



**RESPOSTA DOS RECURSOS DAS PROVAS DE SELEÇÃO CLASSIFICATÓRIA DE  
GRADUADOS E TRANSFERIDOS 2025.2 - CRAJUBAR**

**MEDICINA**

**QUESTÃO: 01**

**RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

**Decisão:** Os recursos devem ser INDEFERIDOS. A questão deve ser MANTIDA, com o gabarito na alternativa C.

**Fundamentação Técnica**

Os recursos baseiam-se na premissa correta de que a Lei nº 8.080/90, em seu Art. 15, inciso XIII, prevê o instituto da Requisição Administrativa em situações de perigo iminente ou calamidade pública. Diante do cenário de esgotamento de leitos e surto (emergência), a requisição seria uma medida cabível, gerando ambiguidade ou tornando a alternativa C insuficiente.

No entanto, a análise dos recursos falha ao não observar o conteúdo das alternativas ofertadas, especificamente a construção do distrator presente na alternativa B.

**Análise da Alternativa C (Gabarito Oficial):**

A alternativa C descreve fielmente o disposto no Art. 24 da Lei nº 8.080/90: "Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada." O texto-base da questão descreve exatamente um cenário de insuficiência ("esgotamento da capacidade pública"). O parágrafo único deste artigo reforça que a participação complementar deve ser formalizada mediante contrato ou convênio, com preferência às entidades filantrópicas. Portanto, a alternativa C está juridicamente perfeita e adequada ao cenário de insuficiência de meios.

**Análise da Tese da Requisição Administrativa (Alternativa B):**

Ainda que o candidato considerasse a requisição administrativa como a medida mais adequada para a urgência do caso, essa opção não estava disponível de forma correta entre as alternativas. A única alternativa que menciona a requisição é a Alternativa B, e ela contém dois erros jurídicos crassos que a tornam inviável:

- Erro 1: Afirma que a participação da iniciativa privada é "vedada em situações de calamidade pública". Isso é falso. Em calamidade, a participação privada é muitas vezes essencial e incentivada para salvar vidas.
- Erro 2: Afirma que o gestor deve requisitar bens "sem ônus para o município". Isso fere o Art. 5º, inciso XXV, da Constituição Federal e o próprio Art. 15, inciso XIII da Lei 8.080/90, que garantem ao proprietário a indenização ulterior (ou seja, há ônus para o Estado, ainda que o pagamento seja posterior).

**Conclusão**

Embora a requisição administrativa seja um instrumento possível na teoria (Art. 15), a alternativa que a abordava (B) continha erros legais insuperáveis. A alternativa C reflete a aplicação correta e literal do Art. 24 da Lei 8.080/90 para casos de insuficiência de oferta pública.

Portanto, rejeitam-se os pedidos de anulação.



### **QUESTÃO: 04**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

**Decisão:** Os recursos devem ser INDEFERIDOS. A questão deve ser MANTIDA, com o gabarito na alternativa C.

### **Fundamentação Técnica**

A questão tem como objetivo avaliar o conhecimento do candidato acerca das definições legais dos componentes do Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, conforme estabelecido na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90).

O texto apresentado no enunciado reproduz o núcleo essencial do conceito estabelecido no Art. 6º, § 1º da Lei nº 8.080/90:

"Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde [...]"

A definição apresentada é lapidar e exclusiva da Vigilância Sanitária. Nenhum outro componente da vigilância (Epidemiológica, Ambiental ou Saúde do Trabalhador) possui a atribuição legal de intervir na "produção e circulação de bens" e na "prestação de serviços". A clareza do texto legal afasta qualquer possibilidade de confusão conceitual para o candidato que estudou a bibliografia obrigatória.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C (Vigilância Sanitária) é a única resposta possível e correta.

1. Correspondência Legal: O comando da questão solicita a identificação do componente que se refere ao trecho citado. O trecho descreve ações sobre "bens de consumo" e "prestação de serviços".

2. Exclusão das demais:

- A Vigilância Epidemiológica (Art. 6º, § 2º) foca em alterações nos fatores determinantes, doenças e agravos.
- Saúde do Trabalhador (Art. 6º, § 3º) foca na reabilitação e assistência ao trabalhador.
- A Vigilância Ambiental foca nos fatores não biológicos do meio ambiente.

Portanto, a alternativa C preenche todos os requisitos do comando, estando em perfeita consonância com a Lei 8.080/90 e os Manuais do Ministério da Saúde citados na bibliografia.

### **Análise das Teses Recursais**

1. Sobre a alegação de ambiguidade e falta de clareza:

O recorrente alega que o enunciado é confuso por citar múltiplas fontes e que termos como "intervir nos problemas sanitários" são amplos. Essa tese não se sustenta. A citação de múltiplas fontes (Lei, Portaria, Manual) serve para contextualizar que o conceito é unificado no SUS. Além disso, a expressão "intervir nos problemas sanitários" não deve ser lida isoladamente, mas dentro do contexto da frase que inclui "decorrentes da produção e circulação de bens". Esta qualificação torna o conceito específico da Vigilância Sanitária, eliminando a suposta ambiguidade. Não há "interpretação induzida" quando o texto reproduz a lei.

2. Sobre a alegação de adulteração do texto legal pelo uso de aspas e parênteses:



O recorrente argumenta que a inclusão de exemplos entre parênteses — (alimentos, medicamentos) e (hospitais, clínicas) — dentro das aspas invalida a questão, pois não constam literalmente no corpo do § 1º do Art. 6º da Lei 8.080/90.

Embora o candidato tenha razão quanto à literalidade estrita dos caracteres (os parênteses são didáticos e ilustrativos, frequentemente encontrados em manuais explicativos do Ministério da Saúde baseados na lei), isso não anula a questão pelos seguintes motivos:

- Ausência de Prejuízo: A inclusão dos exemplos facilita a identificação da resposta correta, agindo em benefício da clareza, e não o contrário.
- Manutenção do Sentido Legal: Os exemplos citados (alimentos, medicamentos, hospitais) são, de fato, os objetos de controle descritos nos Incisos I e II do mesmo artigo da lei. O texto entre aspas consolidou o caput do parágrafo com seus incisos explicativos.

**Princípio da Razoabilidade:** Em avaliações de múltipla escolha, pequenas adaptações didáticas ou a inserção de exemplos contextualizadores que não alteram a “mens legis” (o espírito da lei) nem induzem ao erro não configuram adulteração de má-fé ou erro grosseiro passível de anulação. O núcleo da definição permaneceu inalterado e exclusivo da Vigilância Sanitária.

### **Conclusão**

A questão apresenta comando claro e resposta objetiva amparada na legislação fundamental do SUS. As teses apresentadas pelos recorrentes versam sobre formatação textual e interpretação extensiva, não apontando erro material que comprometa o julgamento técnico do conteúdo. A inserção de termos exemplificativos entre parênteses apenas reforçou a correção da alternativa C.

Diante do exposto, indeferem-se os recursos e ratifica-se o gabarito na alternativa C.

### **QUESTÃO: 05**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa C.

### **Fundamentação Técnica**

A questão tem como objetivo avaliar a capacidade do candidato de integrar conceitos clássicos da sociologia da saúde (Josué de Castro e a determinação social da fome) com conceitos clínicos e epidemiológicos contemporâneos, especificamente o fenômeno da Fome Oculta (ou Hidden Hunger, na literatura internacional da OMS/FAO).

Tecnicamente, a "Fome Oculta" é definida como a deficiência de micronutrientes (vitaminas e minerais, como Ferro, Zinco, Vitamina A) que ocorre sem que haja necessariamente déficit calórico (déficit de macronutrientes). Diferente da fome clássica (inanição/marasma), a Fome Oculta não se manifesta por magreza extrema; pelo contrário, é altamente prevalente em populações com sobrepeso e obesidade, devido ao consumo de dietas de alta densidade calórica, mas baixa densidade nutricional (alimentos ultraprocessados).

