



**insti+u+o
mais.org.br**

○ Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

PROJETO PREFEITURA MUNICIPAL DE JARINU

CONCURSO PÚBLICO – EDITAL 02.2025 – SAÚDE

SUPERIOR COMPLETO – MÉDICOS – VÁRIAS ESPECIALIDADES – TARDE

CARGOS: 316 – MÉDICO AUDITOR 16 HORAS, 317 – MÉDICO CARDIOLOGISTA 16 HORAS, 318 – MÉDICO CLÍNICO GERAL 16 HORAS, 319 – MÉDICO DERMATOLOGISTA 16 HORAS, 320 – MÉDICO ESF (ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA), 321 – MÉDICO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL 16 HORAS, 322 – MÉDICO GENERALISTA 20 HORAS, 323 – MÉDICO GINECOLOGISTA 16 HORAS, 324 – MÉDICO GINECOLOGISTA ESPECIALISTA EM ADOLESCENTES 16 HORAS, 325 – MÉDICO HEBIATRA 16 HORAS, 326 – MÉDICO INFECTOLOGISTA 16 HORAS, 327 – MÉDICO NEUROLOGISTA 16 HORAS, 328 – MÉDICO OFTALMOLOGISTA 16 HORAS, 329 – MÉDICO ORTOPEDISTA 16 HORAS, 330 – MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA 16 HORAS, 331 – MÉDICO PEDIATRA 16 HORAS, 332 – MÉDICO PEDIATRA SOCORRISTA 12 HORAS, 333 – MÉDICO PEQUENAS CIRURGIAS 16 HORAS, 334 – MÉDICO PSIQUIATRA 16 HORAS, 335 – MÉDICO REUMATOLOGISTA 16 HORAS, 336 – MÉDICO SOCORRISTA 12 HORAS, 337 – MÉDICO UROLOGISTA 16 HORAS E 338 – MÉDICO VASCULAR 16 HORAS

Prezado(s) Candidato(s),

Em resposta ao recurso interposto em relação à publicação do Gabarito da Prova Objetiva, informa-se abaixo o parecer da Banca Examinadora.

POLÍTICAS DE SAÚDE (COMUM A TODOS OS CARGOS)

QUESTÃO 1

O recurso é improcedente, pois a alegação de ausência profissionais não prejudica o entendimento da questão, muito menos induz ao erro, podendo ser interpretada e respondida da forma correta sem prejuízo ao candidato.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 8

O recurso é improcedente, pois embora o artigo 1º, §1º, da Lei nº 8.142/1990 não utilize expressamente o termo deliberativo ao tratar das Conferências de Saúde, a interpretação sistemática e a prática consolidada no SUS reconhecem que essas conferências deliberam sobre diretrizes e propostas que orientam as políticas públicas de saúde, sendo suas resoluções encaminhadas aos Conselhos de Saúde para incorporação nos planos e ações do sistema. Regimentos aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, como o da 16ª Conferência Nacional (2019), reconhecem expressamente o caráter deliberativo das conferências no âmbito de suas competências. Assim, a alternativa indicada como correta reflete o entendimento técnico e normativo vigente, não havendo erro material.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**insti+uto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

CONHECIMENTOS BÁSICOS DE LEGISLAÇÃO MUNICIPAL (COMUM A TODOS OS CARGOS)

QUESTÃO 16

O recurso é improcedente, pois a alegação do candidato não merece acolhimento, visto que a descrição apresentada no enunciado corresponde exatamente à redação constante do parágrafo 4º do artigo 12, da Lei Orgânica do Município de Jarinu. Dessa forma, não há outra interpretação possível além daquela apresentada no referido enunciado. Ademais, a questão encontra-se devidamente fundamentada no mencionado dispositivo legal, razão pela qual não existe alternativa correta diversa daquela prevista no gabarito oficial, *in verbis*:

