadores inflamatórios sistêmicos, que pouco auxiliam na decisão de prescrever antibióticos nesse cenário ambulatorial. Portanto, a conduta da alternativa D é a que melhor reflete a prática clínica recomendada para um escore de Centor 4 na ausência de testes rápidos.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C.; DIAS, L. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Capítulo sobre Infecções de Vias Aéreas Superiores.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 552.

QUESTÃO Nº 10

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os recorrentes argumentam que a questão é ambígua por não especificar se o paciente pertence a grupos de risco (como profissionais de saúde). Alegam que, embora o PNI recomende dose única para a faixa etária de 30 a 59 anos, diretrizes internacionais (CDC e OMS) e tratados de Medicina de Família e Comunidade (Duncan; Gusso) sugerem que a administração de duas doses é uma prática segura e recomendada para garantir imunidade completa. Com base nisso, sustentam que a alternativa (B) também poderia estar correta, solicitando a reavaliação do gabarito.

JUSTIFICATIVA:

A banca examinadora, após análise técnica e bibliográfica, decide pela manutenção do gabarito (Alternativa A), fundamentando-se nos seguintes pontos:

1. Soberania do Programa Nacional de Imunizações (PNI): O concurso em tela visa selecionar profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes que regem a prática vacinal no Brasil são ditadas pelo PNI/Ministério da Saúde. Conforme o Calendário Nacional de Vacinação vigente, indivíduos na faixa etária de 30 a 59 anos sem comprovação vacinal devem receber apenas 01 (uma) dose da vacina tríplice viral.
2. Referencial Teórico e Prática de Provas: Em exames de residência médica no Brasil, as questões de imunização baseiam-se estritamente nos manuais do Ministério da Saúde do Brasil, e não em diretrizes de órgãos estrangeiros (como o CDC) ou recomendações da OMS que não tenham sido internalizadas pelo PNI. O uso de protocolos internacionais não sobrepõe a norma nacional vigente para fins de concurso público, salvo se expressamente solicitado no enunciado.

3. Análise das Ocupações de Risco: A ausência de menção à profissão no enunciado indica que se trata de um paciente da "população geral". Extrapolar o enunciado para incluir situações de exceção (como ser profissional de saúde) não é adequado para a resolução de questões objetivas.

Dessa forma, a alternativa (A) é a única que reflete a conduta normativa correta para o cenário brasileiro e para a faixa etária apresentada.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação de Adultos e Idosos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Páginas 63-65 (Seção: Vacina Adsorvida Sarampo, Caxumba e Rubéola).

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. Cap. 104 (Imunizações).

QUESTÃO Nº 15

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação da questão alegando ambiguidade entre o enunciado, que pede o "manejo de manutenção", e a alternativa C, que descreve o uso de corticoide inalatório (CI) + formoterol "para alívio dos sintomas". Argumenta que, segundo a SBPT e o GINA, o tratamento de manutenção pressupõe uso contínuo, enquanto a alternativa descreveria um regime apenas sob demanda (resgate), não contemplando o conceito de manutenção solicitado.

JUSTIFICATIVA:

O recurso é improcedente. A questão solicita especificamente a conduta de acordo com as atualizações do GINA 2025.

1. Classificação do Paciente: O paciente apresenta sintomas duas vezes por semana e um despertar noturno mensal. Segundo o GINA, este perfil se enquadra no Etapa 1 (Step 1) ou Etapa 2 (Step 2) de tratamento.

2. Estratégia Preferencial (Track 1): Desde 2019, e reafirmado na atualização de 2025, o GINA estabelece como estratégia preferencial o uso de CI-formoterol em baixas doses sob demanda (as-needed) para pacientes nas Etapas 1 e 2.
3. Conceito de Manutenção no GINA: O GINA 2025 define "Tratamento de Controle" (Controller-preferred strategy) não apenas como o uso diário, mas como a estratégia farmacológica contínua adotada para reduzir o risco de exacerbações graves. No Track 1, a combinação CI-formoterol cumpre simultaneamente o papel de alívio e controle da inflamação (manutenção do estado de controle), eliminando a necessidade de um corticoide diário isolado em casos de asma leve, visando reduzir a mortalidade e o risco de crises.
4. Inadequação das outras alternativas: A alternativa (A) é contraindicada pelo GINA (risco de morte por uso isolado de SABA); a (B) refere-se ao Track 2, que não é a via preferencial; e a (D) não é a primeira escolha.

Portanto, a alternativa (C) reflete com precisão a diretriz internacional solicitada, onde o "alívio" com a combinação específica recomendada constitui, por si só, a estratégia de manutenção do controle clínico do paciente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GLOBAL INITIATIVE FOR ASTHMA (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2025 Update). Seção: Chapter 3: Treating asthma to control symptoms and minimize risk, Subseção: Box 3-5: Initial asthma treatment - adults and adolescents.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes para o Manejo da Asma – 2020. J Bras Pneumol. 2020;46(1):e20190307.

QUESTÃO Nº 17

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato argumenta que a indicação de espironolactona (antagonista da aldosterona) exige avaliação prévia da função renal e do potássio sérico. Alega que, pela ausência desses dados no enunciado, a alternativa (A) seria insegura, sugerindo que a alternativa (D) seria a conduta adequada.

JUSTIFICATIVA:

A análise técnica do caso clínico (homem, 58 anos, IC com FEVE 35%, NYHA II, em uso de IECA e betabloqueador) confirma que a alternativa (A) Espironolactona é a única resposta correta, pelos seguintes motivos:

1. Redução de Mortalidade: Os antagonistas dos receptores mineralocorticoides (ARM), como a espironolactona, possuem recomendação Classe I, Nível de Evidência A para pacientes com insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida (ICFEr) que permanecem sintomáticos apesar do tratamento com IECA/BRA e betabloqueadores. Estudos como o RALES e EMPHASIS-HF demonstraram redução robusta de mortalidade e hospitalizações neste perfil de paciente.
2. Protocolo Clínico: Em questões de provas de residência e concursos, o foco recai sobre o "próximo passo terapêutico com benefício comprovado em sobrevida". Embora a prática clínica exija a conferência de exames laboratoriais (Creatinina < 2,5~mg/dL e Potássio < 5,0~mEq/L), a ausência desses dados no enunciado não invalida a indicação farmacológica da droga como a conduta correta para atingir o objetivo de reduzir mortalidade.
3. Inviabilidade da Alternativa D: A sugestão de mudança para a alternativa (D) "Antiarrítmico de classe I" é clinicamente contraindicada. O estudo clássico CAST demonstrou que antiarrítmicos da classe I (como a flecainida e encainida) aumentam a mortalidade em pacientes com cardiopatia estrutural e disfunção ventricular, sendo, portanto, proscritos nesse cenário.
4. Outras Alternativas: A digoxina (B) e a hidroclorotiazida (C) auxiliam no controle de sintomas e hospitalizações, mas não possuem evidência de redução de mortalidade na ICFEr.

Portanto, a espironolactona permanece como a resposta correta e o gabarito original é mantido.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC): Atualização de Tópicos Emergentes da Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca – 2021. Disponível em: Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Ver Seção de Tratamento Farmacológico, Tabela de Recomendações (Págs. 1180-1185).

ESC Guidelines 2021: 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal (2021). Disponível em: ESC Cardio. Ver Tabela de recomendações para ICFEr (Pág. 12-14).

Protocolo Conitec: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida. Disponível em: Gov.br.

QUESTÃO Nº 18

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos solicitam a anulação alegando insuficiência de dados clínicos (mMRC/CAT e histórico de exacerbações) para estratificação GOLD, argumentando que isso permitiria a escolha de broncodilatadores de curta ou longa ação.

