



**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

PROJETO IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

PROCESSO SELETIVO – RESIDÊNCIA MÉDICA – EDITAL 02.2026

SUPERIOR COMPLETO – ACESSO DIRETO – MANHÃ

CARGO: 309 (CIRURGIA GERAL)

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.

CLÍNICA MÉDICA

QUESTÃO 1

O recurso é improcedente, pois a questão pediu que o candidato assinalasse “a melhor opção” e o Topiramato, ainda que tendo sua contraindicação como relativa, não é a melhor opção para pacientes com nefrolitíase.

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

QUESTÃO 10

O recurso é improcedente, pois a alternativa “D” é a única resposta substancialmente correta e aplicável ao caso clínico.

A referência a “19 anos” constitui inadequação redacional acessória, sem repercussão sobre o raciocínio exigido, sem prejuízo à identificação do gabarito e sem produzir duplicidade ou ausência de resposta correta.

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



CIRURGIA GERAL

QUESTÃO 19

O recurso é improcedente, pois argumenta que a presença de fuga aérea contínua após drenagem torácica, associada à persistência de comprometimento respiratório, justificaria investigação imediata de lesão da árvore traqueobrônquica por broncoscopia.

De fato, a broncoscopia constitui o método de referência para o diagnóstico de lesões traqueais e brônquicas quando há suspeita clínica estabelecida. Entretanto, os achados classicamente associados a lesão traqueobrônquica significativa incluem fuga aérea volumosa e persistente **apesar de drenagem pleural comprovadamente adequada**, pneumotórax persistente ou falha de reexpansão pulmonar após drenagem, além de outros achados possíveis, como pneumomediastino, enfisema subcutâneo progressivo e hemoptise.

No caso apresentado, o dreno havia acabado de ser instalado e observou-se fuga aérea contínua, porém o enunciado não informa falha de reexpansão pulmonar, pneumotórax residual ou outro achado que permita estabelecer, naquele momento, lesão traqueobrônquica como causa provável do vazamento. A literatura sobre manejo de drenos torácicos ressalta, inclusive, que a presença de borbulhamento é esperada inicialmente durante a evacuação de um pneumotórax, e que, quando persiste, sua origem deve ser determinada antes de se presumir uma fístula proveniente do paciente. Adicionalmente, alterações relacionadas ao próprio dreno e ao sistema de drenagem são consideravelmente mais frequentes na prática clínica do que lesões traumáticas da árvore traqueobrônquica. O mau posicionamento é descrito como uma das complicações mais frequentes — e, em diversas revisões, como a complicação mais comum — da toracostomia, particularmente quando realizada em situações de urgência. Dobra, obstrução, deslocamento, exteriorização parcial das fenestrações e falhas nas conexões também podem comprometer a drenagem ou produzir entrada de ar no circuito.

Em contraste, as lesões traumáticas traqueobrônquicas são eventos raros, descritos em aproximadamente 0,5% a 0,9% dos pacientes avaliados em centros de trauma, com incidências entre aproximadamente 0,5% e 2% nos traumatismos torácicos fechados em diferentes séries. Assim, diante de uma fuga aérea observada imediatamente após a instalação de um dreno, a hipótese de lesão traqueobrônquica deve ser considerada, mas não deve preceder a exclusão de causas muito mais usuais relacionadas ao funcionamento do sistema de drenagem.

Importante destacar que **borbulhamento contínuo no selo d'água não comprova, por si só, fuga aérea proveniente do pulmão ou da árvore traqueobrônquica**. Esse achado também pode ocorrer quando alguma fenestração do dreno se encontra fora da cavidade pleural, quando existe entrada de ar pelo sítio de inserção ou quando há falha de conexão no circuito. Por esse motivo, referências específicas sobre manejo de drenos recomendam que as conexões, o sítio de inserção, a posição, a permeabilidade e a integridade do sistema sejam verificadas diante de uma fuga aérea não explicada. A American Association for Thoracic Surgery orienta expressamente que, diante de uma fuga aérea inexplicada, seja confirmado que o dreno não se encontra desconectado e que não exista espaço ao redor do tubo permitindo entrada de ar atmosférico, além da avaliação da permeabilidade e de possíveis obstruções mecânicas.

