

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia****Questão: 4**

Enunciado da Questão

Mulher de 35 anos, nuligesta, comparece à consulta em Unidade Básica de Saúde com queixa de dismenorreia progressiva e de hematoquezia quando está menstruada. Relata que as cólicas menstruais pioraram há 5 anos e que precisou procurar o pronto-socorro em duas ocasiões por dor pélvica forte e necessidade de medicação intravenosa. Afirmar não fazer uso de contracepção hormonal por não ter atividade sexual há 10 anos. Nega doenças crônicas ou uso de medicações. Refere constipação, com piora nos últimos 6 meses, e distensão abdominal. Ao exame físico, observa-se abdome indolor à palpação; exame especular sem lesões visíveis; toque vaginal com dor à mobilização do colo uterino; útero pouco móvel; palpação de nódulos endurecidos e doloridos em fórnice vaginal posterior.

Considerando-se a provável hipótese diagnóstica, qual é o exame de referência para investigação inicial nesse caso?

Alternativas

- A. Tomografia computadorizada do abdome.
- B. Laparoscopia diagnóstica.
- C. Histerossonossalpingografia.
- D. Ultrassonografia endovaginal.

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

Venho apresentar recurso referente à Questão 4 do Caderno 1 (Questão 33 do Caderno 2), solicitando sua anulação.

A questão descreve paciente de 35 anos, nuligesta, com dismenorreia progressiva, disquezia, hematoquezia cíclica e, ao exame físico, dor à mobilização do colo, útero pouco móvel e nódulo endurecido e doloroso em fundo de saco posterior — quadro clássico de endometriose profunda com provável infiltração retovaginal/retossigmoide.

O gabarito preliminar apontou a alternativa D ("Ultrassonografia endovaginal"). Ocorre que o PCDT de Endometriose do Ministério da Saúde, aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SAPS/SCTIE nº 54, de 2 de junho de 2026, recomenda expressamente o "ultrassom transvaginal com preparo intestinal" ou a ressonância magnética — não a ultrassonografia endovaginal convencional, sem preparo.

Essa distinção é central: o preparo intestinal é o que confere sensibilidade adequada para identificar nódulos em compartimento posterior e retossigmoide, achado suspeitado no caso pela sintomatologia digestiva associada e pelo nódulo palpável em fundo de saco. Sem preparo intestinal, a acurácia



do exame é sabidamente inferior para essa finalidade, não correspondendo ao método indicado pelo documento oficial que fundamenta a prova.

Assim, a alternativa D, como redigida, descreve exame tecnicamente distinto e insuficiente para o caso, não podendo ser considerada integralmente correta. Nenhuma alternativa corresponde, de forma precisa e completa, à recomendação do Ministério da Saúde citada como referência, o que justifica a anulação da questão.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Endometriose. Aprovado pela Portaria Conjunta SAES/SAPS/SCTIE nº 54, de 2 de junho de 2026. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/e/endometriose>. Acesso em: 15 set. 2026.

Solicita-se o deferimento do recurso, com a anulação da questão.

Respeitosamente,

**Especialidade: Medicina Preventiva e Social****Questão: 26**

Enunciado da Questão

Mulher cisgênero de 26 anos, profissional do sexo, comparece a uma Unidade Básica de Saúde para consulta agendada. Relata uso inconsistente de preservativos e manifesta preocupação com o risco de infecção pelo HIV. Nega comorbidades ou uso contínuo de medicações. Realizou teste rápido para HIV há 2 meses em uma ação social, com resultado não reagente, e exames laboratoriais recentes, que mostram função renal preservada. Durante a consulta, a médica de família oferta novos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites B e C, todos não reagentes, e exclui, por anamnese e exame físico, a presença de sinais e sintomas de infecção aguda pelo HIV ou outras infecções sexualmente transmissíveis ativas no momento.