JUSTIFICATIVA:

A banca examinadora, após análise técnica e bibliográfica, mantém o gabarito B e considera o recurso improcedente.

1. Diagnóstico e Estratégia de Tratamento: O enunciado estabelece um paciente com diagnóstico confirmado de DPOC ($VEF1/CVF < 0,7$ pós-BD) e sintomas persistentes (dispneia progressiva e tosse diária). De acordo com o relatório GOLD 2024 (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) e as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), os broncodilatadores de longa duração (LABA ou LAMA) são a pedra angular do tratamento de manutenção para qualquer paciente que permaneça sintomático, independentemente da estratificação exata em grupos A, B ou E, superando o uso de fármacos de curta ação (SABA) para o controle de longo prazo.
2. Inadequação das demais alternativas:
 - Corticosteroide em monoterapia (Alternativa A): É formalmente contraindicado na DPOC, pois não altera o declínio da função pulmonar e aumenta o risco de pneumonia (GOLD 2024, p. 112).
 - Broncodilatadores de curta ação (Alternativa D): São indicados apenas para alívio imediato e pontual. Para um paciente com sintomas "diários" e "progressivos", a literatura é categórica ao indicar a terapia de longa duração para redução de sintomas e melhoria da qualidade de vida (PCDT DPOC - Ministério da Saúde, 2021).
3. Conclusão: Embora o enunciado não detalhe o grupo GOLD específico, a alternativa B é a única que apresenta a conduta farmacológica de primeira escolha para a manutenção e controle sintomático estável, seguindo os protocolos nacionais e internacionais.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

GLOBAL INITIATIVE FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (2024 Report). Disponível em: <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>. Seção: Initial Pharmacological Treatment, p. 105-115.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 1, de 20 de janeiro de 2021. Disponível em:

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt>.

Seção: Tratamento Farmacológico.

QUESTÃO Nº 21

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que o quadro clínico apresentado poderia sugerir, inicialmente, icterícia neonatal fisiológica, passível de acompanhamento clínico ambulatorial, sem indicação de encaminhamento hospitalar imediato, razão pela qual solicitam a anulação da questão ou a alteração do gabarito para a alternativa B.

JUSTIFICATIVA:

O recém-nascido descrito na questão apresenta múltiplos fatores de risco para hiperbilirrubinemia significativa, o que justifica a conduta indicada no gabarito. Trata-se de RN com 4 dias de vida, período correspondente ao pico fisiológico da bilirrubina no termo, associado a achados clínicos que aumentam o risco de elevação patológica dos níveis séricos, a saber:

- Icterícia de distribuição elevada, alcançando abdome, compatível com níveis moderados a altos pela avaliação clínica de Kramer, a qual não é suficiente para tomada de decisão terapêutica isolada, exigindo avaliação objetiva.
- Aleitamento materno com sinais de ineficácia (pega inadequada, irritabilidade e pausas frequentes), sugerindo ingesta insuficiente, condição reconhecidamente associada à hiperbilirrubinemia neonatal.
- Perda ponderal de 9% do peso ao nascimento, valor que ultrapassa o limite de alerta esperado para o período neonatal precoce, indicando risco aumentado de desidratação e agravamento da icterícia

O Ministério da Saúde lista como fator de risco para hiperbilirrubinemia significativa: “dificuldade no aleitamento materno exclusivo ou perda de peso $>7\%$ ”.

A SBP também aponta dificuldade de amamentação e/ou perda de peso $>7\%$ como fator de risco e reforça que perda de peso $>7\%$ exige acompanhamento mais cuidadoso da amamentação e do risco de hiperbilirrubinemia

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde. "Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Vol. 1." Brasília: MS, 2011.

Sociedade Brasileira de Pediatria. "Icterícia neonatal". Departamento Científico de Neonatologia, 2022.

QUESTÃO Nº 22

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos argumentam que o enunciado do caso clínico permite mais de uma interpretação diagnóstica, contemplando duas alternativas plausíveis, sem fornecer elementos clínicos suficientes que possibilitem a exclusão inequívoca de uma delas, solicitando a ampliação do gabarito ou anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

O quadro clínico apresentado, associado ao contexto obstétrico, é típico de Taquipneia Transitória do Recém-Nascido (TTRN), condição benigna e autolimitada, que habitualmente evolui com melhora nas primeiras 24 a 72 horas de vida, mediante suporte ventilatório e oxigenoterapia, quando necessários.

Justifica-se a escolha dessa alternativa por se tratar de recém-nascido a termo, com apenas 3 horas de vida, faixa em que a TTRN constitui a causa mais frequente de desconforto respiratório precoce em recém-nascidos a termo ou próximos do termo. O início muito precoce dos sintomas, logo após o nascimento, com taquipneia, gemência expiratória e batimento de asas nasais, é característico da dificuldade de reabsorção do líquido pulmonar fetal, mecanismo fisiopatológico central dessa condição.

A presença de crepitações difusas à ausculta pulmonar é compatível com a persistência de líquido nos alvéolos, achado esperado na TTRN e coerente com a evolução clínica descrita.

A alternativa D está incorreta, pois a pneumonia congênita costuma estar associada a fatores de risco maternos relevantes, como febre intraparto, corioamnionite e ruptura prolongada de membranas, elementos ausentes no caso apresentado, além de geralmente cursar com evolução clínica mais grave e menos autolimitada.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Sociedade Brasileira de Pediatria – SBP. Departamento Científico de Neonatologia. Desconforto respiratório do recém-nascido.

SBP, Manual de Neonatologia, 2022/2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Guia para profissionais de saúde. Volume 3 – Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos e neurológicos.** Brasília: MS, 2014

QUESTÃO Nº 24

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a alteração do gabarito para a alternativa A, argumentando que o recém-nascido apresenta saturação pré-ductal de 94% e pós-ductal de 96%, com diferença inferior a 3%, achado que, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, é classificado como resultado normal no teste do coraçãozinho, não havendo indicação de repetição imediata do exame.

JUSTIFICATIVA:

Com base no fluxograma do “teste do coraçãozinho”, para resultado negativo, é necessário $SpO_2 \geq 95\%$ em ambas as medidas (pré e pós-ductal) e diferença $\leq 3\%$. No caso, a mão direita (pré-ductal) está 94% (faixa intermediária/duvidosa). Nessa situação, a conduta é repetir o exame após 1 hora antes de definir “teste alterado” e indicar investigação. O POP também explicita que SpO_2 entre 90–94% requer repetição em 1 hora.

A alternativa A está incorreta, pois, apesar da diferença entre as saturações ser inferior a 3%, não houve saturação $\geq 95\%$ em ambas as medidas, uma vez que a saturação pré-ductal foi de 94%. Dessa forma, o resultado não pode ser classificado como negativo/normal no teste do coraçãozinho, conforme os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria, o que invalida a interpretação proposta na alternativa.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde: Triagem Neonatal – Teste do Coraçãozinho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011**. Institui a triagem por oximetria de pulso para detecção precoce de cardiopatias congênitas críticas. Brasília: MS, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Neonatologia. **Oximetria de pulso na triagem de cardiopatias congênitas críticas em recém-nascidos**. SBP, Atualização 2020.

