



PROVA AMB, AMRIGS, ACM E AMMS 01/2025

EDITAL Nº 18/2025 – DIVULGAÇÃO DOS GABARITOS DEFINITIVOS DAS PROVAS TEÓRICO-OBJETIVAS – ACESSO DIRETO E AUTOAVALIAÇÃO

A Associação Médica Brasileira, a Associação Médica do Rio Grande do Sul, a Associação Catarinense de Medicina e a Associação Médica de Mato Grosso do Sul, por este edital, para conhecimento dos interessados, nos termos e prazos estabelecidos no Edital de Abertura Unificado nº 01/2025, torna pública a presente divulgação para informar o que segue:

1. DAS JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO/ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES DAS PROVAS TEÓRICO-OBJETIVAS

1.1. Foi realizada a avaliação dos recursos interpostos pelos candidatos durante o período de 26 a 28/11/2025, e justifica-se a manutenção ou alteração dos Gabaritos Preliminares das Provas Teórico-Objetivas no Anexo I deste Edital.

2. DOS GABARITOS DEFINITIVOS

2.1. Os Gabaritos Definitivos da Prova Teórico-Objetiva encontram-se no Anexo II deste edital.

3. DOS ANEXOS

3.1. É parte integrante do presente edital:

ANEXO I – Justificativas para Manutenção/Alteração dos Gabaritos Preliminares;

ANEXO II – Gabaritos Definitivos.

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2025.

Dr. Antônio Carlos Weston

Coordenador da Prova



PROVA AMB, AMRIGS, ACM e AMMS 01/2025
GABARITOS DEFINITIVOS E JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO
OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES – ACESSO DIRETO E AUTOAVALIAÇÃO

ANEXO I – JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES

JUSTIFICATIVA PARA MANUTENÇÃO OU
ALTERAÇÃO DE GABARITOS PRELIMINARES

De acordo com o Edital de Abertura Unificado nº 01/2025, que rege este processo, argumentações inconsistentes, extemporâneas, que estiverem fora das especificações estabelecidas para a interposição, que contiverem questionamentos de natureza administrativa (por exemplo, relacionados às normas previamente estipuladas em Edital) não obterão resposta da banca avaliadora e, por isso, não terão respostas publicadas na Internet. Não serão computadas as questões não assinaladas na grade de respostas, nem as que contiverem mais de uma resposta, emenda ou rasura, ainda que legível.

NÍVEL SUPERIOR

MATÉRIA: CLÍNICA MÉDICA/MEDICINA INTERNA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 1 – MANTIDA alternativa 'C'.

Segundo referência bibliográfica indicada – *Harrison: Medicina Interna* –, por definição temos:

Cefaleia tipo tensional: Cefaleia isenta de manifestação associada, como vômito, latejamento e agravamento com movimentos.

Cefaleia em salvas: Dor profunda, retro-orbital, intensidade excruciante, não flutuante e de característica explosiva.

Migrânea: Crises repetidas de cefaleia, unilateral e latejante, com duração de 4 a 72 horas em pacientes com exame físico normal.

QUESTÃO: 3 – MANTIDA alternativa 'C'.

Conforme referência – *Harrison: Medicina Interna* –, consta em capítulo referente à influenza, que a plasticidade e segmentação dos seus genomas e seu extenso reservatório em mamíferos e aves potencializam o risco de causar uma pandemia. Não há na literatura indicada evidências que tragam dúvidas em relação ao gabarito indicado.

QUESTÃO: 4 – MANTIDA alternativa 'C'.

Consta em *Harrison: Medicina Interna* em relação ao exame físico do sistema cardiovascular:

I – “O uso inapropriado de manguito pequeno resulta em **sobrestimativa** da pressão arterial” – INCORRETO.

II – “Definem-se as pressões sistólica e diastólica, respectivamente, com o primeiro e o quinto sons de Korotkoff” – CORRETO.

III – “Em geral, o valor da pressão sistólica aumenta e o valor da diastólica diminui quando a aferição é feita em artérias mais distais – CORRETO.

QUESTÃO: 6 – MANTIDA alternativa 'D'. Segundo *Harrison: Medicina Interna*, capítulo de infecções do trato urinário:

A – Mulheres com suspeita de cistite não complicada podem ser tratadas com base apenas na história clínica. – INCORRETA.

B – Homens com sintomas de cistite tem recomendação de coleta de urina para cultura – INCORRETA.

C – O critério microbiológico para diagnóstico de bacteriúria assintomática é de quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia – INCORRETA.

D – **Apenas os membros da família *Enterobacteriaceae* convertem o nitrato em nitrito** – CORRETA.

QUESTÃO: 8 – MANTIDA alternativa 'B'. Conforme referência da prova – *Cecil: Medicina Interna*:

A – A presença de anticorpo anticentrômero sinaliza um baixo risco de crise renal esclerodérmica – INCORRETA.

B – Uma vez a crise renal esclerodérmica se instale, a hospitalização e a introdução de inibidores da ECA são essenciais – CORRETA.

C – Embora os pacientes tipicamente apresentem um início abrupto de hipertensão arterial e insuficiência renal progressiva, em alguns casos a pressão arterial permanece normal ou modestamente elevada – INCORRETA.

D – O exame de urina mostra proteinúria leve, cilindros granulares e hematúria microscópica – INCORRETA.

QUESTÃO: 9 – MANTIDA alternativa 'A'. Segundo *Harrison: Medicina Interna* – capítulo de abordagem das anemias:

I – A anemia associada a aumento na produção de reticulócitos após ajuste para o grau de anemia sugere ocorrência de perda de sangue ou hemólise – CORRETO.

II – Deficiência de ferro ou de folato são situações que o sangramento ou a hemólise podem não estar associados a uma resposta apropriada dos reticulócitos – CORRETO.

III – O percentual de reticulócitos representa a porcentagem de eritrócitos que são reticulócitos e necessita ajuste conforme o hematócrito – INCORRETO.

QUESTÃO: 10 – MANTIDA alternativa 'B'. Consta em *Cecil: Medicina Interna*, capítulo sobre suprarrenal, catecolaminas e feocromocitoma:

I – Ocorrem em igual frequência entre homens e mulheres, principalmente na terceira, quarta e quinta décadas de vida – CORRETO.

II – Os antidepressivos tricíclicos, levodopa, descongestionantes, IMAO, IRSN podem aumentar os níveis mensurados de catecolaminas e metanefrinas, podendo provocar resultados falso-positivos – INCORRETO.

III – A excreção urinária de 24 horas de catecolaminas e metanefrinas fracionadas ou a determinação dos níveis plasmáticos de metanefrinas fracionadas devem ser verificadas anualmente, durante toda a vida dos pacientes que tiveram diagnóstico e foram tratados – CORRETO.

QUESTÃO: 11 – MANTIDA alternativa 'D'. Consta em *Cecil: Medicina Interna*, capítulo sobre vitaminas, oligoelementos e micronutrientes, que o uso de colestiramina tem interferência na absorção de vitamina D.

QUESTÃO: 12 – MANTIDA alternativa 'C'. Consta em *Cecil: Medicina Interna* que, nos pacientes com polidipsia primeira, a concentração sérica de sódio algumas vezes está na extremidade inferior da faixa normal e o nível de ácido úrico está mais baixo do que em pacientes com outras formas de diabetes *insipidus*, fazendo com que a alternativa esteja correta, pois afirma que o ácido úrico acima de 5 pode ser utilizado como critério diagnóstico diferencial.

QUESTÃO: 13 – MANTIDA alternativa 'A'. Consta em *Cecil: Medicina Interna*, capítulo sobre vasculites sistêmicas:

I – As do tipo I são monoclonais, não tem atividade do fator reumatoide e estão associadas a neoplasias malignas hematopoiéticas, como o mieloma.

II – As do tipo II e III podem estar relacionadas a vasculite sistêmica, envolvendo vasos de pequeno calibre.

III – A infecção pelo vírus da hepatite C é responsável por pelo menos 80% dos casos de vasculite associada a crioglobulina mista – ou seja, hepatite C seria a informação correta, e não B.

Portanto, corretas I e II.

QUESTÃO: 14 – MANTIDA alternativa 'C'. Com base em *Harrison: Medicina Interna*, no capítulo sobre sarampo:

I – O tratamento é, em grande parte, de suporte, com administração de Vitamina A. Não há indicação de antibiótico para tratar o sarampo – INCORRETA.

II – A resposta imune do hospedeiro ao vírus do sarampo é essencial para a eliminação viral e recuperação clínica – CORRETA.

III – A resposta da IgM está ausente após reexposição ou revacinação e serve como marcador de infecção

primária – CORRETA.

QUESTÃO: 15 – MANTIDA alternativa 'D'. Consta em *Cecil: Medicina Interna*, no capítulo sobre o diagnóstico em arboviroses:

I – Na febre hemorrágica da dengue, a trombocitopenia com plaquetas abaixo de 100.000 células/ml e alargamento do tempo de protrombina são característicos.