A saída imediata de ar no momento da toracostomia demonstra comunicação inicial do dreno com o espaço pleural, mas não exclui mau posicionamento, exteriorização parcial de fenestrações, dobra, falha de conexão ou outra alteração mecânica capaz de produzir drenagem inadequada ou fuga aérea aparente.



Somente após demonstrar que o sistema de drenagem está adequadamente posicionado, íntegro e funcionando e, ainda assim, persistirem fuga aérea significativa, pneumotórax residual ou incapacidade de reexpansão pulmonar, aumenta-se substancialmente a suspeita de lesão da árvore traqueobrônquica. Nessa circunstância, a broncoscopia constitui, de fato, o exame diagnóstico de referência.

Portanto, a alternativa “C” descreve uma etapa diagnóstica pertinente caso permaneçam sinais sugestivos de lesão traqueobrônquica **após confirmação da adequação da drenagem pleural**. Entretanto, a questão solicita a melhor conduta **“neste momento”**, imediatamente após a toracostomia, diante de resposta clínica incompleta e de fuga aérea cuja origem ainda não foi estabelecida.

Dessa forma, permanece como melhor resposta a alternativa “D” (**reavaliar o sistema de drenagem e corrigir possível falha**), não havendo duas alternativas igualmente corretas que justifiquem a anulação da questão.

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

QUESTÃO 20

O recurso é improcedente, pois sustenta que a proposição I seria verdadeira, sob o argumento de que a antibioticoprofilaxia cirúrgica deve ser administrada nos 30 a 60 minutos que antecedem a incisão. Entretanto, essa recomendação corresponde à regra geral para a maioria dos antimicrobianos e **não se aplica indistintamente a todos os fármacos utilizados para profilaxia cirúrgica**.

A própria proposição I afirma que o momento de administração foi inadequado porque **“todo antimicrobiano utilizado para profilaxia cirúrgica deve ser administrado nos 60 minutos que antecedem a incisão”**. Essa afirmação é falsa, pois existem exceções expressamente reconhecidas, entre elas a Vancomicina.

As diretrizes conjuntas da **American Society of Health-System Pharmacists (ASHP)**, **Infectious Diseases Society of America (IDSA)**, **Surgical Infection Society (SIS)** e **Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA)** recomendam que a maioria dos antimicrobianos seja iniciada até 60 minutos antes da incisão, porém estabelecem uma janela de até **120 minutos para Vancomicina e fluoroquinolonas**, em razão do maior tempo necessário para sua infusão. Portanto, o início da Vancomicina 90 minutos antes da incisão, com conclusão antes do procedimento, encontra-se dentro da janela recomendada.

Essa orientação não se restringe a diretrizes internacionais. Documento brasileiro de prevenção de infecção de sítio cirúrgico disponibilizado pela **ANVISA em 2025** diferencia expressamente os betalactâmicos, recomendados entre 30 e 60 minutos antes da incisão, da **Vancomicina e das fluoroquinolonas, cuja infusão deve ser iniciada com antecedência de até 120 minutos**, justamente para permitir sua administração adequada.

Dessa forma, ainda que a referência apresentada pelo recorrente mencione genericamente o intervalo de 30 a 60 minutos para antibioticoprofilaxia, essa recomendação não torna verdadeira a proposição I, pois o caso apresentado utiliza especificamente **Vancomicina**, que constitui exceção reconhecida à regra geral.

A proposição II **permanece correta**. Houve perda sanguínea estimada em **1.600 mL**, ultrapassando o valor de 1.500 mL utilizado em diretrizes como referência para perda sanguínea excessiva. Nessas



**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

circunstâncias, a repetição intraoperatória do antimicrobiano **pode ser considerada**, exatamente como afirma a proposição, devido à possibilidade de redução das concentrações séricas e teciduais do agente profilático. As diretrizes ASHP/IDSA/SIS/SHEA recomendam considerar nova administração diante de perda sanguínea excessiva ou quando a duração do procedimento ultrapassa o intervalo de redosagem do antimicrobiano.

A proposição **III também está correta**. A presença de dreno cirúrgico, isoladamente, não constitui justificativa para prolongar a antibioticoprofilaxia. A Organização Mundial da Saúde recomenda expressamente que a profilaxia antimicrobiana não seja mantida apenas devido à permanência de dreno, e as recomendações para prevenção de infecção de sítio cirúrgico igualmente orientam que antimicrobianos profiláticos não sejam prolongados após o fechamento da incisão simplesmente pela presença de drenos.