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C é a única correta, pois apresenta a definição técnica precisa de Fome Oculta aceita pela Organização Mundial da Saúde (OMS), UNICEF e pelo Ministério da Saúde, contextualizando-a com os determinantes sociais solicitados no comando.



Definição Clínica: "Carência crônica de micronutrientes... em indivíduos com peso normal ou obesos". Isso distingue o fenômeno da fome aguda.

Relação com Determinantes: "Resultante do consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional (ultraprocessados) devido ao custo e à cultura alimentar". Isso atende à parte do comando que exige a conexão com a "estrutura econômica defeituosa" citada por Josué de Castro, atualizando o conceito para a realidade do século XXI (onde o pobre tem acesso à caloria barata, mas não ao nutriente de qualidade).

### **Análise das Teses Recursais**

Os recorrentes apresentam duas linhas de argumentação que não se sustentam tecnicamente:

Quanto à defesa da Alternativa A: O candidato alega que a alternativa A seria a correta por descrever a "fome social". Ocorre que o comando da questão solicitava explicitamente a definição do termo técnico "Fome Oculta". A alternativa A descreve a Fome Aguda ou Calórica (Inanição/Marasma), caracterizada por emaciação visível. O termo "Oculta" existe justamente para designar a fome que "não se vê" fisicamente (carência de micronutrientes em pessoas aparentemente nutridas). Embora Josué de Castro trate da fome como fenômeno social, o enunciado pedia a transposição desse debate para o conceito clínico contemporâneo de Fome Oculta. Assinalar a alternativa A seria um erro técnico de definição semântica e clínica.

Quanto à alegação de subjetividade/indução: Não há subjetividade ou viés ideológico na questão. A associação entre pobreza, consumo de ultraprocessados e carência de micronutrientes (obesidade com desnutrição oculta) é uma evidência epidemiológica robusta (Síndrome Global), descrita no Guia Alimentar para a População Brasileira e em tratados de Medicina de Família (Gusso et al.). O fato de o texto-base citar um autor clássico serve para situar o problema como estrutural, mas a resposta exigida (Alternativa C) é puramente técnica e baseada na fisiopatologia da nutrição.

### **Conclusão**

A questão foi formulada com rigor técnico, diferenciando claramente dois tipos de agravos nutricionais: a desnutrição energético-proteica (descrita na incorreta A) e a carência de micronutrientes ou Fome Oculta (descrita na correta C). O conhecimento avaliado é essencial para o médico generalista atuar no cenário epidemiológico atual de transição nutricional. Não há dúvida, erro conceitual ou indução ao erro.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

### **QUESTÃO: 06**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa C.

### **Fundamentação Técnica**

A questão baseia-se na teoria clássica dos Atributos Essenciais da Atenção Primária à Saúde (APS), desenvolvida por Barbara Starfield e amplamente discutida no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso et al.). Para resolver a questão, o candidato deve distinguir entre a existência de um atributo e a ação específica descrita e solicitada no comando.

- Longitudinalidade: Refere-se à relação interpessoal duradoura e ao aporte de cuidado ao longo do tempo.



- **Coordenação do Cuidado:** Refere-se à capacidade da APS de ordenar os fluxos, integrar ações de diferentes pontos da rede e gerenciar a informação entre níveis assistenciais (referência e contrarreferência).

O ponto crucial para a resolução de questões de múltipla escolha é atender estritamente ao comando da questão. O comando não pergunta "quais atributos estão presentes no cenário", mas sim solicita identificar o atributo "que diz respeito à capacidade da APS de transitar o paciente pelos diversos níveis do sistema, garantindo a sincronia das ações e o fluxo de informações".

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C (Coordenação do Cuidado) é a resposta correta e única possível diante do comando apresentado.

Embora o texto-base mencione um acompanhamento de 10 anos (o que indica a presença de longitudinalidade), o foco da ação descrita no enunciado e exigida no comando é o gerenciamento da transição do cuidado entre o nível terciário (hospital/cirurgia) e o nível primário (UBS). As ações concretas listadas — "receber a contra-referência", "revisar medicações prescritas pelo cirurgião" e "organizar o plano de reabilitação" — são, por definição técnica prevista na bibliografia (Gusso et al.), componentes operacionais da Coordenação do Cuidado (integração vertical e gestão da informação clínica). É este atributo que garante a sincronia e o fluxo descritos no comando.

### **Análise das Teses Recursais (Longitudinalidade vs. Coordenação)**

Os recorrentes argumentam que a alternativa A (Longitudinalidade) estaria correta ou geraria ambiguidade devido à menção dos "10 anos de acompanhamento".

Esta tese não prospera pelas seguintes razões:

- **Interdependência não gera sinonímia:** Embora a longitudinalidade facilite a coordenação (é mais fácil coordenar o cuidado de quem já se conhece), os conceitos são distintos. A prova avalia a capacidade de distinção conceitual.
- **Atenção ao Comando:** O enunciado delimita explicitamente o escopo da resposta na frase final: "Assinale a alternativa que nomeia corretamente este atributo, que diz respeito à capacidade da APS de transitar o paciente pelos diversos níveis do sistema, garantindo a sincronia das ações e o fluxo de informações." A definição dada após a vírgula exclui a Longitudinalidade (que é uma relação temporal médico-paciente e não necessariamente uma gestão de fluxo de rede) e define, "ipsis litteris", a Coordenação do Cuidado.
- **Função do Contexto:** A informação dos "10 anos" serve como cenário de fundo (contexto), mas a pergunta recai sobre a ação de gestão clínica realizada após a alta hospitalar. Se o comando pedisse o atributo referente à duração do vínculo, a resposta seria A. Como pediu o atributo referente ao trânsito na rede e gestão da informação, a resposta é inequivocamente C.

### **Conclusão**

Não há ambiguidade técnica. A questão diferencia claramente o vínculo temporal (longitudinalidade) da gestão de fluxos e informações entre serviços (coordenação). O comando da questão possui uma cláusula restritiva explicativa ("que diz respeito à...") que direciona a resposta exclusivamente para a definição de Coordenação do Cuidado, invalidando a alternativa A como resposta ao que foi perguntado, apesar de o atributo estar presente no cenário fático.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.



### **QUESTÃO: 09**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito: Mantido na alternativa C.

### **Fundamentação Técnica**

A questão explora a epidemiologia ambiental e o diagnóstico diferencial baseado no cenário sanitário de interface entre gestão de resíduos e doenças. O cenário construído apresenta um tripé epidemiológico específico:

1. Fator Ambiental 1: Acúmulo de resíduos orgânicos (lixo não coletado) que fornece "alimento e abrigo para sinantrópicos".
2. Fator Ambiental 2: Fortes chuvas (água de escoamento/alagamento).
3. Quadro Clínico: Doença febril aguda icterica e hemorrágica (Síndrome de Weil).

A resolução exige identificar qual agravo possui nexos causal direto e simultâneo com esses três elementos, conforme literatura de Philippi Jr. e Manuais do MS.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C (Leptospirose) é a resposta correta e mais adequada ao cenário.

Reservatório: A leptospirose tem nos roedores urbanos (*Rattus norvegicus*, ratas) seu principal hospedeiro. Roedores são atraídos fundamentalmente por resíduos orgânicos (comida), cujo acúmulo foi citado como gatilho no texto. O termo "sinantrópicos" é classicamente usado na Vigilância Ambiental para designar roedores, pombos e morcegos, sendo os roedores os mais associados à doença icterico-hemorrágica descrita.

- Mecanismo de Transmissão: A urina do roedor contamina o solo/lixo, e as chuvas funcionam como veículo de disseminação da bactéria (*Leptospira*) para o homem através da água de enxurrada/lama. O nexo "lixo – rato – chuva – doença" é a cadeia epidemiológica clássica da leptospirose urbana.
- Clínica: A forma grave (Doença de Weil) define-se exatamente pela tríade: insuficiência renal, hemorragia e icterícia intensa (rubínica). A icterícia é sinal cardinal e frequente na leptospirose grave, diferentemente de outras arboviroses onde é evento raro/tardio.

