

**PROCESSO SELETIVO PARA INGRESSO NO PROGRAMA DE
RESIDÊNCIA MÉDICA DE ESPECIALIDADES E ÁREAS DE ATUAÇÃO
E ESTÁGIO PRÁTICO EM SERVIÇO UNIFICADO
PRMMT 2026**

PUBLICAÇÃO OFICIAL – INFORMES SOBRE RECURSOS DAS PROVAS OBJETIVAS PRMMT

O Comitê Gestor do Processo Seletivo Unificado de Residência Médica 2026, no uso de suas atribuições legais, torna pública divulgação dos pareceres das bancas examinadoras referentes aos recursos interpostos pelos candidatos no Processo Seletivo PRMMT.

RESPOSTAS DE RECURSO - PROVA DE ACESSO DIRETO

Questão 02 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: O paciente apresenta anemia normocítica sintomática (Hb 9,0 g/dL) associada à doença renal crônica estágio 4, com ferritina baixa-normal (80 ng/mL) e saturação de transferrina reduzida (18%), indicando deficiência de ferro. As diretrizes da Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) recomendam que, em pacientes com anemia e DRC, todas as causas corrigíveis de anemia, especialmente deficiência de ferro, devem ser tratadas antes do início de agentes estimuladores da eritropoiese (AEEs), como a alfapoetina.

A absorção oral de ferro é frequentemente inadequada em pacientes com DRC devido ao aumento dos níveis de hepcidina dado a liberação de interleucina 6 pela inflamação crônica, tornando o ferro intravenoso, como a carboximaltose férrica, a opção preferencial para reposição de ferro em pacientes não dialíticos com deficiência de ferro.

O uso de AEEs, está indicado apenas se a anemia persistir (Hb <10 g/dL) após a correção da deficiência de ferro, devido ao risco aumentado de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares, e não deve ser a primeira escolha em pacientes com deficiência de ferro.

Em resumo, AEEs está indicado em DRC após correção de causas reversíveis de anemia, sobretudo deficiência de ferro. Iniciar em paciente com ferro deficiente (ferritina 80, TSAT 18%) é menos efetivo, aumenta necessidade de doses mais altas e eleva risco trombótico/cardiovascular.

Questão 03 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: A melhor abordagem terapêutica inicial é a suplementação intramuscular de vitamina B12 (opção d) enquanto se aguarda exames complementares específicos, dada a gravidade da anemia e dos achados neurológicos.

O quadro clínico e laboratorial apresentado — anemia macrocítica grave, pancitopenia, reticulocitopenia, hiperbilirrubinemia indireta, elevação de LDH, neuropatia periférica sensitivo-motora, ataxia e sinal de Romberg positivo — é altamente sugestivo de deficiência de vitamina B12 com envolvimento neurológico, provavelmente secundária a gastrite autoimune (anemia perniciosa) e hipotireoidismo autoimune.

Nesses casos, a administração parenteral (intramuscular) de vitamina B12 é indicada para rápida reversão do quadro hematológico e prevenção de sequelas neurológicas irreversíveis, pois a absorção oral pode ser comprometida pela deficiência de fator intrínseco. Ou seja, em suspeita forte de anemia perniciosa (autoimune, com provável má absorção de B12 por falta de fator intrínseco), a via oral não é a mais adequada inicialmente e diante de comprometimento neurológico, recomenda-se reposição parenteral de B12, garantindo absorção adequada e reposição rápida.

A administração oral pode ser eficaz em casos leves ou sem sintomas neurológicos, inclusive em anemia perniciosa, mas não é a via preferencial em quadros graves ou com sintomas neurológicos importantes.

A suplementação isolada de ácido fólico ou combinada com vitamina B12 oral não deve ser iniciada antes da correção da deficiência de B12 de forma parenteral, pois pode mascarar a anemia e precipitar ou agravar manifestações neurológicas.

Questão 05 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: A conduta mais apropriada para esta paciente é observação clínica, orientação e acompanhamento ambulatorial. A paciente apresenta prolapso de valva mitral com refluxo discreto, função ventricular preservada, átrio esquerdo normal e extrassístoles ventriculares isoladas, sem síncope, sem sintomas graves e sem achados de alto risco. Este perfil é considerado de baixo risco para eventos arrítmicos ou embólicos, e a ectopia ventricular isolada, em pacientes com coração estruturalmente normal, é geralmente benigna e não associada a aumento de mortalidade.

As diretrizes da *American College of Cardiology/American Heart Association* recomendam acompanhamento clínico e ecocardiográfico periódico para pacientes com prolapso mitral e regurgitação leve, reservando intervenções farmacológicas (como betabloqueadores) apenas para casos de palpitações persistentes e sintomáticas, e nunca como rotina em pacientes assintomáticos ou minimamente sintomáticos.

Não há indicação para anticoagulação, cirurgia valvar ou ablação por radiofrequência em pacientes sem sinais de alto risco, como síncope, arritmias complexas, disfunção ventricular, prolapso bileafletado, disjunção do anel mitral ou fibrose miocárdica.

Portanto, diante do comando das questões, a conduta mais apropriada dentre as apresentadas para esta paciente é a alternativa c) “Observação clínica, orientação e acompanhamento ambulatorial”. O manejo

deve incluir educação sobre sintomas de alerta, reforço da necessidade de seguimento regular e reavaliação caso surjam sintomas novos ou sinais de alto risco.

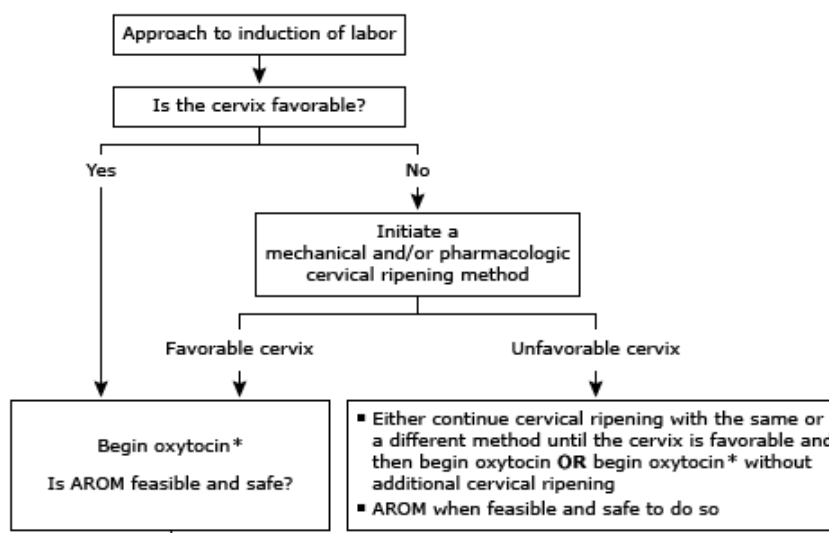
Questão 18 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: Após análise do recurso, a banca esclarece que o autor citado traz na 15ª edição deste mesmo livro, Rezende Obstetrícia Fundamental, no capítulo 14 (sessão de pontos chaves), a seguinte afirmação: **“Utiliza-se o escore de Bishop para avaliação pré-indução e definição do método a ser utilizado. Quando índice de Bishop ≥ 6 , a ocitocina é o método de eleição. Se o índice de Bishop for < 6 , recomenda-se amadurecimento cervical com prostaglandinas e/ou sonda Foley”**, respaldando o gabarito informado pela banca. Vale ressaltar que a 14ª edição do livro "Obstetrícia Fundamental" foi publicada em 2017 e reeditada em 2018, não sendo a mais atual sobre o tema.