II – A leucopenia desenvolve-se no segundo dia de febre, caindo para 1.000 a 2.000 células/ml no quinto ou sexto dia.

III – O anticorpo IgM surge 3 a 5 dias após a infecção e, o IgG, 9 a 10 dias após.

Portanto, todas as alternativas estão corretas.

QUESTÃO: 16 – MANTIDA alternativa 'B'. Consta em *Harrison: Medicina Interna*, no capítulo sobre acidente vascular cerebral isquêmico e o tratamento antitrombótico: “O ácido acetil salicílico é o único agente antiplaquetário que se mostrou eficaz no tratamento agudo do AVC isquêmico”.

QUESTÃO: 17 – MANTIDA alternativa 'B'. Consta em *Cecil: Medicina Interna* sobre esteato-hepatite alcoólica e não alcoólica: a hiperferritinemia leve é comum e a positividade de baixo grau de autoanticorpos não é incomum quando do diagnóstico de doença hepática gordurosa não alcoólica.

QUESTÃO: 18 – MANTIDA alternativa 'C'. Consta em *Cecil: Medicina Interna*, no capítulo sobre doença pulmonar intersticial, que, dentre as alternativas, a que responde ao uso de corticoide sistêmicos é a sarcoidose.

QUESTÃO: 19 – MANTIDA alternativa 'C'. Segue análise das alternativas:

A) Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Alzheimer – INCORRETA

Segundo o DSM-5-TR (p. 699) e o Tratado da ABP (p. 631), a Doença de Alzheimer geralmente se inicia com comprometimento de memória episódica recente, o que não é o padrão observado neste caso. O paciente apresenta déficits iniciais em atenção, funções executivas e capacidades visuoperceptivas, com memória relativamente preservada. Além disso, há alucinações visuais vívidas, flutuação cognitiva e parkinsonismo espontâneo, características típicas da DCL, não da DA.

B) Transtorno neurocognitivo maior devido à doença de Parkinson – INCORRETA

O DSM-5-TR (p. 699) define que, para esse diagnóstico, os sintomas motores devem preceder os cognitivos por pelo menos 1 ano. Neste caso, o quadro cognitivo e neuropsiquiátrico iniciou-se antes dos sintomas motores. Além disso, não há diagnóstico prévio de Parkinson. Assim, o diagnóstico mais adequado é DCL.

C) Transtorno neurocognitivo maior com corpos de Lewy – CORRETA

O quadro clínico preenche critérios para DCL provável segundo o DSM-5-TR (p. 699) e o Tratado da ABP (p. 631): três características centrais (flutuação cognitiva, alucinações visuais vívidas, parkinsonismo espontâneo) e duas sugestivas (histórico de TCSREM e hipersensibilidade a neurolépticos).

D) Delirium induzido por antipsicótico em paciente idoso – INCORRETA

Apesar da piora após risperidona, os sintomas cognitivos, psicóticos e motores já estavam presentes antes da introdução do antipsicótico. O curso é insidioso e progressivo, não compatível com um episódio de delirium isolado. A hipersensibilidade neuroléptica é um critério de suporte para DCL, conforme a ABP (p. 631).

Após análise, conclui-se que não há dupla interpretação diagnóstica. O caso apresentado é inequivocamente compatível com Transtorno Neurocognitivo Maior com Corpos de Lewy (TNCCL), conforme critérios formais do DSM-5-TR (p. 699) e do Tratado de Psiquiatria da ABP (2021, p. 631). O DSM-5-TR estabelece que, para o diagnóstico de TNC devido à Doença de Parkinson, o diagnóstico de Parkinson deve preceder o início da demência. Afirma ainda que, quando o declínio cognitivo surge antes ou próximo ao início dos sintomas motores, o diagnóstico apropriado é TNCCL. No enunciado, o declínio cognitivo ocorre há mais de 1 ano, com alucinações visuais e flutuações cognitivas muito antes do parkinsonismo, que surge apenas nos últimos 2 meses, sem diagnóstico prévio de Doença de Parkinson, o que exclui a alternativa B.

Além disso, o caso preenche todos os critérios centrais de DCL descritos no DSM-5-TR e no Tratado da ABP:

- alucinações visuais vívidas;
- flutuações cognitivas;
- parkinsonismo espontâneo;
- transtorno comportamental do sono REM, além de apresentar hipersensibilidade a antipsicóticos, achado clássico de apoio ao diagnóstico de DCL.

O trecho do DSM-5-TR sobre possível sobreposição diagnóstica aplica-se apenas quando sintomas cognitivos e motores surgem no mesmo período, o que não ocorre neste caso, onde a sequência temporal é clara. Dessa forma, os critérios formais não permitem o diagnóstico de TNC-Parkinson.

Com base nas referências oficiais e na análise clínica do caso, conclui-se que **não há ambiguidade**, a questão está adequada e o gabarito permanece **C**. Recurso indeferido.

Referências:

NARDI, Antonio E.; SILVA, Antônio G.; QUEVEDO, João. *Tratado de Psiquiatria da Associação Brasileira de Psiquiatria*. Porto Alegre: ArtMed, 2021. E-book. p.631. ISBN 9786558820345.

ASSOCIATION, American P. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR: Texto Revisado*. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.699. ISBN 9786558820949.

QUESTÃO: 20 – MANTIDA alternativa 'D'. Após análise do recurso apresentado, conclui-se que não há fundamento técnico para a anulação da questão. A alternativa D permanece como a única correta e está plenamente sustentada pela bibliografia indicada no edital, em especial o *Tratado de Psiquiatria da ABP (2021)*, além de estar alinhada às diretrizes atuais em toxicologia e emergência (ASAM 2024, AHA 2025).

Fundamentação conforme o Tratado de Psiquiatria da ABP (bibliografia oficial da banca):

O Tratado de Psiquiatria da ABP afirma de forma **textual**:

Benzodiazepínicos são a primeira escolha no manejo da intoxicação por cocaína. Essa recomendação fundamenta-se em suas **propriedades depressoras do SNC via ação GABAérgica**, que reduzem:

- agitação psicomotora;
- hipertonia autonômica (taquicardia, hipertensão, sudorese);
- risco de heteroagressividade.

"Devido às propriedades depressoras, por ação GABAérgica, os benzodiazepínicos, como diazepam, clonazepam, lorazepam e midazolam são a primeira escolha, buscando antagonizar os efeitos estimulantes da cocaína". Portanto, a alternativa D reproduz exatamente o texto do Tratado da ABP, referência oficial do edital — o que por si só garante validade e elimina possibilidade de anulação.

Afirmar que benzodiazepínicos não antagonizam farmacologicamente a cocaína é correto apenas em sentido estritamente farmacodinâmico, e irrelevante do ponto de vista da questão. O termo "antagonizar", conforme utilizado pelo Tratado e na questão, não se refere a antagonismo farmacológico direto, mas sim à oposição funcional dos efeitos simpaticomiméticos da cocaína — ou seja: cocaína → aumenta atividade catecolaminérgica; benzodiazepínicos → reduzem hiperexcitação central e descarga autonômica.

Mesmo as diretrizes internacionais mais recentes descrevem que benzodiazepínicos atenuam os efeitos tóxicos da cocaína por mecanismos GABAérgicos, e não por antagonismo farmacológico específico. A alternativa **não** afirma antagonismo farmacológico direto, e sim "redução dos efeitos estimulantes", exatamente como descreve o Tratado. As demais alternativas são inequivocamente incorretas:

Alternativa A – Incorreta

"Os usuários de cocaína têm menor risco de apresentar distonia aguda induzida por antipsicóticos".

Essa afirmação é incorreta, pois o Tratado de Psiquiatria da ABP afirma explicitamente: "É importante salientar que os usuários de cocaína têm maior risco de apresentar distonia aguda induzida por antipsicóticos". Isso ocorre porque a hiperatividade dopaminérgica provocada pela cocaína pode potencializar os efeitos extrapiramidais de antipsicóticos, especialmente os típicos, aumentando o risco de distonias.

Alternativa B – Incorreta

"Para controle da hipertensão é indicado utilizar propranolol."

O uso de betabloqueadores não seletivos, como o propranolol, é contraindicado no contexto de intoxicação por cocaína. O motivo é que esses fármacos podem exacerbar a vasoconstrição por meio do bloqueio de receptores beta, desinibindo os receptores alfa-adrenérgicos, o que pode agravar a hipertensão arterial e causar efeitos adversos graves. Segundo o texto: "Não é recomendado o uso de medicamentos betabloqueadores, como o propranolol, pois podem piorar o quadro hipertensivo".

Alternativa C – Incorreta

"Quando há riscos de heteroagressão, em que a via parenteral será necessária, diazepam intramuscular é a medicação de escolha."