### **Análise das Teses Recursais (Dengue e Leishmaniose Espúria)**

#### **Sobre a Tese da Dengue (Alternativa A):**

Recorrentes argumentam que o lixo acumula água e cria mosquitos (*Aedes*), e que a Dengue pode ser hemorrágica e causar icterícia.

Refutação Técnica: Embora a Dengue possa ser grave, a icterícia não é um sinal clínico típico ou definidor da doença, sendo uma manifestação de hepatite fulminante rara. Na Leptospirose, a icterícia é sinal clássico e esperado na forma grave descrita. Além disso, o vetor da Dengue (*Aedes aegypti*) busca água limpa/parada em recipientes, mas não necessariamente se alimenta de resíduos orgânicos em decomposição (abrigo/alimento para roedores), foco principal do texto sobre "limpeza pública inadequada" e atração de sinantrópicos. A cadeia de transmissão da Leptospirose (urina na água de chuva) explica melhor a contaminação em massa após chuvas fortes do que a proliferação vetorial, que exigiria tempo para o ciclo biológico do mosquito (ovo-adulto) se completar pós-chuva. O aumento "súbito" descrito é característico de exposição



a águas contaminadas (leptospirose), enquanto arboviroses tendem a ter curvas epidêmicas mais lentas.

Sobre a Tese da Leishmaniose (Alternativa B):

O argumento de que flebotomíneos gostam de matéria orgânica é biologicamente correto, mas a Leishmaniose Visceral é uma doença de evolução crônica/subaguda (semanas a meses), não se apresentando como um surto "súbito" de doença febril aguda pós-chuva. A temporalidade descrita (aguda pós-enchente) exclui o Calazar.

Sobre a Tese de Extrapolação do Edital:

O edital prevê o conteúdo de "O sistema de saneamento básico e limpeza pública" e "Processo saúde-doença e os determinantes sociais de saúde". A questão não cobra fisiopatologia profunda, mas sim a relação determinística entre falha de saneamento (lixo) e o agravo resultante (doença), o que está perfeitamente alinhado às competências de Saúde Coletiva e Medicina Preventiva previstas. Não é necessário ser infectologista para associar Rato+Lixo+Chuva à Leptospirose; é conhecimento básico de saúde pública.

**Conclusão:**

A questão descreve a tríade clássica da epidemiologia da Leptospirose em desastres urbanos: Lixo (alimento para roedor) + Rato (reservatório) + Chuva (veículo). A Dengue, embora plausível no contexto de "lixo" (criadouros), não explica a apresentação icterica súbita com a mesma precisão e tipicidade da Leptospirose, sendo esta a resposta técnica superior e inequívoca dentro do contexto da Vigilância em Saúde Ambiental.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

**QUESTÃO: 10**

**RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito: Mantido na alternativa C.

**Fundamentação Técnica**

A questão descreve um cenário clínico clássico de complicação pós-operatória de prostatectomia radical: a disfunção erétil neurogênica causada pela lesão dos nervos cavernosos durante a dissecação da próstata. O enunciado é cirúrgico e topográfico ao citar a "ressecção ampla que afetou estruturas nervosas adjacentes à cápsula prostática".

A base anatômica para a cirurgia de preservação nervosa (nerve-sparing) em urologia reside no conhecimento de que as fibras parassimpáticas responsáveis pela vasodilatação dos corpos cavernosos (ereção) viajam nos feixes neurovasculares (nervos cavernosos). Segundo o autor base citado no comando, Vishram Singh (assim como Moore, Gray e Campbell-Walsh), estas estruturas situam-se na face posterolateral da próstata, entre a cápsula prostática e a fâscia retal (fâscia de Denonvilliers). É esta proximidade íntima com a cápsula que as torna vulneráveis durante a ressecção oncológica, especialmente em tumores com extensão lateral.

**Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C ("Feixes neurovasculares [nervos cavernosos], ramos do plexo hipogástrico inferior, situados posterolateralmente à próstata") é a única resposta anatomicamente precisa e clinicamente correlata ao enunciado.



- Identificação: Os nervos cavernosos são, de fato, a via final comum eferente autonômica para a ereção.
- Origem: São ramos do plexo pélvico (hipogástrico inferior).
- Topografia: Sua localização posterolateral ("às 5 e 7 horas" no corte transversal) é o marco anatômico fundamental para o cirurgião evitar a impotência. A lesão descrita ("afetou estruturas adjacentes à cápsula") refere-se inequivocamente a este feixe.

### 3. Análise das Teses Recursais

#### Tese do Nervo Pudendo (Alternativa A):

Há recursos que defendem que o Nervo Pudendo também causa impotência. Embora o pudendo tenha papel na sensibilidade e na contração muscular perineal (rigidez/manutenção), ele não transita adjacente à cápsula prostática. O nervo pudendo trafega pelo canal de Alcock, na parede lateral da fossa isquioanal, anatomicamente distante da cápsula prostática. Uma prostatectomia radical, mesmo a com "ressecção ampla", restringe-se à loja prostática. Lesar o nervo pudendo exigiria uma dissecação aberrante na fossa isquioanal, longe do leito cirúrgico da próstata. Portanto, a topografia descrita no enunciado ("adjacente à cápsula") exclui o pudendo. Além disso, a inervação primária para o início da ereção (vasodilatação) é autonômica (cavernosos), não somática (pudendo).

#### Tese dos Nervos Esplâncnicos Pélvicos (Alternativa E):

Recorrentes alegam sobreposição funcional, pois os nervos esplâncnicos (S2-S4) dão origem às fibras eretoras. Embora funcionalmente relacionados (são a origem), topograficamente eles estão localizados proximalmente, na parede lateral da pelve, antes de formarem o plexo hipogástrico inferior. A estrutura que corre "adjacente à cápsula prostática" e que é lesada durante a manipulação da glândula não é o nervo esplâncnico em sua origem, mas sim a sua continuação distal já organizada como feixe neurovascular. Ademais, a alternativa E contém um erro topográfico ao afirmar que passam "medialmente às vesículas seminais" (os feixes correm lateralmente) e um erro funcional ao atribuir-lhes a inervação do esfíncter uretral externo (que é somática/pudendo).

#### Tese de Extrapolação do Edital:

O conteúdo "Anatomia Humana" e especificamente "Anatomohistofisiologia dos aparelhos genitais" estão previstos no edital. A relação da próstata com suas estruturas vizinhas é conceito básico de anatomia pélvica masculina (Anatomia Topográfica), presente em todos os livros-texto citados (Singh, Moore, Gray). Não se exige técnica cirúrgica, mas sim o conhecimento da anatomia que justifica a sequela clínica apresentada.

#### Tese de Ambiguidade:

Não há ambiguidade quando se aplica o critério topográfico exigido pelo comando ("adjacente à cápsula"). Apenas os feixes neurovasculares atendem simultaneamente aos critérios de função (ereção) e localização (posterolateral à próstata). O pudendo está distante; o plexo venoso não é nervo; o genitofemoral é inguinal.

### Conclusão

A questão é precisa ao vincular a localização da lesão (periapical/capsular posterolateral) com a complicação (disfunção erétil). A única estrutura nervosa que satisfaz essa localização anatômica na literatura médica de referência (Vishram Singh) são os nervos cavernosos (feixes neurovasculares). As demais opções são descartadas por localização topográfica incompatível com a cirurgia descrita ou por função incorreta na alternativa.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.