A banca também respalda essa afirmação com base no:

- 1) **UptoDate: Induction of labor: Techniques for preinduction cervical ripening** - AUTHOR: William Grobman, MDSECTION EDITOR: Malavika Prabhu, MDDEPUTY EDITOR: Alana Chakrabarti, MD, FACOG. Literature review current through: Nov 2025. This topic last updated: Jun 11, 2025.
Neste artigo, o autor comenta que muitos médicos consideram uma pontuação de Bishop <6 como indicativa de um colo uterino desfavorável, situação na qual indica-se a utilização de um agente de amadurecimento, enquanto outros usam um limiar mais baixo (por exemplo, ≤ 3 ou 4). Não há menção de que o índice de Bishop, para ser considerado favorável, deve ser ≥ 9 . Conclui-se então que mediante um índice de Bishop = 8, o colo será considerado favorável, sendo então obedecido o fluxograma abaixo, indicando o uso de ocitocina.



- 2) **Manual de Gravidez de Alto Risco (Ministério da Saúde 2022, pág. 647) conforme o texto abaixo:**
“Quando a avaliação do colo indicar índice de Bishop inferior a 6, o colo não está maduro e necessita de preparo prévio antes da indução propriamente dita. Os métodos mais utilizados para o preparo do colo, no nosso meio, incluem: a sonda de Foley e o misoprostol. Quando o colo uterino estiver maduro com Bishop superior ou igual a 6, a conduta é iniciar diretamente a ocitocina intravenosa”
- 3) **Rezende Obstetrícia Fundamental, 15ª edição, no capítulo 14 (sessão de pontos chaves), conforme o seguinte texto:** “Utiliza-se o escore de Bishop para avaliação pré-indução e definição do método a ser

utilizado. Quando índice de Bishop ≥ 6 , a ocitocina é o método de eleição. Se o índice de Bishop for < 6 , recomenda-se amadurecimento cervical com prostaglandinas e/ou sonda Foley”

Questão 23 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: Sobre a alegação de que o sistema A/B/C/D/X foi abolido pelo FDA: É correto afirmar que, desde 2015, o FDA adotou o sistema de rotulagem narrativa (Pregnancy and Lactation Labeling Rule – PLLR) em substituição às letras A/B/C/D/X para bula de medicamentos novos. Entretanto: As categorias A/B/C/D/X ainda são amplamente descritas em livros-texto clássicos de Ginecologia, Obstetrícia, Farmacologia e Medicina Interna, bem como em revisões e materiais didáticos usados rotineiramente na formação médica. Diversas provas de residência e concursos continuam cobrando o conhecimento conceitual dessas categorias, justamente porque ainda fazem parte do vocabulário técnico e da prática cotidiana (muitos profissionais ainda se referem a “droga categoria B na gestação”, por exemplo). O fato de o FDA ter alterado o formato de rotulagem não torna o conteúdo automaticamente inválido como objeto de avaliação, assim como ocorre com outras classificações históricas que permanecem de relevância didática. Portanto, não há impropriedade pedagógica em cobrar a classificação de risco na gestação segundo as antigas categorias, desde que elas sejam conhecimento consolidado e amplamente disponível em textos de referência, o que é o caso.

Sobre a suposta ambiguidade do enunciado: O enunciado informa que *Houve estudos em animais, que não evidenciaram risco para o feto. Não existem estudos controlados em mulheres grávidas*. Essa descrição corresponde de forma direta à definição clássica de Categoria B: Estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos adequados e bem controlados em gestantes. Para a Categoria C, seria necessário descrever: Efeitos adversos sobre o feto em estudos animais ou Ausência de estudos adequados tanto em animais quanto em gestantes. Nada disso é mencionado no enunciado: ao contrário, ele afirma explicitamente que *os estudos em animais não mostraram risco*, o que direciona objetivamente para Categoria B, sem ambiguidade. As referências citadas no recurso (Briggs & Freeman, Goodman & Gilman) aprofundam nuances relativas à qualidade e detalhes dos estudos reprodutivos em animais, o que é relevante para a prática especializada e para rotulagem oficial, mas excede o nível de detalhamento normalmente exigido em uma questão objetiva de prova, na qual a classificação é feita a partir de descrições-padrão fornecidas pelo enunciado. Assim, dentro da lógica de prova de múltipla escolha: O enunciado oferece informação suficiente para a classificação correta. A descrição apresentada encaixa-se de maneira típica e inequívoca em Categoria B. Não há elementos que sustentem alternativa C, D ou X, nem conflito interno nas informações fornecidas. 3. Conclusão O tema avaliado (classificação de risco de fármacos na gestação segundo categorias do FDA) permanece conteúdo válido e atual em termos didáticos, amplamente presente em textos clássicos e em provas de residência. O enunciado fornece dados claros que, à luz das definições consagradas, conduzem de maneira objetiva à Categoria B, não havendo ambiguidade para justificar anulação. Dessa forma, a banca decide manter a questão e o gabarito oficial (alternativa B), indeferindo o pedido de anulação.

Questão 26 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: Após análise do recurso, a banca esclarece que o candidato informa apenas um trecho do enunciado, que em sua íntegra diz: “Paciente de 35 anos, G1 PN1 A0, comparece ao consultório

com queixa de dor pélvica de longa data e dismenorreia intensa (na escala de dor 7/10). Faz uso contínuo e regular de dienogeste 2 mg/dia há 12 meses. A ultrassonografia transvaginal, realizada antes do início do tratamento, mostrava um endometrioma ovariano esquerdo de 4,5 cm. O exame de USG TV atual revela que o endometrioma não regrediu e agora mede 6,5 cm; além disso foram detectados dois pequenos nódulos, sugestivos de endometriose, no ligamento uterossacro. A paciente não deseja engravidar novamente e **BUSCA A RESOLUÇÃO DEFINITIVA, OU O MÁXIMO ALÍVIO POSSÍVEL**, de seus sintomas”.

Sabemos que na prática médica, pacientes com um quadro álgico arrastado solicitam com frequência ao médico a resolução definitiva de seu quadro; o que muitas vezes não é possível diante da gravidade da doença e dos recursos atualmente disponíveis. Cabe ao profissional discutir com o paciente os benefícios e riscos de cada opção terapêutica. Desta forma, em uma mulher de 35, propor a realização de ooforectomia bilateral não é conduta respaldada pela literatura, aumentando a morbidade por precipitar um quadro de menopausa precoce; além disso, esta opção não faz parte das alternativas de resposta. A histerectomia total, por sua vez, não é indicada como primeira escolha em pacientes com endometriose, especialmente quando há lesões extrauterinas (endometrioma e nódulos no ligamento uterossacro), sendo uma conduta radical e desnecessária neste contexto.

A banca também respalda seu gabarito com base no:

1) UptoDate: Endometriosis: Surgical management of pelvic pain - AUTHOR: Dan I Lebovic, MDSECTION EDITOR: Tommaso Falcone, MD, FRCSC, FACOGDEPUTY EDITOR: Kristen Eckler, MD, FACOG. Literature review current through: **Nov 2025**. This topic last updated: **Mar 20, 2024**.

Neste artigo, o autor comenta que a histerectomia é reservada para mulheres com sintomas persistentes e incômodos de endometriose que não planejam ter filhos futuros e que **falharam tanto na terapia médica quanto em pelo menos um procedimento de tratamento conservador. A cirurgia definitiva também é razoável para mulheres que têm indicações adicionais para histerectomia (p. ex., miomas sintomáticos ou prolapso)**. A paciente não se enquadra em nessas situações, uma vez que o único tratamento descrito até o momento foi medicamentoso. Também não foram descritas patologias uterinas que respaldem a indicação de histerectomia para ela.