Considerando-se o início da prevenção, o manejo da profilaxia pré-exposição (PrEP) para esse caso é prescrevê-la na modalidade

Alternativas

- A. sob demanda e agendar retorno mensal para teste rápido.
- B. de uso diário consecutivo e orientar que a proteção ocorrerá em 20 dias.
- C. sob demanda e aguardar confirmação da sorologia com resultado não reagente.
- D. de uso diário consecutivo e agendar retorno trimestral para teste rápido.

Fundamentação do Recurso

À BANCA EXAMINADORA

Assunto: Recurso Administrativo – Anulação da Questão 26 (Modelo 1)

Objeto: Manejo da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) ao HIV em mulher cisgênero

1. SÍNTESE DO RECURSO

Solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO** por ausência de alternativa correta. Todas as opções apresentadas violam o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para PrEP Oral do Ministério da Saúde.

2. RAZÕES TÉCNICO-CIENTÍFICAS

- **Inadequação das Alternativas A e C (Uso sob demanda):** O PCDT contraindica o esquema sob demanda (2+1+1) para mulheres cisgênero devido à dinâmica de distribuição tecidual do tenofovir/emtricitabina na mucosa cérvico-vaginal. Para esse público, o esquema indicado é exclusivamente o uso diário contínuo.
- **Inadequação da Alternativa B (Incompleta):** Limita-se ao uso diário contínuo, omitindo o plano de monitoramento, exames de acompanhamento e rotina de consultas essenciais ao manejo na Atenção Primária.



· **Inadequação da Alternativa D (Periodicidade incorreta):** O protocolo oficial estipula:

- *Primeiro retorno:* Obrigatoriamente em **30 dias** (1 mês) para avaliar adesão, tolerabilidade e afastar janela imunológica.
- *Seguimento subsequente:* Consultas e testes rápidos ocorrem de forma **quadrimestral** (a cada 4 meses) no primeiro ano.

A alternativa D incorre em erro duplo ao ignorar a consulta de 30 dias e ao fixar o retorno de rotina como "trimestral".

3. CONCLUSÃO E PEDIDO

Devido ao desalinhamento de todas as alternativas com as diretrizes da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente do Ministério da Saúde, solicita-se a **ANULAÇÃO** da questão e a consequente atribuição da pontuação a todos os candidatos.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) Oral à Infecção pelo HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pcdt_prep_oral_infeccao_hiv.pdf.



Especialidade: Clínica Médica
Questão: 41

Enunciado da Questão

Homem de 68 anos, com quadro de perda de consciência após picada de abelha, é levado a uma Unidade de Pronto Atendimento ainda confuso e com falta de ar. Vem realizando acompanhamento por hipertensão arterial, insuficiência cardíaca de fração de ejeção reduzida e glaucoma. Faz uso de propranolol, enalapril e espironolactona. O exame físico revela: paciente sonolento e confuso (escala de coma de Glasgow 13); presença de estridor inspiratório; PA 76 x 42 mmHg; FC 54 bpm; FR 28 irpm; temperatura axilar 35,9 °C e glicemia capilar 102 mg/dL.

Após administração de 0,5 mg de adrenalina intramuscular, o paciente mantém o quadro descrito.

Alternativas

- A. Glucagon.
- B. Atropina.
- C. Adrenalina.
- D. Dopamina.

Fundamentação do Recurso

RECURSO – SOLICITAÇÃO DE ANULAÇÃO/ALTERAÇÃO DE GABARITO

Solicita-se revisão do gabarito ("Glucagon"). O enunciado descreve anafilaxia grave por picada de abelha, em paciente em uso de propranolol, após apenas uma dose de adrenalina IM (0,5 mg).

A adrenalina IM é a terapia de primeira linha e deve ser repetida a cada 5–15 minutos na ausência de resposta, associada a cristaloides IV. A anafilaxia só é refratária após falha de doses repetidas de adrenalina — a Wilderness Medical Society define refratariedade como três ou mais doses (ref. 1 e 2).