### **QUESTÃO: 11**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa B.

### **Fundamentação Técnica**

A questão integra conhecimentos de histologia, fisiologia e noções de propedêutica para descrever o Corpo Lúteo em seu auge funcional. O cenário temporal é explícito: 21º dia de um ciclo regular de 28 dias. Na cronologia fisiológica padrão (Guyton & Hall), a ovulação ocorre no 14º dia. Portanto, o 21º dia corresponde à Fase Lútea Média (fase secretora do endométrio).

Histologicamente (Gartner), após a ovulação, as células da granulosa e da teca interna sofrem luteinização. Elas aumentam de volume, tornam-se poliédricas e acumulam gotículas lipídicas e Retículo Endoplasmático Liso (REL) abundante, organelas necessárias para a esteroidogênese (produção de progesterona e estrogênio). A descrição do enunciado ("células volumosas... citoplasma rico em gotículas lipídicas... derivadas das células da granulosa") é a definição histológica clássica das células granuloso-luteínicas (ou células luteínicas da granulosa).

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial):**

A alternativa B (Corpo Lúteo; Progesterona; indução da secreção glandular...) é a única correta.

Estrutura: No 21º dia, a estrutura dominante é o Corpo Lúteo. O folículo de Graaf (alternativa A) existe na fase pré-ovulatória (antes do dia 14).

Hormônio: O hormônio que define a fase lútea e atinge seu pico máximo exatamente ao redor do 21º dia é a Progesterona. Embora haja estrogênio, a dominância fisiológica que transforma o endométrio (tornando-o secretor) é da progesterona.

Função Endometrial: Sob efeito da progesterona, as glândulas tornam-se tortuosas e secretoras de glicogênio ("tortuosidade dos vasos espiralados"). Isso contrasta com o efeito proliferativo (mitoses) do estrogênio na primeira fase.

### **Análise das Teses Recursais**

#### **Tese da Terminologia Extrabibliográfica ("Anel de Fogo"):**

Recorrentes alegam que o termo "anel de fogo" não consta em Guyton ou Gartner. Embora o termo seja ultrassonográfico, ele serve apenas como contexto clínico (elemento de suporte). A resolução da questão não depende desse termo, mas sim da descrição temporal (21º dia) e histológica fornecida. O enunciado é claro: "Histologicamente... apresentaria células volumosas... com citoplasma rico em gotículas lipídicas". Esta descrição histológica (que consta em Gartner) é suficiente e soberana para identificar o Corpo Lúteo. A menção ao Doppler apenas corrobora a intensa vascularização descrita na histologia da teca luteínica. A presença de um termo contextualizador não invalida a questão se os descritores principais (histologia e tempo) são suficientes para a resolução.

#### **Tese da Imprecisão Histológica ("Derivadas da Granulosa"):**

Argumenta-se que o termo deveria ser "células granuloso-luteínicas". A expressão "células... derivadas das células da granulosa" está correta e didática. As células lúteas são derivadas da



granulosa. A descrição citoplasmática (REL abundante, lipídios) especifica que elas já sofreram luteinização (diferenciação para síntese lipídica/esteroide). Não há confusão com folículos primordiais ou em crescimento, pois estes não possuem células volumosas poliédricas ricas em lipídios nesse grau de desenvolvimento.

Tese da Ambiguidade Hormonal (Estrogênio vs. Progesterona):

Alguns recorrentes defendem a alternativa A (Estrogênio), alegando que há um segundo pico de estrogênio na fase lútea.

Refutação: Embora o estrogênio aumente, a Progesterona é o hormônio predominante e característico desta fase (seus níveis sobem de quase zero para o pico máximo, enquanto o estrogênio tem níveis menores que no pico pré-ovulatório). Mais importante: a alternativa A associa Estrogênio ao "Folículo de Graaf" e à "indução de proliferação". No dia 21, não há Folículo de Graaf (já houve ovulação) e o endométrio não está proliferando (está secretando). Portanto, a alternativa A é totalmente incompatível com o dia 21, independente dos níveis séricos de estrogênio.

Tese do Folículo Persistente:

O enunciado afirma categoricamente: "ciclo menstrual regular (ciclo de 28 dias)". Isso exclui patologias ou variações de ciclo que justificariam a presença de um folículo de Graaf no dia 21. Em um ciclo regular de 28 dias, o dia 21 é obrigatoriamente lúteo.

**Conclusão**

A questão apresenta coerência interna absoluta entre o tempo fisiológico (dia 21), a estrutura histológica (células lúteas ricas em lipídios) e a função endometrial (fase secretora). A alternativa B é a única que alinha esses três eixos. As demais alternativas referem-se a fases temporais distintas (A e E) ou a estruturas não funcionais (C e D), não havendo ambiguidade técnica.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

**QUESTÃO: 12**

**RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recurso INDEFERIDO. Gabarito mantido na alternativa C.

**Fundamentação Técnica**

A questão aborda um dos fenômenos mais clássicos da fisiologia obstétrica: a anemia fisiológica da gravidez (ou hemodiluição gestacional). O enunciado descreve uma paciente com queda da hemoglobina de 13,0 g/dL (pré-gestacional) para 11,0 g/dL (28 semanas).

Segundo o Tratado de Fisiologia Médica de Guyton & Hall (referência do edital), durante a gestação, ocorre um aumento expressivo do volume plasmático (aproximadamente 40% a 50%), enquanto a massa de glóbulos vermelhos aumenta em proporção menor (aproximadamente 20% a 30%). Essa desproporção matemática resulta na diminuição da concentração de hemoglobina e do hematócrito, caracterizando a hemodiluição. O valor de 11,0 g/dL é considerado o limite inferior da normalidade pela OMS e pelo Ministério da Saúde, não configurando anemia patológica ferropriva instalada, mas sim o reflexo dessa adaptação volêmica.



### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C ("Hemodiluição fisiológica, decorrente de um aumento percentual do volume plasmático superior ao aumento da massa eritrocitária") descreve com exatidão física e fisiológica o mecanismo responsável pela queda dos níveis hematimétricos relatada. O fenômeno é puramente hemodinâmico e adaptativo, visando diminuir a viscosidade sanguínea e melhorar a perfusão placentária. A alternativa está em perfeita consonância com a bibliografia de Guyton e com o Tratado de Obstetrícia da Febrasgo.

### **Análise das Teses Recursais**

O recorrente alega que haveria "antinomia clínica" e "imprecisão conceitual" devido à prescrição de ferro em um quadro descrito como fisiológico e questiona os valores de referência da Hb. As alegações não prosperam:

Sobre a Suplementação de Ferro e Contradição: A prescrição de ferro profilático é recomendação universal do Ministério da Saúde e da FEBRASGO a partir do segundo trimestre para todas as gestantes, independentemente de apresentarem anemia ou não. O objetivo é suprir a demanda aumentada (para formar os 30% extras de hemácias e suprir o feto). Portanto, o fato de o obstetra manter o ferro não transforma o diagnóstico de "hemodiluição fisiológica" em "doença nutricional". Não há incoerência; há aplicação de protocolo de Medicina Preventiva concomitantemente ao reconhecimento da fisiologia.

Sobre o Valor de Corte e Causas Multifatoriais: O recurso argumenta que Hb de 11 g/dL é limítrofe e que o feto sequestra ferro (Alternativa D). Embora o feto consuma ferro, a alternativa D foi elaborada com um erro grosseiro proposital ao afirmar que o sequestro "impede qualquer produção de novas hemácias pela mãe". Isso é biologicamente falso; a eritropoiese materna continua e até aumenta (devido à eritropoietina). A causa primária da queda da concentração (de 13 para 11) é a diluição (Alternativa C). Se fosse apenas consumo fetal sem expansão plasmática, a hemoglobina materna não cairia dessa forma em uma paciente assintomática e bem nutrida. O efeito dilucional é preponderante e soberano na explicação da queda dos índices no segundo e terceiro trimestres.