De acordo com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Endometriose. São Paulo: FEBRASGO, 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 78/Comissão Nacional Especializada em Endometriose), na falha do tratamento clínico, evidenciada pela persistência de dor intensa e progressão do endometrioma (de 4,5 cm para 6,5 cm), associada também ao surgimento de novas lesões infiltrativas (nódulos no ligamento uterossacro) a videolaparoscopia é o padrão ouro para o tratamento cirúrgico da endometriose, permitindo a excisão completa das lesões e do endometrioma, com potencial de melhora significativa dos sintomas.

Questão 27 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: Após análise do recurso, a banca esclarece que o candidato confunde 2 conceitos, que não são sinônimos e que podem ou não coexistir:

- **Hipermobilidade:** É a mobilidade excessiva da uretra e do colo da bexiga. É um fator chave no diagnóstico da incontinência urinária de esforço.

- **Prolapso:** É a descida ou "queda" de um órgão pélvico (como a bexiga, o útero ou o reto) para dentro da vagina, podendo chegar ao exterior. O prolapso da bexiga é especificamente chamado de cistocele.

É possível que uma mulher apresente hipermobilidade do colo vesical e sintomas de incontinência urinária de esforço **sem ter um prolapso de órgãos pélvicos clinicamente significativo ou visível** no exame físico. Da mesma forma, algumas mulheres com prolapso (especialmente em casos graves) podem não apresentar incontinência urinária, pois a dobra ou a torção da uretra pode, paradoxalmente, impedir a perda de urina. A paciente relata sintomas típicos de incontinência de esforço, cuja fisiopatologia se correlaciona diretamente com a hipermobilidade do colo vesical.

Respaldo do gabarito:

- 1) **UptoDate: Female urinary incontinence: Evaluation** - AUTHOR: Emily S Lukacz, MD, MASSECTION EDITORS: Kenneth E Schmader, MD, Linda Brubaker, MD, FACOG DEPUTY EDITORS: Karen Law, MD, FACP Kristen Eckler, MD, FACOG. Literature review current through: Nov 2025. This topic last updated: Jul 14, 2025.

Neste artigo, o autor comenta que geralmente, acredita-se que a IUE esteja relacionada à falta de suporte mecânico da uretra e/ou à má coaptação dos tecidos uretrais, resultando em resistência insuficiente ao fluxo de urina durante o aumento das pressões abdominais, sendo este o tipo mais comum em mulheres mais jovens, com maior ocorrência em mulheres com idades entre 45 e 49 anos. Os mecanismos de IUE incluem:

- Hipermobilidade uretral – resultante do apoio insuficiente da musculatura do assoalho pélvico e do tecido conjuntivo vaginal à uretra e ao colo da bexiga. Isso faz com que a uretra e o colo da bexiga percam a capacidade de fechar completamente contra a parede vaginal anterior. Com o aumento da pressão intra-abdominal (por exemplo, ao tossir ou espirrar), o tubo muscular da uretra não fecha, levando à incontinência urinária (como pisar numa mangueira na areia). O suporte uretral insuficiente pode estar relacionado à perda de tecido conjuntivo e/ou força muscular devido à pressão crônica (isto é, atividade de alto impacto, tosse crônica ou obesidade) **ou trauma devido ao parto, particularmente partos vaginais** (a paciente da questão teve 4 partos normais). O parto pode causar trauma direto nos músculos pélvicos e também danificar os nervos, levando à atrofia e disfunção dos músculos pélvicos.

2) Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Incontinência urinária de esforço. São Paulo: Febrasgo; 2021 (Protocolo Febrasgo de Ginecologia, no 50/Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal).

“A IUE é classicamente atribuída à deficiência no mecanismo de suporte do trato urinário inferior (complexo colo vesical-uretra proximal) ou à Deficiência Intrínseca do Esfíncter (DIE). A principal causa da IUE é a hipermobilidade uretral devido a uma falha no suporte fascial e ligamentar do assoalho pélvico. **A queda ou o deslocamento da junção uretrovesical (colo vesical) e da uretra proximal para uma posição baixa, abaixo da sínfise púbica, é o achado anatômico que caracteriza a hipermobilidade uretral.** Essa posição incorreta impede que o aumento da pressão intra-abdominal (ao tossir ou espirrar) seja transmitido de forma eficaz para a uretra proximal, resultando em uma pressão uretral insuficiente para resistir à pressão vesical, o que causa a perda de urina durante o esforço, sendo comum em pacientes com múltiplos partos vaginais como é o caso desta paciente”.

Questão 28 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: Após análise do recurso, a banca esclarece que a questão 28 tem por objetivo avaliar 2 pontos importantes sobre o tema DIP. Ao ler o caso clínico o aluno deve reconhecer os sinais e sintomas que sugerem DIP, firmando essa HIPÓTESE diagnóstica, posteriormente, deve reconhecer **qual critério pode de forma isolada, mesmo da ausência de outros achados**, confirmar o diagnóstico de DIP (sendo esse o comando da questão). Sabendo que o diagnóstico clínico da Doença Inflamatória Pélvica (DIP) possui baixa especificidade, o que significa que seus sintomas e sinais podem ser facilmente confundidos com outras condições, a banca respalda o gabarito informado com base:

- 1) **Na publicação Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) do Ministério da Saúde (PCDT IST, 2020)**, citada pelo aluno, os autores descrevem na página 156 que “o diagnóstico clínico de DIP é feito a partir de critérios maiores, critérios menores e critérios elaborados. Para o diagnóstico de DIP, é necessária a presença de: **três critérios maiores MAIS um critério menor OU UM CRITÉRIO ELABORADO**”. **A presença de um único critério elaborado é suficiente para firmar o diagnóstico, pela alta especificidade no diagnóstico clínico de DIP.** São reconhecidos como critérios elaborados: 1 - Evidência histopatológica de endometrite, 2 - **Presença de abscesso tubo-ovariano** ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem, 3 - Laparoscopia com evidência de DIP. Na página 50, este material também esclarece que as condutas baseadas apenas na impressão clínica não são recomendadas, por causa de sua baixa sensibilidade e especificidade.
- 2) **CDC - Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021 - Pelvic Inflammatory Disease.** Nesta publicação, também citada pelo aluno, os autores afirmam que a DIP aguda é difícil de diagnosticar devido à variação considerável nos sintomas e sinais associados a esta condição. Mulheres com DIP geralmente apresentam sintomas sutis ou inespecíficos ou são assintomáticas. A demora no diagnóstico e tratamento provavelmente contribui para sequelas inflamatórias no trato genital superior. A laparoscopia pode ser usada para obter um diagnóstico mais preciso de salpingite e um diagnóstico bacteriológico mais completo.
- 3) **UptoDate: Pelvic inflammatory disease: Clinical manifestations and diagnosis** - AUTHOR: Author:Jonathan Ross, MDSection, Editor:Jeanne Marrazzo, MD, MPH, FACP, FIDSA Deputy Editors:Karen Law, MD, FACPAllyson Bloom, MD. Literature review current through: Nov 2025. This topic last updated: Sep 09, 2025. Este artigo reforça que o diagnóstico clínico presuntivo de DIP é feito em pacientes jovens sexualmente ativas, especialmente aquelas com alto risco de infecções sexualmente transmissíveis, que apresentam dor pélvica ou abdominal inferior e apresentam evidência de movimento cervical, sensibilidade uterina ou anexial ao exame (como no caso descrito). Todavia, estes autores reforçam que o diagnóstico diferencial da DIP é amplo e inclui outras patologias pélvicas, processos do trato urinário e distúrbios do trato gastrointestinal.