Art. 12

§ 4º Na sessão legislativa extraordinária, a Câmara Municipal somente deliberará sobre a matéria para a qual foi convocada.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



CONHECIMENTOS ESPECÍFICOS

316 – MÉDICO AUDITOR 16 HORAS

QUESTÃO 34

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa B) fica mantido. O recorrente alega ambiguidade na questão por não diferenciar o Sistema Único de Saúde (SUS) da Saúde Suplementar. Contudo, tratando-se de um concurso público para um cargo de auditoria, o contexto padrão e o objeto de conhecimento esperado referem-se, por excelência, às normas e instrumentos do Sistema Único de Saúde. No âmbito do SUS, o documento que rege a "validação dos valores" para "procedimentos de alta complexidade" é inequivocamente a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS, gerenciada pelo SIGTAP (Alternativa B). A Alternativa (D), Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), é o referencial de honorários utilizado na Saúde Suplementar, não se aplicando à auditoria de contas públicas.

Referências Bibliográficas: Brasil. Ministério da Saúde. (s.d.). *SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS*. Acessado em 02 de novembro de 2025. Conselho Federal de Medicina (CFM). (2003). *Resolução CFM Nº 1.673/2003*. Adota a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como padrão mínimo e ético de remuneração [na saúde suplementar].

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 35

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa D) fica mantido. O recorrente argumenta que o "relatório médico detalhado" (Alternativa B) também seria obrigatório, gerando duplicidade. No entanto, é necessário fazer a distinção técnica entre a justificativa da indicação clínica e a comprovação do uso do material. O relatório médico (B) é, de fato, obrigatório para justificar a *necessidade clínica* do procedimento. Contudo, a questão refere-se especificamente ao "controle de cobrança de *materiais*". Neste contexto, a "etiqueta de rastreabilidade do produto" (D) é o documento singular e obrigatório que comprova o *efetivo uso* e a *identidade* (lote, registro ANVISA, número de série) do material de alto custo (OPME) que está sendo faturado. A auditoria de OPME é centrada na rastreabilidade para garantir a segurança do paciente e validar que o item cobrado foi o item implantado, sendo a etiqueta (D) o documento-chave para este fim.

Referências Bibliográficas: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2022). *Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 665, de 30 de março de 2022*. (Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Médicos e Produtos para Diagnóstico de Uso in vitro). Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (2014). *Resolução Normativa - RN nº 364, de 11 de dezembro de 2014*. (Dispõe sobre a obrigatoriedade de divulgação da identificação de órteses, próteses e materiais especiais por operadoras de planos privados de assistência à saúde).

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



insti+uto
mais.org.br

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

QUESTÃO 39

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa A) fica mantido. O recorrente fundamenta seu pedido de inclusão da Proposição III ("Inspeção") baseando-se na Lei nº 8.080/90, que trata das competências gerais de fiscalização do SUS. Contudo, a questão é específica sobre as funções do **Sistema Nacional de Auditoria (SNA)**, regulamentado pelo Decreto nº 1.651/1995. O Artigo 2º deste decreto define as atividades do SNA como "controle da execução" (Proposição I) e "avaliação da estrutura, dos processos [...] e dos resultados" (Proposição II). A "inspeção", embora seja um instrumento ou método que pode ser utilizado *durante* o processo de auditoria (para controle ou avaliação), não é definida no decreto como uma função finalística distinta do SNA no mesmo nível hierárquico das outras duas. Portanto, no contexto estrito do SNA, apenas as proposições I e II estão corretas.

Referências Bibliográficas: Brasil. (1995). *Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995*. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria - SNA no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasil. Ministério da Saúde. (2017). *Manual de Normas e Procedimentos de Auditoria do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

318 – MÉDICO CLÍNICO GERAL 16 HORAS

QUESTÃO 29

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “B” para “D”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 29, alterando o seu gabarito de “B” para “D”.

