

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7013		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	10	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

A questão 10 pede a conduta adequada diante de uma gestação de 33 semanas e 2 dias, CIUR, percentil 4,6; ILA de 5, PBF 6/8 e apresentando ausência de fluxo diastólico na artéria umbilical, ou seja, diástole zero. O gabarito divulgado é a letra B: internação para programação da interrupção da gestação. Porém, segundo protocolo da Febrasgo nº35 sobre Restrição do crescimento fetal, diante da diástole zero da artéria umbilical abaixo de 34 semanas a conduta seria avaliar o doppler do ducto venoso. Conforme a alteração seria indicada a interrupção imediata ou programada após corticoterapia. Os demais marcadores da vitalidade fetal que seriam o ILA e o PBF, só indicariam interrupção imediata se ILA <5 e PBF<6, que não é o caso. Portanto, a alternativa mais correta seria letra D.

Referências:

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Restrição do Crescimento Fetal. São Paulo: FEBRASGO, 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 35/ Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

Situação
Mudança de gabarito

Análise:

Em conformidade com o manual da Febrasgo numero 35 de 2018, conforme consta na pagina 17 do mesmo, a alternativa que melhor representa a conduta atual é monitorização do ducto venoso. Alternativa correta é letra D e não a B (que anteriormente foi indicada como correta).

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7016		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	12	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

A questão número 12 pede o diagnóstico e conduta para o caso de uma primigesta com amenorréia de 7 semanas e BHCG de 900 há 7 dias e de 1200 "hoje".

Em uma gestação com evolução normal espera-se que os níveis de BHCG dobrem em 48h; nos casos de abortamento espontânea esses níveis caem gradualmente; e nos casos de gestação ectópica o BHCG aumenta, porém bem menos que o esperado para uma gestação tópica. O gabarito da questão é a letra A: perda gestacional precoce e realização de USG para descartar gestação ectópica. Porém, o USG só seria útil nessa fase se os valores de BHCG estivessem acima de 2000-3500, pois abaixo disso não é possível a visualização de imagem ultrassonográfica para fazer o diagnóstico diferencial, conforme fluxograma disponível no protocolo da Febrasgo sobre gestação ectópica. Sendo assim, o ideal seria o acompanhamento com o BHCG quantitativo e USGTV somente quando apropriado se houvesse elevação significativa do BHCG para avaliação de imagem. Porém nenhuma das alternativas possui o diagnóstico e conduta mais adequados

Referências:

ELITO JUNIOR, J. Gravidez ectópica. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 22/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas)

Situação
Questão anulada

Análise:

Houve um erro de digitação no valor do exame, o que não foi notado durante as verificações das questões. Da forma como apresentado há duas respostas possíveis para a questão, restando como única opção a anulação da mesma.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7017		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	19	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

A questão número 19 pede o tratamento mais adequado para uma paciente de 75 anos, hipertensa, diabética, apresentando prolapso de órgãos pélvicos e assintomática exceto pela queixa principal de "bola na vagina". Em pacientes idosas e com comorbidades associadas, o tratamento conservador com pessário vaginal deve ser considerado, visto os bons resultados na melhora da qualidade de vida das pacientes, mesmo em estágios mais avançados. Sendo assim, o tratamento cirúrgico não deveria ser a primeira escolha. Portanto, a alternativa mais correta para essa questão seria a letra C.

Referências:

1. Pessários Vaginais e Prolapso de Órgãos Pélvicos. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/331-pessarios-vaginais-e-prolapso-de-orgaos-pelvicos>>.
2. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Título do Protocolo: subtítulo. São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, n. 51).

Situação
Questão mantida

Análise:

"As vantagens dos procedimentos obliterativos são a possibilidade de serem executados com anestesia local, terem menos morbidade perioperatória, menos perda sanguínea e retorno rápido às atividades/recuperação(...) A taxa de complicações foi baixa (6,8%) e a mortalidade foi de 0,15%." O uso de pessário também poderia ser considerado, no entanto não é altamente eficaz, ainda de acordo coma a febrasgo: "A satisfação inicial é alta, mas a taxa de uso contínuo pode diminuir para cerca de 60% após 1 a 2 anos".