Entendemos a importância da abordagem precoce na DIP e, diante da constante falta de recursos na saúde pública, a realização de tratamentos empíricos pode ser adequada, todavia, este não é o foco da questão, cujo objetivo era a identificação de um critério de maior especificidade para tal diagnóstico

Questão 29 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca:

Após análise do recurso, a banca esclarece que o comando da questão pede que o aluno identifique qual o efeito benéfico esperado do tratamento com um contraceptivo oral combinado em uma paciente com SOP. A alternativa D diz que haverá “**Aumento dos níveis séricos de progesterona**, diminuindo a produção de androgênios ovarianos”, sendo esta afirmação inválida, pois em mulheres que utilizam contraceptivos combinados (que contêm estrogênio e progestagênio sintéticos), **os níveis de progesterona são suprimidos e permanecem baixos**. Isso ocorre porque a pílula impede a ovulação e a formação do corpo lúteo, que é o responsável pela produção de progesterona natural no ciclo menstrual normal.

A banca respalda seu gabarito com base no Tratado de Ginecologia da FEBRASGO, publicação que descreve os mecanismo de ação dos contraceptivos combinados da seguinte forma: “Os AHCs agem, primariamente, inibindo a secreção de gonadotrofinas, e o progestagênio é o principal responsável pelos efeitos contraceptivos observados. O principal efeito do progestagênio é a inibição do pico pré-ovulatório do hormônio luteinizante (LH), evitando, assim, a ovulação. Além disso, espessa o muco cervical, dificultando a ascensão dos espermatozoides; exerce efeito antiproliferativo no endométrio, tornando-o não receptivo à implantação; e altera a secreção e a peristalse das trompas de Falópio (Speroff, 1982). O componente estrogênico age inibindo o pico do hormônio folículo-estimulante (FSH) e, com isso, evita a seleção e o crescimento do folículo dominante. Além disso, ele age para estabilizar o endométrio e potencializar a ação do componente progestagênio, por meio do aumento dos receptores de progesterona intracelulares. Essa última função do estrogênio possibilitou a redução do progestagênio nas formulações contraceptivas combinadas (Speroff, 1982). Não é descrito na literatura aumento dos níveis de progesterona com esses medicamentos.

Outro ponto a ser destacado é o esclarecimento sobre a alternativa A como incorreta porque a inibição da proliferação endometrial é papel do componente progestágeno da pílula e não do estrogênio.

As diretrizes da American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e da Sociedade Brasileira de Endocrinologia, indicam que os anticoncepcionais combinados são o tratamento de primeira linha para regularizar ciclos e **proteger o endométrio da proliferação excessiva decorrente da exposição crônica a estrogênio endógeno não contraposto**. Portanto, fica claro que tal hormônio PROLIFERA o endométrio caso este efeito não seja contraposto pela ação da progesterona.

Questão 33 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: A situação exemplificada no enunciado da questão 33 permite a visualização dos princípios do SUS estabelecidos nas legislações vigentes que regulamentam o sistema. Os candidatos em sua maioria questionam que a atenção humanizada não é um princípio do SUS com base na Lei 8080/1990, porém esta lei foi alterada pela Lei nº 15.126 de 28/04/2025, que passou a incluir a atenção humanizada entre os princípios do SUS. (Disponível em: <https://normas.leg.br/?urn=urn:lex:br:federal:lei:2025-04-28;15126>).

O gabarito traz a **alternativa A** como a resposta correta para a questão, sendo a resposta correta que deve ser mantida, já que esta traz os princípios que estão sendo aplicados na situação exemplificada.

O princípio da **universalidade** pode ser visto a partir do fato do usuário conseguir acessar ao serviço de saúde necessário, sem qualquer impedimento, como previsto neste princípio. É uns princípios mais marcantes e conhecidos do SUS, que uma vez que não é respeitado impede que todos os outros princípios se concretizem. A **integralidade** pode ser vista por meio do olhar ampliado do médico que considerou não apenas as queixas que motivaram o usuário a buscar o serviço como também os aspectos relacionados as condições de vida do paciente, além do encaminhado aos serviços de especialidade. A **atenção humanizada** pode ser percebida no acolhimento respeitoso, escuta qualificada, valorização da singularidade de cada paciente feita não só pelo médico, mas, também pela equipe de saúde.

As **alternativas B e D** não estão corretas pois o princípio da descentralização não está sendo aplicado na situação exemplificada. A descentralização garante que a gestão da saúde não fique concentrada apenas no governo federal, mas seja compartilhada com estados e municípios. O enunciado não aborda questões relacionadas ao processo de gestão no SUS, portanto, estas afirmativas não podem ser consideradas como sendo a resposta da questão.

A **alternativa C** não está correta pois traz em sua redação o princípio da regionalização. Apesar da regionalização ser um dos princípios do SUS, este princípio não está aplicado na situação exemplificada, uma vez que a regionalização se refere a organização dos serviços de saúde em redes regionais, garantindo que municípios pequenos tenham acesso a atendimentos de maior complexidade em cidades maiores. Em municípios de grande porte os serviços são organizados em regionais ou distritos de saúde. O enunciado não faz menção a este processo de organização dos serviços, por isso a alternativa C não pode ser considerada a resposta da questão.

Ao observar o comando dado ao final da questão, é solicitado ao candidato que este assinale a afirmativa que traga os princípios presentes no enunciado. Em nenhum momento é solicitado que se faça a distinção entre o princípio mais evidente e o com menor evidência. Argumentar que o princípio da universalidade seria o que está em menor evidência não é correto. Se o paciente tivesse tido o acesso negado ao serviço por qualquer condição ou característica, ou seja, se o princípio da universalidade não fosse contemplado, os demais princípios como integralidade e atenção humanizada não seriam colocados em prática.

Questão 36 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: A afirmativa da questão questionada traz a seguinte redação “Ao comparar-se o uso de álcool entre quem bebe/parou e não bebe, **os resultados sugerem** que a chance de desenvolver hipertensão arterial foi 1,41 vezes maior entre os que bebem. Porém, esta associação não foi confirmada por conta do p-valor obtido (não significativo)”.

A primeira parte da alternativa que está sendo questionada pelo candidato não afirma que a associação está presente, como argumentado por este. Na interpretação de resultados estatísticos, o termo sugere é utilizado quando os dados apontam uma posição relação entre exposição e desfecho, mas, não permitem afirmar com certeza. É uma forma de comunicar que os achados devem ser interpretados com cautela, pois podem indicar uma tendência, mas precisam de confirmação em outros estudos.

A segunda parte da alternativa complementa a informação dizendo que a associação não foi confirmada por conta do p-valor obtido (o que realmente se observa). Este teste indica se a associação observada é estatisticamente diferente de "nenhuma associação" ($OR = 1$). Se $p < 0,05$, geralmente considera-se que o OR é estatisticamente significativo.

O candidato aborda o Intervalo de confiança (IC), é usa este para questionar a alternativa. O IC indica a faixa de valores plausíveis para o OR e mostra precisão e significância estatística ao mesmo tempo. Porém, a alternativa não afirma que o resultado é significativo com base no IC. A afirmativa não se refere a momento algum ao IC. Portanto, o argumento do candidato se torna inválido.

Questão 50 – Acesso Direto

Situação: Recurso Deferido, Questão Anulada

Justificativa Banca: O caso descreve paciente jovem, sem doença pulmonar conhecida, com pneumotórax espontâneo primário de aproximadamente 30–35%, sintomático (dor, dispneia) e estável.