O diazepam não é a medicação de escolha por via intramuscular nesse contexto, devido à sua absorção errática quando administrado por essa via. Quando a administração parenteral for necessária em situações de agitação grave, o benzodiazepínico preferido por via IM é o midazolam. Conforme o Tratado: "Sendo o midazolam intramuscular a medicação de escolha (evitar o uso de diazepam intramuscular, por apresentar absorção errática)".

Assim, somente a alternativa D é correta, e o mantém-se o gabarito mantido: D — benzodiazepínicos como primeira escolha no manejo da intoxicação por cocaína.

MATÉRIA: CIRURGIA GERAL

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 21 – MANTIDA alternativa 'D'.

I. Correta: Limites clássicos do triângulo de Hesselbach.

II. Correta: O nervo genitofemoral divide-se em ramo genital e femoral, sendo o genital relacionado ao funículo e ao anel profundo — risco real de lesão cirúrgica.

III. Incorreta: Hérnias inguinais indiretas localizam-se lateralmente aos vasos epigástricos inferiores e não penetram por defeito adquirido (mas sim congênito, pelo anel profundo).

IV. Correta: O tendão conjunto resulta da união do oblíquo interno e transversal do abdome, reforçando a parede posterior.

Referência Bibliográfica utilizada: Sabiston, D.C.; Townsend, C.M. Jr. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica. 21ª ed. Elsevier; 2022. Capítulo 45: Hérnias da Região Inguinal e Femoral.

Schwartz, S.I.; Brunicki, F.C. Princípios de Cirurgia de Schwartz. 11ª ed. McGraw Hill; 2020. Capítulo 29: Hérnias da parede abdominal.

Skandalakis, J.E.; Skandalakis, L.J.; Skandalakis, P.N. Skandalakis' Surgical Anatomy. 7ª ed. Georg Thieme Verlag; 2014. Capítulo 25: The Inguinal region.

QUESTÃO: 22 – MANTIDA alternativa 'A'. Está claro em toda a literatura – principalmente na literatura fornecida (Townsend, C. M. *et al.* Sabiston: 21ª ed., p. 1219-31), quais são as características anatômicas e a origem dos vasos citados. Nunca uma resposta poderia ser considerada certa baseada em possíveis variações anatômicas. Portanto, está mantida a alternativa fornecida no gabarito.

QUESTÃO: 23 – MANTIDA alternativa 'C'. A questão solicita a **melhor** conduta frente à situação clínica apresentada. O caso clínico descreve todas as características de uma hiperplasia nodular focal, estando de acordo com a literatura citada como referência.

QUESTÃO: 24 – MANTIDA alternativa 'A'. A questão solicita a **melhor** conduta, em nenhum momento se fala em conduta global. No caso da diverticulite não complicada o tratamento mais indicado nunca será cirúrgico (indicar cirurgia neste caso seria inclusive má prática médica). Mantida a alternativa conforme o gabarito.

QUESTÃO: 25 – MANTIDA alternativa 'A'. A questão não trata de uma hérnia encarcerada, e o paciente apresenta sinais de **estrangulamento**, com uma cirurgia que **não é limpa** ou limpa-contaminada. O emprego de telas nessa situação não é indicado, devido aos riscos de complicações e sequelas graves. Está mantido o gabarito.

QUESTÃO: 26 – MANTIDA alternativa 'D'. A questão apresenta quatro assertivas, sendo solicitado ao candidato que indique qual está correta. Analisando as assertivas com base no livro-texto referência (Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., e Mattox, K. L. (2021). Sabiston textbook of surgery (21st ed.). Elsevier):

a) Incorreta: a dor visceral tem como característica o aspecto vago e localização imprecisa. Página 1134: “*Visceral pain is vague and localized to the epigastrium, periumbilical region, or lower abdomen, depending on whether it originates from the foregut, midgut or hindgut.*”

b) Incorreta: o sinal descrito na alternativa é o de Courvoisier. O sinal de Chandelier é caracterizado pela dor pélvica extrema à movimentação da cérvix uterina durante o toque vaginal. Página 1139: “*Chandelier sign – extreme pelvic pain with movement of the cervix – pelvic inflammatory disease.*”

c) Incorreta: a presença de distensão de alças intestinais é uma contraindicação relativa (e não absoluta) ao procedimento de laparoscopia diagnóstica. Página 1141: “*A relative contraindication to diagnostic laparoscopy is extremely dilated bowel as visualization can limit complete exploration, but this would depend on surgeon's comfort with laparoscopy.*”

d) Correta: apendicite aguda é, de fato, a causa mais comum de abdome agudo não obstétrico durante a gestação. Página 1143: “*Acute appendicitis is the most common nonobstetric abdominal emergency requiring surgery with an overall incidence of 101 cases per 100.000 pregnancies.*”

As assertivas estão de acordo com a literatura referência do concurso, sendo mantido o gabarito.

QUESTÃO: 27 – MANTIDA alternativa 'A'.

CORRETA: Quando RM não está disponível e o US é inconclusivo, a TC com protocolo de baixa dose pode ser considerada, pois diminui a chance de negativa diagnóstica sem elevar risco fetal relevante, especialmente fora do primeiro trimestre, conforme recomenda o Sabiston.

ERRADA: Cirurgia apenas baseada em clínica/laboratório aumenta a taxa de apendicectomia negativa, elevando complicações materno-fetais.

ERRADA: Repetir US dificilmente trará benefício adicional relevante, além de atrasar o diagnóstico.

ERRADA: Observação e antibiótico isoladamente não são recomendações aceitas para casos suspeitos de apendicite em gestantes.

“*In pregnancy, appendicitis has a typical clinical presentation in only 50% to 60% of cases.40 The common symptoms of early appendicitis, such as nausea and vomiting, are nonspecific and are also often associated with normal pregnancy. The normal febrile response to illness may be blunted in pregnancy. Also, the physi cal*

examination of the pregnant patient is difficult and is altered because of the effect of the gravid uterus and its displacement of the appendix to a more cephalad location within the abdomen. Lower quadrant pain in the second trimester produced by traction on the suspensory ligaments of the uterus, a phenomenon known as round ligament pain, is a common occurrence and further complicates the clinical picture further because 50% of cases of appendicitis occur in the second trimester. Finally, biochemical and laboratory indicators used to support the diagnosis of appendicitis in the nonpregnant patient are unreliable in pregnancy. For example, a mild physiologic leukocytosis of pregnancy is a normal finding.

The impact of appendicitis on the pregnant patient is severe. The risk of preterm labor has been shown to be 11% and fetal loss 6% with complicated appendicitis. These data would appear to favor an aggressive, early approach to appendicitis in the pregnant patient. Complicating this approach, however, was the finding in the same series that negative appendectomy was also associated with preterm labor and fetal loss (10% and 4%, respectively). The lowest rates of preterm labor and fetal loss (6% and 2%, respectively) were seen in cases of uncomplicated appendicitis. For these reasons, preoperative accuracy of diagnosis is crucial in the pregnant patient with suspected appendicitis.

Unfortunately, the sensitivity and specificity (83%) of US appear to be reduced in pregnancy because of the presence of the gravid uterus.

The authors concluded that CT should be used if US examination findings are equivocal and argued that the amount of radiation delivered during a limited CT examination is below the threshold required to induce fetal malformations and that most cases of appendicitis in pregnancy occur in the second or third trimester, when organogenesis is already complete.⁴² Although protocols vary, if CT is used during pregnancy for equivocal cases, care should be taken to perform as limited a study using the lowest possible radiation exposure technique and with avoidance of intravenous administration of contrast material⁴³.

Referência Bibliográfica utilizada: Sabiston, D.C.; Townsend, C.M. Jr. Sabiston Tratado de Cirurgia: A Base Biológica da Prática Cirúrgica. 21ª ed. Elsevier, 2022. Capítulo 51: Appendicitis in the Pregnant Patient, 21ª ed., Cap. 48 e 51.

QUESTÃO: 28 – MANTIDA alternativa 'B'. A questão apresenta três assertivas, sendo solicitado ao candidato que indique quais estão corretas. Analisando individualmente as assertivas com base no livro-texto referência (Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., e Mattox, K. L. (2021). *Sabiston textbook of surgery* (21st ed.). Elsevier), temos o seguinte:

I – Assertiva incorreta: o esôfago de Barrett pode ser secundário ao refluxo prolongado, seja ele ácido ou alcalino. Página 1063: “*Long-standing acid and alkaline reflux can result in histologic change of the distal esophageal mucosa from its normal squamous epithelium to a columnar configuration. This histologic alteration is called intestinal metaplasia or Barrett esophagus.*”

II – Assertiva incorreta: a identificação do EB não constitui indicação, por si só, para realização de cirurgia antirrefluxo. Página 1064: “*Because of the variability in regression in Barrett esophagus following antireflux surgery, it should not be considered an indication for antireflux surgery.*”

III – Assertiva correta: a classificação do esôfago de Barrett quanto à sua extensão tem como ponto de corte o valor de 3 centímetros: < 3 cm é classificado como Barrett curto; ≥3 cm, Barrett longo. Página 1063: “*Based on endoscopic measurements, it can be classified into long segment (≥3 cm) and short segment (<3 cm).*”

Dado que todas as assertivas encontram fundamento na referência do concurso, a resposta está mantida, não cabendo recurso.