Consequentemente, as proposições verdadeiras são **II e III**, permanecendo correta a alternativa “B”.

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

QUESTÃO 22

O recurso é improcedente, pois argumenta que a alternativa “C” também poderia ser considerada correta, pois pacientes com lesão esplênica grau III apresentariam maior risco de falha do tratamento não operatório e poderiam ser submetidos à arteriografia com embolização profilática, mesmo na ausência de extravasamento ativo de contraste.

Entretanto, a identificação de **maior risco de falha do tratamento não operatório não implica indicação rotineira de angioembolização**. O próprio artigo citado pelo recorrente, ao discutir os trabalhos de Olthof et al., relaciona fatores associados à maior probabilidade de falha do tratamento não operatório, como maior grau da lesão, grande hemoperitônio, extravasamento de contraste, elevado *Injury Severity Score*, hipotensão, necessidade transfusional e traumatismo cranioencefálico. A mesma revisão ressalta que é necessário identificar os pacientes que realmente se beneficiam da arteriografia com embolização, evitando expor os demais aos riscos de um procedimento invasivo.

O paciente apresentado na questão tem **24 anos, estabilidade hemodinâmica, ausência de peritonite, pequena quantidade de líquido livre, ausência de extravasamento ativo de contraste e ausência de outras lesões intra-abdominais**. Não há descrição de necessidade transfusional, queda progressiva da hemoglobina, grande hemoperitônio ou outro fator adicional indicativo de maior risco de falha.

As **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT), publicadas em 2026**, estabelecem que pacientes hemodinamicamente estáveis com lesões esplênicas AAST graus I a III constituem candidatos ao tratamento não operatório, desde que possam ser submetidos a monitorização clínica e laboratorial seriada.

As mesmas diretrizes indicam arteriografia principalmente nas seguintes situações: presença de sangramento ativo ou lesão vascular à tomografia, como blush, pseudoaneurisma ou fístula arteriovenosa; grande hemoperitônio; lesões esplênicas complexas graus IV e V, mesmo sem blush; ou redução do hematócrito durante o acompanhamento, após exclusão de outras fontes de sangramento. Nenhuma dessas condições está presente no caso descrito.

Especificamente para **lesões grau III sem alterações vasculares**, a diretriz brasileira prevê condução por tratamento não operatório e acompanhamento, não recomendando angioembolização profilática de rotina.



O consenso da **World Society of Emergency Surgery (WSES)** de 2022 é concordante. Para lesões AAST grau III sem extravasamento de contraste, recomenda-se apenas **baixo limiar para angioembolização quando existem fatores adicionais de risco para falha**, como idade superior a 55 anos, elevado *Injury Severity Score*, necessidade de transfusão nas primeiras 24 horas, uso de anticoagulantes, cirrose, HIV ou dependência de drogas. Tais fatores não estão presentes no enunciado.

Da mesma forma, a diretriz da **Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST)** recomenda considerar angiografia particularmente nas lesões **superiores ao grau III**, na presença de blush, hemoperitônio moderado ou evidências de sangramento esplênico em curso. Para o paciente hemodinamicamente estável, sem peritonite e com lesão esplênica isolada, recomenda-se tentativa de tratamento não operatório.

Portanto, embora a angioembolização possa integrar o tratamento não operatório em pacientes selecionados e existam discussões na literatura sobre sua utilização profilática em determinados pacientes de maior risco, **ela não constitui a melhor conduta rotineira para um adulto jovem, estável, com lesão esplênica grau III, pequeno hemoperitônio e ausência de blush ou outros fatores de risco.**

Nesse cenário, a conduta mais adequada é o **tratamento não operatório com internação em ambiente monitorizado, avaliações clínicas seriadas e acompanhamento hematemétrico**, exatamente como descrito na alternativa “A”.

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

QUESTÃO 28

O recurso é improcedente, pois solicita a anulação da questão sob o argumento de que diferentes sociedades internacionais utilizam critérios distintos para estratificação da probabilidade de coledocolitíase, particularmente a American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) e a European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE).

A questão apresenta um conjunto de proposições construído de maneira coerente com os critérios de estratificação de risco para coledocolitíase estabelecidos pela **ASGE**, diretriz internacional amplamente utilizada para definição da estratégia diagnóstica e terapêutica nesses pacientes.