QUESTÃO Nº 27

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSOS:

- a) O enunciado descreve lactente de 5 meses com primeiro episódio de infecção do trato urinário (ITU) febril, com boa resposta clínica ao tratamento antibiótico, sem elementos clínicos ou laboratoriais que permitam caracterizar pielonefrite. Argumenta que não seria possível estabelecer tal diagnóstico a partir das informações apresentadas, solicitando anulação da questão.
- b) Como o enunciado traz um caso com bom desfecho, o lactente teve boa resposta ao tratamento clínico, a alternativa C também é considerada uma conduta correta para o caso clínico proposto.

JUSTIFICATIVA:

A indicação de ultrassonografia de rins e vias urinárias após o primeiro episódio de ITU febril em lactentes e crianças pequenas, especialmente na faixa etária inferior a 24 meses, não depende

do diagnóstico clínico de pielonefrite, tampouco da presença de sinais laboratoriais de acometimento parenquimatoso renal.

As diretrizes nacionais e internacionais recomendam a realização do exame após a resolução do quadro infeccioso, com o objetivo de rastrear anomalias estruturais do trato urinário que possam demandar acompanhamento ou intervenção específica, independentemente da gravidade clínica inicial ou da resposta ao tratamento.

Dessa forma, a ausência de critérios para pielonefrite no enunciado não invalida a conduta indicada, uma vez que o critério determinante é a ocorrência de ITU febril em lactente, condição plenamente descrita no caso apresentado.

Ressalta-se que a realização de ultrassonografia de rins e vias urinárias na fase aguda não é recomendada em lactentes menores de 6 meses com boa resposta clínica ao tratamento da infecção do trato urinário em até 48 horas, devendo ser realizado após a resolução do quadro infeccioso.

Assim, fica mantido o gabarito, uma vez que os recursos são improcedentes.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nefrologia. *Infecção do trato urinário na infância: diagnóstico, tratamento e seguimento*. SBP, 2021.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Young Children 2 to 24 Months*. Pediatrics, 2021

QUESTÃO Nº 28

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que a observação hospitalar por 24h é a conduta mais segura e custo-efetiva para objetos rombos em esôfago quando não há sinais de alarme, solicitando a modificação do gabarito para a alternativa A, por considerar ser a tecnicamente correta e cientificamente embasada, ou anulação da questão, por apresentar duas condutas clinicamente aceitáveis.

JUSTIFICATIVA:

O enunciado do caso clínico evidência, ao exame radiológico, a presença de corpo estranho (moeda) impactado no esôfago, ao nível de T2–T3, achado que define conduta imediata.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, corpos estranhos localizados no esôfago devem ser removidos por endoscopia, independentemente da presença de sintomas, preferencialmente nas primeiras 24 horas, em razão do risco de lesão de mucosa, perfuração esofágica e aspiração.

A observação clínica expectante é considerada adequada apenas quando o objeto já ultrapassou o esôfago e se encontra no estômago, desde que a criança esteja assintomática e o corpo estranho seja de baixo risco, o que não se aplica ao cenário descrito.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Gastroenterologia. *Ingestão de corpos estranhos na infância: diagnóstico e manejo*. Documento científico SBP, 2022.

Nelson – Tratado de Pediatria (21ª ed.)

QUESTÃO Nº 32

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente solicita anulação da questão considerando que o esquema terapêutico apresentado na alternativa não corresponde ao recomendado pela literatura de referência.

JUSTIFICATIVA:

De fato, as diretrizes atuais recomendam, como esquemas de primeira linha para o tratamento da enterobíase, o mebendazol 100 mg VO em dose única ou o albendazol 400 mg VO em dose única, ambos com repetição após duas semanas, em razão de sua elevada eficácia, segurança e melhor adesão terapêutica.

Entretanto, embora o esquema de mebendazol 100 mg VO, duas vezes ao dia, por três dias não corresponda ao regime terapêutico padrão específico para enterobíase, sua utilização não caracteriza tratamento inadequado, uma vez que o fármaco apresenta eficácia comprovada contra *Enterobius vermicularis*.

Ademais, esse esquema é amplamente utilizado no tratamento empírico das helmintíases, especialmente em contextos de maior vulnerabilidade social, nos quais são frequentes coinfeções parasitárias, justificando a escolha de esquemas com espectro mais amplo.

Assim, a alternativa não descreve um esquema incorreto ou ineficaz, mas sim uma opção terapêutica válida e clinicamente adequada, ainda que não preferencial, para o tratamento da enterobíase, não havendo erro conceitual que justifique a anulação da questão.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; et al.

Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. **Cap. 158: Parasitoses intestinais.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Helmintíases e Protozooses na Infância: Diagnóstico e Tratamento.* SBP, 2021.

QUESTÃO Nº 33

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação da questão, argumentado que, embora o quadro descrito seja compatível com exantema súbito, ele não é exclusivo desse diagnóstico, uma vez que outras doenças infecciosas comuns na infância, em especial a dengue, podem cursar com manifestações clínicas semelhantes, sobretudo em lactentes.

JUSTIFICATIVA:

A questão solicita a identificação do diagnóstico mais provável, e o Exantema Súbito é a condição que melhor se ajusta ao quadro clínico descrito. Trata-se de uma doença exantemática aguda da infância, também conhecida como roséola infantil ou sexta doença, caracterizada por febre alta de início súbito, sem sinais localizatórios, geralmente em crianças menores de dois anos, seguida de exantema maculopapular róseo, começando no tronco após a defervescência da febre.

O Exantema Súbito é causado predominantemente pelo **Herpesvírus Humano tipo 6 (HHV-6)** e, menos frequentemente, pelo **HHV-7**, apresentando curso autolimitado e bom prognóstico em crianças imunocompetentes. Esse conjunto de achados clínicos diferencia a condição de outras doenças exantemáticas comuns da infância, sustentando o diagnóstico como o mais provável no contexto apresentado.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de Vigilância em Saúde: Doenças exantemáticas*. Brasília: MS, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Doenças exantemáticas na infância: diagnóstico diferencial*. SBP, 2021.

NELSON, W. E. *Tratado de Pediatria*. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. *Roseola (Human Herpesvirus 6)*, 2023

QUESTÃO Nº 35

SITUAÇÃO: Recurso Procedente

RECURSO:

Candidato alega que, conforme as recomendações atuais do Ministério da Saúde, o esquema vacinal contra o HPV para meninas e meninos de 9 a 14 anos passou a ser realizado em dose única, independentemente do início da vida sexual. Com base nesse argumento, solicita anulação da questão por entender que nenhuma das alternativas apresentadas estaria correta à luz da diretriz nacional vigente.

JUSTIFICATIVA:

O recurso do candidato se fundamenta em atualização normativa vigente e alinhada às recomendações atuais do Ministério da Saúde para a imunização contra o HPV no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI).

Considerando que nenhuma alternativa contempla corretamente o esquema atual preconizado, justifica-se o deferimento do recurso, com a consequente anulação da questão.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Calendário Nacional de Vacinação: 2024. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

QUESTÃO Nº 39

SITUAÇÃO: Recurso procedente – alteração do gabarito, sem anulação da questão.

RECURSOS:

- a) Solicitação de alteração do gabarito da alternativa A para a alternativa B.
- b) Solicitação de anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Após análise técnica fundamentada nas diretrizes clínicas atuais para o manejo da Otite Média Aguda (OMA) em pediatria, a Banca Examinadora conclui que assiste razão parcial aos recorrentes, apenas no que se refere à alteração do gabarito, não sendo cabível a anulação da questão.

A alternativa (B) é a que melhor reflete a conduta recomendada pelas diretrizes contemporâneas, ao preconizar a observação inicial (conduta expectante) em crianças com idade igual ou superior a 2 anos, com OMA unilateral e quadro clínico leve, conforme descrito a seguir:

- Não iniciar antibioticoterapia de forma imediata;
- Instituir analgesia e/ou antitérmico (paracetamol ou ibuprofeno);
- Orientar reavaliação clínica em 48 a 72 horas;
- Indicar antibiótico apenas em caso de piora clínica, persistência de febre ou dor, surgimento de otorreia.