QUESTÃO: 29 – MANTIDA alternativa 'D'. A presença de pequenas bolhas de ar pericólicas (<5 cm do segmento inflamado) em pacientes com diverticulite aguda não complicada levanta a questão sobre a necessidade de antibioticoterapia. A WSES sugere que, nesses casos, o tratamento não operatório é adequado. A subanálise do ensaio DIABOLO demonstrou que o tratamento não operatório em pacientes com diverticulite e gás pericólico isolado é uma estratégia adequada. No entanto, devido à baixa taxa de eventos, permanece incerto se o tratamento antibiótico é necessário nesses pacientes. A avaliação do nível de PCR é um indicador útil para avaliar a necessidade de antibióticos.

“*Section on What is the best treatment for patients with acute diverticulitis with CT findings of pericolic gas? However, due to the low event rate, it remains uncertain whether antibiotic treatment is necessary in patients with isolated pericolic gas.*”

As outras alternativas são menos adequadas:

A antibioticoterapia intravenosa (alternativa a) é excessiva para um caso sem sinais de sepse e com boa tolerância à dieta oral.

A antibioticoterapia oral (alternativa b) pode ser considerada, mas não é estritamente necessária, conforme as diretrizes da WSES. Além disso não é necessário o repouso no leito.

O tratamento sintomático isolado (alternativa c) pode ser insuficiente, considerando a presença de bolhas de ar pericólicas, que indicam uma possível complicação.

Referência Bibliográfica utilizada: Sartelli *et al.* (2020) diretrizes da WSES para o manejo da diverticulite colônica aguda na emergência (*World Journal of Emergency Surgery*, 15(32), 1-18).

QUESTÃO: 30 – MANTIDA alternativa 'D'. A questão apresenta três assertivas, sendo solicitado ao candidato que indique quais estão INCORRETAS. Analisando as assertivas com base no livro-texto referência (Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., e Mattox, K. L. (2021). Sabiston textbook of surgery (21st ed.). Elsevier), temos o seguinte:

I – Incorreta: a alternativa traz conceitos descritos na literatura de referência, porém é errada ao afirmar que tais dados se referem ao adenocarcinoma esofágico. Todas as características descritas dizem respeito, na verdade, ao carcinoma espinocelular esofágico. Página 1038: *“The disease is three to four times more prevalent in men, and race also appears to be a factor. The incidence of SCC is much higher amongst African Americans compared with their white counterparts, even after adjusting for socioeconomic status, tobacco, and alcohol use.”*

II – Incorreta: conforme descrito claramente na bibliografia mencionada, somente uma pequena parcela dos casos de carcinoma espinocelular de esôfago estão relacionados à infecção pelo vírus HPV. Além disso, o impacto clínico dessa associação ainda é incerto. Página 1038: *“The recognition of the importance of HPV in the pathogenesis of SCC in other organs has spurred an interest in its role in esophageal SCC. Currently, it appears that HPV-related SCC represents only a small subset of esophageal SCC. For those tumors that are HPV related, the clinical implications of HPV association are unclear.”*

III – Incorreta: de acordo com a referência, tanto a duração dos sintomas da doença do refluxo gastroesofágico como a sua frequência estão relacionados ao risco de desenvolvimento de adenocarcinoma esofágico. Página 1039: *“The frequency **and** duration of GERD symptoms is significantly associated with the risk of developing adenocarcinoma.”* Em inglês, quando dois núcleos substantivos estão unidos por **“and”**, eles formam um **sujeito composto**, que deve ser interpretado como **plural**, pois indica que **ambos os fatores — frequência e duração — contribuem para a associação mencionada**.

Dado que todas as assertivas encontram fundamento na referência do concurso, a resposta está mantida, não cabendo recurso.

QUESTÃO: 31 – MANTIDA alternativa 'C'. A questão apresenta três assertivas, sendo solicitado ao candidato que indique quais estão corretas. Analisando as assertivas com base no livro-texto referência (Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., e Mattox, K. L. (2021). Sabiston textbook of surgery (21st ed.). Elsevier):

I – Incorreta: o consumo de álcool associado ao tabagismo aumenta o risco de desenvolvimento de pancreatite aguda. Página 1534: *“Compared with nonsmokers, the relative risk of alcohol-induced pancreatitis in smokers is 4.9.”* Este trecho claramente expõe um maior risco de desenvolvimento de pancreatite aguda em pacientes que associam o consumo de álcool e tabaco, comparados àqueles que consomem somente álcool.

II – Correta: de acordo com o encontrado na referência: *“AP is the most common complication after ERCP, occurring in up to 5% of patients. However, the incidence of this complication after ERCP could be as high as 15% in high-risk patients. Post ERCP pancreatitis is more common in female patients, young individuals, and in patients with prior history of ERCP induced pancreatitis. AP occurs more frequently in patients who have undergone therapeutic procedures compared with diagnostic procedures. It is also more common in patients who have had multiple attempts of cannulation, sphincter of Oddi dysfunction, and abnormal visualization of the secondary pancreatic ducts after injection of contrast material. The clinical course is mild in 90% to 95% of patients.”* Neste trecho, é exposto claramente tanto que a pancreatite aguda é a complicação mais comum após a realização de CPRE, como que esta complicação é mais comum em pacientes do sexo feminino.

III – Correta: de acordo com o encontrado na referência: *“Gallstone pancreatitis is the most common cause of AP in the West. It accounts for 40% of U.S. cases. The overall incidence of AP in patients with symptomatic gallstone disease is 3% to 8%. It is seen more frequently in women between 50 and 70 years of age.”* É claramente evidente que a pancreatite aguda tem como principal causa a litíase biliar em países do ocidente. Além disso, a população mais acometida é a de mulheres entre 50 a 70 anos.

Questão perfeitamente alinhada com o encontrado na referência do concurso, não cabendo recurso. Gabarito mantido.

QUESTÃO: 32 – MANTIDA alternativa 'A'. A questão apresenta quatro alternativas, sendo solicitado ao candidato que indique qual está correta. Analisando as assertivas com base no livro-texto referência (Townsend, J. C. M., Beauchamp, R. D., Evers, B. M., e Mattox, K. L. (2021). Sabiston textbook of surgery (21st ed.). Elsevier), temos o seguinte:

a) Correta: conforme descrito na página 1025: *“Recognized in the late 1970s as a distinct entity and known as hypercontractile esophagus in the Chicago classification, nutcracker or jackhammer esophagus is a disorder characterized by excessive contractility. It is described as an esophagus with hypertensive peristalsis or high amplitude peristaltic contractions. It is seen in patients of all ages, with equal gender predilection and is the most common of all esophageal hypermotility disorders.”* Este trecho da referência explicita que o esôfago em quebra-nozes (ou esôfago hipercontrátil) possui prevalência semelhante entre os dois sexos. Além disso, também explicita que se trata do distúrbio de hipermotilidade esofágica mais comum.

b) Incorreta: a primeira parte da alternativa está correta e de acordo com a referência. No entanto, as anormalidades motoras no espasmo esofágico difuso são mais evidentes nos dois terços distais do órgão. Página 1022-23: *“The basic pathology is related to a motor abnormality of the esophageal body that is most*

notable in the lower two thirds of the esophagus.”

c) Incorreta: os sintomas que compõem a tríade relacionada à acalásia são: disfagia, regurgitação e perda ponderal. Dor torácica não é um sintoma da tríade clássica. Página 1025 da referência supracitada: “*The classic triad of presenting symptoms of achalasia consists of dysphagia, regurgitation, and weight loss. Heartburn, postprandial choking, and nocturnal coughing are commonly seen.*”

d) Incorreta: ainda que se trate de uma condição pré-maligna, o risco de desenvolvimento de neoplasia invasiva é de até 8%. Página 1026: “*Achalasia is also known to be a premalignant condition of the esophagus. During a 20-year period, a patient will have up to an 8% chance for development of carcinoma.*” Os percentuais de 18-20% descritos na alternativa não estão de acordo com o encontrado na referência.

Mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 33 – MANTIDA alternativa 'B'. A alternativa indicada como correta está de acordo com a literatura recomendada.

Alternativa A – Incorreta: pode ser empregada precocemente se disponível.

Alternativa C – Incorreta: na cirurgia de urgência o caso deve ser encarado em contexto de manobras de cirurgia para controle de danos, e não em passos definitivos e completos como em cirurgias eletivas.

Alternativa D – Incorreta: no transoperatório da cirurgia de urgência descrita, os dados clínicos e cirúrgicos são suficientes para a decisão de transfusão, e a hemodiluição com excesso de cristaloides deve ser evitada.