Com apenas uma dose administrada, o critério de refratariedade não está preenchido, e o passo imediato correto seria repetir a adrenalina IM + cristaloides IV, não escalonar para glucagon.

O glucagon é opção de segunda linha (grau 2C), reservada ao paciente betabloqueado com hipotensão refratária após adrenalina repetida; não substitui nem precede a adrenalina (ref. 3 e 4). Ademais, mesmo sob betabloqueio, a adrenalina mantém atividade alfa-adrenérgica, com benefício em doses adicionais.

Diante da inconsistência entre o enunciado (dose única) e o critério formal de refratariedade das diretrizes, requer-se a anulação da questão ou a alteração do gabarito para Adrenalina.

Referências:

1. Gaudio FG, et al. Wilderness Medical Society Clinical Practice Guidelines on Anaphylaxis. Wilderness Environ Med. 2022.
2. Pouessel G, et al. Management of Refractory Anaphylaxis. Clin Exp Allergy. 2024.
3. Cao D, et al. Part 10: Special Circumstances of Resuscitation: AHA Guidelines. Circulation. 2025.



4. Boyce JA, et al. Guidelines for the Diagnosis and Management of Food Allergy (NIAID Expert Panel). J Allergy Clin Immunol. 2010.



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 50

Enunciado da Questão

Homem de 34 anos, tabagista, sedentário, com IMC 43 kg/m² e assintomático, comparece a uma consulta em Unidade Básica de Saúde relatando que seu pai foi diagnosticado com câncer de cólon aos 53 anos. O paciente demonstra preocupação com a doença.

Considerando-se o rastreamento do câncer colorretal desse paciente pelo SUS, a conduta nesse caso é solicitar colonoscopia

Alternativas

- A. na consulta atual.
- B. a partir dos 43 anos.
- C. a partir dos 50 anos.
- D. se a pesquisa de sangue oculto tiver resultado positivo.

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da questão**, pois nenhuma das alternativas contempla adequadamente a recomendação de rastreamento do câncer colorretal para o paciente apresentado.

Trata-se de homem de 34 anos, assintomático, cujo **pai foi diagnosticado com câncer de cólon aos 53 anos**, configurando câncer colorretal em **familiar de primeiro grau diagnosticado antes dos 60 anos**.

Segundo o **Protocolo de Encaminhamento da Atenção Básica para a Atenção Especializada em Proctologia, do Ministério da Saúde**, nessa situação recomenda-se **colonoscopia aos 40 anos ou 10 anos antes da idade de diagnóstico do familiar mais jovem**.

Como o pai foi diagnosticado aos 53 anos, dez anos antes corresponderiam a 43 anos. Entretanto, entre os dois critérios, deve-se considerar aquele que determina **início mais precoce do rastreamento**, ou seja, **aos 40 anos**.

Assim, a alternativa **A (“na consulta atual”) está incorreta**, pois o paciente possui 34 anos. A alternativa **B (“a partir dos 43 anos”) também está incorreta**, pois considera apenas o critério de dez anos antes do diagnóstico e ignora o início aos 40 anos. A alternativa **C (“a partir dos 50 anos”) não se aplica**, pois o paciente apresenta história familiar que modifica a estratégia de rastreamento.

A alternativa **D também está incorreta**, pois condiciona a colonoscopia à positividade da pesquisa de sangue oculto. A estratégia de rastreamento populacional com teste fecal não substitui a recomendação específica para indivíduos com história familiar relevante.



Portanto, a resposta correspondente à recomendação aplicável seria **“a partir dos 40 anos”**, alternativa inexistente na questão.

Diante da **ausência de alternativa correta**, solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO**.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada: Proctologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *Detecção precoce do câncer*. Rio de Janeiro: INCA.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). *SUS inclui teste de alta tecnologia para rastreamento de câncer colorretal*. 2026.



Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 60

Enunciado da Questão

Criança de 5 anos é levada a um pronto-socorro após sofrer acidente automobilístico grave, com rebaixamento do nível de consciência, respiração irregular e sinais de comprometimento respiratório, sem sinais de sangramento ativo externo. É indicada obtenção de via aérea eficaz e definitiva.

Nesse caso, a particularidade anatômica a ser considerada para a realização de procedimento seguro é o fato de que crianças dessa idade, em comparação com adultos, apresentam

Alternativas

- A. língua proporcionalmente menor.
- B. anel cricofaríngeo relativamente mais largo.
- C. laringe mais baixa e anterior.
- D. epiglote mais anteriorizada e rígida

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da questão**, cujo gabarito divulgado foi a alternativa D, por **ausência de alternativa integralmente correta** à luz da anatomia da via aérea pediátrica e do ATLS 11ª edição, referência diretamente aplicável ao cenário de trauma apresentado.

A alternativa **A está incorreta**, pois crianças apresentam **língua proporcionalmente maior**, e não menor, em relação à cavidade oral.

A alternativa **B está incorreta**, pois o anel cricofaríngeo não constitui a particularidade anatômica relevante descrita para obtenção da via aérea por intubação orotraqueal.

A alternativa **C está incorreta**, pois a laringe pediátrica é **mais alta (cefálica) e anterior**, e não "mais baixa e anterior".

A alternativa **D, indicada como gabarito, também está incorreta segundo o ATLS 11**. No capítulo dedicado ao trauma pediátrico, o manual descreve a criança como apresentando "relatively large, floppy epiglottis", isto é, **epiglote relativamente grande e flácida/flexível**, em oposição ao termo "**rígida**" empregado na alternativa. Além disso, a posição mais anterior é classicamente atribuída à **laringe como um todo**, não sendo característica isolada e inequívoca da epiglote.

Embora algumas referências clássicas descrevam a epiglote infantil como *stiffer*, outras fontes especializadas a caracterizam como mais macia ou flexível, demonstrando divergência na literatura. No entanto, no contexto específico desta questão de **atendimento ao trauma**, o ATLS 11 descreve expressamente a epiglote como "*floppy*".



Assim, **nenhuma das quatro alternativas está integralmente correta**. A descrição compatível com o ATLS seria **“laringe mais cefálica e anterior”**, opção inexistente entre as respostas.

Diante da **ausência de alternativa correta**, solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO**.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Advanced Trauma Life Support (ATLS): Student Course Manual*. 11. ed. Chicago: ACS, 2025.

ADEWALE, L. Anatomy and assessment of the pediatric airway. *Paediatric Anaesthesia*, 2009;19(Suppl 1):1-8.

TOBIAS, J. D. Pediatric airway anatomy may not be what we thought. *Paediatric Anaesthesia*, 2015;25:9-19.

HOLZKI, J. et al. The anatomy of the pediatric airway. *Paediatric Anaesthesia*, 2018;28:13-22.

SHLOMOVICH, M.; HYATT, S.; CASSEL-CHOUDHURY, G. N. Croup and Epiglottitis. *Pediatrics in Review*, 2025.



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 67

Enunciado da Questão

Homem de 22 anos, vítima de atropelamento, foi levado pelo suporte avançado do SAMU a uma emergência terciária de trauma, onde chegou em prancha rígida, com colar cervical e com queixa de dor em andar inferior de abdome. Avaliação inicial: paciente consciente; contactante; descorado 2+/4+; FC 120 bpm; FR 24 irpm; PA 80 x 60 mmHg; abdome plano, normotenso, doloroso à palpação profunda em andar inferior; descompressão brusca negativa; bacia instável e hematoma em região escrotal. Foram realizadas: medidas de estabilização na sala de emergência; ultrassonografia FAST, cujo resultado foi negativo para líquido livre abdominal; e radiografia da pelve, conforme a seguinte figura. Após, foi aplicada cinta pélvica, o que resultou em estabilização mecânica do anel pélvico, com fechamento do quadril.