QUESTÃO 39

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “A” para “B”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 39, alterando o seu gabarito de “A” para “B”.

QUESTÃO 40

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “D” para “C”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 40, alterando o seu gabarito de “D” para “C”.



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

320 – MÉDICO ESF (ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA)

QUESTÃO 34

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa B) fica mantido. A questão solicita a identificação da afirmativa correta sobre o mecanismo de ação dos inibidores de SGLT2 na insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. As alternativas (A), (C) e (D) descrevem, de forma factualmente incorreta, mecanismos de ação pertencentes a outras classes farmacológicas (bloqueadores de canal de cálcio, antagonistas mineralocorticoides e inibidores da neprilisina, respectivamente). A alternativa (B) é a única que apresenta um mecanismo de ação correto e fundamental atribuído aos inibidores de SGLT2: a promoção de glicosúria e natriurese, levando à diurese osmótica. Esse efeito resulta na redução da sobrecarga de volume (pré-carga), um benefício hemodinâmico central no manejo da insuficiência cardíaca, que contribui para o processo de remodelamento cardíaco reverso. Embora os benefícios desta classe sejam multifatoriais, a alternativa (B) é tecnicamente precisa e se destaca como a única afirmativa correta entre as opções fornecidas.

Referências Bibliográficas: Bocchi, E. A., et al. (2023). Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca 2023. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 120(5), e20230200. Verma, S., & McMurray, J. J. (2018). SGLT2 inhibitors and mechanisms of cardiovascular benefit: a state-of-the-art review. *Diabetologia*, 61(10), 2108-2117.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 35

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa A) fica mantido. O próprio texto recursal corrobora a correção da alternativa assinalada pela banca, ao afirmar que a alternativa (A) "descreve perfeitamente o choque séptico hiperdinâmico (quente)" e é "a descrição correta e canônica do choque séptico". O enunciado solicita especificamente os achados do "choque séptico", condição que, por definição (Sepsis-3), implica disfunção circulatória e hipotensão. A alternativa (A) descreve com precisão esta fase inicial hiperdinâmica (vasoplegia, extremidades aquecidas, pressão de pulso alargada). A alternativa (C), citada pelo recorrente, descreve um estado de sepse compensada, anterior à instalação do choque.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**insti+uto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

321 – MÉDICO ESPECIALISTA EM SAÚDE MENTAL 16 HORAS

QUESTÃO 26

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “D” para “C”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 26, alterando o seu gabarito de “D” para “C”.

QUESTÃO 27

O recurso é improcedente, pois constata-se um erro técnico na petição do recorrente. A questão 27, conforme apresentada no caderno de provas, versa sobre o "padrão circadiano típico da sintomatologia" na "depressão melancólica", tendo como gabarito preliminar a alternativa (C) "agravamento matinal com melhora vespertina". O texto da argumentação recursal, contudo, não aborda o tema da depressão melancólica; ao invés disso, discorre sobre "sensibilidade à ansiedade" e "transtorno do pânico", temas estranhos ao objeto de avaliação da questão 27. Visto que os argumentos apresentados não possuem qualquer pertinência ou correlação com o conteúdo avaliado na questão, o recurso é indeferido de plano.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

322 – MÉDICO GENERALISTA 20 HORAS

QUESTÃO 22

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa D) fica mantido. O recorrente argumenta que os benefícios dos inibidores de SGLT2 são multifatoriais, o que é correto, porém a questão solicita "O mecanismo de ação" subjacente à redução de desfechos cardiovasculares. A alternativa (A), redução da pré-carga, é um efeito hemodinâmico compartilhado por outras classes de diuréticos que não demonstram o mesmo impacto prognóstico robusto. As alternativas (B) e (C) descrevem efeitos pleiotrópicos e resultados do tratamento, respectivamente, e não o mecanismo de ação primário. A alternativa (D), "modulação do metabolismo energético miocárdico", refere-se à capacidade distintiva dos iSGLT2 de induzir uma mudança metabólica no cardiomiócito insuficiente, promovendo a utilização de corpos cetônicos como substrato energético mais eficiente. Este é considerado um mecanismo de ação fundamental e específico da classe para explicar os benefícios na insuficiência cardíaca, independentemente dos efeitos puramente hemodinâmicos ou renais.