Assim, o enunciado mostra-se válido e compatível com as diretrizes vigentes, não havendo fundamento para anulação da questão, ficando o gabarito alterado para a alternativa B

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Otite Média Aguda: Diagnóstico e Tratamento*. SBP, 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. *Clinical Practice Guideline: Otitis Media*. Pediatrics, 2019.

QUESTÃO Nº 49

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato argumenta que os novos indicadores de indução de boas práticas da APS têm caráter orientador, formativo e indutor de qualidade, e não fiscalizatório. Sustenta que a alternativa D, ao enfatizar “monitoramento”, distorce o propósito oficial da política. Portanto, solicita a troca do gabarito de alternativa D para C ou a devida anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Após a análise do recurso, embora a argumentação apresentada seja pertinente, verifica-se que a finalidade oficial dos novos indicadores de indução de boas práticas permanece centrada no monitoramento da qualidade das ações desenvolvidas pelas equipes e na identificação de lacunas assistenciais, com vistas à qualificação do cuidado ofertado nos territórios, conforme descrito na alternativa (D).

A alternativa (C) está incorreta, uma vez que os indicadores não foram instituídos com o objetivo de substituir um parâmetro exclusivo de avaliação ou financiamento, tampouco foram apresentados como métrica substitutiva direta do IDAPS, o qual já havia sido superado por metodologias anteriores no âmbito do financiamento da Atenção Primária.

Dessa forma, não se identificam inconsistências técnicas ou conceituais que justifiquem a alteração do gabarito ou a anulação da questão, mantendo-se, portanto, a resposta originalmente indicada.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.493, de 10 de abril de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6/2017 para dispor sobre o financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 abr. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Nota Técnica nº 14/2024-SAPS/MS. Brasília, DF, 2024.

QUESTÃO Nº 50

SITUAÇÃO: Recurso procedente

RECURSOS:

Os candidatos recorrentes alegam que o gabarito preliminar aponta como correta a alternativa A (SISNASC), entretanto tal denominação não corresponde a nenhum subsistema oficial vigente do Sistema Único de Saúde para notificação de nascidos vivos. O sistema oficialmente instituído pelo Ministério da Saúde para registro e notificação de nascidos vivos é o SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos). Diante do exposto, solicitam anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Após a análise dos argumentos apresentados, verifica-se a ocorrência de erro material de digitação na questão, capaz de prejudicar a adequada compreensão do enunciado e o julgamento do candidato.

Diante disso, acolhem-se os recursos interpostos, declarando-se a anulação da questão, com a atribuição da respectiva pontuação a todos os candidatos, em conformidade com as normas previstas no edital.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/sistemas-de-informacao/sinasc>

QUESTÃO Nº 51

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSOS:

- a) O candidato solicita a anulação da questão por ambiguidade nas diretrizes nacionais sobre rastreamento do câncer de mama em mulheres de 40–49 anos. Argumenta que o Ministério da Saúde e o INCA não recomendam rastreamento rotineiro nessa faixa etária e que a menção à decisão compartilhada gera sobreposição conceitual, sem alternativa inequívoca.
- b) O candidato contesta o gabarito da alternativa B, alegando ausência de respaldo nas diretrizes oficiais para rastreamento mamográfico em mulher assintomática de 45 anos. Sustenta que a literatura e as diretrizes do Ministério da Saúde desaconselham essa conduta fora da faixa de 50–69 anos, caracterizando potencial erro técnico e justificando a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Embora a recomendação prioritária de rastreamento populacional do câncer de mama permaneça dirigida às mulheres de 50 a 69 anos, com mamografia bienal, as orientações atuais do Ministério da Saúde reconhecem que a mamografia pode ser realizada a partir dos 40 anos,

desde que no contexto de decisão compartilhada, com prévio esclarecimento quanto aos benefícios, riscos e limitações, sem que isso configure rastreamento populacional de rotina.

À luz desse novo marco normativo, a conduta baseada em decisão compartilhada em mulheres assintomáticas de 40 a 49 anos passou a ser formalmente admitida, o que modifica o enquadramento técnico de itens avaliativos elaborados exclusivamente com base em recomendações anteriores.

Considerando que a questão incorpora essa atualização e delimita de forma explícita o contexto avaliado (rastreamento populacional versus decisão compartilhada), inexistindo fundamento para a anulação da questão, fica mantido o gabarito originalmente indicado.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Ministério da Saúde. Ministério da Saúde garante acesso a mamografia a partir dos 40 anos disponíveis em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/setembro/ministerio-da-saude-garante-acesso-a-mamografia-a-partir-dos-40-anos>

Brasil. Lei 15.284/2025 de 19.12.2025, o SUS garante mamografias gratuitas para mulheres a partir dos 40 anos; Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/Lei/L15284.htm

QUESTÃO Nº 61

SITUAÇÃO: Recurso procedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo protocolo de toxoplasmose do Ministério da Saúde o melhor tratamento seria Espiramicina e repetir sorologia em 3 semanas, não havendo resposta correta. Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa (B) não é correto. Sendo assim, solicita a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Embora protocolos internacionais já apontem benefício em iniciar esquema tríplice após 16 semanas de gestação e em realizar a investigação da infecção fetal a partir de 18 semanas, as diretrizes brasileiras mantêm orientação distinta.

De acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, deve-se iniciar Espiramicina de forma imediata, mantendo-a até a obtenção do resultado da repetição da sorologia após três semanas, especialmente nos casos de suspeita de infecção materna recente, como estratégia para reduzir o risco de transmissão vertical, enquanto se aguarda a confirmação diagnóstica e a definição de conduta subsequente.

Desta forma anula-se a questão, uma vez que o recurso é procedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

QUESTÃO Nº 63

SITUAÇÃO: Recurso procedente

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que a questão possui 2 alternativas corretas, segundo o conceito atual de aborto do Ministério da Saúde. Sendo assim, solicitam a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De fato, o conceito vigente de aborto espontâneo adotado no Brasil, em conformidade com as diretrizes do Ministério da Saúde, define-o como a interrupção da gestação intrauterina não viável até 20–22 semanas de idade gestacional ou com peso fetal inferior a 500 g.

Dessa forma, o enunciado da questão admite mais de uma interpretação válida, uma vez que o intervalo gestacional contemplado pelo conceito de abortamento pode abranger mais de uma alternativa apresentada, comprometendo a existência de resposta única e inequívoca.

Assim, fica anulada a questão, uma vez que o recurso é procedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

DUNCAN, Bruce B. et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. Capítulo: Abortamento.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

QUESTÃO Nº 64

SITUAÇÃO: **Recurso Improcedente**

RECURSO:

Os candidatos recorrentes alegam que, de acordo com o PCDT IST vigente, gestantes com teste não reagente para sífilis não devem receber tratamento empírico com penicilina benzatina, mesmo em situação de exposição sexual recente, devendo ser submetidas a acompanhamento sorológico. Além disso, o esquema terapêutico proposto na alternativa mistura conceitos de profilaxia e tratamento, sem que essa conduta esteja claramente normatizada no PCDT, o que torna a interpretação da questão ambígua. Sendo assim, solicitam a anulação da questão ou mudança de gabarito.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para IST do Ministério da Saúde, na presença de teste rápido para sífilis não reagente, ausência de úlcera genital e histórico de parceria sexual nos últimos 3 meses com diagnóstico de sífilis não tratada, a conduta recomendada é o tratamento presumido para sífilis recente, em razão do período de janela imunológica, com repetição da testagem para sífilis após 30 dias. A testagem de rotina na 28ª semana de gestação é indicada apenas na ausência de exposição nos últimos 3 meses, e

não está indicada a realização de teste complementar quando o primeiro teste for não reagente e não houver suspeita clínica de sífilis primária

Ressalta-se que quando a sífilis é o diagnóstico mais provável ou quando não se pode garantir o retorno da pessoa ao serviço de saúde, não se deve postergar o início do tratamento à espera

de confirmação laboratorial, devendo-se priorizar a interrupção da cadeia de transmissão e a redução do risco de complicações maternas e fetais.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

Guia de Vigilância em Saúde, 5ª edição, MS, 2022.