Radiografia simples da pelve na admissão

Nesse caso, mantendo-se um quadro de hipotensão, qual é a próxima conduta a ser realizada?



Alternativas



- A. Angiografia com embolização.
- B. Laparotomia exploradora.
- C. Estabilização cirúrgica do quadril.
- D. Tomografia de abdome e pelve.

Fundamentação do Recurso

Ilustríssima Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da questão**, pois o gabarito divulgado (alternativa C) não corresponde adequadamente ao manejo do trauma pélvico hemodinamicamente instável e as alternativas não permitem resposta única e inequívoca.

O paciente apresenta **instabilidade hemodinâmica persistente, fratura pélvica instável e FAST negativo**, apesar das medidas iniciais e aplicação de cinta pélvica. Nesse cenário, deve-se presumir hemorragia retroperitoneal relacionada à fratura e instituir rapidamente medidas de controle hemorrágico.

A alternativa **C (“estabilização cirúrgica do quadril”)** apresenta **inadequação anatômica e técnica**. Quadril corresponde à articulação coxofemoral, enquanto o caso apresenta lesão do **anel pélvico**. A estabilização mecânica da pelve já foi iniciada com cinta pélvica, sendo necessário, diante da hipotensão persistente, avançar para estratégias de controle definitivo da hemorragia.

A WSES recomenda, no paciente com fratura pélvica e instabilidade hemodinâmica, considerar o **tamponamento pré-peritoneal pélvico associado à estabilização do anel pélvico**, especialmente porque a maior parte do sangramento nesses casos é de origem venosa e óssea. Essa importante estratégia não está contemplada nas alternativas.

Além disso, a alternativa **A (“angiografia com embolização”)** também constitui **estratégia reconhecida de controle hemorrágico**, sobretudo diante de suspeita de sangramento arterial ou persistência da instabilidade. A sequência entre tamponamento e angioembolização pode variar conforme protocolo institucional, recursos disponíveis e resposta às medidas iniciais. Portanto, sua presença entre as opções amplia a ambiguidade do item.

A laparotomia exploradora não é sustentada pelo **FAST negativo e ausência de evidência de hemorragia intraperitoneal**, enquanto a tomografia não é apropriada no paciente persistentemente instável.

Assim, **a alternativa C emprega terminologia inadequada, a alternativa A é defensável e a estratégia fundamental de tamponamento pré-peritoneal não foi oferecida**. Não há, portanto, resposta única e tecnicamente inequívoca.

Diante do exposto, solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO**.



Referências

COCCOLINI, F. et al. Pelvic trauma: WSES classification and guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 2017;12:5.

MAGNONE, S. et al. Prospective validation of a new protocol with preperitoneal pelvic packing as the mainstay for the treatment of hemodynamically unstable pelvic trauma. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2021;47:383-390.

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Best Practices in the Management of Orthopaedic Trauma*. Chicago: ACS, 2015.

MIGLIORINI, F. et al. Arterial angioembolisation versus pre-peritoneal pelvic packing in haemodynamically unstable patients with complex pelvic fractures: a meta-analysis. *European Journal of Trauma and Emergency Surgery*, 2024.



Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 74

Enunciado da Questão

Paciente de 65 anos, em acompanhamento em Unidade Básica de Saúde, retorna para sua consulta anual e relata piora de sintomas do trato urinário inferior, corno jato urinário fraco, disúria e noctúria. O exame de toque evidencia próstata aumentada, de consistência elástica e superfície lisa. O PSA total (antígeno prostático específico), realizado há 2 semanas, revela o valor de 6,5 ng/mL (VR: até 4,0 ng/mL).

Qual exame deve ser solicitado para comprovar a especificidade diagnóstica nesse caso?

Alternativas

- A. PSA fração total e livre.
- B. Ultrassonografia transretal.
- C. Tomografia contrastada de pelve.
- D. Biópsia transretal de próstata.