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7008		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	12	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Anular: neste caso os 2 diagnósticos são viáveis neste momento, devido o baixo crescimento do valor do b-hcg. O gabarito "A" indica realização de ultrassonografia transvaginal, porém não seria a melhor conduta neste momento, com o atual valor do b-hcg (1.200) há grande possibilidade de não haver imagem ultrassonográfica, já que a obtenção da mesma é possível com níveis séricos de b-hcg a partir de 2.000mui/ml Sendo assim, opção "A" se tornaria errada, abrindo possibilidade para as opções "C" e "D"

Referências:

Fonte: Zugaib obstetrícia 3ª ed.

Situação
Questão anulada

Análise:

Houve um erro de digitação no valor do exame, o que não foi notado durante as verificações das questões. Da forma como apresentado há duas respostas possíveis para a questão, restando como única opção a anulação da mesma.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7009		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	15	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Mudança de gabarito: Resposta correta alternativa "B"
 Segundo a fonte referenciada no edital, Brasil. Ministério da saúde. Manual de gestação da alto risco. Brasília, DF. 2022". Sugerida no edital: "as gestantes em situações de alto risco exigirão, além do suporte no seu território, cuidados de equipe de saúde especializada e multiprofissional, eventualmente até em serviço de referência secundário ou terciário com instalações neonatais que ofereçam cuidados específicos. (...) O cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade de origem" o que torna obrigatório o encaminhamento ao pré-natal de alto risco.
 Outra fonte que também recomenda tal conduta: Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica, pág 49. É atribuição do médico da atenção primária: "identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;".

Referências:

Brasil. Ministério da saúde. Manual de gestação da alto risco. Brasília, DF. 2022, pág 12.

Situação
Questão mantida

Análise:

Conforme o manual de acompanhamento de gestações de alto risco do ministério da saude (2022) - Conforme resumido no quadro 3 pagina 17. Há a possibilidade de manter paciente de risco aumentado, porém intermediário, em cuidado obstétrico em equipe contendo medico obstetra mas não necessariamente em equipes de alto risco. Há, ainda, as pacientes em risco exclusivamente social que devem passar por atendimento especializados em atenção social, não sendo resolutivo o cuidado pela equipe o alto risco. 6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia. A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado. 8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7010		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	18	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Mudança de gabarito:

Se paciente está há 14 dias da DUM, poderá estar em período fértil e tendo tido relação desprotegida há 3 dias, há possibilidade de gestação. O enunciado não explicita em qual momento do ciclo anterior a paciente fez uso da contracepção de emergência, o que significa que não há certeza de possibilidade de uma possível fecundação atual. Dado tal possibilidade, inserir DIU neste momento não é uma conduta adequada, ideal seria indicar o DIU e esperar a próxima menstruação, assim como indicar qualquer outro método contraceptivo de longa duração (como por exemplo o implanon). Alternativa "B".

Referências:

Fonte: FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes e Protocolos Assistenciais. Contracepção Reversível de Longa Duração. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/SerieZ1-2022-Contracepcao.pdf>

Situação
Questão mantida

Análise:

O DIU de cobre é a opção mais eficaz para anticoncepção de emergência podendo ser utilizado até 5 dias após uma relação sexual desprotegida. O DIU de cobre ainda apresenta o benefício adicional de contracepção a longo prazo. No enunciado foi informado DUM há 14 dias, portanto a paciente está em período fértil e necessita de contracepção de emergência. Referência: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Anticoncepção de emergência. Femina. 2026;54(2):127-30. Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolos Febrasgo – Ginecologia, nº 82, 2025. Acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7011		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	24	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Mudança de gabarito:

Uso de medroxiprogesterona não é recomendada devido a história de infarto recente, o enunciado não fala a causa específica do infarto, porém, não é recomendado expor essa paciente à uma medicação associada ao risco de evento tromboembólico, que se trata do progestágeno citado no gabarito (C), mesmo esse demonstrando menor risco quando comparado aos estrógenos. Medroxiprogesterona (oral ou injetável) também é classificado como classe 2 em pacientes com hipertensão e diabetes (uso restrito). Diante das opções, o uso do ácido tranexâmico como antifibrinolítico seria uma opção mais segura para esta paciente neste momento, alternativa "B".