Referências Bibliográficas: Lopaschuk, G. D., & Verma, S. (2020). Mechanisms of Cardiovascular Benefits of Sodium Glucose Co-Transporter 2 (SGLT2) Inhibitors: A State-of-the-Art Review. *JACC: Basic to Translational Science*, 5(6), 632–644. Packer, M. (2020). SGLT2 inhibitors: The search for a mechanism of benefit in heart failure. *JACC: Heart Failure*, 8(3), 241-243.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



326 – MÉDICO INFECTOLOGISTA 16 HORAS

QUESTÃO 22

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa A) fica mantido. A questão avalia o conhecimento técnico-científico sobre o manejo da toxicidade medicamentosa na Terapia Antirretroviral. O Tenofovir Disoproxil Fumarate (TDF) é um fármaco reconhecidamente associado à nefrotoxicidade, sendo sua substituição recomendada quando há declínio significativo da função renal, como o apresentado no caso (TFG 45 mL/min). O Tenofovir Alafenamida (TAF) é um pró-fármaco do tenofovir desenvolvido especificamente para apresentar concentrações plasmáticas mais baixas e, conseqüentemente, menor toxicidade renal e óssea, sendo a alternativa clínica direta. O argumento do recorrente, que se baseia em critérios de dispensação do medicamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e a ausência de dados sobre coinfeção por Hepatite B, não invalida a correção da questão. O item avalia a conduta *clínicamente* mais adequada para a preservação renal, e não a elegibilidade administrativa do paciente segundo o PCDT.

Referências Bibliográficas: Brasil. Ministério da Saúde. (2023). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. European AIDS Clinical Society (EACS). (2023). *EACS Guidelines*. Version 12.0.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 28

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. A argumentação do recorrente, que se baseia na ambiguidade do termo "sensibilidade diminuída" e na definição de "Intermediário" (I) pelo BRCAST, não se sustenta no contexto clínico apresentado. O cenário é uma meningite bacteriana em um neonato de 20 dias, uma condição de altíssima gravidade que exige rápida esterilização do líquido. O achado de *Streptococcus pneumoniae* com "sensibilidade diminuída à penicilina" é um indicador de não suscetibilidade (intermediário ou resistente) que contraindica o uso de ampicilina (Alternativa A) como terapia principal, mesmo em doses ajustadas ("aumentando a exposição"), devido ao alto risco de falha terapêutica no sistema nervoso central. O protocolo padrão e seguro, recomendado por diretrizes de infectologia, para meningite pneumocócica com suspeita ou confirmação de não suscetibilidade à penicilina é a associação de uma cefalosporina de terceira geração (Cefotaxima, preferível à Ceftriaxona em neonatos) com Vancomicina (Alternativa C), esta última para garantir a cobertura de cepas resistentes.

Referências Bibliográficas: Tunkel, A. R. et al. (2017). Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. *Clinical Infectious Diseases*, 64(6), e34-e65. American Academy of Pediatrics. (2024). *Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 33ª ed.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

330 – MÉDICO OTORRINOLARINGOLOGISTA 16 HORAS

QUESTÃO 30

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “A” para “D”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 30, alterando o seu gabarito de “A” para “D”.