Em relação a abordagem da questão, o pneumotórax espontâneo primário sintomático com 30–35% de colapso, **tanto a aspiração com cateter (B) quanto a drenagem em selo d'água (C), sendo que esta última possui eficácia semelhante a primeira, e com benefício de menos dor, menos tempo de internação.** Logo ambas, são condutas aceitas segundo BTS 2023, ACCP 2020 e UpToDate 2024. A observação isolada está indicada apenas em pneumotórax muito pequeno e minimamente sintomático, portanto, a alternativa (A) não deve ser considerada como verdadeira. Assim, a questão apresenta **duas alternativas corretas B e C. A banca define a anulação da questão.**

Questão 51 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: Paciente com pneumonia evolui com derrame pleural. A análise do líquido pleural:

- pH: **7,18**
- Glicose: 40 mg/dL
- LDH elevado moderadamente

O pH pleural $\leq 7,20$ é o achado laboratorial mais sensível e precocemente alterado em derrame parapneumônico complicado. Esse achado, mesmo isolado, define alto risco de evolução desfavorável.

A presença de **pH pleural inferior a 7,20** é critério isolado e suficiente para indicação de **drenagem torácica**, conforme BTS, ATS/IDSA e SBPT. Embora a glicose e LDH não estejam muito alterados, o pH é marcador precoce, forte sensível de derrame pleural complicado. Logo a alternativa que aborda apenas

antibiótico não está correta. Portanto, a alternativa que indica **drenagem pleural (C) permanece como a resposta correta.**

Questão 58 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: No caso descrito, trata-se de ferimento por arma branca em epigástrio, paciente hemodinamicamente estável, com dor localizada e FAST positivo (lâmina líquida periesplênica). Em trauma penetrante de abdome, a presença de líquido livre define violação peritoneal e exige melhor caracterização das lesões em pacientes estáveis, usualmente por tomografia computadorizada com contraste antes de se adotar manejo não operatório.

A observação seriada isolada, sem investigação adicional, não corresponde ao 'próximo passo' recomendado na maioria dos protocolos (ATLS/WSES/EAST), mas sim a uma etapa subsequente, após adequada estratificação das lesões.

Questão 62 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: A decisão fundamenta-se em três eixos principais: (1) anatomia pós-operatória do paciente, (2) fisiopatologia específica da esteatorreia com cólon preservado e (3) hierarquia epidemiológica dos tipos de cálculo conforme o contexto clínico.

1. Determinação anatômica do tipo de cálculo

Todos os documentos enfatizam que o ponto central da questão é a anatomia do paciente, que apresenta:

- Ressecção ileal extensa (>60 cm)
- Hemicolectomia direita, com preservação do cólon remanescente

Essa configuração é decisiva para definir o mecanismo litogênico predominante. Conforme destacado nos três pareceres, pacientes com ileostomia ou perda total do cólon desenvolvem predominantemente cálculos de ácido úrico, devido à perda de água e bicarbonato. Porém, quando o cólon está preservado, como no caso descrito, ocorre o cenário oposto: cria-se o ambiente ideal para hiperoxalúria entérica. Assim, a anatomia do caso favorece de forma clara a litogênese por oxalato de cálcio, não por ácido úrico.

2. Fisiopatologia específica: Esteatorreia + Cólon funcional

Todos os candidatos reconheceram a plausibilidade teórica do mecanismo da alternativa B (acidificação urinária e cálculos de ácido úrico). No entanto, os pareceres destacam que a questão cobra o mecanismo mais provável, e o enunciado fornece pistas específicas:

- Doença de Crohn com grande ressecção ileal
- Esteatorreia
- Cólon remanescente presente

Esses elementos compõem o quadro fisiopatológico clássico da Hiperoxalúria Entérica, descrito nos três pareceres da seguinte forma:

1. Ressecção ileal → má absorção de sais biliares e esteatorreia.
2. Ácidos graxos não absorvidos → ligam-se ao cálcio ("saponificação").

3. O oxalato, que deveria ligar-se ao cálcio, permanece livre e solúvel no lúmen.
4. O cólon remanescente absorve esse oxalato livre de forma aumentada.
5. Resultado: hiperoxalúria e formação de cálculos de oxalato de cálcio (Alternativa D).

Esse encadeamento fisiopatológico é exclusivo de pacientes com cólon funcional e não ocorre em cenários com ileostomia — justamente onde o mecanismo da alternativa B seria predominante.

3. Critério de “maior probabilidade”

Os três pareceres reforçam que, embora a formação de cálculos de ácido úrico possa acontecer em quadros de diarreia crônica, esse mecanismo não é o mais provável neste cenário cirúrgico específico. A literatura demonstra que, em pacientes com Doença de Crohn submetidos a ressecções ileais com cólon preservado, a hiperoxalúria é estatisticamente mais prevalente, mais intensa e mais característica do que a acidificação urinária responsável por cálculos de ácido úrico. Portanto, aceitar a alternativa B implicaria ignorar justamente os elementos mais importantes fornecidos pelo enunciado: esteatorreia e presença de cólon, que definem a fisiopatologia predominante.

Desta forma, com base na anatomia, na fisiopatologia específica e na probabilidade epidemiológica, conclui-se que a Alternativa D é a única que traduz corretamente o mecanismo mais provável de nefrolitíase para o paciente descrito na questão. A alternativa B, embora teoricamente plausível, aplica-se principalmente a situações de ileostomia ou ausência de cólon, condições que não fazem parte do caso apresentado e que, portanto, não atendem ao comando da questão.

Questão 64 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca:

1. Da Interpretação da Literatura Citada: O próprio trecho trazido pelo candidato (*Swaroop, S., UpToDate*) corrobora a correção da Alternativa B. O texto cita: *"endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) should be performed early in the course (within 24 to 48 hours of admission)"*. A alternativa B reproduz exatamente esta janela temporal e a indicação do procedimento. O fato de a alternativa focar na intervenção resolutive (CPRE) em detrimento da terapia de suporte (antibióticos) não a torna incorreta, mas sim seletiva quanto ao conhecimento hierarquizado que se pretende avaliar: a necessidade imperativa de descompressão biliar.

2. Da Diferença entre Incompletude e Incorreção: Em avaliações médicas de múltipla escolha, vigora o princípio da "Melhor Resposta" (*Best Answer*).

- Uma alternativa é INCORRETA quando propõe uma conduta iatrogênica ou contraindicada (exemplo da Alternativa C, que contraindica a CPRE; ou Alternativas A e D, que sugerem cirurgia em momento inoportuno).
- Uma alternativa pode ser considerada RESUMIDA (ou "incompleta" na visão do candidato) quando foca na conduta *core* (central) sem listar todos os adjuvantes (como jejum, hidratação, analgesia ou antibióticos). A ausência da palavra "antibióticos" na alternativa B não anula o fato de que a CPRE é a conduta mandatória para evitar o óbito por choque séptico refratário na colangite supurativa. O antibiótico, isoladamente, não resolve a obstrução mecânica.

3. Da Análise Lógica do Item: O enunciado solicita a "conduta terapêutica de urgência mais apropriada". Diante de uma obstrução biliar com sepse (Pêntade de Reynolds), a conduta *mais apropriada* e definitiva é o Controle do Foco (*Source Control*). Ao solicitar a anulação, o candidato sugere que não há diferença de validade entre a Alternativa B (que resolve o problema mecânico, ainda que omita o suporte medicamentoso no texto) e as demais alternativas (que levam ao erro médico grosseiro). Tal equivalência não existe. A Alternativa B é, inequivocamente, a única opção que permite a sobrevivência do paciente descrita no caso.