QUESTÃO N° 67

SITUAÇÃO: Recurso improcedente

RECURSOS:

- a) O candidato solicita a anulação da questão, alegando que, segundo manuais da FEBRASGO e do Ministério da Saúde, haveria outras condutas cirúrgicas mais adequadas, inexistindo alternativa plenamente correta.
- b) O candidato argumenta que, conforme o Manual da FEBRASGO, o manejo inicial da inversão uterina aguda deve ser conservador, com reposição imediata do útero e estabilização materna, sendo a histerectomia medida excepcional. Sustenta que a alternativa A está alinhada às diretrizes, pois o enunciado não descreve falha do tratamento conservador.

JUSTIFICATIVA:

O enunciado descreve que, após a extração fetal, ocorreu sangramento vaginal volumoso, achado que sugere clinicamente ausência do miométrio ou espessura miometrial extremamente reduzida, condição que inviabiliza o pinçamento vascular eficaz e impossibilita a realização de suturas hemostáticas adequadas, reforçando a gravidade do quadro hemorrágico descrito.

Neste contexto, a reposição volêmica imediata configura-se como medida de suporte essencial, com a finalidade de manter a perfusão tecidual e a estabilidade hemodinâmica até a instituição do tratamento definitivo indicado, que consiste na histerectomia total com a placenta mantida *in situ*. Essa estratégia é reconhecida por reduzir o risco de hemorragia maciça e, consequentemente, diminuir a mortalidade materna.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de alto risco: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

QUESTÃO N° 71

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos alegam que o progestagênio isolado é método seguro, eficaz e indicado na amamentação exclusiva e não interferem na produção de leite, Alternativa que propõe inserção futura não atende ao comando “neste momento”, solicitando mudança de gabarito para A ou anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS), incorporados às recomendações do Ministério da Saúde, os métodos anticoncepcionais hormonais contendo apenas progestagênio são classificados como categoria 3 para lactantes com menos de 6 semanas pós-parto, ou seja, o uso geralmente não é recomendado, em razão do potencial teórico de interferência na produção láctea, especialmente antes do estabelecimento pleno da lactação. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) também adota uma posição cautelosa em relação ao uso de progestagênio isolado em mulheres em amamentação exclusiva com menos de 6 semanas pós-parto, recomendando priorizar métodos não hormonais.

A partir de seis semanas após o parto, esses métodos passam a ser considerados seguros para uso em lactantes, não havendo evidências consistentes de prejuízo ao aleitamento materno, sendo, portanto, opção adequada no planejamento reprodutivo pós-parto. Essa orientação é corroborada pela literatura de referência em Atenção Primária, incluindo Duncan – Medicina Ambulatorial, que reforça a preferência por métodos não hormonais ou hormonais após a consolidação da amamentação, respeitando o tempo fisiológico de adaptação materno-infantil.

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

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.

Protocolo da AB – Saúde das mulheres, 2016

CAB N° 26 – Saúde sexual e saúde reprodutiva

QUESTÃO N° 72

SITUAÇÃO: **Recurso Improcedente**

RECURSO:

O candidato argumenta que a alternativa D é tecnicamente incorreta, pois atribui ao teste molecular de DNA-HPV capacidade de diagnosticar lesões cervicais, o que contraria as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero. Sustenta que o teste

detecta apenas a presença de HPV oncogênico, sendo a identificação de lesões de alto grau (NIC 2/3) dependente de etapas diagnósticas subsequentes. Diante disso, solicita a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I, os testes de DNA-HPV detectam diretamente a presença do vírus oncogênico responsável pela grande maioria dos casos de câncer do colo do útero, antes que ocorram alterações celulares visíveis na citologia, o que aumenta a sensibilidade para identificar lesões precursoras e infecções persistentes associadas a maior risco de progressão para câncer.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero: Parte I – Rastreamento organizado com testes de DNA-HPV oncogênico. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 29 jul. 2025.

QUESTÃO Nº 73

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, nos casos em que o teste de DNA-HPV é positivo para tipos oncogênicos não 16/18, está indicada a citologia reflexa. Todavia, a própria diretriz estabelece,

de forma expressa, que essa citologia integra o processamento laboratorial do exame, não se tratando de uma etapa clínica a ser solicitada posteriormente pelo médico assistente.

Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa (C) não é correto. Sendo assim, solicita a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

Conforme as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero, aprovadas pelo Ministério da Saúde, nos casos de teste de DNA-HPV positivo para tipos oncogênicos não

16/18, a citologia reflexa está indicada como a conduta imediata, compondo o fluxo de rastreamento organizado.

Embora a diretriz estabeleça que a citologia reflexa integra o processamento laboratorial do exame — e, portanto, não represente uma nova solicitação clínica autônoma — isso não descaracteriza a citologia reflexa como a conduta correta a ser adotada diante do resultado apresentado. Do ponto de vista avaliativo, a questão busca identificar o passo subsequente previsto no algoritmo oficial, e não diferenciar responsabilidades operacionais entre laboratório e médico assistente.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde; Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 13, de 29 de julho de 2025. Aprova as Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero: Parte I - Rastreamento organizado utilizando testes moleculares para detecção de DNA

QUESTÃO Nº 74

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo o Tratado de Ginecologia da Febrasgo, FSH deve ser pedido para todas as pacientes, para que seja possível direcionar a causa da amenorreia primária. Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa (A) não é correto. Sendo assim, solicita a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, na investigação da amenorreia primária, a abordagem inicial deve ser orientada pela presença ou ausência de caracteres sexuais secundários. Na ausência desses caracteres, estão indicadas dosagens hormonais, especialmente LH e FSH, para avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-ovários.

Por outro lado, quando a adolescente já apresenta caracteres sexuais secundários, mas ainda não ocorreu a menarca, a ultrassonografia pélvica é o exame inicial indicado, com o objetivo de avaliar a presença e a anatomia do útero e dos anexos.

No caso apresentado, a paciente já possui caracteres sexuais secundários desenvolvidos, razão pela qual a ultrassonografia pélvica constitui a primeira etapa propedêutica, conforme indicado

no gabarito. A dosagem hormonal seria a investigação inicial apenas se os caracteres sexuais secundários estivessem ausentes, o que não se aplica ao cenário descrito

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

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

QUESTÃO Nº 76

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato recorrente alega que segundo os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, 2016), o DIU hormonal apresenta alta eficácia, com índice de Pearl extremamente baixos, evidenciando sua superioridade em relação a outros métodos contraceptivos, como hormônios combinados, ligadura tubária e implante subdermico.

Diante do exposto, o gabarito oficial que aponta a alternativa (D) não é correto. Sendo assim, solicita a alteração de gabarito para a alternativa (C).