QUESTÃO: 34 – MANTIDA alternativa 'A'. A conduta indicada é a laparotomia exploradora (alternativa A), pois os achados tomográficos são patognomônicos de obstrução intestinal em alça fechada complicada por sofrimento vascular, descritos na literatura recomendada para o concurso. A descrição de um “segmento de jejuno distal dilatado entre dois pontos de estreitamento” define o mecanismo em alça fechada, condição de emergência cirúrgica devido ao risco iminente de estrangulamento e necrose. O achado de “redução do realce parietal pelo contraste” é um sinal de isquemia intestinal em curso, confirmando que o suprimento sanguíneo para aquele segmento já está comprometido. Assim, o tratamento conservador (alternativa B) é proscrito, e a investigação diagnóstica adicional (alternativas C e D) apenas retardaria a abordagem terapêutica definitiva, contribuindo para necrose, perfuração e peritonite.

QUESTÃO: 35 – MANTIDA alternativa 'D'. Os quatro fatores apresentados em cada uma das quatro assertivas estão apresentados de forma explícita na referência de literatura do concurso como associados à obesidade mórbida (assertivas I, II, III, IV), inclusive com relação à frequência (assertivas III e IV). TOWNSEND, C. M. *et al.* Sabiston Tratado de Cirurgia: a base biológica da prática cirúrgica moderna. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

QUESTÃO: 36 – MANTIDA alternativa 'A'. Resolução da questão está de acordo com a literatura recomendada.

Necrose pancreática isolada é o diagnóstico correto porque o caso preenche critérios essenciais:

Temporal: ≥ 4 semanas (6 semanas no caso).

Radiológico: Conteúdo heterogêneo (líquido + sólido) com parede bem definida encapsulada.

Composição: Presença de tecido necrótico (conteúdo heterogêneo de densidade mista, apresentando componente líquido e sólido), diferenciando-a do pseudocisto.

Localização intrapancreática, no caso (no corpo e cauda pancreáticos).

Alternativa B (Pseudocisto pancreático) – INCORRETA.

O pseudocisto é uma coleção exclusivamente líquida, resultante de extravasamento de secreção pancreática rica em enzimas, sem tecido necrótico. A TC do caso descreve conteúdo heterogêneo com componente sólido, achado incompatível com pseudocisto. Este é o erro conceitual fundamental que invalida esta alternativa.

Alternativa C (Coleção líquida aguda peripancreática) – INCORRETA.

Ocorre nas primeiras 4 semanas, não possui parede definida ou encapsulação, e é peripancreática (não intrapancreática). O caso apresenta lesão com 6 semanas de evolução, parede bem definida e localização intrapancreática.

Alternativa D (Abscesso pancreático) – INCORRETA por ser um processo infeccioso agudo, cursaria com piora clínica, hemograma infeccioso, febre e sinais de sepse, não com melhora seguida de sintomas compressivos. Tomograficamente, seria de se esperar gás ou outros sinais radiológicos característicos.

QUESTÃO: 37 – MANTIDA alternativa 'A'. A síndrome descrita é complicação grave amplamente reconhecida e temida em pacientes bariátricos submetidos a *bypass* gástrico e corresponde à alternativa indicada como correta.

QUESTÃO: 38 – MANTIDA alternativa 'D'. A resposta indicada como correta para a etapa solicitada está de acordo com a literatura recomendada.

QUESTÃO: 39 – ANULADA. Após a análise dos recursos e com revisão da literatura recomendada para o concurso, a Banca entende que a alternativa C está incorreta, não restando então alternativa possível para a resolução da questão. Sendo assim, decide-se pela anulação.

QUESTÃO: 40 – MANTIDA alternativa 'D'. Analisados os recursos e a bibliografia recomendada para o concurso, a alternativa indicada como correta corresponde à medida indicada para o caso.

MATÉRIA: OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 41 – MANTIDA alternativa 'C'. Com base na bibliografia: **Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2a ed.** 2. ed. Barueri: Manole, 2020. *E-book*. p.191. ISBN 9786555763249. Capítulo 18

a) Exérese cirúrgica imediata com margem de segurança.

Errada. A exérese cirúrgica não é indicada para nódulos com características benignas (BI-RADS 3) em pacientes jovens, exceto em casos específicos como tamanho >3 cm, cancerofobia ou alto risco familiar. O nódulo descrito (2,5 cm) não atinge o critério de tamanho para intervenção, e o texto reforça que "a maior parte dos tumores benignos não representa risco, e as condutas são diferentes para cada doença".

b) Biópsia por agulha grossa (core biopsy) para confirmação histológica.

Errada. A biópsia é recomendada apenas em situações específicas, como idade >35 anos, alto risco familiar ou impossibilidade de seguimento (Tabela 3 do capítulo). A paciente tem 28 anos, sem fatores de risco, e o nódulo apresenta características benignas (ovalado, paralelo à pele, hipoecogênico), compatíveis com fibroadenoma.

c) Acompanhamento semestral com ultrassonografia.

Correta. O texto destaca que "as pacientes com nódulos com características benignas devem, em sua maioria, ser acompanhadas com exames de imagens a cada 6 meses". A lesão descrita (BI-RADS 3, móvel, hipoecogênica) é típica de fibroadenoma, que não requer intervenção imediata em pacientes jovens. A ultrassonografia é o exame de escolha para essa faixa etária.

O fibroadenoma é lesão benigna e não eleva o risco para o câncer de mama. Assim sendo, o acompanhamento clínico é conduta apropriada e frequente, principalmente em tumores menores. A exérese é recomendada em casos em que o nódulo apresenta aumento progressivo, muda suas características clínicas, traz desconforto a paciente ou quando atinge dimensões maiores que 3 cm. Quando indicada a cirurgia, deve-se remover o tumor sem tecido adjacente. Por tratar-se de neoplasia não infiltrativa, usualmente a cirurgia não causa deformidade mamária. A crioblação surge como alternativa para a ressecção cirúrgica. Deve haver concordância diagnóstica triplíce (exame clínico, ultrassonográfico e estudo cito-histopatológico) para a paciente ser candidata a essa forma de tratamento. A crioblação é método percutâneo que destrói o tumor por meio de congelamento. Essa técnica requer treinamento e equipamento específico. O fibroadenoma tende a involuir após a menopausa. Em situações em que há crescimento contínuo ou presença de nódulo identificado em idade não usual (após os 35 anos de idade), ou ainda em casos de cancerofobia, opta-se pela excisão do tumor.

d) Mamografia bilateral para avaliação complementar.

Errada. A mamografia não é prioritária em pacientes abaixo de 30 anos, conforme diretrizes do capítulo, que recomendam ultrassonografia como método inicial para essa faixa etária. A mamografia é indicada principalmente para mulheres acima de 40 anos ou em casos específicos de suspeita.

De acordo com a Tabela 3 do capítulo, Indicações de biópsia em nódulos provavelmente benignos:

Situações em que se recomenda a biópsia de nódulos com característica provavelmente benigna (categoria BI-RADS 3)

Idade: identificação após 35 anos de idade

Alto risco familiar para câncer de mama

Impossibilidade de seguimento semestral

Desejo de uso de terapia hormonal

Planejamento de gravidez

Cancerofobia

Pré-operatório de cirurgia estética mamária

TABELA 2 Diferenças radiológicas entre nódulos benignos e malignos

Característica	Aspecto benigno	Aspecto maligno
Forma	Ovalado ou lobulado	Irregular
Orientação ao ultrassom (maior eixo da lesão)	Paralelo à pele	Indiferente ou perpendicular à pele
Margens	Bem delimitadas (circunscritas)	Mal definidas, anguladas ou espiculadas
Efeito acústico posterior (ao ultrassom)	Reforço acústico posterior	Sombra acústica posterior
Classificação BI-RADS	2 ou 3	4 ou 5

Legenda: Diferenças radiológicas entre nódulos benignos e malignos

QUESTÃO: 44 – MANTIDA alternativa 'A'. A questão está conforme o capítulo 4, Infertilidade – propedêutica do casal infértil, da bibliografia LIAO, Adolfo. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2. ed. Barueri: Manole, 2020. E-book. p. 36.

A paciente apresenta evidências de ovulação, pois a dosagem de progesterona realizada 7 dias antes da data esperada da próxima menstruação foi de 10 ng/mL, o que é superior a 3 ng/mL, indicando a ocorrência da ovulação. "Uma concentração de progesterona maior que 3 ng/mL fornece uma evidência confiável de ocorrência da ovulação" – Verdadeira

A histerossalpingografia (HSG) não é o exame padrão-ouro para avaliação da cavidade uterina. A histeroscopia (HSC) é considerada o padrão-ouro para essa finalidade. "Comparada à HSG, a histeroscopia (HSC) é considerada o padrão-ouro para avaliação da cavidade uterina" – Falsa

A ultrassonografia transvaginal (USTV) pode avaliar a reserva ovariana funcional. A contagem de folículos antrais (CFA) pela USTV pode fornecer informações sobre a reserva ovariana, mas não é o único método. "A contagem de folículos antrais (CFA) (folículos de 2 a 9 mm de diâmetro médio, aferido nos dois maiores planos) corresponde à somatória dos folículos antrais, considerando todo o tecido dos dois ovários, realizada pela USTV durante a fase folicular precoce do ciclo" – Verdadeira

A presença de normozoospermia no espermograma exclui a necessidade de avaliação hormonal no homem. "A avaliação hormonal em pacientes masculinos inférteis e assintomáticos para doenças endocrinológicas deve ser oferecida e realizada nos casos de azoospermia ou oligozoospermia grave (concentração < 5 milhões de espermatozoides/mL)" – Falsa

QUESTÃO: 45 – MANTIDA alternativa 'C'.