Sendo assim, os itens 1, 2 e 3 demonstram que a questão avalia a capacidade de priorização clínica. A alternativa B descreve corretamente a intervenção "padrão-ouro" e a janela de tempo adequada (segundo a própria fonte do recorrente). A não descrição de medidas de suporte no texto da alternativa não prejudica o julgamento objetivo de que esta é a única conduta correta dentre as opções ofertadas.

4. Da Classificação de Gravidade (Pancreatite vs. Colangite): O candidato argumenta que o termo "Pancreatite biliar grave" estaria incorreto pois, segundo a Classificação de Atlanta (revisão 2012), a gravidade é definida pela falência orgânica *persistente* (>48h). Entretanto, a questão aborda um cenário de emergência médica em tempo real (evolução nas primeiras 24h). Na prática clínica e na triagem de urgência, um paciente que evolui com choque (hipotensão 90/50 mmHg) e insuficiência respiratória/confusão mental apresenta, *neste momento*, falência orgânica. Aguardar 48 horas para "classificar" o paciente como grave antes de definir a conduta poderia ser considerado até iatrogênico. O termo "grave" na alternativa B refere-se à gravidade clínica atual do quadro (presença de disfunção orgânica e choque), contexto no qual a sobreposição de Pancreatite Aguda e Colangite Aguda (Pêntade de Reynolds) exige manejo agressivo imediato. A distinção semântica *a posteriori* não invalida a descrição clínica de um paciente em estado crítico.

5. Da Janela de Tempo para CPRE (Diretrizes de Tóquio): O candidato alega que a CPRE deveria ser feita em menos de 24h (conforme Tokyo Guidelines 2018 para Colangite Grau III) e que a alternativa B, ao citar "dentro das próximas 48 horas", estaria incorreta. O argumento não prospera pela lógica de conjuntos:

- Realizar um procedimento "dentro de 24 horas" está contido na instrução de realizar "dentro de 48 horas". A alternativa estabelece um limite temporal máximo de segurança frequentemente citado em literatura clássica (*Gastroenterology, Harrison, Sabiston*) como janela para CPRE de urgência em pancreatite biliar grave (24-72h), sendo que na presença de colangite o procedimento deve ser o mais precoce possível.
- Ao afirmar "CPRE de urgência", a alternativa B contempla a necessidade imediata. A especificação temporal não exclui a realização na primeira hora.

Comparativamente, as demais alternativas sugerem condutas que levariam ao óbito (cirurgia em paciente chocado ou contraindicação da descompressão). A alternativa B é a única que indica o procedimento correto (descompressão endoscópica).

Sendo assim, os itens 4 e 5 demonstram que a medicina baseada em evidências prioriza a conduta que salva a vida. Diante de um paciente com Pancreatite aguda grave com Colangite Aguda Supurativa (Pêntade de Reynolds), a prioridade é a drenagem biliar. A alternativa B é a única opção que oferece a conduta correta (CPRE + Papilotomia). Em provas de múltipla escolha, o candidato deve ter o discernimento de eleger a melhor conduta disponível para o cenário.

6. Da Primazia da Descompressão Biliar: O candidato argumenta corretamente que as diretrizes (*Tokyo, ACG*) preconizam antibióticos imediatos. Contudo, em questões de múltipla escolha que simulam tomada de decisão clínica, avalia-se a capacidade do médico de identificar a intervenção determinante para o desfecho do caso. Numa Pancreatite Aguda com Colangite Aguda Supurativa (Pêntade de Reynolds), a

fisiopatologia é a obstrução biliar com infecção sob pressão. A antibioticoterapia isolada (sem drenagem) tem eficácia limitada e alta taxa de falha se a via biliar não for desobstruída. A alternativa B é a única que oferece a drenagem biliar (CPRE), que é a pedra angular do tratamento. A omissão textual da "antibioticoterapia" na alternativa B não a invalida, pois foca na *intervenção* que define o prognóstico, diferindo-a das condutas puramente clínicas ou cirúrgicas intempestivas.

7. Da Análise por Exclusão e Segurança do Paciente: Para deferir a anulação, seria necessário provar que não há resposta correta ou que há mais de uma. Analisemos:

- **Alternativa C:** Sugere antibióticos (correto), mas afirma que "A CPRE está contraindicada" (ERRO GRAVE/FATAL).
- **Alternativas A e D:** Sugerem cirurgia (colecistectomia) na fase aguda da colangite com choque, o que carrega mortalidade proibitiva.
- **Alternativa B:** Indica CPRE. Resta claro que, apesar da redação da alternativa B não citar *todos* os passos do protocolo (suporte + antibiótico + CPRE), ela é a única alternativa que salva a vida do paciente. Aceitar a anulação seria equiparar a conduta de descompressão (salvadora) às condutas de contraindicação da CPRE ou cirurgia intempestiva (iatrogênicas).

8. Da Janela Temporal (48h vs 24h): O argumento de que a CPRE deve ser feita em <24h é verdadeiro para casos graves. No entanto, a redação "dentro das próximas 48 horas" é um intervalo de tempo que contém as primeiras 24 horas. Ao assinalar a opção B, o candidato opta por realizar o procedimento numa janela que engloba a urgência. Não há erro factual que induza ao erro de conduta, visto que as outras opções (não fazer ou operar) são diametralmente opostas ao guideline. A alternativa B respeita o conceito de *Urgent ERCP* (frequentemente definido na literatura clássica como 24-48h, embora as diretrizes atuais pressionem por <24h).

Sendo assim, os itens 6, 7 e 8 demonstram que a questão exige do candidato o discernimento para escolher a melhor conduta disponível. Entre "Antibiótico sem CPRE" (Opção C - incorreta pelo erro na CPRE) e "CPRE sem menção explícita de antibiótico" (Opção B), a Opção B é, inequivocamente, a resposta que se alinha ao objetivo primário de salvar o paciente através do controle do foco infeccioso (*Source Control*).

9. Da Prioridade na Colangite Aguda Grave (Pêntade de Reynolds): O quadro clínico descrito (hipotensão, confusão mental, febre, icterícia) caracteriza choque séptico de origem biliar. Neste cenário, a fisiopatologia determinante é a obstrução do ducto biliar com proliferação bacteriana sob pressão. Embora a antibioticoterapia seja mandatória como suporte (conforme citado pelo candidato via *UpToDate*), ela é incapaz de reverter o quadro séptico isoladamente sem a desobstrução mecânica da via biliar (*Source Control*). A questão visa avaliar se o candidato reconhece a CPRE (Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica) como o divisor de águas na mortalidade deste paciente. A alternativa B é a única que indica este procedimento salvador.

10. Da Distinção entre "Incompleto" e "Incorreto" em Avaliações: Em questões de múltipla escolha que buscam a "melhor conduta", a omissão de medidas de suporte (como hidratação, analgesia ou antibióticos) na redação de uma alternativa não a invalida, desde que a conduta central proposta seja correta e adequada ao cenário.

- A Alternativa B propõe a CPRE. Isso está Correto e é a prioridade.
- A Alternativa C propõe antibióticos, mas afirma que a CPRE é contraindicada. Isso está Incorreto e constitui erro médico grave.

O candidato solicita a anulação alegando que "não há resposta correta". No entanto, ao comparar uma alternativa que contém a intervenção cirúrgica/endoscópica correta (B) com alternativas que

contraindicam o tratamento ou sugerem cirurgias de alto risco (A, C, D), a Alternativa B destaca-se inequivocamente como a única opção terapêutica viável.

11. Da Interpretação da Referência Bibliográfica: O próprio trecho do *UpToDate* trazido no recurso reforça que a CPRE deve ser realizada "*early in the course (within 24 to 48 hours)*". A alternativa B segue exatamente esta recomendação temporal e procedimental. A ausência da menção aos antibióticos na assertiva não nega sua necessidade, apenas foca a avaliação na competência de indicar a descompressão biliar, que é o ponto de maior complexidade decisória no caso.