QUESTÃO 32

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. O recorrente fundamenta seu pedido na premissa de que o músculo constritor superior (Alternativa D) seria o principal por ser o *primeiro* a contrair na sequência peristáltica da fase faríngea. Embora a deglutição seja, de fato, uma onda craniocaudal, o termo "principal constritor" solicitado no enunciado refere-se ao músculo com maior massa, área de secção transversa e capacidade de gerar a maior pressão propulsiva para o esvaziamento faríngeo. O músculo constritor inferior é anatomicamente o mais largo e mais forte dos três, sendo o principal responsável pela contração final que transfere o bolo alimentar através do esfíncter esofágico superior (formado por sua própria porção cricofaríngea) para o esôfago. O constritor superior, embora inicie a onda, é o mais fraco. Portanto, a alternativa (C) é a que identifica corretamente o principal gerador de força constritora na faringe.

Referências Bibliográficas: Moore, K. L., Dalley, A. F., & Agur, A. M. R. (2023). *Anatomia orientada para a clínica*. 9ª ed. Guanabara Koogan. Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. 2ª ed. Pro-Fono.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

331 – MÉDICO PEDIATRA 16 HORAS

QUESTÃO 24

O recurso é procedente, a questão deverá ter seu gabarito alterado de “D” para “A”.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 24, alterando o seu gabarito de “D” para “A”.

QUESTÃO 33

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa D) fica mantido. O recorrente alega que as alternativas (B) e (D) estariam corretas, gerando confusão. No entanto, a análise técnica da manobra de redução da parafimose invalida o argumento. A técnica consiste em aplicar pressão compressiva firme e constante sobre a glândula edemaciada (para reduzir seu volume) e, simultaneamente, aplicar pressão sobre o anel parafimótico (prepúcio constritor) tracionando-o em sentido distal (para frente) até que ele recubra a glândula. A alternativa (D), "anel parafimótico com compressão da glândula", descreve corretamente os dois pontos de aplicação da manobra. A alternativa (B) está factualmente incorreta, pois sugere uma pressão na "glândula em direção distal"; a pressão aplicada sobre a glândula, além de compressiva, é no sentido proximal (empurrando-a para "dentro" do anel prepucial).

Referências Bibliográficas: Kliegman, R. M., et al. (2020). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21ª ed. Elsevier. Partin, A. W., et al. (Eds.). (2021). *Campbell-Walsh-Wein Urology*. 12ª ed. Elsevier.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



336 – MÉDICO SOCORRISTA 12 HORAS

QUESTÃO 27

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. O recorrente baseia sua argumentação na premissa de que a acidose metabólica grave (pH 7.05) causaria "depressão do centro respiratório" (Alternativa A), citando a literatura fisiológica (Guyton & Hall, Ganong). Esta interpretação, no entanto, está equivocada na aplicação ao caso. A depressão do centro respiratório, se ocorresse, implicaria *hipoventilação*, o que resultaria em *retenção* de CO₂ (um pCO₂ elevado) e, conseqüentemente, em piora da acidemia (uma acidose mista). O quadro apresentado (pCO₂ de 12 mmHg) demonstra o exato oposto: uma hiperventilação máxima. Este achado é a manifestação clássica da "resposta compensatória respiratória à acidose metabólica" (Alternativa C), conhecida como Respiração de Kussmaul, na qual os quimiorreceptores, estimulados pela alta concentração de H⁺, induzem um drive ventilatório máximo para eliminar o CO₂ e elevar o pH.

Referências Bibliográficas: Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2021). *Tratado de Fisiologia Médica*. 14^a ed. Elsevier. Kitabchi, A. E., et al. (2009). Hyperglycemic crises in adult patients with diabetes. *Diabetes Care*, 32(7), 1335-1343.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 28