### **Conclusão**

A questão é clara, tecnicamente precisa e embasada na fisiologia básica (Guyton) e na prática obstétrica (Febrasgo). A queda dos índices hematimétricos na gravidez é primariamente um fenômeno dilucional. A discussão sobre protocolos de suplementação profilática não invalida a base fisiopatológica exigida no comando da questão.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.

### **QUESTÃO: 13**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa B.

### **Fundamentação Técnica**

A questão avalia o conhecimento sobre a vigilância do desenvolvimento infantil, tópico explicitamente previsto no edital ("Desenvolvimento da criança"). O marco cronológico de 6 meses é um divisor de águas no desenvolvimento motor:



- Reflexos Primitivos: Devem ter desaparecido (Moro, RTCA, Preensão Palmar). A persistência destes indica patologia.
- Motor Grosso: A criança deve sustentar bem a cabeça, rolar (prono-supino e supino-prono) e iniciar a sedestação (sentar com apoio anterior/trípode). Sentar sem nenhum apoio é um marco que se consolida tipicamente entre 6 e 8 meses, mas a posição de trípode é clássica dos 6 meses.
- Motor Fino: A preensão deixa de ser reflexa e torna-se voluntária (preensão palmar ou cubital). A transferência de objetos (cruzar a linha média) começa a ser treinada nesta fase.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa B ("Sustentação completa da cabeça, rolar, iniciar a sedestação [sentar com apoio ou em trípode] e transferir objetos de uma mão para a outra") é a única opção que descreve marcos compatíveis com o segundo semestre de vida sem apresentar erros cronológicos grosseiros.

Embora alguns autores (como Nelson) possam situar a "transferência de objetos" com maior destreza aos 7 meses, a literatura de Atenção Primária (Gusso et al. e Caderneta da Criança) considera a janela de 6 a 9 meses para o desenvolvimento dessa habilidade, sendo o início da interação bimanual um achado esperado aos 6 meses. O fundamental em questões de múltipla escolha é encontrar a "melhor resposta" dentre as disponíveis. Ao comparar a alternativa B com as demais (que contêm marcos de recém-nascidos ou de crianças de 1 ano), a B é a única fisiologicamente plausível para um lactente de 6 meses hígido.

### **Análise da Tese de Requisição Administrativa e dos Distratores**

Os recursos apresentam três teses principais, todas refutadas tecnicamente:

#### Tese da Correção da Alternativa A:

Os recorrentes alegam que a alternativa A poderia estar correta devido à variabilidade biológica. Contudo, a alternativa A cita a "pinça madura (polegar e indicador)". Este é um marco de motricidade fina refinada, alcançado tipicamente entre 10 e 12 meses (Nelson). É fisiologicamente impossível para um lactente de 6 meses (cujo trato corticoespinal ainda não mielinizou as extremidades distais para tal precisão) realizar pinça madura. Isso torna a alternativa A incorreta de forma absoluta, não havendo margem para "variabilidade".

#### Tese de Divergência Bibliográfica/Inexistência de Resposta:

O argumento foca na "transferência de objetos" ser exclusiva do 7º mês. Ainda que se aceite o rigor de Nelson para o 7º mês, a discrepância é de apenas 4 semanas. Em contrapartida, os distratores apresentam discrepâncias de semestres inteiros:

- C (Incorreta): Frases com duas palavras (marco de 2 anos).
- D (Incorreta): Reflexo de Moro exuberante (patológico aos 6 meses) e andar (marco de 1 ano).
- E (Incorreta): RTCA obrigatório e mãos fechadas (marco de recém-nascido/2 meses).

Portanto, por exclusão e por aproximação técnica, a alternativa B é a única resposta válida.

#### Tese de Extrapolação do Edital:

O recorrente alega que o conteúdo é "clínico específico" e excede o nível do certame. O edital prevê o tema "12. Desenvolvimento da criança". O conhecimento dos marcos do desenvolvimento é a base da puericultura, competência essencial do médico generalista e tema central da Medicina de Família (referência Gusso citada). Não se trata de rodapé de



especialidade, mas de conhecimento nuclear de saúde da criança, pilares da formação médica generalista avaliada no processo de transferência.

### **Conclusão**

A questão foi formulada de modo a exigir a diferenciação entre as fases do desenvolvimento (neonato, lactente jovem, lactente médio e lactente maior). A alternativa B descreve corretamente o perfil de um lactente de meio de ano (6 meses), enquanto todas as outras alternativas descrevem marcos temporais absurdamente distantes da idade solicitada (recém-nascidos ou crianças próximas de 1 ano). Não há ambiguidade técnica ou extrapolação do edital.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

### **QUESTÃO: 14**

#### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa B.

#### **Fundamentação Técnica**

A questão aborda a identificação de sinais de alerta (Red Flags) no desenvolvimento infantil aos 18 meses, baseando-se no Tratado de Pediatria de Nelson e na Medicina de Família (Gusso et al.). O caso clínico apresenta uma tríade clássica de alerta para alterações do neurodesenvolvimento, especificamente do espectro autista (TEA):

1. Atraso de Linguagem: Ausência total de palavras com significado aos 18 meses (o esperado seria um vocabulário de pelo menos 6 a 20 palavras).
2. Déficit na Atenção Compartilhada: Ausência de contato visual sustentado e ausência do ato de apontar (pointing protodeclarativo). O apontar para mostrar interesse deve surgir por volta dos 12-14 meses. Aos 18 meses, sua ausência é um sinal de alarme crítico.
3. Instrumentalização do Outro: O ato de "puxar a mão da mãe em direção ao objeto" sem contato visual é um sinal qualitativo de alteração na comunicação social (a criança usa o adulto como ferramenta, não como parceiro de comunicação).

#### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa B é a única correta e alinhada às diretrizes atuais de pediatria e neurodesenvolvimento.

- Interpretação: Ela classifica corretamente o quadro como "sinal de alerta para Transtorno do Espectro Autista (TEA)". Note que a alternativa não afirma que é TEA (diagnóstico fechado), mas sim que constitui um sinal de alerta (Red Flag).
- Conduta: A alternativa propõe "encaminhamento imediato para avaliação auditiva e intervenção precoce". Esta é a conduta padrão ouro descrita no Nelson. Diante de qualquer atraso de linguagem, a primeira causa orgânica a ser excluída é a perda auditiva (audiometria). Simultaneamente, não se deve adotar a conduta de "esperar para ver" (wait and see); a intervenção precoce (estimulação) deve ser indicada mesmo antes do diagnóstico definitivo.

#### **Análise das Teses Recursais**

Os recursos apresentam argumentos sobre variabilidade normal e terminologias, que não se sustentam tecnicamente:



Tese da Variabilidade Normal: O recorrente alega que não falar palavras aos 18 meses pode ser normal. Embora exista variabilidade no número de palavras, a ausência total de fala associada à ausência de apontar e de contato visual nunca é considerada variação do normal aos 18 meses na literatura de referência (Nelson). A presença de déficits na comunicação social (não verbal) exclui a hipótese de "atraso simples de linguagem" (Late Talkers), tornando mandatória a investigação. A questão não pede um diagnóstico fechado, mas a identificação do risco, o que a alternativa B faz com precisão.

Tese da Ausência do M-CHAT e Subjetividade: A aplicação de escalas de rastreio (como o M-CHAT) é recomendada, mas a questão descreve os sinais clínicos que motivam a suspeição. O médico não precisa aplicar o M-CHAT para saber que uma criança que não aponta e não fala tem um sinal de alerta. A clínica (sinais observados e descritos) é soberana para indicar a conduta de investigação.