JUSTIFICATIVA:

De acordo com as diretrizes e protocolos oficiais vigentes e com a bibliografia de referência adotada, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) apresentam as menores taxas de falha entre os métodos disponíveis. Nesse grupo, o implante subdérmico apresenta índice de Pearl inferior ao do DIU hormonal, mantendo eficácia superior também quando comparado aos hormônios combinados e à ligadura tubária, sobretudo por não depender do uso correto pela usuária.

Embora o DIU hormonal seja um método de altíssima eficácia, com índice de Pearl muito baixo, não é o método com menor taxa de falha entre as alternativas apresentadas. As referências citadas são consistentes ao apontar o implante subdérmico como o método com menor índice de falha global.

No Brasil, o único implante aprovado para contracepção é o Implanon NXT®, que é um bastão único, com cerca de 4 cm de comprimento por 2 mm de espessura, contendo 68 mg de ENG, metabólito biologicamente ativo do desogestrel, envolvido em uma membrana de acetato de etileno vinil radiopaco (B). Sua ação contraceptiva dura três anos e sua inserção é subdérmica, realizada preferencialmente na porção posteromedial do braço não dominante, abaixo do sulco entre o bíceps e o tríceps. O progestagênio, liberado de forma contínua, inibe a ovulação, além de provocar alterações no muco cervical e no endométrio (C). O índice de Pearl no primeiro ano é de 0,05%.

Dessa forma, a alternativa (D) permanece tecnicamente correta, não havendo fundamento para a alteração do gabarito para a alternativa (C). O recurso, portanto, é indeferido, mantendo-se o gabarito originalmente divulgado.

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

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática*. São Paulo: Artes Médicas, 2018.

DUNCAN, Bruce B.; et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Contracepção reversível de longa ação*. São Paulo: FEBRASGO, 2022. 44 p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, n. 1).

QUESTÃO Nº 80

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos recorrentes argumentam que, à luz do quadro clínico apresentado, o diagnóstico mais compatível seria de Doença Inflamatória Pélvica (DIP), e não de cervicite. Sustenta que, conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), o tratamento indicado para DIP incluiria ceftriaxona associada à doxiciclina, razão pela qual considera incorreta a alternativa (C) apontada no gabarito oficial.

Diante disso, solicita a alteração do gabarito para a alternativa (D) ou, subsidiariamente, a anulação da questão.

JUSTIFICATIVA:

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para IST do Ministério da Saúde, as infecções por *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae* em mulheres frequentemente são assintomáticas e não cursam com corrimento vaginal. Entretanto, na presença de muco-pus cervical, friabilidade do colo uterino ou teste do cotonete positivo ao exame especular, está indicada a instituição de tratamento para gonorreia e clamídia, uma vez que esses agentes constituem as principais causas de cervicite mucopurulenta (endocervicite), caracterizada por inflamação da mucosa endocervical.

Os sinais e sintomas da cervicite por *C. trachomatis* ou *N. gonorrhoeae* incluem, em 60% a 80% dos casos, dor à mobilização do colo, muco cervical turvo ou amarelado e friabilidade cervical, podendo ainda estar associados corrimento vaginal, dispareunia, disúria, dor pélvica e, ocasionalmente, febre, sem que isso, isoladamente, configure Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

Ainda conforme o PCDT, o diagnóstico clínico de DIP requer a presença simultânea de três critérios maiores associados a pelo menos um critério menor ou a um critério elaborado, sendo que estes últimos aumentam a especificidade diagnóstica. Na ausência dessa combinação de critérios, não se justifica o diagnóstico de DIP, devendo-se priorizar o manejo conforme cervicite, conforme estabelecido no gabarito

Deste modo, considerando que a paciente em questão não se enquadra no diagnóstico de DIP e sim de cervicite, fica mantido o gabarito, uma vez que o recurso é improcedente.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

QUESTÃO N° 82

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos solicitam a anulação alegando ambiguidade técnica no termo "Fórmula de Parkland/Baxter modificada" sem definição do coeficiente, o que permitiria múltiplos resultados.

JUSTIFICATIVA:

A Banca Examinadora indefere os recursos solicitados (tanto para anulação quanto para alteração de gabarito para a letra C). O gabarito oficial (B) está correto e alinhado com as diretrizes internacionais mais recentes de suporte ao trauma.

1. Distinção entre Fórmula Clássica e Modificada/Consenso: O recurso que solicita a mudança para a alternativa C (4.800 mL) baseia-se na Fórmula de Parkland Clássica ($4 \text{ mL} \times \text{kg} \times \% \text{SCQ}$), conforme descrito historicamente em edições antigas do Sabiston (como a 18ª Ed., Tabela 22-2). No entanto, o enunciado da questão solicita especificamente a aplicação da regra "Modificada". Na prática atual do trauma, a modificação da fórmula de Parkland (também chamada de Fórmula de Consenso da American Burn Association) refere-se à redução do volume de cristaloides para evitar a "ressuscitação excessiva" (fluid creep) e complicações como a síndrome compartimental abdominal e edema pulmonar.

2. Diretriz do ATLS 10ª/11ª Edição : O manual do Advanced Trauma Life Support (ATLS 11ª Edição) estabelece explicitamente que, para adultos com queimaduras térmicas, a ressuscitação deve ser iniciada com $2 \text{ mL de Ringer Lactato} \times \text{peso (kg)} \times \% \text{SCQ}$.

Cálculo correto (ATLS 11):

- Volume total (24h) = $2 \text{ mL} \times 80 \text{ kg} \times 30\% = 4.800 \text{ mL}$.
- Volume nas primeiras 8 horas (50%) = 2.400 mL .

3. A alternativa C (4.800 mL nas primeiras 8h) resultaria de um cálculo total de 9.600 mL (baseado em 4 mL), o que corresponde à conduta antiga/clássica, que o enunciado excluiu ao usar o termo "modificada". 4. Inexistência de Ambiguidade: Embora o Washington Manual of Surgery cite uma faixa de "2 a 4 mL", o ATLS padroniza o início em 2 mL para adultos e reserva volumes maiores (3 mL ou 4 mL) para populações pediátricas ou queimaduras elétricas. Como o paciente é um adulto (50 anos) com queimadura térmica, a única conduta inicial correta segundo o protocolo atualizado é 2 mL, validando inequivocamente a alternativa B.

Assim, o uso do termo "Fórmula Modificada" exige que o candidato demonstre conhecimento da atualização dos protocolos que reduziu a carga volêmica inicial em adultos. Portanto, a alternativa B é a única resposta tecnicamente correta.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

ATLS - Suporte Avançado de Vida no Trauma, 11ª Edição. Capítulo 9: Lesões Térmicas (Seção: Ressuscitação Hídrica).

QUESTÃO Nº 83

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação da questão alegando imprecisão técnica e ambiguidade. Argumenta que, segundo as diretrizes de Tóquio (TG18), a conduta dependeria da estratificação de gravidade (Graus I, II ou III), a qual não estaria clara no enunciado. Sustenta que, na ausência dessa classificação, tanto a alternativa (A) — antibioticoterapia e estabilização — quanto a (B) — CPRE — poderiam ser consideradas corretas.

JUSTIFICATIVA:

A banca examinadora, após análise técnica criteriosa, decide pela manutenção do gabarito (Alternativa A). A questão descreve um quadro clássico de colangite aguda manifestado pela Tríade de Charcot. O cerne da pergunta reside na identificação do "tratamento inicial imediato mais importante, além do suporte hemodinâmico".