1. A Fisiopatologia do Sangramento de Adaptação (Breakthrough Bleeding) O caso clínico descreve uma paciente jovem (28 anos), saudável, com exame físico normal, cujo sangramento iniciou **exatamente** com a introdução do método contraceptivo ("desde que iniciou o uso").

Alternativa A: A literatura médica é clara ao estabelecer um período de adaptação ao contraceptivo oral combinado (COC), especialmente os de baixa dosagem, que varia de 3 a 6 meses. "Sangramentos irregulares são comuns nos primeiros 3 a 4 meses do uso do contraceptivo oral combinado... Nenhuma intervenção clínica medicamentosa dentro dos primeiros 6 meses deve ser realizada, exceto uma história clínica e exame físico".

Portanto, solicitar Ultrassonografia Transvaginal (USTV) e medicar com AINEs com apenas **2 meses** de uso configura excesso de investigação (*overdiagnosis*) e medicalização desnecessária, contrariando a recomendação de conduta expectante na fase de adaptação.

Sobre as premissas do enunciado, em questões de prova teórica, salvo indicação contrária, os dados fornecidos no enunciado são a verdade absoluta do caso. O texto afirma: "relata tomar a pílula corretamente... sem esquecimentos... nega tabagismo... parceiro fixo". Questionar a veracidade da anamnese descrita no enunciado (assumindo que ela está mentindo ou usando errado) extrapolaria a interpretação de texto objetiva necessária para a resolução da questão. Não havendo atraso menstrual relatado (apenas sangramento persistente *com* a pílula) ou sinais de gravidez no exame físico, e considerando o uso correto descrito, a hipótese principal é o sangramento de escape por atrofia endometrial ou adaptação hormonal, e não gestação.

Alternativa A (USTV + AINEs): Incorreta por ser intervencionista antes do prazo de 3-6 meses recomendado pela bibliografia de referência. AINEs tratam o sintoma, mas a conduta inicial padrão é a orientação (*counseling*).

Alternativa B (Troca de método + Histeroscopia): Histeroscopia é invasiva e sem indicação para uma paciente com exame especular normal e queixa recente associada ao uso de hormônio.

Alternativa D (Doxiciclina + Teste de Gravidez): O uso de antibiótico profilático (Doxiciclina) sem evidência de cervicite, doença inflamatória pélvica ou risco aumentado (parceiro fixo, exame normal) é erro de conduta (uso irracional de antimicrobianos).

Conclusão A alternativa **C** reflete exatamente a conduta conservadora preconizada pela bibliografia utilizada LIAO, Adolfo. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente 2a ed.. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. E-book. p.410. ISBN 9786555763249.

C) Correta: A conduta expectante é a mais adequada inicialmente, pois sangramentos irregulares são comuns nos primeiros meses de uso de pílula combinada e tendem a resolução espontânea. Reforçar a adesão e tranquilizar a paciente são medidas importantes. Trecho do texto: "Nas pacientes que preferem contraceptivos orais

combinados, o sangramento pode ocorrer, mas, em geral, se resolve com o tempo. Sangramentos irregulares são comuns nos primeiros 3 a 4 meses do uso do contraceptivo oral combinado, podendo ocorrer em 30% das pacientes no primeiro ciclo.²⁶ Nenhuma intervenção clínica medicamentosa dentro dos primeiros 6 meses deve ser realizada, exceto uma história clínica e exame físico.^{21,23}".

O manejo do sangramento de escape nos primeiros meses de uso de ACO: **tranquilizar a paciente, reforçar a adesão e aguardar a adaptação endometrial**, reavaliando caso o sintoma persista além do período de adaptação (geralmente > 3 a 6 meses).

QUESTÃO: 46 – MANTIDA alternativa 'B'. Com base na análise do recurso interposto e, principalmente, na referência bibliográfica oficial indicada (LIAO, Adolfo. *Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente*, 2. ed. Manole, 2020), a resposta **B** deve ser mantida. Abaixo apresento a justificativa técnica fundamentada para a manutenção do gabarito:

O caso clínico apresentado na questão descreve os sinais clássicos descritos nos **Crítérios de Amsel**, utilizados universalmente para o diagnóstico de **Vaginose Bacteriana**:

Corrimento acinzentado e fluido;

Homogêneo e aderido às paredes vaginais;

pH vaginal elevado (> 4,5);

Teste das aminas (Whiff test) positivo.

A referência citada (LIAO, 2020, p. 752) confirma que essa sintomatologia define o diagnóstico de Vaginose Bacteriana, afastando as hipóteses de Tricomoníase (que cursaria classicamente com corrimento amarelo-esverdeado, bolhoso, colo em framboesa e/ou presença de protozoários na microscopia) e de Candidíase (corrimento grumoso, pH ácido). Portanto, qualquer alternativa que sugira tratamento para outra patologia que não a Vaginose Bacteriana está incorreta.

Ao analisar a **Tabela 3 – Tratamento da vaginose bacteriana** constante na página 752 da obra de referência (LIAO, 2020) — *documento anexado pelos próprios recorrentes* — verifica-se que:

O **Secnidazol 2 g VO/dia** consta explicitamente listado como um **regime de tratamento válido** para Vaginose Bacteriana (classificado na coluna de regimes "Alternativos").

Em provas de residência médica e concursos, na ausência da opção terapêutica de "primeira linha" (Metronidazol 500mg 12/12h por 7 dias) entre as alternativas, ou diante de um enunciado que solicite a "conduta adequada" (sem restringir exclusivamente à primeira escolha), **o candidato deve assinalar a opção que contenha um fármaco eficaz e previsto na literatura oficial**.

A alternativa B apresenta um tratamento farmacológico correto, posologicamente adequado (dose única de 2g) e respaldado pela bibliografia da prova para a patologia diagnosticada (Vaginose Bacteriana).

A alternativa que sugere tratamento para Tricomoníase (Metronidazol 2g visando protozoário) estaria incorreta baseada no diagnóstico clínico, visto que o quadro é típico de Vaginose Bacteriana (critérios de Amsel fecham o diagnóstico). O fato de o Secnidazol ser listado como "alternativo" na tabela não o torna incorreto, apenas o posiciona como uma opção terapêutica válida. Como as demais alternativas ou trazem tratamentos para outras etiologias ou posologias inexistentes.

O gabarito B está em perfeita consonância com a obra de LIAO *et al.* (2020), que lista o Secnidazol 2g como tratamento para a condição diagnosticada no enunciado. Sugere-se o indeferimento dos recursos.

QUESTÃO: 47 – MANTIDA alternativa 'B'. Com base na análise da Questão 47, dos recursos interpostos e da bibliografia de referência indicada (LIAO, Adolfo. *Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente*, 2. ed. Manole, 2020, Cap. 36), a resposta correta deve ser **MANTIDA na alternativa B**. Abaixo, está a fundamentação para o indeferimento dos recursos:

1. Estrita Aderência à Bibliografia Oficial

A questão foi elaborada e fundamentada explicitamente no capítulo 36 do livro "Ginecologia e Obstetrícia Febrasgo para o Médico Residente" (Liao *et al.*, 2020). Em concursos médicos, a validade da questão é determinada pela sua correspondência com a bibliografia sugerida. A obra de referência (Liao, 2020) é clara ao abordar as opções não hormonais:

Sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC): A referência textual utilizada para a elaboração da questão afirma que a TCC "*demonstrou eficácia significativa na redução dos sintomas vasomotores em ensaios clínicos envolvendo mais de 600 mulheres*" e cita que a mesma é recomendada por diretrizes internacionais de peso, como as da NAMS (North American Menopause Society) e do NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Portanto, a alternativa B reproduz fielmente o conteúdo da literatura base da prova.

2. Análise das Incorreções das Demais Alternativas (segundo a referência)

A mesma fonte bibliográfica (Liao, 2020) refuta as outras opções trazidas nos recursos como "melhores" ou "equivalentes":

Acupuntura (Alternativa C): O texto base indica que o efeito é indefinido a longo prazo, citando revisões sistemáticas que não confirmam manutenção do benefício, o que torna a alternativa C incorreta.