Referências:

Fonte: FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes e Protocolos Assistenciais. FEBRASGO: Manual de Anticoncepção

Situação
Questão anulada

Análise:

A medroxiprogesterona é uma das alternativas de tratamento em paciente de alto risco cardiovascular, segue trecho retirado do manual da febrasgo: "Entretanto, ambos os tratamentos com estrogênios (oral ou endovenoso) devem ser evitados em pacientes com alto risco de tromboembolismo. Uma alternativa é o uso de múltiplas doses de progestágenos, especialmente nos casos em que há contraindicação aos estrogênios. Pode-se utilizar acetato de medroxiprogesterona 20 mg três vezes ao dia, noretisterona 5 mg três vezes ao dia ou outro progestágeno de alta dose, durante sete dias, seguidos de uma dose ao dia por três semanas." O ácido tranexâmico também é uma alternativa para o controle de sangramento. Houve um erro na digitação da dose desta medicação, tornado essa alternativa correta também. Desse modo a questão será anulada. Referência: FEBRASGO POSITION STATEMENT. Sangramento uterino anormal e deficiência crônica de ferro. Edição Especial 2 - 2024

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
7012		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	25	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Anulação: 2 alternativas corretas ("B e D").
 Alternativa B também pode ser considerada correta, pois a traquelectomia pode ser considerada tratamento definitivo em adenocarcinoma in situ e lesões invasoras menores que 2cm, com intuito de diminuição de morbidade.

Referências:

Fonte: FEBRASGO. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Diretrizes e Protocolos Assistenciais. FEBRASGO: POSITION STATEMENT: Preservação da fertilidade em pacientes com câncer ginecológico Número 3 – Março 2023; Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/FPS-N3-Marco-2023-portugues.pdf>.

Fonte: Site Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-do-colo-do-utero/acoes/tratamento>).

Situação
Questão mantida

Análise:

A questão 25 aborda a síndrome dos ovários policísticos. A justificativa não é condizente com a questão.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
6996		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	3	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

A assertiva que indica que o teste urinário de β -hCG, após 10 dias de atraso menstrual em paciente com ciclo regular, permite descartar gestação está adequada e encontra respaldo na literatura científica.

Estudos clássicos, como o de Allen J. Wilcox et al., demonstram que a maioria das gestações já apresenta níveis detectáveis de hCG no momento do atraso menstrual, com sensibilidade dos testes urinários que se aproxima de 97% após cerca de uma semana de atraso. Dessa forma, após 10 dias, espera-se que praticamente todas as gestações evolutivas apresentem testes positivos.

Além disso, diretrizes e revisões de entidades como o American College of Obstetricians and Gynecologists e o National Institute for Health and Care Excellence reconhecem que os testes urinários de gravidez apresentam alta acurácia após o atraso menstrual, sendo adequados como método inicial de exclusão diagnóstica na prática clínica, especialmente em pacientes com ciclos regulares.

Embora situações excepcionais, como ovulação ou implantação tardias, possam teoricamente levar a resultados falso-negativos, tais ocorrências são incomuns e não invalidam a aplicabilidade clínica do teste como ferramenta de exclusão na maioria dos casos.

Dessa forma, dentro do contexto clínico habitual e considerando uma paciente com ciclo regular e atraso menstrual significativo (10 dias), o teste urinário negativo de β -hCG permite, sim, descartar gestação com elevado grau de confiabilidade, estando a assertiva em consonância com a prática baseada em evidências.

Solicita-se, portanto, a manutenção do gabarito da questão.

Referências:

Management of Positive Human Chorionic Gonadotropin Test Results (2026)
 Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management (NG126)
 Wilcox AJ, Baird DD, Weinberg CR. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. JAMA. 1999.

Situação
Mudança de gabarito

Análise:

Os dados do recurso estão corretos e o gabarito deve ser mudado para alternativa D. Houve erro na marcação do gabarito.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
6997		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	10	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Prezada banca examinadora,

Solicito a revisão da questão, tendo em vista que a alternativa por mim assinalada — “interromper gestação se alteração do ducto venoso; se ducto normal, controle a cada 48 horas com internação hospitalar” — encontra respaldo consistente na literatura científica e em diretrizes internacionais.