Segundo a diretriz da **ASGE de 2019**, são considerados critérios de alto risco para coledocolitíase, com indicação de prosseguir diretamente para CPRE:

1. cálculo no colédoco demonstrado por ultrassonografia ou outro exame de imagem;
2. colangite ascendente; ou
3. **associação de bilirrubina total superior a 4 mg/dL com dilatação do colédoco.**

A própria diretriz ressalta que, em sua revisão de 2019, passou a exigir a presença conjunta de bilirrubina > 4 mg/dL e dilatação da via biliar para aumentar a especificidade desse critério e reduzir a realização de CPRE meramente diagnóstica. Dessa forma, a primeira proposição reproduz um critério formalmente estabelecido pela ASGE e deve ser considerada **verdadeira**.

A análise das demais proposições demonstra, adicionalmente, a coerência interna do referencial utilizado na questão.



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

No caso concreto, a paciente apresenta alterações das provas hepáticas e dilatação do colédoco, porém bilirrubina inicial de 2,7 mg/dL, ausência de cálculo demonstrado por imagem, ausência de colangite e redução subsequente da bilirrubina. Pela estratificação da ASGE, alterações dos testes bioquímicos hepáticos e/ou dilatação do colédoco, na ausência dos critérios de alto risco, caracterizam **risco intermediário**, tornando verdadeira a proposição II.

Para pacientes classificados como de risco intermediário, a ASGE recomenda investigação adicional com **ecoendoscopia, colangiorressonância, colangiografia intraoperatória ou ultrassonografia intraoperatória**, em vez da realização imediata de CPRE. Portanto, também é verdadeira a proposição III.

A proposição IV é falsa. A ocorrência de pancreatite aguda biliar, por si só, não caracteriza paciente de alto risco para coledocolitíase persistente nem constitui indicação rotineira de CPRE urgente. A própria ASGE retirou a pancreatite biliar de seus critérios preditores de coledocolitíase e recomenda contra CPRE urgente, em menos de 48 horas, nos pacientes com pancreatite biliar sem colangite ou evidência de obstrução biliar persistente.

A diretriz do **American College of Gastroenterology de 2024** é concordante quanto a esse último aspecto, reservando a CPRE precoce principalmente aos casos de pancreatite aguda complicados por colangite.

Reconhece-se que a **ESGE** utiliza algoritmo próprio de estratificação, no qual alterações dos testes hepáticos e/ou dilatação do colédoco, sem cálculo demonstrado ou colangite, são conduzidas inicialmente por ecoendoscopia ou colangiorressonância.

Entretanto, a existência de diferenças entre algoritmos de sociedades científicas não torna incorreta uma proposição que corresponde expressamente a uma recomendação válida de outra diretriz internacional reconhecida. A proposição I não apresenta informação cientificamente falsa: ela descreve precisamente um dos critérios de alto risco estabelecidos pela ASGE para indicação direta de CPRE.

Ademais, o conjunto da questão fornece elementos suficientes para identificar o sistema de estratificação empregado. A combinação específica **“bilirrubina total superior a 4 mg/dL + dilatação do colédoco”**, a classificação das alterações dos testes hepáticos e da dilatação isolada como **risco intermediário**, a utilização de ecoendoscopia nesse grupo e a exclusão da pancreatite biliar isolada como indicação de CPRE urgente correspondem, em conjunto, ao algoritmo revisado da ASGE.

Não se trata, portanto, da aplicação arbitrária e não identificável de uma única referência, mas da avaliação de conceitos pertencentes a um sistema de estratificação internacionalmente reconhecido e internamente consistente ao longo de toda a questão.

Assim, permanecem corretos os valores lógicos: **I – Verdadeiro, II – Verdadeiro, III – Verdadeiro, IV – Falso**, correspondendo à alternativa “A” (V / V / V / F).

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



QUESTÃO 29

O recurso é improcedente, pois sustenta que a alternativa “B” também seria tecnicamente possível, uma vez que a videotoroscopia pode ser utilizada na investigação e no tratamento de lesões diafragmáticas traumáticas.

Inicialmente, cabe destacar que a questão não solicita a identificação de **uma conduta possível**, mas expressamente da “**melhor conduta**” para o cenário clínico apresentado. Assim, a existência de mais de uma modalidade tecnicamente exequível não implica, por si só, ausência de resposta única, desde que seja possível estabelecer preferência entre elas com base no contexto clínico e nas recomendações disponíveis.