Yoga/Relaxamento (Alternativa D): A referência menciona que, apesar de possíveis benefícios na qualidade de vida/sono, a eficácia específica na melhora dos fogachos não foi comprovada com evidências de qualidade.

Medicina Chinesa (Alternativa A): A revisão sistemática citada na obra (com 2.902 mulheres) não mostrou efetividade.

3. Irrelevância da Divergência com Outras Fontes (SOBRAC 2024)

O fato de o Consenso da SOBRAC 2024 utilizar uma terminologia mais cautelosa ("evidência limitada") não invalida a questão, pois: a questão avalia o conhecimento do candidato sobre a referência bibliográfica principal (Febrasgo/Liao). A afirmação da alternativa B ("eficácia significativa") está amparada por grandes diretrizes internacionais (NAMS 2015/2022) que serviram de base para o capítulo do livro citado. A TCC é, de fato, a intervenção não farmacológica com maior nível de evidência (Nível 1) para sintomas vasomotores na literatura mundial, o que justifica o termo "significativa" no contexto da prova.

A alternativa B é a única que reflete corretamente o conteúdo da bibliografia oficial do concurso (Liao, 2020).

QUESTÃO: 48 – MANTIDA alternativa 'A'. Com base na análise da Questão 48, do Capítulo 17 (Febrasgo) e dos recursos interpostos, a resposta correta deve ser MANTIDA na alternativa A. Abaixo, apresento o parecer técnico detalhado para indeferir os recursos e sustentar o gabarito.

1. O Conceito de Tratamento Empírico (*Standard of Care*)

A abordagem moderna da endometriose, preconizada pela ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) e adotada pela FEBRASGO, estabelece que em pacientes com quadro clínico sugestivo (dismenorreia, dispareunia) e sem desejo reprodutivo imediato (tentativa de gravidez naquele exato momento), o tratamento clínico empírico é a primeira linha de escolha.

O objetivo é o controle da dor e a supressão dos focos endometrióticos sem expor a paciente aos riscos cirúrgicos desnecessários.

A laparoscopia (Alternativa C) deixou de ser mandatória para início de tratamento, sendo reservada para falha terapêutica, contraindicações medicamentosas ou casos de infertilidade conjugal estabelecida onde a cirurgia possa melhorar as taxas de gravidez.

2. A Preservação da Fertilidade: Cirurgia vs. Tratamento Clínico

Os recursos argumentam que a cirurgia (Alternativa C) seria a única forma de preservar a fertilidade ou que o bloqueio hormonal impediria a gravidez. É necessário esclarecer dois pontos cruciais de interpretação médica:

Dano Cirúrgico à Reserva Ovariana: A indicação de cirurgia (laparoscopia) como primeira linha carrega o risco de diminuição da reserva ovariana (dano térmico ou retirada de tecido cortical saudável durante a cistectomia de endometriomas). Portanto, **evitar a cirurgia em um primeiro momento** através do tratamento clínico é, de fato, uma estratégia de **preservação da fertilidade** futura.

Tratamento Clínico e Reversibilidade: A questão pede a preservação da fertilidade (potencial futuro), e não o tratamento de infertilidade imediata. O uso de progestagênios visa silenciar a doença inflamatória pélvica, protegendo as tubas e ovários da progressão da endometriose.

3. Diferenciação Farmacológica

Um ponto fundamental levantado para justificar a alternativa A, e que refuta a ideia de que o tratamento hormonal prejudica a fertilidade, é a farmacocinética dos progestagênios utilizados no manejo da dor pélvica (como o dienogeste ou desogestrel, implícitos na terapia oral/contínua):

Retorno Rápido à Ovulação: Diferentemente do Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (injetável trimestral), que pode causar anovulação prolongada e atraso no retorno da fertilidade por meses após a suspensão, os **progestagênios orais** possuem meia-vida curta.

Ao interromper o uso oral, o eixo hipotálamo-hipófise-ovariano retoma sua função rapidamente, permitindo a ovulação muitas vezes já no ciclo seguinte.

Portanto, a alternativa A é correta pois o bloqueio é **temporário e reversível**, controlando a doença e preservando a anatomia pélvica para quando a paciente decidir engravidar.

4. Inadequação das Demais Alternativas

Alternativa B (Análogos de GnRH): Não são primeira linha devido aos efeitos colaterais hipoestrogênicos severos (perda óssea, fogachos) e custo, sendo reservados para segunda linha.

Alternativa C (Laparoscopia Imediata): Contraindicada como abordagem *inicial* para dor pura sem tentativa prévia de tratamento clínico, devido à morbidade e risco à reserva ovariana.

A alternativa A reflete a melhor prática clínica atual: iniciar tratamento medicamentoso (progestagênios) para controle de sintomas e preservação da anatomia/fertilidade futura, evitando intervenções cirúrgicas precoces e iatrogênicas. A reversibilidade da ovulação após suspensão da medicação oral garante o potencial reprodutivo da paciente.

QUESTÃO: 49 – MANTIDA alternativa 'A'. Com base na análise da Questão 49, do Capítulo 20 (Febrasgo) e dos recursos interpostos, a resposta correta deve ser MANTIDA na alternativa A. Abaixo, apresento o parecer técnico fundamentado para o indeferimento dos recursos:

1. O Princípio da Melhor Alternativa Disponível

Os recursos solicitam anulação baseando-se no *Guideline* Internacional de SOP (2023), argumentando que a primeira linha de tratamento absoluta seria a mudança de estilo de vida (MEV), dado o sobrepeso da paciente (IMC 26).

No entanto, em avaliações objetivas de múltipla escolha, o comando da questão "Qual é a melhor abordagem inicial..." impõe ao candidato a seleção da conduta mais adequada dentre as opções ofertadas.

A ausência da opção "Mudanças de Estilo de Vida" nas alternativas não invalida a questão; ela direciona o raciocínio clínico para a **melhor intervenção farmacológica** disponível no rol de respostas.

Não havendo a opção de MEV, a conduta médica padrão subsequente para uma paciente com queixas de hiperandrogenismo (hirsutismo/acne) e irregularidade menstrual é a farmacológica, onde os Contraceptivos Hormonais Combinados (CHC) são soberanos.

Além disso, as evidências atuais indicam que a redução de peso em uma paciente de 25 anos com índice de massa corporal 26 (sobrepeso leve) **não resulta em melhora clinicamente significativa do hirsutismo**. Embora intervenções para perda de peso em mulheres com SOP estejam associadas a melhorias em marcadores metabólicos e hormonais (como resistência à insulina), revisões sistemáticas e ensaios clínicos demonstram que elas **não geram redução relevante nos escores de hirsutismo** (escala de Ferriman-Gallwey) ou nos sintomas clínicos de excesso de pêlo, motivo da questão sobre o alívio dos sintomas.

2. Fundamentação na Bibliografia do Edital (Capítulo 20 – Febrasgo)

A questão está alinhada estritamente com a fisiopatologia e terapêutica descritas na bibliografia de referência (LIAO, A. *et al.* Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2. ed. Manole, 2020, Cap. 20):

Mecanismo de Ação: A alternativa **A** descreve corretamente o racional terapêutico para esta paciente. O uso de CHC diminui a secreção de LH (que estimula a teca a produzir androgênios) e aumenta a produção hepática de SHBG (globulina transportadora de hormônios sexuais), reduzindo a fração livre de testosterona.

Preservação da Fertilidade: A paciente relata preocupação com a fertilidade *futura* (não está tentando engravidar agora). O uso de CHC protege o endométrio da exposição estrogênica sem oposição (prevenindo hiperplasia/câncer endometrial) e regulariza o ciclo, preservando o potencial reprodutivo para quando ela desejar gestar.

3. Inadequação das Demais Alternativas e do Recurso

Metformina (Alternativa B): Embora citada no manejo metabólico, a reforça que a metformina tem eficácia limitada no tratamento dos sintomas cutâneos (hirsutismo e acne) quando comparada aos CHC. Portanto, não é a "melhor abordagem" para a queixa principal da paciente.

Antiandrogênicos Isolados (Alternativa D): Drogas como espironolactona são teratogênicas e, em mulheres em idade fértil, não devem ser usadas sem contracepção eficaz concomitante. Portanto, indicá-las como "primeira linha" isolada é erro de conduta.

Dosagem de Androgênios (Alternativa C): A paciente já tem diagnóstico clínico estabelecido e exames normais (excluindo tumores). Não é uma abordagem terapêutica.

A alternativa A representa a conduta farmacológica de primeira linha ("Standard of Care") para manejo de hiperandrogenismo e irregularidade menstrual em pacientes com SOP que não desejam engravidar imediatamente. O fato de as medidas comportamentais (dieta/exercício) serem coadjuvantes obrigatórios não torna o gabarito incorreto, visto que o candidato deve escolher a melhor opção farmacológica apresentada.

QUESTÃO: 51 – MANTIDA alternativa 'C'. Com base na análise dos documentos fornecidos (Capítulo 16, Questão 51 e o arquivo de Recursos), apresento a compilação dos recursos e a resposta da banca examinadora mantendo o gabarito na alternativa **C**.