O recurso é improcedente, pois a alternativa "A" está tecnicamente correta e fundamentada em protocolos internacionais e nacionais consolidados na literatura médica. Segundo o StatPearls, publicação do National Institutes of Health (NIH) dos Estados Unidos, "a profundidade típica do tubo endotraqueal é de 23 cm para homens e 21 cm para mulheres, medida nos incisivos centrais, sendo o tamanho médio do tubo para um homem adulto de 8.0 mm". Esta informação é corroborada pelo MSD Manuals (Manual Merck) para profissionais, que estabelece que "a profundidade adequada do tubo é, habitualmente, 21 a 23 cm em adultos". O portal Academia Médica, referência nacional em protocolos de emergência, reforça que "homens em geral utilizam cânulas de 8.5-9 mm ou 8-8.5 mm, devendo a fixação ocorrer em 23-24 cm em relação à rima labial". O FP Notebook, recurso amplamente utilizado em medicina de emergência, especifica que "adultos do sexo masculino requerem tubos de 8.0-8.5 mm com profundidade de inserção de 20-22 cm". A revista científica Vittalle da Universidade Federal do Rio Grande confirma que "os tubos endotraqueais de 7.0 mm, 7.5 mm e 8.0 mm são os mais apropriados para a maioria dos adultos". O portal Sanar Med complementa que "a parte distal do tubo deve estar a 5-7 cm da carina, o que normalmente corresponde à marca de 22 cm em adultos". Portanto, a alternativa A apresenta valores plenamente compatíveis com as recomendações técnicas estabelecidas pela literatura médica de referência, tanto internacional quanto nacional, sendo a resposta correta para a questão proposta.

AHMED, R. A.; DIGHE, S. K. Endotracheal Tube. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539747/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

AZAMBUJA, M. I. et al. Intubação endotraqueal e via aérea cirúrgica. Vittalle - Revista de Ciências da Saúde, v. 33, n. 2, p. 132-143, 2021. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/download/13253/8850/42402>. Acesso em: 02 nov. 2025.



**instituto
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

BACKTABLE. ET Tube Size Guide & Chart for Adults and Pediatrics. BackTable, 2024. Disponível em: <https://www.backtable.com/shows/ent/tools/endotracheal-tube-size-guide>. Acesso em: 02 nov. 2025.

ENTUBAÇÃO traqueal. In: MSD MANUALS. Versão para profissionais de saúde. Kenilworth: Merck Sharp & Dohme Corp., 2024. Disponível em: <https://www.msdmanuals.com/pt/profissional/medicina-de-cuidados-cr%C3%ADticos/parada-respirat%C3%B3ria/entuba%C3%A7%C3%A3o-traqueal>. Acesso em: 02 nov. 2025.

FP NOTEBOOK. Endotracheal Tube. FP Notebook, 2021. Disponível em: <https://fpnotebook.com/Lung/Procedure/EndtrchlTb.htm>. Acesso em: 02 nov. 2025.

PASSO a passo da intubação orotraqueal. Academia Médica, 28 fev. 2019. Disponível em: <https://academiamedica.com.br/blog/o-passo-a-passo-da-intubacao-orotraqueal>. Acesso em: 02 nov. 2025.

SANAR MED. Intubação Orotraqueal (IOT) na Emergência - Yellowbook. Sanar Med, 2025. Disponível em: <https://sanarmed.com/intubacao-orotraqueal-iot-na-emergencia-yellowbook/>. Acesso em: 02 nov. 2025.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 30

O recurso é improcedente, pois o recorrente argumenta que a "queda súbita" do PETCO₂ indicaria um evento mecânico como o pneumotórax hipertensivo (Alternativa C). No entanto, o manual de referência é explícito ao correlacionar o valor de PETCO₂ inferior a 10 mmHg diretamente com a qualidade da RCP.

Na seção "Qualidade CPR" (página 47), o documento instrui textualmente: "Se ETCO₂ <10 mm Hg, tentar melhorar a qualidade do CPR". Esta orientação é reforçada na seção "Pontos-chave AED" (página 28), que orienta: "Se o CO₂ tidal final é inferior a 10 mmHg durante a RCP, considere ... melhorar compressões torácicas".