O caso descreve paciente hemodinamicamente estável, sem peritonite, vítima de ferimento penetrante localizado no **oitavo espaço intercostal esquerdo**, portanto em região toracoabdominal, com risco de lesão diafragmática oculta. A ausência de lesão diafragmática ou visceral demonstrável pela tomografia não exclui essas lesões.

A diretriz da **Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST)** aborda especificamente pacientes com ferimentos penetrantes toracoabdominais esquerdos, hemodinamicamente estáveis e sem peritonite, cenário essencialmente correspondente ao apresentado na questão. Para esses pacientes, recomenda-se condicionalmente a **laparoscopia** como método de investigação, dada sua capacidade de identificar lesões diafragmáticas que podem não ser demonstradas pela tomografia.

Além disso, ao comparar as vias abdominal e torácica para abordagem de lesões diafragmáticas agudas em pacientes estáveis, a EAST recomenda condicionalmente a **abordagem abdominal em preferência à torácica**, considerando, entre outros aspectos, a possibilidade de identificação de lesões associadas e de redução do risco de lesões intra-abdominais não reconhecidas. Na revisão que fundamentou essa recomendação, mais de 90% dos pacientes com lesão diafragmática aguda foram abordados por via abdominal.

A própria EAST ressalta que, embora a toracosopia possa ser utilizada como instrumento de investigação da lesão diafragmática, **quando uma lesão é identificada por essa via permanece necessária a exclusão de lesões intra-abdominais associadas**. Essa limitação é particularmente relevante no trauma penetrante agudo, no qual o trajeto da arma pode atravessar o diafragma e alcançar estruturas abdominais.

As diretrizes **WSES-AAST de 2025** igualmente reconhecem tanto a laparoscopia quanto a toracosopia como métodos seguros e acurados de avaliação do diafragma em pacientes estáveis. Esse reconhecimento, entretanto, não estabelece equivalência obrigatória entre as duas estratégias em todos os cenários. A própria recomendação determina que a escolha considere o mecanismo e as características do trauma.

No paciente apresentado, o ferimento é **agudo, penetrante e toracoabdominal à esquerda**. Nesse contexto, a laparoscopia apresenta a vantagem de permitir simultaneamente:

- avaliação direta de todo o hemidiafragma;
- identificação e tratamento de eventual lesão diafragmática;
- inspeção da cavidade abdominal em busca de lesões associadas que possam não ter sido demonstradas na tomografia.

Portanto, embora a videotoroscopia descrita na alternativa B constitua técnica possível em situações selecionadas, ela não representa, entre as alternativas oferecidas, a estratégia preferencial para o cenário agudo descrito.



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

Há ainda um elemento adicional favorável à alternativa “C”. O paciente apresenta **hemopneumotórax ipsilateral** e será submetido a laparoscopia na presença de possível comunicação diafragmática. A insuflação de pneumoperitônio nesses pacientes pode provocar passagem de gás para a cavidade pleural e até pneumotórax hipertensivo. A diretriz WSES-AAST chama expressamente atenção para esse risco e reconhece que ele pode antecipar a necessidade de drenagem torácica.

Esse risco não é apenas teórico. A própria revisão da EAST registra ocorrência de pneumotórax hipertensivo durante laparoscopia para avaliação de trauma penetrante, com necessidade de desinsuflação abdominal e toracostomia.

Nesse contexto, a alternativa “C” — **toracostomia com drenagem pleural em selo d’água à esquerda associada à laparoscopia** — reúne o tratamento da alteração pleural já demonstrada e a estratégia preferencial para avaliação de possível lesão diafragmática e de eventuais lesões abdominais associadas.

A alternativa “B”, embora descreva procedimento reconhecido e possível em casos selecionados, não possui a mesma abrangência diagnóstica no cenário abdominal agudo e não é a abordagem preferencial quando comparada à alternativa “C” no contexto específico apresentado.

Portanto, a existência de uma estratégia alternativa possível não descaracteriza a questão, pois o comando solicita a **melhor conduta**, e não todas as condutas admissíveis.