Sendo assim, os itens 9, 10 e 11 demonstram que aceitar a anulação significaria equiparar a validade técnica de uma conduta salvadora (descompressão biliar descrita na B) a condutas iatrogênicas (descritas nas demais alternativas). Pelo princípio da Melhor Resposta (Best Answer), o gabarito B mantém-se inalterado.

12. Da Situação Clínica Apresentada: O caso clínico descreve uma paciente com Pancreatite Aguda Biliar que evolui, nas primeiras 24 horas, com febre, calafrios, confusão mental e instabilidade hemodinâmica (hipotensão). Este quadro clínico configura a clássica Pêntade de Reynolds, indicativa de Colangite Aguda Supurativa com choque séptico de origem biliar. Trata-se de uma emergência médica na qual a fisiopatologia central é a obstrução da via biliar associada à infecção sob pressão (pus sob pressão).

13. Da Hierarquia Terapêutica: Embora a antibioticoterapia e a reposição volêmica sejam pilares do tratamento da sepse (suporte), conforme citado pelo candidato com base na literatura (*UpToDate*), na vigência de colangite aguda grave com obstrução biliar, o fator determinante para a sobrevivência do paciente é o controle do foco infeccioso através da descompressão da via biliar. As diretrizes da *American Society for Gastrointestinal Endoscopy* (ASGE) e da *Tokyo Guidelines* (TG18) preconizam que, em casos de colangite grave (com disfunção orgânica), a drenagem biliar (preferencialmente via CPRE) deve ser realizada em caráter de urgência/emergência. A antibioticoterapia isolada, sem a desobstrução mecânica, é insuficiente para reverter o quadro de choque em tempo hábil. Portanto, não há erro material, ambiguidade, dupla interpretação ou lacuna técnica. A ausência de antibiótico na alternativa não a invalida, pois: a pergunta busca a conduta específica determinante, não o checklist completo; a alternativa B é a única correta, e coincide integralmente com as diretrizes SBH, ACG, ESGE e *UpToDate* – inclusive com o texto trazido pela candidata.

14. Da Análise das Alternativas (Princípio da Melhor Resposta): Em avaliações de competência médica, busca-se a alternativa que contenha a conduta mais apropriada *dentre as opções ofertadas*.

- A Alternativa (B) indica corretamente a CPRE de urgência, que é o procedimento "padrão-ouro" e salvador de vida neste cenário específico. A ausência da menção explícita aos "antibióticos" no texto da alternativa não a torna incorreta, pois foca na intervenção *procedimental* decisiva que diferencia este caso de uma pancreatite comum.
- A Alternativa (C), única que menciona antibióticos, comete um erro técnico grave ao afirmar que "A CPRE está contraindicada". Assinalar esta opção seria um erro fatal na prática médica.
- As demais alternativas sugerem condutas cirúrgicas intempestivas ou adiam a descompressão, o que aumentaria a mortalidade.

Sendo assim, os itens 12, 13 e 14 demonstram que alternativa (B) é a única opção que aborda corretamente o manejo *intervencionista* prioritário para a Colangite Aguda Grave (Pêntade de Reynolds) descrita no enunciado. A omissão de medidas de suporte (como antibióticos ou hidratação) no texto da alternativa correta não invalida a indicação do procedimento principal, especialmente quando as demais alternativas apresentam contraindicações formais ou condutas iatrogênicas. O candidato deve ser capaz

de identificar a prioridade terapêutica (descompressão) frente à gravidade do caso. Portanto, não há erro no gabarito ou dubiedade que justifique a anulação da questão.

Questão 73 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa da Banca: A argumentação apresentada pelo candidato foi cuidadosamente revisada, assim como o enunciado, as alternativas e as referências bibliográficas utilizadas na elaboração da prova.

Embora seja correto que a dissociação albuminocitológica possa não estar presente nos primeiros dias de evolução da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), tal aspecto não invalida o enunciado, nem compromete a determinação da alternativa correta, pelos seguintes motivos:

1. A questão não solicita a interpretação do líquido específico de 72 horas, mas a identificação do padrão típico associado à doença.
2. O objetivo avaliativo é reconhecer o achado clássico da SGB, independentemente da fase temporal inicial descrita.

A alternativa C permanece como única correta, pois descreve a clássica dissociação albuminocitológica, conforme consenso neurológico e literatura de referência.

A alternativa B — citada pelo candidato como “próxima do normal” — não representa um líquido normal, tampouco um padrão inicial esperado para SGB.

Pelo contrário: traduz um perfil compatível com meningite viral, dada a presença de pleocitose linfocitária, o que afasta completamente a possibilidade de ambiguidade entre as alternativas.

O enunciado foi considerado coerente, claro e em conformidade com o conteúdo programático, não apresentando múltiplas interpretações válidas ou erro técnico capaz de justificar anulação.

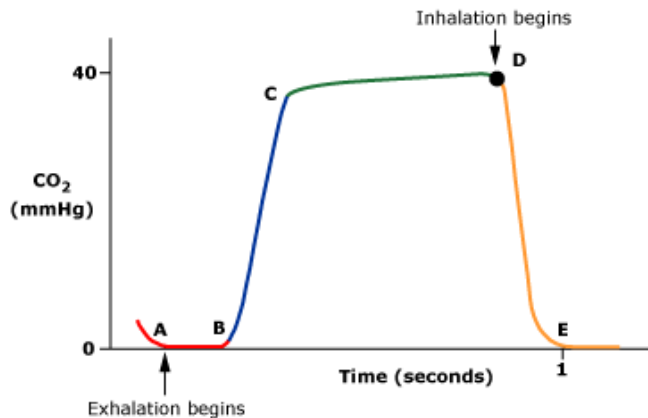
Dessa forma, permanecendo uma única alternativa correta, fundamentada em literatura consagrada, não há justificativa técnica para anulação da questão.

Questão 74 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca:

Forma de onda normal de CO₂



A - B: Ventilação do espaço morto

B - C: Fase expiratória ascendente

C - D: Platô alveolar D: CO₂

expirado D - E: Fase inspiratória descendente

Fonte: UpToDate

O capnograma, que representa graficamente a concentração de dióxido de carbono (CO₂) ao longo do ciclo respiratório, é dividido em quatro fases principais:

Fase 1 – Ventilação do Espaço Morto (AB):

Marca o início da expiração, quando o ar proveniente das vias aéreas superiores (espaço morto) é eliminado. A concentração de CO₂ nesse momento é próxima de zero, porque o ar inspirado não contém CO₂.

Fase 2 – Ascensão Rápida (BC):

Representa a chegada do CO₂ proveniente dos alvéolos às vias aéreas superiores.

Há um aumento súbito na concentração do gás na corrente respiratória.

Fase 3 – Platô Alveolar (CD):

O nível de CO₂ se estabiliza, refletindo a concentração uniforme do gás ao longo das vias respiratórias.

O ponto D, situado no final dessa fase, indica o CO₂ expirado final (EtCO₂), valor exibido no monitor.

Fase 4 – Inspiração (DE):

Ocorre o início da inspiração, quando o CO₂ retorna a zero.

Questão 75 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: Conforme a atualização da AHA 2025, inclusive destacada no enunciado: Para bebês, os socorristas devem comprimir o esterno com a base de uma das mãos ou usando a técnica dos 2 polegares-mãos circundando o tórax. Se o socorrista não conseguir envolver fisicamente o tórax, recomenda-se comprimi-lo com a base de uma das mãos.