As outras alternativas são incorretas segundo o manual:

- **(A) Retorno da circulação espontânea:** Ocorre com um *aumento* sustentado do PETCO₂ (tipicamente ≥ 40 mmHg).
- **(B) Posicionamento no esôfago:** A capnografia é usada justamente para confirmar a posição do tubo, e uma intubação esofágica resultaria em valores de CO₂ próximos a zero.
- **(C) Pneumotórax hipertensivo:** Embora seja listado como uma "Causa reversível", o documento não o associa especificamente a uma "queda súbita" de PETCO₂, mas associa *explicitamente* o valor < 10 mmHg à necessidade de melhorar as compressões.

Fonte: <https://www.feiradesantana.ba.gov.br/samu192/protocolos/tecnicos/ACLS-2020-PORTUGUES.pdf>

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



QUESTÃO 32

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa A) fica mantido. A argumentação do recorrente é tecnicamente improcedente e demonstra uma incompreensão fundamental do método START (Simple Triage And Rapid Treatment). O START é um fluxograma de triagem primária, rígido e rápido, que *não* permite a análise clínica complexa (saturação, esforço respiratório etc.) sugerida pelo candidato, pois isso violaria o princípio de rapidez (menos de 60 segundos por vítima).

O algoritmo é inequívoco em dois pontos que se aplicam ao caso:

1. **Vítima em apneia que respira após manobra:** A vítima estava em apneia e iniciou a respiração *após* a manobra de abertura de via aérea. No fluxograma START, esta vítima é *imediatamente* classificada como **vermelha (imediato)**.
2. **Frequência Respiratória > 30 ipm:** Mesmo que se ignorasse o critério anterior, a vítima apresentou uma frequência respiratória superior a 30 ipm. No fluxograma START, uma frequência respiratória > 30 ipm é um critério isolado que *automaticamente* classifica a vítima como **vermelha (imediato)**.

O caso descrito atende a dois critérios distintos e independentes para a classificação "vermelha". A sugestão de classificar como "amarela" (Alternativa B) está em flagrante contradição com o protocolo START.

Referências Bibliográficas: Ministério da Saúde (Brasil). (2018). *Protocolo de Atendimento a Múltiplas Vítimas e Desastres*. American College of Emergency Physicians (ACEP). (2019). *Disaster Preparedness and Response: START Triage and Rapid Treatment Guidelines*. G. Super, et al. (1994). *START: Simple Triage And Rapid Treatment* (conforme citado em revisão da UFBA).

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 33

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. O recorrente argumenta que o "Tempo de coagulação incoagulável" (Alternativa B) seria o achado decisivo. No entanto, o enunciado da questão é específico e solicita o achado que confirma a forma "cutâneo-visceral (**hemolítica**)", em um paciente que apresenta "urina escura". Conforme a literatura médica de referência, a principal complicação sistêmica (visceral) do loxoscelismo é a hemólise intravascular. A urina escura é a manifestação clínica da hemoglobinúria, que por sua vez é consequência da hemólise. Portanto, o achado laboratorial que *confirma* a forma *hemolítica* descrita no caso é a "Anemia hemolítica com hemoglobinúria" (Alternativa C). A coagulopatia (Alternativa B) é outra complicação visceral grave que pode ocorrer, mas não é o achado que *define* a forma hemolítica solicitada.

Referências Bibliográficas: Brasil. Ministério da Saúde. (2020). *Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos*. 2ª ed. Protocolo Clínico CIATox-ES. (s.d.). *Acidente por aranha do gênero Loxosceles "Aranha marrom"*. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. (s.d.). *Animais Peçonhentos*.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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