De acordo com as Tokyo Guidelines 2018 (TG18), que regem o manejo da colangite aguda, o tratamento baseia-se em três pilares: suporte sistêmico (reposição volêmica), antibioticoterapia e drenagem biliar. Independentemente da classificação de gravidade (Grau I, II ou III), a administração de antimicrobianos intravenosos deve ser iniciada de forma imediata assim que se suspeita do diagnóstico, preferencialmente na primeira hora, precedendo inclusive a realização de procedimentos invasivos como a CPRE.

Embora a drenagem biliar (CPRE) seja o tratamento definitivo para a descompressão na colangite obstrutiva, ela é considerada uma intervenção de urgência ou emergência que ocorre após ou concomitantemente ao início da estabilização clínica e antibioticoterapia.

Em um cenário de Unidade de Pronto Atendimento ou Admissão Hospitalar, a conduta que reduz mortalidade de forma mais imediata e universal a todos os graus de colangite é o controle do foco infeccioso sistêmico com antibióticos.

Portanto, a alternativa A descreve o passo inicial indispensável e prioritário no manejo de qualquer paciente com suspeita de colangite aguda antes da execução de procedimentos endoscópicos ou cirúrgicos.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Tokyo Guidelines 2018 (TG18): Management bundles for acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences.

Ministério da Saúde (Brasil). Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Lopes, A. C. Tratado de Clínica Médica. 3ª Edição. Editora Roca, 2016

QUESTÃO Nº 84

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação da questão alegando ambiguidade no comando e a existência de múltiplas alternativas corretas (A, C e D). Argumenta que a laparotomia é uma alternativa válida, que o uso de vasopressores é prioritário no choque séptico segundo a Surviving Sepsis Campaign e que o enunciado não especifica a disponibilidade de recursos (CPRE)

JUSTIFICATIVA:

Após análise técnica e fundamentada nas diretrizes internacionais de manejo de doenças biliares e sepse, a banca mantém o gabarito original (Alternativa C) pelos seguintes motivos:

1. Diagnóstico de Gravidade: O paciente apresenta a Pêntade de Reynolds (dor abdominal, icterícia, febre, hipotensão e alteração do estado mental), o que o classifica como portador de Colangite Aguda Grau III (Grave), conforme os critérios de Tóquio 2018 (TG18).
2. Prioridade Terapêutica (Controle do Foco): Na colangite aguda grave, a estabilização hemodinâmica deve ocorrer simultaneamente à preparação para o controle do foco infeccioso. A diretriz TG18 é categórica ao afirmar que a descompressão biliar urgente é o pilar do tratamento para pacientes que não respondem à ressuscitação inicial.
3. Superioridade da CPRE (Alternativa C): Embora a drenagem possa ser feita por via percutânea ou cirúrgica, a descompressão endoscópica (CPRE) é considerada o padrão-ouro por apresentar menores taxas de morbidade e mortalidade em comparação à laparotomia em pacientes críticos. A alternativa "C" utiliza o termo "geralmente por CPRE", o que reflete a prática clínica recomendada e a literatura atual.
4. Incorreção da Alternativa A: A laparotomia exploradora (drenagem cirúrgica) em um paciente com instabilidade hemodinâmica por colangite grave é associada a uma

mortalidade significativamente maior e, portanto, é reservada apenas para casos onde o acesso endoscópico ou percutâneo falhou ou é indisponível. Em uma prova de residência, busca-se a conduta de escolha (padrão-ouro).

5. Incorreção da Alternativa D: A administração de vasopressores isoladamente, "sem descompressão biliar", conforme escrito na alternativa, é um erro técnico grave. Sem a remoção da obstrução (fonte da infecção), o choque séptico na colangite não será revertido apenas com suporte hemodinâmico.

Portanto, a alternativa C é a única que descreve a intervenção definitiva necessária com a técnica preferencial indicada pela literatura médica especializada.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

Tokyo Guidelines 2018 (TG18): Management strategies for acute cholangitis and cholecystitis. Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences. Seção: "Urgent biliary drainage in Grade III acute cholangitis". Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jhbp.504>

SABISTON. Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 21ª Edição. Capítulo 54: "Sistema Biliar" (Seção sobre Colangite Aguda e métodos de drenagem), pág. 1450-1460.

HARRISON. Medicina Interna. 21ª Edição. Capítulo 341: "Doenças da Vesícula Biliar e dos Ductos Biliares".

QUESTÃO Nº 89

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos alegam ambiguidade nos valores de FC e FR, que estariam nos limites entre as Classes III e IV do choque, e argumentam que a 11ª edição do ATLS mudou a categorização.

JUSTIFICATIVA:

A classificação baseia-se no marcador de maior gravidade. O paciente apresenta estado mental "letárgico" e diurese "desprezível" (< 5 mL/h), critérios exclusivos da Classe IV no ATLS 10ª e 11ª edições. Na Classe III, o paciente estaria "confuso" e a diurese seria de 5-15 mL/h.

Portanto, a presença de letargia e falência renal iminente (anúria/oligúria extrema) sobrepõe-se aos valores limítrofes de FC e FR, confirmando que o paciente já atingiu o estágio mais crítico do choque.

Assim, a manutenção do gabarito na alternativa D é imperativa por representar a realidade clínica de maior risco à vida.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. ATLS: Advanced Trauma Life Support: Student Course Manual. 10. ed. Chicago: American College of Surgeons, 2018. Capítulo 3 (Shock), Tabela 3.1, pág. 45-47.

TOWNSEND, C. M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia. 21. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2022. Capítulo sobre Choque e Ressuscitação.

QUESTÃO Nº 91

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos solicitam a alteração do gabarito da alternativa (C) para a alternativa (A). Argumenta que, por tratar-se de uma vítima de queda (trauma), a manobra de escolha deveria ser a tração da mandíbula (jaw-thrust) para proteção da coluna cervical, conforme preconizado pelo manual ATLS 10ª edição.

JUSTIFICATIVA:

Embora os candidatos estejam corretos ao afirmar que em vítimas de trauma a proteção cervical é prioritária, o enunciado da questão trouxe uma especificação clínica crucial que direciona a resposta: "Não há suspeita de trauma cervical".

Trata-se de uns cenários hipotéticos para testar o conhecimento de manobras específicas. No suporte básico de vida (BLS) e em protocolos de emergência, a manobra de inclinação da cabeça e elevação do queixo (head tilt-chin lift) é a técnica padrão e preferencial para abertura

de vias aéreas em pacientes inconscientes quando a lesão cervical foi formalmente descartada ou não é suspeita.

De acordo com o próprio ATLS (10ª edição), no capítulo de "Airway and Ventilatory Management" (p. 28):

- A manobra de chin-lift é recomendada para abrir a via aérea;
- Ressalva-se que, se houver suspeita de trauma de coluna, deve-se realizar o jaw-thrust;
- Como o enunciado afirma categoricamente que não há suspeita, a restrição ao movimento da cabeça perde o seu fundamento obrigatório no contexto da questão, tornando a manobra de inclinação da cabeça (head tilt) a técnica correta e mais eficaz para elevar a base da língua.

Portanto, a questão avalia se o candidato sabe distinguir a manobra padrão da manobra de exceção (usada apenas no trauma cervical). Uma vez que a suspeita de trauma cervical foi excluída pelo enunciado, a alternativa C permanece como a conduta técnica correta.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): Student Course Manual. 10ª ed. Chicago: ACS, 2018. Capítulo 2: Airway and Ventilatory Management, p. 28 (seção "Airway Management").

AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA). Suporte Básico de Vida (BLS): Manual do Profissional. Edição 2020. Seção: Abertura da Via Aérea para Ventilações, p. 25-26. Disponível em: AHA - Guidelines for CPR and ECC.