Tese da Terminologia "Síndrome de Einstein": O recorrente alega que o termo é extrabibliográfico. O termo aparece na Alternativa A, que é um distrator incorreto. Distratores frequentemente utilizam termos populares, pseudocientíficos ou diagnósticos diferenciais incorretos para testar o conhecimento do candidato. O fato de o termo (usado para descrever crianças brilhantes que falam tarde, mas que têm habilidades sociais preservadas) não estar no livro texto não anula a questão; pelo contrário, o candidato deve saber que a conduta de "aguardar até os 2 anos e meio" (proposta na alternativa A) é incorreta e perigosa segundo as referências bibliográficas, que preconizam intervenção precoce. A alternativa A serve justamente para eliminar o candidato que optaria por uma conduta negligente baseada em conceitos leigos.

### **Conclusão**

A questão apresenta um quadro clínico arquetípico de sinais precoces de TEA (dissociação entre desenvolvimento motor bom e comunicação social ruim). A alternativa B reflete a conduta médica padronizada internacionalmente (Nelson) e nacionalmente (MS/Gusso): reconhecer o alerta, avaliar audição e iniciar intervenção. Negar esse reconhecimento sob a alegação de "variabilidade" contraria os princípios da detecção precoce defendidos na bibliografia do edital.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

### **QUESTÃO: 15**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recurso INDEFERIDO. Gabarito mantido na alternativa C.

### **Fundamentação Técnica**

A questão baseia-se na compreensão da adolescência como um fenômeno psicossocial complexo, conforme descrito por Gusso et al. (Tratado de Medicina de Família e Comunidade) e Nelson (Tratado de Pediatria).

A fase da adolescência média (15-17 anos) é caracterizada, na literatura médica e psicológica, por:

1. Aparecimento de conflitos com os pais: Essencial para o processo de separação-individuação.
2. Supremacia do Grupo de Pares (A "Turma"): O jovem desloca sua referência de valores e comportamento da família para os amigos.



3. Comportamentos de Risco/Experimentação: Devido à maturação assíncrona do sistema nervoso (sistema límbico de "recompensa" amadurece antes do córtex pré-frontal de "controle"), a experimentação de limites e substâncias é um fenômeno frequente e estatisticamente esperado (embora não isento de riscos à saúde), servindo muitas vezes como "rito de passagem" ou mecanismo de aceitação social.

O objetivo da questão é avaliar se o candidato consegue distinguir um comportamento de experimentação contextualizado no desenvolvimento (normativo do ponto de vista psicossocial) de um transtorno psiquiátrico ou desvio de conduta (patológico).

#### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa C ("O processo de individuação e a busca por autonomia, onde a identificação com o grupo de pares substitui temporariamente a referência familiar, sendo um marco normal do desenvolvimento") é a resposta correta e conceitualmente precisa.

O enunciado descreve três elementos: (1) conflito com pais (busca por autonomia), (2) pressão dos amigos ("não parecer criança" e identificação com pares) e (3) experimentação pontual ("experimentou em uma festa").

Esses três elementos, em conjunto, refletem o processo de individuação. A alternativa C não afirma que "beber álcool é saudável", mas sim que a dinâmica psicossocial subjacente (identificação com a turma e afastamento dos pais) é um marco normal do desenvolvimento. É por meio da identificação com o grupo que o adolescente constrói sua identidade fora do núcleo familiar.

#### **Análise da Tese Recursal:**

O recorrente argumenta que a experimentação de álcool é um "comportamento de risco" e, portanto, não poderia ser classificada como um "marco normal", gerando ambiguidade.

A tese não se sustenta tecnicamente por confundir risco sanitário com anormalidade psicopatológica:

- Normalidade Estatística e do Desenvolvimento: Na Medicina de Adolescentes (Hebiatria), a "experimentação" (uso experimental) é distinguida do "uso nocivo" ou "dependência". A experimentação, motivada pela pressão de grupo, é um comportamento típico da fase. O médico deve orientar sobre os riscos (intervenção preventiva), mas isso não transforma o adolescente em um portador de transtorno psiquiátrico (Alternativa A) ou em vítima de negligência grave (Alternativa D).
- O Foco do Comando: A questão pergunta o que o comportamento reflete primariamente sob a ótica do desenvolvimento. Ele reflete a necessidade de pertença ao grupo (fenômeno normal). Reconhecer que o drive (impulso) para a ação é um marco do desenvolvimento (individuação) é crucial para que o médico não patologize uma crise normativa.
- Ausência de Ambiguidade: Não há outra alternativa "melhor". As outras opções descrevem transtornos (Opositor-Desafiador - A), estágios errados (Onipotência da adolescência inicial - B), julgamentos morais incorretos (Negligência - D) ou diagnósticos sem critério (Depressão - E). A Alternativa C é a única que utiliza a terminologia técnica correta da psicologia do desenvolvimento (individuação/pares) para explicar a etiologia do comportamento descrito.

#### **Conclusão**

A questão está alinhada com a bibliografia de referência (Gusso e Nelson), que enfatiza a necessidade de o médico de família compreender os comportamentos de risco da adolescência



dentro do contexto do desenvolvimento normal e da busca por autonomia. Classificar a experimentação social e o conflito familiar como parte do "processo de individuação" é conceitualmente correto e não implica validar o uso de álcool, mas sim entender sua motivação psicossocial. Não há ambiguidade ou erro técnico.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.

### **QUESTÃO: 16**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito: Mantido na alternativa B.

### **Fundamentação Técnica**

A questão exige conhecimento preciso da anatomia clínica aplicada à hipertensão portal, baseada na obra de Vishram Singh. A formação de varizes esofágicas é a manifestação clínica mais comum e perigosa da abertura de colaterais entre o sistema porta e o sistema cava.

Na região específica do terço inferior do esôfago (sítio descrito no enunciado, onde ocorreu a rotura), a anastomose portossistêmica ocorre classicamente entre:

1. Componente Portal: Veia Gástrica Esquerda (também chamada de coronária estomáquicas), que drena a curvatura menor do estômago e a parte inferior do esôfago para a veia porta.
2. Componente Sistêmico (Cava): Veias Esofágicas (plexo esofágico), que drenam para a Veia Ázigos (direita) e Hemiázigos (esquerda), tributárias finais da Veia Cava Superior.

Quando a pressão portal sobe, o fluxo inverte na veia gástrica esquerda, congestionando as veias esofágicas submucosas, que se dilatam (varizes) e rompem.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa B ("O sangue flui da veia gástrica esquerda [tributária da veia porta] para as veias esofágicas [tributárias da veia ázigos/cava superior]") descreve com exatidão anatômica o mecanismo fisiopatológico das varizes esofágicas típicas.

- A Veia Gástrica Esquerda é a principal via de fluxo reverso na hipertensão portal que atinge o esôfago.
- A Veia Ázigos é a via de escoamento sistêmico para a Cava Superior.

Esta descrição é a definição clássica encontrada em Vishram Singh, Gray, Moore e qualquer tratado de anatomia médica.

### **Análise das Teses Recursais**

#### **Tese da Participação das Veias Gástricas Curtas (Defesa da Alternativa C):**

Recorrentes argumentam que as veias gástricas curtas também participam (Alternativa C). Embora as veias gástricas curtas (vasa brevia) possam dilatar-se na hipertensão portal (especialmente em trombose de veia esplênica), elas geram primariamente varizes gástricas (fúndicas), e não esofágicas.



Porém, o erro fatal que invalida a Alternativa C não é a localização, mas a drenagem. A alternativa C afirma que as veias gástricas curtas "drenam diretamente para a veia cava inferior". Isso é um erro anatômico grosseiro. As veias gástricas curtas drenam para a Veia Esplênica (que faz parte do sistema Portal). Portanto, elas não formam uma ponte direta para a Cava Inferior por si só, invalidando a alternativa C tecnicamente.

#### Tese da Drenagem para a Veia Cava Inferior (Veias Frênicas):

Recursos alegam que o esôfago também drena para as veias frênicas (Cava Inferior) e que isso geraria ambiguidade.

