



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SIRIO - 2026

SIRIO - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 36

Mulher de 45 anos é submetida a uma colecistectomia por videolaparoscopia, e o cirurgião precisa identificar o espaço conhecido como triângulo de Calot, etapa fundamental para realização da cirurgia. Quais são os limites anatômicos clássicos desse triângulo?

- A. Ducto hepático comum, ducto cístico e artéria cística.
- B. Ducto cístico, artéria hepática direita e veia porta.
- C. Ducto hepático comum, porção superior do ligamento hepatoduodenal e artéria hepática direita.
- D. Ducto cístico, artéria cística e margem inferior do fígado.
- E. Ducto hepático comum, ducto cístico e margem inferior do fígado.

Recurso:

Prezada banca,

Esta questão apresenta alternativas que se referem a diferentes definições sobre triângulos anatômicos da região hepato-cística, trazendo impacto significativo na resposta final.

O triângulo de Calot (conceito solicitado pela banca) foi descrito por Jean-François Calot em 1891 e tinha como seus limites o ducto cístico, o ducto hepático comum e a artéria cística (alternativa A) (1)(2).

Já o triângulo de Buddé, descrito pelo médico alemão **Christian Budde** em 1906, tem como limites a borda inferior do fígado, o ducto hepático comum e o ducto cístico (alternativa E) (1)

A grande relevância da aplicação cirúrgica do triângulo de Budde fez com que a denominação destes marcos anatômico se misturassem na prática, gerando ampla confusão.

Desta forma, solicitamos ampliação do gabarito para que ambas as alternativas, A e E, sejam consideradas corretas.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SIRIO - 2026

Cordialmente.

(1) TRIÂNGULOS ASSOCIADOS ÀS VIAS BILIARES E SUA IMPORTÂNCIA CIRÚRGICA, BITIATI, L, 2024. Disponível em: <<https://eventos.congresse.me/concirurgi/resumos/33906.pdf?version=original>>

(2) Calot of the triangle os Calot, Gastroenterology, [Volume 123, Issue 5](#) p1440 November 2002. Disponível em: <[https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085\(02\)00325-6/full-text?referrer=https%3A%2F%2Fwww.gastrojournal.org%2F](https://www.gastrojournal.org/article/S0016-5085(02)00325-6/full-text?referrer=https%3A%2F%2Fwww.gastrojournal.org%2F)>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 64

Mulher de 44 anos, eumenorreica e sem sintomas climatéricos, pergunta ao ginecologista qual deve ser o primeiro sinal de alteração menstrual que a ajudará a perceber o início da transição menopausal. Assinale a alternativa mais adequada.

- A. Aumento do fluxo menstrual.
- B. Diminuição do fluxo menstrual.
- C. Amenorreia.
- D. Encurtamento do período entre os ciclos menstruais.
- E. Atrasos menstruais.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

De acordo com os principais referenciais que descrevem a fisiologia reprodutiva feminina e os critérios de transição menopausal, o primeiro sinal menstrual típico do início da transição menopausal não é o atraso menstrual, mas sim o encurtamento do intervalo entre os ciclos (ciclo < 25 dias), resultado de flutuação folicular acelerada e redução da fase folicular.

Segundo o modelo STRAW+10, amplamente aceito como padrão-ouro na definição das fases do envelhecimento reprodutivo, o marco inicial da transição menopausal (Estágio -2) é caracterizado por:

- Variação persistente de ≥ 7 dias na duração do ciclo, geralmente pela diminuição do intervalo entre as menstruações.

O atraso menstrual prolongado ocorre posteriormente, somente na transição tardia (Estágio -1), quando se observam intervalos ≥ 60 dias entre ciclos. Portanto, não representa o primeiro sinal menstrual que marca o início da transição.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Essa fisiologia é reforçada por obras clássicas e documentos de sociedades médicas:

- O Speroff descreve que, no início da transição menopausal, há encurtamento dos ciclos devido à redução progressiva da fase folicular e à irregularidade da ovulação, sendo este o primeiro padrão de alteração menstrual observável.
- O ACOG também reconhece que os ciclos tornam-se inicialmente mais curtos e irregulares, com prolongamento e amenorreias ocorrendo apenas em fases posteriores da transição.

Dessa forma, o conteúdo apresentado pelas referências mostra de forma inequívoca que o gabarito indicado pela banca não corresponde ao primeiro evento menstrual característico da transição menopausal, tornando a alternativa D a correta.