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

PEDIATRIA

QUESTÃO 44

O recurso é procedente, a questão deverá ser anulada e atribuído ponto a todos os candidatos presentes à aplicação da Prova Objetiva.

Portanto, a banca examinadora defere o recurso interposto para a questão 44, anulando-a.

QUESTÃO 45

O recurso é improcedente, pois o Edital nº 02/2026 – Retificado – Programa de Residência Médica 2026, que rege o presente certame, traz no seu item 12.16 o seguinte texto: "A legislação a ser abordada no conteúdo programático será aquela vigente até a data de publicação do presente Edital." Portanto, considerando-se que a data de publicação do edital, 21 de julho de 2026, é considerada a literatura mais atualizada até a data proposta. Ou seja, exclui o Documento Científico SBP n.º 56, de 28/07/2026.

O Calendário de Vacinação SBIm Criança 2026/2027, atualizado em 20/06/2026, inclui as crianças menores de 24 meses com comorbidades na lista da SBIm para administração em qualquer época do ano (https://sbim.org.br/images/livreto-Calend-SBIm-2026-27-260619a.pdf_2026-06-19.pdf). Além disso, embora a versão originalmente publicada em 04/03/2026 da Nota Técnica Conjunta SBIm/SBP/Febrasgo delimitava o uso independente da sazonalidade aos bebês de até 7 meses e 29 dias, em 24/04/2026 foi disponibilizado arquivo atualizado da mesma Nota Técnica. A redação passou a incluir expressamente, entre as recomendações SBP/SBIm independentes da sazonalidade, crianças com idade inferior a 24 meses e comorbidades elegíveis (https://sbim.org.br/images/nt-quiarapido-imunizacao-vsr-sbimsbpfebrasgo-260304-at260423b.pdf_2026-04-27.pdf). Também se lê a mesma recomendação no documento científico da SBP n.º 44 de 14 de maio de 2026 com o título "Uso de imunizantes contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR): Vacinação em gestantes e uso de anticorpos monoclonais em crianças". Sendo assim, a questão está corretamente formulada, considerando a literatura mais atualizada no período de vigência determinado pelo edital.

https://sbim.org.br/images/nt-quiarapido-imunizacao-vsr-sbimsbpfebrasgo-260304-at260423b.pdf_2026-04-27.pdf

https://sbim.org.br/images/livreto-Calend-SBIm-2026-27-260619a.pdf_2026-06-19.pdf

O documento científico da SBP n.º 44, de 14 de maio de 2026, com o título "Uso de imunizantes contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é claro em dizer: "Recomendações SBP e SBIm para o uso do nirsevimabe: A SBP e a SBIm recomendam a administração de nirsevimabe, em qualquer época do ano e independentemente da sazonalidade, nas seguintes situações:

- Recém-nascidos de mães não vacinadas.
- Recém-nascidos de mães imunossuprimidas, mesmo vacinadas durante a gestação.
- Parto ocorrido antes de 14 dias da vacinação materna.
- Bebês prematuros, com idade gestacional menor que 37 semanas, até 12 meses de idade.
- Crianças com menos de 24 meses de idade, até 1 ano, 11 meses e 29 dias, com comorbidades elegíveis".

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



OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

QUESTÃO 46

O recurso é improcedente, pois sustenta que o enunciado teria associado o termo "pico de LH" ao intervalo de aproximadamente 36 horas até a ruptura folicular, quando parte da literatura reservaria essa cifra ao início do surto pré-ovulatório de LH, atribuindo ao ápice sérico propriamente dito intervalo menor. Concluem pela inexistência de alternativa integralmente correta.

A expressão "pico de LH" é consagrada na literatura médica, em Língua Portuguesa, como designação do próprio surto pré-ovulatório — a liberação maciça do hormônio pela hipófise —, e não de um instante isolado da curva sérica.

O Manual MSD, versão para profissionais, nomeia expressamente de "pico de LH" essa liberação maciça e a descreve como evento de 36 a 48 horas de duração, o que é incompatível com a leitura estritamente pontual pretendida nos recursos. A literatura ginecológica de referência traduzida ao português também registra que o oócito é liberado da superfície ovariana aproximadamente 36 horas após o pico de LH. O enunciado, portanto, usou o termo no sentido mais comum na literatura, não em um sentido incomum ou particular de uma única obra.