Embora existam pequenas conexões com as veias frênicas, a via de maior calibre e relevância clínica para a formação das varizes esofágicas rotas (hematêmese volumosa) é a via ascendente (Gástrica Esquerda -> Ázigos -> VCS). O comando da questão pede a identificação do sistema envolvido. A alternativa B descreve corretamente a via principal e hegemônica. A existência de uma via acessória menor não torna a via principal "errada", especialmente em provas de múltipla escolha onde se busca a assertiva que melhor explica o fenômeno. Não há alternativa que descreva a via frênica de forma correta (a alternativa A cita a gástrica esquerda drenando para a cava inferior, o que é falso – ela drena para a porta).

#### Tese da Nomenclatura "Genérica":

O termo "veias esofágicas" é a nomenclatura anatômica oficial (Terminologia Anatômica Internacional) para os vasos que drenam a parede do esôfago para a veia ázigos. Não há imprecisão. Exigir que a questão citasse "ramos esofágicos da veia tributária X" quando o termo nominal correto é "veias esofágicas" não procede.

#### **Conclusão**

A questão aborda a anastomose portossistêmica mais clássica da prática médica. A alternativa correta (B) mapeia perfeitamente a origem portal (gástrica esquerda) e o destino sistêmico (ázigos/esofágicas). As teses recursais tentam validar a alternativa C (que contém um erro crasso sobre a drenagem das gástricas curtas para a cava inferior) ou criar confusão com vias acessórias de menor importância clínica. A anatomia descrita em B é soberana e indiscutível na literatura de referência (Singh).

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

#### **QUESTÃO: 17**

#### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa A.

#### **Fundamentação Técnica**

A questão explora a fisiologia gástrica descrita em Guyton & Hall (Tratado de Fisiologia Médica), especificamente o mecanismo celular de secreção de HCl pelas células parietais.

O modelo fisiológico clássico estabelece que existem três estimulantes primários: acetilcolina (neurocrino), gastrina (endócrino) e histamina (parácrino). Cada um atua em seu receptor específico na membrana basolateral. Contudo, todos esses sinais convergem intracelularmente para um evento final comum: a ativação e translocação da H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>-ATPase (bomba de prótons) na membrana apical (canalicular). É esta bomba que transporta fisicamente o íon hidrogênio para o lúmen gástrico contra um gradiente de concentração.



Portanto, do ponto de vista fisiológico e mecanicista, bloquear a via final (bomba) cessa a secreção independentemente de qual receptor (H<sub>2</sub>, muscarínico ou CCK-B) foi estimulado a montante. Bloquear apenas o receptor H<sub>2</sub> (com ranitidina) deixa a célula suscetível à estimulação pelas outras vias (acetilcolina e gastrina), sendo menos eficaz.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa A está correta e sintetiza o princípio fisiológico da superioridade dos IBPs.

- "Passo final comum": A bomba de prótons é o efetor final. Sem ela, não há secreção ácida, não importa quanto estímulo chegue aos receptores.
- "Independentemente do estímulo inicial": Esta frase refere-se ao fato de que a bomba secreta H<sup>+</sup> como resposta final a qualquer uma das três vias. Se a bomba está inibida, a secreção cessa, seja o estímulo vagal (acetilcolina), alimentar (gastrina) ou parácrino (histamina). O termo "independentemente" qualifica a eficácia do bloqueio: o bloqueio funciona contra todos os estímulos, ao contrário dos antagonistas de receptores que são específicos para apenas um estímulo.

### **Análise das Teses Recursais**

#### Tese de Extrapolação de Conteúdo e Farmacologia:

O argumento de que a questão cobra "farmacologia específica" não procede. O enunciado cita os medicamentos (Omeprazol e Ranitidina) apenas como contexto clínico (cenário) para perguntar o porquê fisiológico da diferença de eficácia. O conhecimento exigido é fisiológico: saber que a bomba é a via final comum e que os receptores são vias de sinalização convergentes. Este diagrama está presente em Guyton (Capítulo de Funções Secretoras). Não é necessário saber dose, farmacocinética ou efeitos colaterais (farmacologia pura), mas sim o mecanismo celular alvo (fisiologia). A menção a "potência" no enunciado refere-se ao efeito clínico de supressão ácida (linguagem médica corrente), e não à definição farmacológica estrita de "potência vs eficácia" (curva dose-resposta), não havendo erro que prejudique o raciocínio.

#### Tese do Erro na Alternativa A ("Independentemente do estímulo"):

Recorrentes interpretam erradamente a frase. Eles argumentam que a bomba "precisa do estímulo para ser ativada". Sim, fisiologicamente a bomba precisa de ativação, mas a alternativa está explicando por que o bloqueio da bomba é eficaz. O bloqueio na bomba impede a secreção independentemente de qual via (ACh, Gastrina, Histamina) tentou estimulá-la. O termo refere-se à abrangência do bloqueio, não à autonomia da enzima na ausência de sinalização. Interpretar que a alternativa diz que "a bomba secreta sozinha sem comando" é uma distorção da sintaxe, que compara a eficácia de bloqueios em diferentes pontos da cascata.

#### Tese da Alternativa E (Somatostatina):

A alternativa E é incorreta. O bloqueio da bomba (que causa aumento do pH gástrico - acloridria) na verdade remove o estímulo para a secreção de somatostatina (que é secretada em resposta ao pH baixo). Com menos ácido, há menos somatostatina e mais gastrina (hipergastrinemia secundária). Portanto, o mecanismo descrito em E (aumento de somatostatina por feedback negativo do bloqueio) é fisiologicamente o oposto do que ocorre.

### **Conclusão**

A questão é de fisiologia aplicada. O conceito de "via final comum" (bomba de prótons) versus "vias de sinalização convergentes" (receptores) é central para o entendimento da secreção gástrica em Guyton. A alternativa A expressa esse conceito com clareza. Os recursos baseiam-se em interpretações semânticas equivocadas ou na tentativa de separar rigidamente fisiologia de sua aplicação clínica, o que não se justifica em um exame de transferência para medicina.



Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

### **QUESTÃO: 18**

### **RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recursos INDEFERIDOS. Gabarito mantido na alternativa B.

### **Fundamentação Técnica**

A questão descreve um quadro clássico de "Hemiplegia Pura" (ou motora pura), caracterizada por:

1. Hemiplegia Contralateral: Perda de força no hemicorpo oposto à lesão.
2. Proporcionalidade: Acometimento de membro superior e inferior com igual intensidade.
3. Poupança a face superior: O enunciado é explícito ao afirmar "poupança a face superior". Na semiologia neurológica, a paralisia facial central (supranuclear) caracteriza-se pela paralisia da metade inferior da face, com preservação (brotamento) da musculatura frontal e orbicular dos olhos (face superior), devido à inervação bilateral do núcleo facial superior. Portanto, a descrição "poupança a face superior" confirma que se trata de uma lesão central (AVC), e não significa que a face está totalmente íntegra, mas sim que apresenta o padrão típico de lesão piramidal supranuclear (paralisia facial central).
4. Anatomia da Compactação: Segundo Vishram Singh (e demais referências neuroanatômicas), as fibras do trato corticoespinhal e corticonuclear convergem da coroa radiada (onde estão espalhadas) para um funil compacto no Braço Posterior da Cápsula Interna. Devido a essa compactação extrema, uma pequena lesão isquêmica (lacunar) nesta região atinge todas as fibras motoras (face, braço e perna) simultaneamente, gerando o déficit proporcional.

### **Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)**

A alternativa B (Braço posterior da cápsula interna) é a única que preenche todos os critérios clínicos e anatômicos:

- Topografia de Compactação: É o local anatômico por excelência onde as fibras estão "compactadas" antes de descenderem ao tronco.
- Clínica: É a localização clássica para hemiplegia proporcional. Lesões corticais (Alternativa A) tendem a ser desproporcionais (devido à extensão do homúnculo motor: lesões laterais afetam mais face/braço; mediais afetam mais perna).
- Semiologia Facial: A lesão capsular afeta as fibras corticonucleares, causando paralisia facial central. A paralisia facial central, por definição, poupa a face superior. O enunciado descreve exatamente isso. A interpretação dos recorrentes de que "poupar a face superior" seria uma contradição com lesão capsular denota equívoco semiológico; é, na verdade, a confirmação dela.