O motivo da mudança ocorreu por revisões sistemáticas e meta-análises de estudos de simulação sugerirem que a técnica de 2 polegares-mãos circundando o tórax é superior compressões em bebês, principalmente para alcançar a profundidade adequada. Em um estudo de registro observacional prospectivo multicêntrico, a técnica de uma mão resultou em uma profundidade da compressão maior do que a técnica de 2 polegares em bebês, mas não houve diferença na frequência de compressões torácicas entre as duas técnicas. Embora a técnica de 2 dedos tenha sido raramente utilizada neste estudo, quando foi utilizada, nenhum dos segmentos das compressões torácicas estava em conformidade com as diretrizes da AHA. Diante disso, recomenda-se a técnica da base de uma mão ou a técnica dos 2 polegares-mãos circundando o tórax para bebês. **A tradicional técnica de 2 dedos para RCP em bebês não é mais recomendada.**

Para bebês com OVACE (Obstrução de Via Aérea por corpo estranho) grave, devem ser executados ciclos repetidos de 5 golpes nas costas alternados com 5 compressões torácicas até que o objeto seja expelido ou o bebê fique inconsciente. Motivo: **Compressões abdominais não são recomendadas para bebês, devido ao potencial de causar lesões nos órgãos abdominais.** Para bebês com OVACE grave, recomenda-se agora executar compressões torácicas com a técnica da base de uma mão. Embora a técnica de compressões torácicas com a base de uma mão seja semelhante à usada na RCP, nesse caso não há foco nos demais elementos da RCP de alta qualidade (como frequência e retorno). O objetivo é desobstruir as vias aéreas, e não promover o fluxo sanguíneo para o cérebro, como ocorre na RCP.

Questão 77 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: Os distúrbios de ritmo cardíaco no RN, são raros, porém conforme estatística, recém-nascidos portadores de cardiopatia congênita ou com o coração normal apresentam a taquicardia supraventricular como principal manifestação, seguidos do BAV e do flutter atrial. A bradiarritmia costuma ser um distúrbio mais raro. Pode-se exemplificar, conforme publicação na “DIRETRIZ DE ARRITMIAS CARDÍACAS EM CRIANÇAS E CARDIOPATIAS CONGÊNITAS SOBRAC E DCC – CPE, estudo realizado na Inglaterra durante 20 anos, de base populacional com mais de 600 mil nascimentos, identificou as arritmias clinicamente significativas e diagnosticadas pelo Eletrocardiograma (ECG) em recém-nascidos. A incidência de arritmias foi de 24,4 para cada 100 mil nascidos vivos, sendo as arritmias mais comuns a Taquicardia por Reentrada Atrioventricular (TRAV) com 16,3/100 mil, o Bloqueio Atrioventricular (BAV) completo com 2,1/100 mil e o flutter atrial com 2,1/100 mil, com o coração anatomicamente normal.

As crianças portadoras de cardiopatias congênitas, podem apresentar arritmias secundárias a anormalidades estruturais, à intervenção cirúrgica ou a repercussões hemodinâmicas crônicas, sendo que após cirurgia, as arritmias mais frequentes são a taquicardia supraventricular, a Taquicardia Juncional Ectópica (TJE), o BAV completo, a TV e a Fibrilação Atrial (FA).

Relata-se, em estudos de base populacional com rastreamento de ECG, que a frequência de bradicardia sinusal é de cerca de 0,025%. Em relação às estatísticas apresentadas, os trabalhos são elencados nas publicações e utilizados como base em diversas bibliografias.

Questão 78 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: Recém-nascidos com vacinação materna até 14 dias do parto, devem sim receber o nirsevimabe, pela imunização não conferir efetividade de imunização para o recém-nascido. Segundo recomendações da SBIM (Sociedade Brasileira de Imunizações), assim como do Ministério da Saúde, o nirsevimabe está indicado nas seguintes situações:

É recomendada como rotina para:

- Crianças menores de 8 meses de idade, cujas mães não se vacinaram na gestação:
 - uma dose de 50 mg para crianças com peso inferior a 5 Kg;
 - uma dose de 100mg para crianças com peso a partir de 5 Kg.
- Crianças de 8 a 23 meses de idade com risco para infecção grave por VSR:
 - 200 mg (duas doses de 100mg administradas simultaneamente), independente de peso.

2. Situações em que o uso de Nirsevimabe está formalmente recomendado, mesmo com vacinação materna:

- Mãe imunossuprimida vacinada durante a gestação;
- **Parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna;**
- RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, Síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas

O Relatório de Recomendação de MEDICAMENTO Nº 974 do Conitec, Ministério da Saúde “Nirsevimabe para a prevenção de infecção do trato respiratório inferior associado ao Vírus Sincicial Respiratório para bebês prematuros ou portadores de comorbidades”, reforça também que o nirsevimabe **NÃO** está indicado somente para recém-nascidos pertencentes ao grupo de risco.

Questão 80 – Acesso Direto

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca:

A Síndrome de Dravet é uma doença genética rara e incapacitante que causa convulsões frequentes e graves a partir da infância e com frequência, sem boa resposta ao uso de anticonvulsivantes. Visto que o paciente deverá ser intubado, o melhor procedimento é a intubação em sequência rápida e o uso de midazolam está bem indicado, NESTE PACIENTE QUE ESTÁ COM CRISES CONVULSIVAS, visto sua ação sedativa e antiepiléptica. A letra A está incorreta, visto que a cetamina não está contraindicada nas doenças dos SNC, mesmo que em casos de Hipertensão Intracraniana. A cetamina é utilizada, inclusive, para estado de mal epiléptico refratário. A letra B está errada, visto que não se usa etomidato em menores

de 12 anos, pela associação com insuficiência adrenal e choque. A letra C está incorreta porque a Síndrome de Dravet não está associada à hipertermia maligna.

RESPOSTAS DE RECURSO - PROVA DE CARDIOLOGIA

Questão 01 – Especialidade Cardiologia

Situação: Recurso Indeferido, Gabarito Mantido

Justificativa Banca: A questão tinha como objetivo avaliar a capacidade do candidato em saber diferenciar clinicamente entre os dois tipos de reações hansênicas, o tratamento principal de cada uma delas e a necessidade ou não da suspensão do tratamento da hanseníase em si, para pacientes que cursem com reação no intercurso ativo da doença.

A alternativa que contempla de forma correta tais objetivos é a alternativa C, que versa: não se deve suspender o tratamento (PQT-U), o quadro é característico de reação do tipo 2 e o tratamento principal desta condição é a talidomida.

O questionamento/recurso do candidato(a) é parcialmente pertinente, quando questiona que em situações de reação hansênica, quando há presença de neurite, sendo a reação do tipo 1 (reação reversa) ou reação do tipo 2 (eritema nodoso), a prednisona deve ser prescrita. Porém, a alternativa B não deve ser considerada correta uma vez que versa categoricamente que se trata de um caso de reação reversa, o que está errado. Além disso, a talidomida é classicamente e corretamente o tratamento para as reações hansênica do tipo 2, tendo como alternativa, adjuvante e/ou único (quando há neurite associada) a prednisona.

Traçando um paralelo entre as duas alternativas, temos:

b) Manter o tratamento PQT-U = **CORRETO**

pois os sintomas indicam uma Reação Reversa = **ERRADO**

e iniciar imediatamente o tratamento específico para a reação com prednisona oral = **CORRETO**.

c) Manter a PQT-U = **CORRETO**

pois os sintomas são característicos de uma Reação Tipo 2 = **CORRETO**

e iniciar imediatamente o tratamento com talidomida = **CORRETO**.