QUESTÃO 34

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa A) fica mantido. A fundamentação do recurso confunde a conduta terapêutica (tratamento) com o método diagnóstico (confirmação), que é exatamente o que o enunciado solicita. A questão pede a "principal medida para confirmar a suspeita" de síndrome compartimental abdominal. O quadro clínico descrito (abdome tenso, oligúria refratária, piora da complacência pulmonar) é, de fato, altamente sugestivo de Síndrome Compartimental Abdominal (SCA). Contudo, a SCA é formalmente definida pela presença de uma Pressão Intra-Abdominal (PIA) sustentada acima de 20 mmHg associada a nova disfunção orgânica. Portanto, a medida necessária para confirmar a suspeita clínica é a aferição objetiva dessa pressão. A alternativa (A), "Aferição da Pressão Intra-Abdominal (PIA) por meio de um cateter vesical", é o método padrão-ouro ("reference standard") para a confirmação diagnóstica. A alternativa (B), "Realização de uma laparotomia exploradora de urgência", é o tratamento definitivo, e não o método diagnóstico. As demais alternativas são medidas de tratamento clínico (C) ou exames para outros fins (D), não respondendo ao comando da questão.

Referências Bibliográficas: Kirkpatrick, A. W., et al. (2013). Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome: updated consensus definitions and clinical practice guidelines from the World Society of the Abdominal Compartment Syndrome. *Intensive Care Medicine*, 39(7), 1190-1206. American College of Surgeons. (2018). *Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual*. 10ª ed.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 35

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. A análise do documento de referência fornecido (World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020) demonstra que a alternativa (C) é a única opção de segunda linha para anafilaxia refratária citada no texto. A diretriz afirma textualmente que a "administração parenteral de glucagon pode ser usada em pacientes com anafilaxia com resposta não ideal à epinefrina (adrenalina), em particular, em pacientes tomando betabloqueadores". Os recursos que defendem a alternativa (D) (Vasopressina) ou (B) (Dopamina) carecem de amparo no documento fornecido, visto que nem "vasopressina" nem "dopamina" são mencionadas no texto da diretriz da WAO 2020 como opções terapêuticas para anafilaxia refratária. Sendo a alternativa (C) a única terapia de segunda linha para refratariedade listada na referência, o gabarito é mantido.

Referências Bibliográficas: Cardona, V., et al. (2020). World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organization Journal*, 13:100472.

[https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551\(20\)30375-6/fulltext](https://www.worldallergyorganizationjournal.org/article/S1939-4551(20)30375-6/fulltext)

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

QUESTÃO 36

O recurso é improcedente, pois o gabarito preliminar (Alternativa C) fica mantido. A questão solicita o nível de CPK que indica "risco elevado" de insuficiência renal aguda no contexto de "rabdomiólise aguda grave". Os recorrentes defendem a alternativa (B) (5.000 U/L), citando referências que apontam este valor como o limiar inicial para "risco aumentado" e para o início de hidratação vigorosa.



**insti+u+o
mais.org.br**

O Futuro é nosso Presente

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social

Rua Estevão Lopes, 133 • Butantã • São Paulo/SP

CEP: 05.503-020 • Fone: (11) 2539-0919

Contudo, essa interpretação não invalida o gabarito. A literatura, incluindo referências citadas nos próprios recursos, diferencia "risco aumentado" (tipicamente > 5.000 U/L) de "risco elevado" ou "alto risco" (tipicamente > 15.000 U/L), este último estando associado à forma grave da doença e a uma maior probabilidade de necessidade de terapia renal substitutiva. O enunciado foi preciso ao qualificar a rabdomiólise como "grave" e o risco como "elevado", tornando a alternativa (C) a mais adequada e específica para o cenário proposto.

Referências Bibliográficas: Bosch, X., Poch, E., & Grau, J. M. (2022). Rhabdomyolysis and acute kidney injury. *N Engl J Med*, 387, 36-49. Huerta-Alardín, A. L., et al. (2005). Rhabdomyolysis: Pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Critical Care*, 9(2), 158-169.

Assim sendo, a questão fica mantida em todos os seus termos.

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

É o que tem a esclarecer.

Atenciosamente,

Instituto Mais de Gestão e Desenvolvimento Social