### **Análise das Teses Recursais**

#### **Tese da Incompatibilidade Semiológica ("Face Poupada"):**

Vários recursos alegam que lesões na cápsula interna acometem a face e o enunciado diz que a face foi poupada.



Refutação: Há um erro de interpretação de texto e de semiologia por parte dos recorrentes. O enunciado diz: "poupando a face superior". Isso não é sinônimo de "face totalmente normal". Isso é a descrição da Paralisia Facial Central. Se a lesão fosse periférica ou se não houvesse acometimento do nervo facial, o enunciado diria "sem desvio de rima" ou "face poupada integralmente". Ao especificar "superior", a questão indica que a face inferior foi acometida, o que é mandatório em lesões do braço posterior da cápsula interna (onde passam fibras corticoespinhais e corticonucleares). Portanto, não há contradição; há precisão semiológica.

Tese da Lesão no Córtex Motor/ACM (Alternativa A):

Recorrentes defendem que a ACM irriga a cápsula ou que o córtex tem fibras organizadas.

Refutação: Lesões no córtex motor primário (M1) raramente causam hemiplegia proporcional (Braço = Perna) concomitante, pois a irrigação do córtex motor é dividida (ACM irriga face/braço; ACA irriga perna). Uma lesão que pegasse todo o homúnculo motor cortical seria maciça (AVC maligno) e viria acompanhada de outros sinais corticais (afasia, negligência, desvio do olhar conjugado), não descritos no caso. A característica "fibras compactadas" refere-se anatomicamente à cápsula interna, em oposição à "coroa radiada" ou córtex, onde as fibras são divergentes.

Tese da Lesão na Medula Cervical (Alternativa E):

Refutação: O enunciado descreve hemiplegia contralateral. Lesões na medula espinhal (abaixo da decussação das pirâmides, que ocorre no bulbo) causam déficits motores ipsilaterais (Síndrome de Brown-Séquard ou transecção). É anatomicamente impossível uma lesão cervical causar hemiplegia completa contralateral proporcional.

Tese da Substância Negra (Alternativa D):

Refutação: A Substância Negra é uma estrutura do sistema extrapiramidal (dopaminérgica). Sua lesão causa parkinsonismo, não hemiplegia. A estrutura mesencefálica que contém as fibras piramidais é o Pedúnculo Cerebral (Base), não a Substância Negra.

Tese de Extrapolação de Conteúdo:

A neuroanatomia das grandes vias (motoras e sensitivas) e as síndromes vasculares encefálicas básicas são conteúdos nucleares da formação médica e requisitos para transferência (ciclo básico/clínico inicial). Não se trata de conhecimento de especialista, mas de competência essencial do médico generalista.

**Conclusão**

A questão apresenta uma correlação clínico-anatômica inequívoca. O termo "poupando a face superior" descreve corretamente a paralisia facial central típica do AVC capsular. A "proporcionalidade" do déficit motor exclui lesões corticais (desproporcionais) e a "contralateralidade" exclui lesões medulares. A cápsula interna é a única estrutura que acomoda a compactação das fibras necessária para produzir tal síndrome clínica com uma lesão focal.

Pelo exposto, nega-se provimento aos recursos.

**QUESTÃO: 19**

**RESULTADO: RECURSO NÃO ACEITO**

IMPROCEDENTE.

Decisão: Recurso INDEFERIDO. Gabarito mantido na alternativa C.



## Fundamentação Técnica

A questão aborda o manejo de pacientes com Sintomas Físicos sem Explicação Médica Clara (Medically Unexplained Symptoms) ou quadros de somatização, baseando-se no Tratado de Medicina de Família e Comunidade (Gusso et al.).

O cenário clínico descreve uma paciente "hiperutilizadora" (frequent flyer), evidenciado pelo dado objetivo de "comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) pela quinta vez no último mês". Na literatura de Atenção Primária, essa frequência de visitas não agendadas caracteriza um comportamento de busca por alívio imediato (perfil de atendimento de urgência/demanda espontânea), motivado pela ansiedade e pela intolerância aos sintomas.

A técnica preconizada por Gusso para esses casos é a mudança do modelo de atendimento: sair das consultas contingentes aos sintomas (onde o paciente precisa "sentir algo" para ver o médico) para as consultas de tempo fixo (agendadas regularmente, independente dos sintomas). O objetivo dessa estratégia é dissociar o sintoma da obtenção de cuidado, reduzindo o reforço positivo da doença e, consequentemente, diminuindo a frequência de visitas não programadas (agudas/urgentes).

Análise da Alternativa Correta (Gabarito Oficial)

A alternativa C descreve a conduta padrão-ouro para este perfil de paciente:

- "Validar o sofrimento... evitando a dicotomia físico versus mental": Fundamental para criar vínculo e evitar que a paciente se sinta desacreditada ("não é coisa da sua cabeça").
- "Propor consultas regulares agendadas (consultas de tempo fixo)": É a técnica comportamental específica para manejo da somatização.
- Para reduzir a busca por atendimento de urgência": Este é o objetivo terapêutico da estratégia. Uma paciente que vai 5 vezes em um mês à UBS com queixas como "aperto no peito" está utilizando o sistema em regime de urgência (demanda não programada), buscando alívio imediato para angústia somatizada.

## Análise da Tese de Requisição Administrativa

O recorrente alega que o texto não menciona explicitamente que a paciente foi a um "Pronto Socorro" ou serviço de emergência hospitalar, e que, portanto, afirmar que a conduta visa "reduzir a busca por atendimento de urgência" seria uma "dedução" indevida, invalidando a questão.

A tese não prospera pelas seguintes razões técnicas e semânticas:

1. Definição de Atendimento de Urgência na APS: No contexto da Atenção Primária à Saúde, ir à UBS 5 vezes em 30 dias sem agendamento prévio, com queixas como "aperto no peito" e "dores que andam", configura, por definição, uma busca por atendimento de urgência/agudo (demanda espontânea). O termo "urgência" refere-se à modalidade de acesso (imediato, não programado, movido por sintoma agudo), e não exclusivamente ao edifício hospitalar de alta complexidade. A paciente está usando a UBS como uma urgência.
2. Objetivo da Intervenção: A alternativa C descreve a finalidade da técnica de consultas de tempo fixo. O objetivo descrito em Gusso é justamente evitar que o paciente continue buscando atendimento de forma desordenada e aguda (seja na UBS, seja na UPA). A intervenção visa organizar o cuidado. Se a paciente já vai 5 vezes ao mês (uma média de mais de uma vez por semana), reduzir essa busca desenfreada (urgente) é a meta imediata do Plano Terapêutico Singular.
3. Natureza da Queixa: "Aperto no peito" é um sintoma que tipicamente motiva busca por serviços de urgência. A estratégia preventiva descrita na alternativa C visa justamente conter



esse comportamento antes que ele escale para intervenções iatrogênicas em níveis secundários/terciários.

Portanto, não há "dedução" ou extrapolação. Há a aplicação direta do conceito de que a organização da agenda em "tempo fixo" serve para mitigar o comportamento de busca por consultas de agudas/não agendadas (urgência), comportamento este que está explicitamente descrito no enunciado ("quinta vez no último mês").

### **Conclusão**

A questão é tecnicamente precisa e reflete com fidelidade as diretrizes de manejo de sintomas somáticos na APS. A hiperutilização da UBS (5 visitas/mês) caracteriza uma demanda de urgência subjetiva por parte da paciente, e a alternativa C propõe corretamente a estratégia para manejar e reduzir esse padrão de comportamento.

Pelo exposto, nega-se provimento ao recurso.