QUESTÃO Nº 94

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato solicita a anulação alegando que o enunciado não especifica a etiologia (biliar ou não biliar), o que alteraria os valores de corte dos critérios de Ranson.

JUSTIFICATIVA:

A Banca Examinadora ratifica o gabarito oficial (Alternativa D). O candidato solicita a anulação da questão alegando que o enunciado não especifica a etiologia da pancreatite (biliar ou não biliar), o que alteraria os valores de referência dos Critérios de Ranson, conforme demonstrado nos Quadros 55-1 e 55-2 do Sabiston Tratado de Cirurgia.

No entanto, a resolução da questão baseia-se primordialmente na distinção entre os parâmetros de admissão e os parâmetros de 48 horas. O enunciado solicita explicitamente a lista dos "critérios de Ranson avaliados na admissão". Ao analisar as alternativas sob a luz da Tabela 55-1 do Sabiston (p. 1501):

1. Alternativa (A): Incorreta, pois inclui "Queda do hematócrito" e "Cálcio sérico", que são critérios avaliados nas primeiras 48 horas, não na admissão.
2. Alternativa (B): Incorreta, pois inclui "Sequestro de fluidos" (critério de 48 horas).
3. Alternativa (C): Incorreta, pois inclui "Sequestro de fluidos" e "Queda do hematócrito" (critérios de 48 horas).
4. Alternativa (D): É a única alternativa que lista exclusivamente os cinco parâmetros avaliados no momento da admissão (Idade, Leucócitos, Glicose, LDH e AST). Além disso, os valores apresentados na alternativa D (Idade > 55, Leucócitos > 16.000, Glicose > 200, LDH > 350, AST > 250) correspondem exatamente aos critérios para pancreatite não biliar (ou pancreatite por álcool/geral), que é a apresentação clássica da tabela de Ranson original.

Como as demais alternativas são invalidadas pela inclusão de critérios temporais errados (48h), não há prejuízo ao candidato ou ambiguidade real na seleção da resposta correta.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

TOWNSEND, C. M. et al. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica Moderna. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. Capítulo 55: Pâncreas Exócrino, p. 1501, Tabela 55-1.

QUESTÃO Nº 96

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

Os candidatos solicitam a anulação alegando que o tratamento conservador (dieta e fibras) não seria a conduta indicada para o Grau III, o qual exigiria intervenções como ligadura elástica.

JUSTIFICATIVA:

O quadro define o Grau III. As demais alternativas (A, C, D) trazem classificações de graus erradas. O Washington Manual of Surgery lista explicitamente dieta e fibras como opções iniciais para o Grau III para cessar o esforço evacuatório e inflamação antes de procedimentos.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

KLINGENSMITH, Mary E. The Washington Manual of Surgery. 6th ed. 2012. Cap. 12, p. 301, Tabela 12-1.

QUESTÃO Nº 98

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato alega erro formal e material sobre o período de início da fase proliferativa do processo de cicatrização.

JUSTIFICATIVA:

A Banca Examinadora ratifica o gabarito oficial (Alternativa C). A questão solicita o período que marca o início da fase proliferativa da cicatrização. De acordo com o The Washington Manual of Surgery, a cicatrização aguda ocorre em fases:

1. Fase Inflamatória (Precoce): Dura um período bem definido em feridas fechadas primariamente, aproximadamente 1 a 4 dias.
2. Fase Proliferativa (Intermediária): Envolve angiogênese, epitelização e proliferação de fibroblastos. A migração de fibroblastos (células chave para a deposição de colágeno) ocorre de 2 a 4 dias após a lesão. A contração da ferida começa 4 a 5 dias após a lesão.
3. Fase de Remodelação (Tardia): Começa aproximadamente aos 21 dias (3 semanas) após a lesão.

Analisando as alternativas:

- (A) "Após 3 semanas" marca o início da fase de Remodelação/Maturação, não a proliferativa.
- (B) "Imediatamente, nas primeiras 24 horas" corresponde à hemostasia e início da fase Inflamatória.
- (D) "Após 2 meses" corresponde à fase de Remodelação avançada.

- (C) "Aproximadamente 4 a 6 dias" é a única alternativa que corresponde corretamente à transição do fim da fase inflamatória (dia 4) para o estabelecimento da fase proliferativa.

O próprio recurso do candidato cita o Sabiston afirmando que a fase proliferativa ocorre entre "4-21 dias".

Sendo assim, a alternativa (C), que aponta o intervalo de 4 a 6 dias, está em perfeita consonância com a literatura citada pelo recorrente, marcando o início dessa fase. Não há erro técnico ou ambiguidade.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

KLINGENSMITH, Mary E. (Ed.). The Washington Manual of Surgery. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012. Chapter 6: Wound Healing and Care.

QUESTÃO Nº 99

SITUAÇÃO: Recurso Improcedente

RECURSO:

O candidato questiona a objetividade da questão, alegando que a conduta de antibioticoprofilaxia na herniorrafia inguinal depende da utilização ou não de tela protética. Argumenta que, embora o procedimento seja classificado como Cirurgia Limpa (Classe I), o uso de próteses (comum na técnica de Lichtenstein) tornaria a profilaxia recomendada. Por fim, solicita a alteração do gabarito para a alternativa B ou a anulação da questão por ambiguidade.

JUSTIFICATIVA:

A análise técnica do recurso demonstra que ele não deve prosperar pelos seguintes motivos:

1. Classificação da Cirurgia: O enunciado define claramente que o procedimento ocorre em área sem inflamação e sem abertura de tratos ociosos (respiratório, alimentar, etc.), o que caracteriza, de forma inequívoca, uma Cirurgia Limpa (Classe I). A alternativa (B), sugerida pelo candidato, refere-se a Cirurgia Limpa-Contaminada (Classe II), o que é tecnicamente incorreto para uma herniorrafia inguinal eletiva, independentemente do uso de tela.
2. Conduta de Profilaxia: A alternativa (D) afirma que a profilaxia "geralmente não é indicada, exceto em casos especiais". O uso de próteses (telas) ou fatores do paciente (imunossupressão, idade avançada) enquadram-se perfeitamente na ressalva "casos especiais" mencionada no texto da alternativa. Portanto, a alternativa contempla a variabilidade clínica citada pelo recorrente.
3. Consonância com a Literatura: Conforme o Tratado de Cirurgia Sabiston (citado pelo próprio candidato), a herniorrafia é o exemplo clássico de cirurgia limpa. Diretrizes de controle de infecção em serviços de saúde mantêm que, em cirurgias limpas, a profilaxia

4. não é a regra, sendo reservada para quando as consequências da infecção são graves (como no uso de próteses).
5. Ausência de Dupla Resposta: A alternativa (B) está factualmente errada quanto à classificação da ferida (Classe II), o que impossibilita sua aceitação como gabarito.

Dessa forma, a questão permanece clara, correta e alinhada com as definições básicas de técnica cirúrgica e infectologia.

FONTES BIBLIOGRÁFICAS:

TOWNSEND, C. M. et al. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21. ed. Elsevier, 2021. Capítulo 12 (Surgical Infections and Antibiotic Use).

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Disponível em: anvisa.gov.br. Seção: Classificação de Cirurgias, p. 25-27.

UPTODATE. Antimicrobial prophylaxis for prevention of surgical site infection in adults. Disponível em: UpToDate.com. Seção: "Clean procedures".

Palmas -TO, 07 de fevereiro de 2026

Anne Leites Flâmia
Presidente da Comissão de Seleção
Escola de Saúde Pública de Palmas
Secretaria Municipal de Saúde