Quanto à imprecisão numérica alegada, o enunciado é expresso ao utilizar o advérbio "aproximadamente", afastando a exigência de marco cronométrico exato. Os próprios dados citados nas razões recursais confirmam a amplitude fisiológica do fenômeno e enfraquecem, e não reforçam, o pedido: o estudo multicêntrico da OMS por eles citados registra mediana de 32,0 horas entre a elevação do LH e a ovulação, com intervalo de confiança de 23,6 a 38,2 horas — faixa que contém as 36 horas, conforme o gabarito.

A metanálise de Erden et al. (Human Reproduction Update, 2022), também citada, aponta média de 33,91 horas, IC95% 30,79–37,03. E o mesmo estudo da OMS atribui ao intervalo entre o pico e a ovulação mediana de 16,5 horas, e não as 10 a 12 horas apresentadas nos recursos como valor único e incontroverso. A precisão reivindicada, portanto, não encontra respaldo uniforme sequer nas fontes selecionadas pelos próprios recorrentes.

Alguns recursos fundamentam seu argumento em obras específicas, tratando como referência bibliográfica do processo seletivo. Porém o Edital n.º 02/2026 não elege bibliografia oficial: o Anexo I traz apenas os conteúdos programáticos, entre os quais figuram fisiologia menstrual e sexual, endocrinologia do aparelho genital feminino, ciclo menstrual e ovulação — matérias às quais a questão se atém integralmente. Inexistindo obra vinculante, não é dado ao candidato impor à Banca a nomenclatura de manual de sua preferência em detrimento do uso corrente do termo na literatura médica.

Outros alegam o item 6.2 do Edital como fundamento da anulação. O dispositivo, contudo, integra o Capítulo VI — Das Provas, e estabelece características de construção do item: prova objetiva com quatro alternativas e uma única resposta correta, versando sobre o conteúdo do Anexo I. Não se trata de hipótese de anulação — que o Edital, aliás, não tipifica em nenhum dispositivo —, e o requisito nele previsto está plenamente atendido, pois a alternativa "A" é essa única resposta possível, uma vez que as três lacunas são preenchidas em conjunto. Os próprios recorrentes reconhecem o acerto das duas primeiras na alternativa "A" — retroalimentação positiva e LH. As alternativas "B", "C" e "D" contêm erros conceituais autônomos e indefensáveis: retroalimentação negativa ("B" e "D") e atribuição do pico pré-ovulatório ao FSH ("B" e "C"). Nenhuma delas disputa a condição de resposta.



**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

Importante destacar que o candidato que domina a fisiologia do ciclo menstrual, ainda que conheça a distinção entre início do surto e ápice da curva, não encontraria alternativa concorrente, já que a única alternativa com intervalo de 12 horas é a “B”, que vem associada à retroalimentação negativa e FSH, incorrendo em erro fisiológico elementar. A questão conserva resposta única e plena capacidade discriminativa.

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

**MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL, MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, SAÚDE
COLETIVA**

QUESTÃO 72

O recurso é improcedente, pois a questão descreve uma coorte previamente constituída, com coleta de informações clínicas e amostras biológicas na linha de base e acompanhamento longitudinal para identificação de casos incidentes de infarto agudo do miocárdio.

Para a investigação específica da associação entre o biomarcador e o desfecho, a dosagem foi realizada em todos os casos incidentes e em uma subamostra de participantes pertencentes à coorte original. Dessa forma, a estratégia analítica utilizada não corresponde à análise integral de uma coorte prospectiva, tampouco a uma coorte retrospectiva.

A alternativa que melhor caracteriza a estratégia apresentada é o **estudo caso-coorte**, delineamento em que os casos incidentes são comparados com uma subcoorte derivada da coorte de origem.

A alternativa referente ao estudo caso-controle não descreve adequadamente a estratégia apresentada, pois afirma que os participantes foram selecionados segundo a ocorrência do infarto. No enunciado, entretanto, a subamostra comparadora é apresentada como proveniente da coorte previamente constituída, não como grupo selecionado a partir da condição de caso ou não caso.

Assim, considerando o conjunto das informações fornecidas e as alternativas disponíveis, permanece como resposta mais adequada a alternativa “D”.

Referência:

PRENTICE, R. L. A case-cohort design for epidemiologic cohort studies and disease prevention trials. *Biometrika*. 1986;73(1):1-11.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern Epidemiology*. 3. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

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