O caso descreve uma gestante com 33 semanas e 2 dias, portadora de restrição de crescimento intrauterino (RCIU), com ausência de fluxo diastólico na artéria umbilical (AEDF), porém com cardiocografia normal e perfil biofísico 6/8, sem evidência inequívoca de acidemia fetal.

Nessa situação, a avaliação do Doppler do ducto venoso torna-se fundamental para definição do momento ideal da interrupção da gestação.

O estudo TRUFFLE Study, um dos principais ensaios clínicos sobre o tema, demonstrou que a estratégia de prolongamento da gestação em fetos com RCIU precoce, baseada na vigilância intensiva e na avaliação do ducto venoso, está associada a melhores desfechos neurológicos, quando comparada à interrupção precoce baseada apenas em alterações do Doppler arterial.

De acordo com recomendações do RCOG (Green-top Guideline nº 31):

Em casos de RCIU com ausência de fluxo diastólico na artéria umbilical antes de 34 semanas, recomenda-se:

Internação
 Monitorização frequente (incluindo Doppler venoso)
 Interrupção da gestação apenas na presença de alteração do ducto venoso ou deterioração fetal

Além disso, a diretriz enfatiza que a alteração do ducto venoso precede a acidemia fetal e constitui um dos melhores marcadores para o momento seguro da interrupção.

No presente caso:

Idade gestacional: 33 semanas e 2 dias (< 34 semanas)
 CTG: normal
 PBF: 6/8 (sem critérios claros de sofrimento fetal agudo)
 Doppler: AEDF, porém sem informação de alteração do ducto venoso

Dessa forma, à luz das evidências citadas, é aceitável e recomendado o manejo expectante com vigilância intensiva, reservando-se a interrupção para sinais de deterioração, especialmente alteração do ducto venoso.

Referências:

RCOG – The investigation and management of the small-for-gestational-age fetus
 TRUFFLE Study – Lancet, 2015
 ISUOG – Practice Guidelines on fetal growth restriction

Situação
Mudança de gabarito

Análise:

Em conformidade com o manual da Febrasgo numero 35 de 2018, conforme consta na pagina 17 do mesmo, a alternativa que melhor representa a conduta atual é monitorização do ducto venoso. Alternativa correta é letra D e não a B (que anteriormente foi indicada como correta).

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
6998		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	12	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

Prezada banca examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a revisão do gabarito da questão, uma vez que a alternativa considerada correta não exclui a validade da alternativa por mim assinalada, havendo mais de uma conduta possível e aceitável segundo a literatura atual, o que compromete o caráter objetivo da questão.

Trata-se de paciente com 7 semanas de amenorreia, apresentando sangramento vaginal associado a dor em cólica, hemodinamicamente estável e sem sinais de gravidade, com evolução de β -hCG de 900 para 1.200 mUI/mL em 7 dias, caracterizando elevação inadequada para uma gestação viável. Tal padrão evolutivo, associado ao quadro clínico descrito, é compatível com gestação inicial não evolutiva, sendo plausível o diagnóstico de provável perda gestacional precoce.

Além disso, destaca-se que os níveis de β -hCG apresentados situam-se próximos à chamada “zona discriminatória”, geralmente entre 1.000 e 1.500 mUI/mL para visualização de gestação intrauterina, o que reforça a limitação diagnóstica do caso e a necessidade de interpretação baseada no conjunto clínico. Ainda assim, a evolução inadequada do hormônio ao longo do tempo é um dos principais marcadores de inviabilidade gestacional.

Conforme diretrizes do American College of Obstetricians and Gynecologists, em pacientes hemodinamicamente estáveis, sem sinais de complicação, o manejo expectante é uma opção segura e recomendada nos casos de perda gestacional precoce. Dessa forma, a alternativa por mim assinalada, ao propor conduta conservadora diante de provável abortamento em evolução, encontra respaldo direto na literatura.

Ressalta-se que o enunciado não apresenta elementos que indiquem gravidade clínica ou necessidade de intervenção imediata, o que reforça a adequação de abordagem conservadora inicial. Assim, a alternativa assinalada contempla uma interpretação clínica coerente e uma conduta aceita pelas principais diretrizes.