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se a **anulação da questão**, uma vez que o comando “qual exame deve ser solicitado para comprovar a especificidade diagnóstica nesse caso?” apresenta imprecisão conceitual e permite **mais de uma alternativa tecnicamente defensável**.

A alternativa A, indicada no gabarito, é justificável. Em pacientes com PSA total entre 4 e 10 ng/mL, a determinação do **PSA livre e o cálculo da relação PSA livre/PSA total** podem aumentar a especificidade da avaliação do PSA, auxiliando na diferenciação entre condições benignas e câncer de próstata.

Entretanto, a **alternativa B, ultrassonografia transretal, também pode ser defendida diante dos dados fornecidos pelo próprio enunciado**. O paciente já apresenta PSA total conhecido, de 6,5 ng/mL. A ultrassonografia transretal permite determinar o **volume prostático**, possibilitando o cálculo da **densidade do PSA (PSA total/volume prostático)**. Esse parâmetro também é reconhecido na literatura como ferramenta capaz de melhorar a especificidade da avaliação do PSA e auxiliar na estratificação do risco de câncer de próstata.

Portanto, neste caso, há dois caminhos tecnicamente possíveis para aumentar a especificidade da avaliação de um PSA elevado: a **relação PSA livre/total**, obtida pela alternativa A, e a **densidade do PSA**, cujo cálculo se torna possível pela mensuração do volume prostático fornecida pela alternativa B, uma vez que o PSA total já consta no enunciado.



Além disso, a expressão **“comprovar a especificidade diagnóstica”** não constitui objetivo clínico claramente definido e não delimita qual desses parâmetros se pretende avaliar. Caso a intenção fosse especificamente investigar a relação PSA livre/total, isso deveria estar explicitado no comando.

Diante da existência de **mais de uma alternativa tecnicamente defensável**, solicita-se a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO**.

Referências

AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION; SOCIETY OF UROLOGIC ONCOLOGY. *Early Detection of Prostate Cancer: AUA/SUO Guideline*. 2023.

EUROPEAN ASSOCIATION OF UROLOGY. *EAU Guidelines on Prostate Cancer: Diagnostic Evaluation*. Arnhem: EAU Guidelines Office, 2026.

CATALONA, W. J. et al. Use of the percentage of free prostate-specific antigen to enhance differentiation of prostate cancer from benign prostatic disease. *JAMA*, v. 279, n. 19, p. 1542-1547, 1998.



Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 77

Enunciado da Questão

Em maio de 2024, aconteceram inundações devastadoras no Rio Grande do Sul (RS), que afetaram 478 municípios e mais de 2 milhões de pessoas, segundo dados de 2025 do Boletim da Defesa Civil do RS. Várias famílias ficaram desalojadas, Além disso, houve contaminação hídrica e desabastecimento da rede assistencial.

Diante do quadro apresentado, assinale a alternativa que apresenta, respectivamente, a etapa e as ações a serem adotadas pela Vigilância Epidemiológica em casos como esse.

Alternativas

- A. Manejo do desastre; decidir sobre as ações de controle de doenças e agravos à saúde.
- B. Mitigação; monitorar e controlar prioritariamente as doenças transmissíveis.
- C. Recuperação; intensificar as ações para detecção de doenças-sentinela e de surtos e efetuar a notificação.
- D. Redução de risco; identificar mapear e a morbimortalidade e apontar as medidas para a redução do risco.