Solicito, portanto, a alteração do gabarito da alternativa E para a alternativa D.

Referências:

- **Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.**
- **American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 141: Management of Menopausal Symptoms. Obstet Gynecol. 2014.**
- **Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. *STRAW+10: Stages of Reproductive Aging Workshop*. Menopause. 2012.**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 66

Mulher de 62 anos, menopausada há 10 anos, hipertensa crônica, diabética tipo 2, IMC 33, vai ao pronto-socorro com queixa de sangramento genital escurecido, indolor e imotivado há 5 dias. Refere episódio anterior há 3 meses. Não faz terapia de reposição hormonal. Exame clínico sem anormalidades. Ultrassonografia endovaginal mostra endométrio heterogêneo de espessura de 8,0 mm. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual método apresenta melhor acurácia diagnóstica?

- A. Histerossalpingografia.
- B. Cureta de Novak.
- C. Ressonância magnética.
- D. Colposcopia.
- E. Citologia meio líquido.

Recurso:

A paciente apresenta sangramento pós-menopausa, quadro que deve ser considerado câncer de endométrio até prova em contrário, especialmente na presença de múltiplos fatores de risco, como:

- Obesidade (IMC 33)
- Diabetes tipo 2
- Hipertensão
- Menopausa tardia / anos após menopausa
- Espessura endometrial > 4 mm e heterogeneidade ao ultrassom

Diante dessa suspeição, a primeira conduta diagnóstica recomendada pelas diretrizes internacionais e pelos principais livros-texto de ginecologia é a biópsia endometrial.

A cureta de Novak é um método clássico, disponível, ambulatorial e amplamente utilizado para biópsia do endométrio — sendo, portanto, a alternativa correta dentre as opções apresentadas.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Por outro lado, a histerossalpingografia (HSG) não tem nenhuma indicação no estudo de sangramento pós-menopausa. Trata-se de exame destinado à avaliação tubária e uterina na investigação de infertilidade, não devendo ser utilizada na propedêutica inicial de neoplasia endometrial.

Assim, o gabarito indica um exame completamente inadequado ao quadro clínico, enquanto a alternativa B oferece a conduta correta, recomendada e baseada em evidências.

Desta forma, solicita-se a alteração do gabarito da alternativa A para a alternativa B.

Referências bibliográficas:

- ACOG Committee Opinion No. 734: The Role of Transvaginal Ultrasonography in Evaluating the Endometrium of Women With Postmenopausal Bleeding. Obstet Gynecol. 2018.
- American Cancer Society. Endometrial Cancer—Early Detection, Diagnosis, and Staging.
- Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 67

Mulher de 44 anos, eumenorreica até então, refere atrasos menstruais frequentes de até 60 dias há 8 meses. Refere alteração do sono, irritabilidade e cansaço, porém nega outros sintomas climatéricos. Qual o perfil hormonal compatível?

- A. FSH normal; LH elevado; E₂ baixo.
- B. FSH elevado; LH elevado; E₂ elevado.
- C. FSH baixo; LH baixo; E₂ baixo.
- D. FSH elevado; LH elevado; E₂ baixo.
- E. FSH baixo; LH baixo; E₂ elevado.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A paciente de 44 anos apresenta irregularidade menstrual progressiva, com intervalos de até 60 dias, além de sintomas como alteração do sono, irritabilidade e fadiga. Essas características se encaixam no quadro de transição menopausal tardia, em que há anovulação frequente associada a hipoestrogenismo intermitente.

Do ponto de vista fisiológico:

- Durante a transição menopausal, o número de folículos ovarianos é reduzido.
- A ovulação torna-se esporádica, levando a diminuição sustentada da produção de estradiol.
- O hipoestrogenismo é clinicamente expresso por sintomas como distúrbios do sono, irritabilidade, fadiga, mesmo antes dos fogachos.
- O esperado é encontrar FSH elevado, inibina B reduzida e estradiol baixo — especialmente em ciclos longos e anovulatórios, como descrito no caso.

Portanto, não há sustentação fisiológica para a alternativa que sugere estradiol elevado, uma vez que níveis aumentados de estradiol não causam sintomas de deficiência estrogê-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

nica, como os apresentados pela paciente.

Dessa forma, o perfil hormonal mais compatível é aquele que indica hipoestrogenismo, condizente com a alternativa D.

Solicito, assim, a alteração do gabarito de B para D.