Diante do exposto, considerando que a alternativa apontada como correta não invalida a alternativa assinalada, e que ambas se apoiam em fundamentos clínicos plausíveis, observa-se comprometimento da objetividade da questão, por admitir mais de uma resposta possível.

Dessa forma, solicito a anulação da questão.

Referências:

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Early Pregnancy Loss. ACOG Practice Bulletin, n. 200. Obstetrics & Gynecology, v. 132, n. 5, p. e197–e207, 2018.

BARNHART, Kurt T. et al. Symptomatic patients with an early viable intrauterine pregnancy: hCG curves redefined. Obstetrics & Gynecology, v. 104, n. 1, p. 50–55, 2004.

DOUBILET, Peter M.; BENSON, Carol B. Further evidence against the reliability of the human chorionic gonadotropin discriminatory level. Radiology, v. 249, n. 2, p. 634–639, 2008.

Situação
Questão anulada

Análise:

Houve um erro de digitação no valor do exame, o que não foi notado durante as verificações das questões. Da forma como apresentado há duas respostas possíveis para a questão, restando como única opção a anulação da mesma.

Relatório de Recursos Contra Prova

Edital 05/2026/PGP - Concurso Público para cargos Técnico-

Protocolo		Nome	
6999		*****	
Campus		CPF	Passaporte
Campus Viçosa		*****	*****
Cargo / Curso			
Médico/Ginecologia e Obstetrícia			
Gabarito	Questão	Prova	
1	15	Prova Específica de Médico / Ginecologia e Obstetrícia	

Justificativa:

A questão aborda a avaliação de risco gestacional e o fluxo de encaminhamento no pré-natal dentro do SUS, tema normatizado por documentos oficiais do Ministério da Saúde. Sabe-se que a estratificação de risco deve ser realizada de forma contínua, em todas as consultas de pré-natal, conforme preconizado nas diretrizes nacionais. No entanto, ao identificar uma gestante com risco aumentado, as próprias diretrizes estabelecem que essa paciente deve ser encaminhada para o pré-natal de alto risco, não sendo essa uma conduta meramente opcional.

De acordo com o manual do Ministério da Saúde, especialmente no documento “Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco”, está claramente descrito que a identificação de fatores de risco implica encaminhamento para serviço especializado, mantendo-se o acompanhamento compartilhado com a Atenção Primária à Saúde. Ou seja, o modelo assistencial adotado é o de cuidado compartilhado, no qual a Unidade Básica de Saúde mantém o vínculo e o seguimento, porém o acompanhamento especializado torna-se obrigatório diante da classificação de alto risco.

Dessa forma, a alternativa que afirma que a paciente “poderá ser encaminhada” (alternativa A) incorre em erro conceitual ao sugerir caráter facultativo para uma conduta que, na prática assistencial e nas diretrizes oficiais, é mandatória diante da presença de risco aumentado. A utilização do termo “poderá” relativiza uma indicação que é, na verdade, uma recomendação técnica clara de encaminhamento.

Por outro lado, a alternativa B, ao utilizar o termo “deverá ser, necessariamente, encaminhada”, está em consonância com o princípio da integralidade do cuidado e com a organização da rede de atenção à saúde materna no SUS, na qual a identificação de risco determina obrigatoriamente a inserção da gestante no pré-natal de alto risco, ainda que se mantenha o vínculo com a equipe da Atenção Primária.

Portanto, considerando as diretrizes oficiais do Ministério da Saúde e a lógica de organização da Rede de Atenção à Saúde, conclui-se que a alternativa B é a que melhor expressa a conduta correta, motivo pelo qual se solicita a revisão do gabarito.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Situação
Questão mantida

Análise:

Conforme o manual de acompanhamento de gestações de alto risco do ministério da saude (2022) - Conforme resumido no quadro 3 pagina 17. Há a possibilidade de manter paciente de risco aumentado, porém intermediário, em cuidado obstétrico em equipe contendo medico obstetra mas não necessariamente em equipes de alto risco. Há, ainda, as pacientes em risco exclusivamente social que devem passar por atendimento especializados em atenção social, não sendo resolutivo o cuidado pela equipe o alto risco. 6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia. A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado. 8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.