Fundamentação do Recurso

À Banca Organizadora

Assunto: Recurso contra gabarito preliminar da Questão nº 77

Solicitação: Alteração de gabarito para a Alternativa A (ou, subsidiariamente, Anulação da Questão)

Fundamentação Técnica:

1. **Incompatibilidade fática:** O enunciado descreve uma crise instalada e em fase aguda (inundações no RS em maio/2024, desalojados, contaminação hídrica e desabastecimento), demandando resposta imediata.
2. **Divergência com diretrizes do Vigidesastres/MS:** O Ministério da Saúde define:
 - *Redução de Risco (Pré-desastre):* Medidas preventivas e preparatórias antes da ocorrência do evento.
 - *Manejo do Desastre / Resposta (Durante/Pós-impacto):* Ações imediatas para conter riscos e agravos no curso da emergência.
3. **Incorreção da Alternativa D:** A alternativa D indica "Redução de risco". Com a emergência deflagrada, a atuação da Vigilância Epidemiológica passa a ser o Manejo do Desastre para conter surtos imediatos (ex.: leptospirose e hepatite A).
4. **Adequação da Alternativa A:** Descreve corretamente a etapa (Manejo do desastre) e a ação prioritária na crise (decisão sobre ações de controle de doenças).



Conclusão: O gabarito D diverge dos manuais do Ministério da Saúde. Requer-se a alteração do gabarito oficial para a **Alternativa A** ou, em caso de ambiguidade, a **anulação da questão**.

Referências bibliográficas:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.185, de 1º de dezembro de 2022. Institui o Vigi-desastres no SUS. Diário Oficial da União, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de preparação e resposta à emergência em saúde pública por inundação. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

**Especialidade: Cirurgia Geral****Questão: 93**

Enunciado da Questão

Homem de 45 anos foi submetido a colecistectomia laparoscópica eletiva, devido a litíase não complicada. No dia seguinte à cirurgia, apresentou temperatura axilar de 37,5 °C, dor abdominal difusa e FC 110 bpm. O médico assistente deu alta ao paciente, atribuindo as queixas ao processo normal de recuperação. O paciente retornou para reavaliação no 4º dia de pós-operatório, com piora do quadro clínico. A ultrassonografia abdominal identificou grande quantidade de líquido livre abdominal, e a reabordagem cirúrgica mostrou fístula biliar. Após a recuperação, a família do paciente decidiu buscar orientação jurídica.

A situação descrita configura

Alternativas

- A. negligência.
- B. imprudência.
- C. diligência.
- D. omissão de socorro.

Fundamentação do Recurso

Solicita-se a ampliação do gabarito para aceitar como corretas as alternativas A e B.

O art. 18, II, do Código Penal define a culpa em três modalidades — imprudência, negligência e imperícia —, reproduzidas no art. 1º do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018), que veda ao médico "causar dano ao paciente, por ação ou omissão, caracterizável como imperícia, imprudência ou negligência". O dispositivo reconhece expressamente que a conduta culposa pode decorrer de ação e de omissão, não havendo, no CEM nem no art. 186 do Código Civil, qualquer regra de exclusividade entre as modalidades.

A negligência está caracterizada pela omissão do dever de cuidado: diante de febre, dor abdominal difusa e taquicardia (FC 110 bpm) no 1º PO de colecistectomia, o médico deixou de investigar complicação, violando o art. 32 do CEM ("deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente") e o Princípio Fundamental II, que impõe agir "com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional".

Contudo, a imprudência também se configura. A imprudência é conduta comissiva — ação positiva praticada com precipitação e sem as cautelas devidas. No caso, o médico não apenas deixou de agir: praticou ato médico positivo ao conceder alta hospitalar, atribuindo aodadamente sinais de alerta de complicação pós-operatória ao "processo normal de recuperação". Liberar paciente febril, taquicárdico e com dor difusa, sem esclarecimento diagnóstico, é agir com temeridade. A alta precoce, por ser ato comissivo, é classicamente enquadrada como imprudência pela doutrina médico-legal (FRANÇA, G. V. Direito Médico; Medicina Legal).



Como o comando pede o que "a situação descrita configura", e a situação abrange tanto a omissão investigativa quanto o ato precipitado de alta, as alternativas A e B são igualmente defensáveis, impondo-se a ampliação do gabarito.