Referências bibliográficas:

- **Speroff L, Fritz MA. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 8ª ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2011.**
- **ACOG Practice Bulletin No. 141: Management of Menopausal Symptoms. Obstet Gynecol. 2014.**
- **Harlow SD, Gass M, Hall JE, et al. *STRAW+10: Stages of Reproductive Aging Workshop*. Menopause. 2012.**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social **Questão: 100**

Um médico residente em infectologia acompanha paciente com hepatite C crônica em hospital público. Ele discute com o preceptor o uso de antivirais de ação direta, drogas muito eficazes, mas de alto custo. O preceptor explica que esses medicamentos só passaram a ser fornecidos pelo SUS após um processo de análise de evidências e custos, e que seu uso está descrito em documento oficial que orienta diagnóstico, tratamento e acompanhamento. Nesse caso, é correto afirmar que

- A. a decisão de fornecer o medicamento no SUS depende exclusivamente do julgamento clínico do médico assistente.
- B. o registro do medicamento na Anvisa é condição necessária para sua comercialização, mas a oferta no SUS exige processo de avaliação e protocolos específicos.
- C. o fornecimento de medicamentos de alto custo pelo SUS ocorre apenas quando há determinação judicial.
- D. a incorporação dos antivirais no SUS resultou de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), e seu uso deve seguir o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) da hepatite C.
- E. o SUS pode adotar protocolos internacionais livremente, sem necessidade de documentos próprios, como os PCDT.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicito, por meio deste recurso, a aceitação da alternativa B como igualmente correta, resultando na ampliação do gabarito oficial da questão em 100 da prova de acesso direto, que atualmente considera apenas a alternativa D. A questão descreve um cenário crucial na saúde pública brasileira, que é a incorporação de medicamentos de alto custo, como os antivirais de ação direta (DAA) para hepatite C, no Sistema Único de Saúde (SUS). O ponto central do enunciado é que o fornecimento dessas drogas, apesar de sua eficácia, não é automático e depende de um processo de análise de evidências e custos, culminando em um documento oficial de orientação.

O gabarito oficial aponta a alternativa D como correta: "a incorporação dos antivirais no SUS resultou de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS), e seu uso deve seguir o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) da hepatite C." Esta alternativa está inquestionavelmente



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SIRIO - 2026

correta, pois nomeia os pilares regulatórios da incorporação no SUS: a ATS, conduzida pela CONITEC, e o PCDT, o documento normativo de uso, conforme a Lei no 12.401/2011.

No entanto, a alternativa B merece ser igualmente aceita por ser factualmente correta e conceitualmente equivalente ao que é exigido pelo enunciado. A alternativa B afirma que: "o registro do medicamento na Anvisa é condição necessária para sua comercialização, mas a oferta no SUS exige processo de avaliação e protocolos específicos." Esta alternativa descreve com precisão o fluxo regulatório. A primeira parte, sobre o registro na Anvisa, é a condição legal *sine qua non* para que qualquer produto farmacêutico seja comercializado no Brasil, conforme estabelece a Lei no 6.360/1976. A segunda parte distingue corretamente a esfera de comercialização da esfera de fornecimento público, afirmando que a oferta no SUS não é imediata. Essa oferta exige um "processo de avaliação" (que é, em essência, a Avaliação de Tecnologias em Saúde - ATS) e "protocolos específicos" (que são os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT).

Portanto, a alternativa B veicula o mesmo conceito fundamental da alternativa D: o medicamento precisa cumprir etapas regulatórias distintas: primeiro o registro sanitário (Anvisa/Comercialização) e depois a avaliação de custo-efetividade e definição de regras de uso (ATS e PCDT/Oferta SUS). O fato de a alternativa D usar a nomenclatura técnica (ATS e PCDT) e a alternativa B usar a nomenclatura conceitual ("processo de avaliação" e "protocolos específicos") não torna a alternativa B incorreta. Em questões de múltipla escolha, uma alternativa que descreve de forma precisa e sem erros o conceito subjacente, mesmo que com termos menos técnicos, merece ser considerada válida. O argumento da alternativa B, sobre a distinção entre Anvisa e o processo de incorporação do SUS (Lei no 12.401/2011), é uma informação fundamental na área de Saúde Coletiva e Infectologia.

Pelo exposto e fundamentado nas referências legais (Lei no 6.360/1976; Lei no 12.401/2011; Decreto no 7.646/2011), solicito a revisão da questão para que a alternativa B seja incluída no gabarito oficial, caracterizando a questão como de duplo gabarito.

Atenciosamente.



@medway.residenciamedica



Medway