A Questão 51 descreve uma primigesta de 28 anos, 40 semanas e 2 dias, com contrações regulares há 6 horas. Na admissão: 4 cm de dilatação, esvaecimento completo e **bolsa íntegra** (embora descrita com líquido claro, o status da bolsa é definido como íntegro no texto da questão). Após 4 horas de observação, a dilatação permanece em 4 cm. **O Capítulo 16** (Fases Clínicas do Parto) define a **fase latente** como a primeira parte da dilatação, durando em média 8 horas, e a **fase ativa** iniciando-se classicamente com a aceleração da dilatação (frequentemente citada a partir de 4 cm na literatura clássica, como Friedman).

1. Diagnóstico Funcional da Fase do Parto:

Embora a literatura clássica (Friedman) e referências didáticas citem frequentemente o marco de 4 cm como o início da fase ativa, a definição clínica e fisiológica da fase ativa exige não apenas a dilatação cervical numérica, mas a progressão acelerada da dilatação (a inclinação ascendente da curva sigmoide descrita no Capítulo 16).

No caso em questão, a paciente manteve-se estagnada em 4 cm por 4 horas. Clinicamente, a ausência de progressão na dilatação indica que a paciente não ingressou na fase ativa propriamente dita (fase de aceleração máxima). Funcionalmente, ela permanece no platô correspondente à fase latente do trabalho de parto. Tratar uma paciente com 4 cm sem progressão como "fase ativa" levaria a intervenções precoces e desnecessárias.

2. Definição de Fase Latente Prolongada e Critério Temporal:

O Capítulo 16 informa que a fase latente dura, em média, 8 horas em primíparas. A paciente apresenta um histórico de 6 horas de contrações prévias somadas a 4 horas de observação intra-hospitalar sem modificação cervical, totalizando 10 horas de evolução clínica conhecida.

Apesar do critério estatístico de patologia (percentil 95) ser frequentemente citado acima de 20 horas, o termo "prolongada" na alternativa C deve ser interpretado no contexto clínico de uma duração que excede a média esperada (8 horas) associada a uma ausência de entrada na fase ativa. O diagnóstico diferencial neste cenário, considerando as opções disponíveis, recai sobre a extensão da fase de latência (prolongada em relação à média), e não sobre uma parada de fase ativa, visto que a dinâmica efetiva de dilatação nunca se estabeleceu. Não há a parada, se não houve o início da fase ativa.

3. Adequação da Conduta (Manejo Expectante):

A conduta obstétrica moderna prioriza a redução de intervenções desnecessárias. Diante de uma paciente com 4 cm de dilatação, bolsa íntegra e bem-estar fetal assegurado (ausência de sofrimento fetal e hemodinâmica estável), a intervenção imediata com amniotomia (Letra A) ou ocitocina (Letra B) apresenta riscos de infecção,

hiperestimulação uterina e aumento das taxas de cesárea, sem garantia de benefício nesta fase "limítrofe". A recomendação correta, alinhada à segurança da paciente e à fisiologia descrita (respeitando a curva de Friedman onde a fase latente precede a aceleração), é o manejo expectante, aguardando a evolução espontânea para a fase ativa real, conforme preconizado na Alternativa C. Portanto, a alternativa C é a única que apresenta a conduta conservadora e correta para uma paciente que, funcionalmente, ainda se comporta como estando em fase latente, evitando iatrogenias associadas ao diagnóstico precoce de distócia de fase ativa.

QUESTÃO: 54 – MANTIDA alternativa 'A'. Eis a resposta formal ao recurso, elaborada na perspectiva da Banca Examinadora, fundamentada na literatura de referência (Capítulo 27) e mantendo o gabarito original (focado na correção da pega e posição). A Banca Examinadora, após análise criteriosa do recurso interposto e revisão da bibliografia indicada no edital (Capítulo 27 – Amamentação), decide pela manutenção do gabarito original na alternativa que preconiza a correção da pega do bebê e da posição da mãe e do bebê, pelos seguintes fundamentos:

Diagnóstico Diferencial Claro: O enunciado descreve uma puérpera com "dor intensa nos mamilos durante as mamadas" e "fissuras bilaterais". Estes são sinais clássicos e patognomônicos de Trauma Mamilar decorrente de má técnica de amamentação. A literatura de referência (e a prática clínica obstétrica) define o ingurgitamento pelo aumento global do volume das mamas, endurecimento, pele brilhante/tensa e dor difusa (sensação de peso), sinais que não estão descritos no caso clínico. O "eritema ao redor dos mamilos" citado no enunciado refere-se à inflamação local secundária à agressão mecânica (trauma/fissura) e não ao edema generalizado típico do ingurgitamento.

Causalidade e Tratamento (Manejo Inicial): O Capítulo 27 é explícito ao associar as fissuras mamilares a falhas na técnica de amamentação. A etiologia da lesão é mecânica: o atrito inadequado da língua/gengiva do recém-nascido no mamilo devido a uma pega incorreta ou posicionamento desfavorável. Portanto, a conduta terapêutica inicial e mandatória (o "manejo inicial" solicitado na questão) é a remoção da causa: correção da pega e da posição. Sem esta correção, a lesão não cicatrizará e a dor persistirá.

O manejo da frequência (aumentar a frequência ou reduzir intervalos) é, de facto, o pilar do tratamento do *ingurgitamento mamário* (para drenar a estase láctea). No entanto, aplicar este manejo a um caso de *fissura mamilar* sem antes corrigir a técnica (pega/posição) seria iatrogênico. Aumentar a frequência das mamadas com uma pega incorreta apenas aumentaria o trauma e a dor da paciente. A alternativa do gabarito original (pega e posição) ataca a raiz do problema descrito (fissura por trauma mecânico).

A questão apresenta elementos semióticos suficientes e inequívocos para o diagnóstico de trauma mamilar/fissura, afastando a hipótese de ingurgitamento. A resposta correta, alinhada com o Capítulo 27, deve focar-se na correção da técnica (pega e posição).

QUESTÃO: 55 – MANTIDA alternativa 'B'. A Banca Examinadora, após análise dos recursos interpostos que solicitam a anulação da questão ou alteração de gabarito, decide pela manutenção da alternativa **B**, fundamentada nos seguintes critérios técnicos e bibliográficos previstos no certame:

1. Do Diagnóstico (Eliminação das Alternativas C e D)

O caso clínico descreve a eliminação de proglótides ("fitas brancas") e história epidemiológica de consumo de carne suína, o que define o diagnóstico de **Teníase**. As alternativas C e D indicam o tratamento para *Ascariíase*, doença cujo quadro clínico não inclui a eliminação de proglótides. Portanto, independentemente do fármaco sugerido (Niclosamida), estas alternativas estão incorretas pelo erro crasso de diagnóstico.

2. Da Escolha Farmacológica na Gestaçã

Restringindo-se às opções com o diagnóstico correto (A e B), a questão exige a conduta "mais adequada" para uma gestante no **segundo trimestre**:

Albendazol (Alternativa A): É classificado como **Categoria C** pelo FDA (*Food and Drug Administration*). Seu uso na gestação é reservado para situações onde o benefício supera claramente o risco, não sendo a primeira escolha quando há opções mais seguras.

Praziquantel (Alternativa B): Conforme justificado no gabarito oficial e corroborado pela literatura farmacológica obstétrica (ex: *Briggs – Drugs in Pregnancy and Lactation*), o Praziquantel é classificado como **Categoria B** pelo FDA. Esta classificação indica que estudos em animais não demonstraram risco fetal e, embora não haja estudos controlados em humanos, o fármaco é considerado seguro para uso, especialmente após o primeiro trimestre (período em que a paciente se encontra).

3. Da Inexistência de Opção com Niclosamida para Teníase

Em provas de múltipla escolha, o candidato deve selecionar a melhor conduta dentre as disponíveis. A Niclosamida foi apresentada apenas associada ao diagnóstico errado (*Ascariíase*). Entre as opções farmacológicas associadas ao diagnóstico correto (Albendazol vs. Praziquantel), o Praziquantel apresenta perfil de segurança superior (Categoria B vs. C). A ausência da Niclosamida como opção para Teníase não invalida a questão, pois o Praziquantel é uma terapêutica eficaz, sistemicamente segura no 2º trimestre e amplamente respaldada pela literatura internacional.

4. Da Suposta Contraindicação do Praziquantel

Alegações de que o Ministério da Saúde contraindica o Praziquantel referem-se, em muitos documentos, ao tratamento em massa (populacional) ou à precaução no primeiro trimestre. No contexto clínico individualizado de

uma paciente sintomática no segundo trimestre, o tratamento curativo é indicado. O Praziquantel não possui contraindicação absoluta nesta fase, sendo preferível ao Albendazol.

A alternativa B é a única que apresenta a correlação correta entre o diagnóstico clínico (Teníase) e uma conduta terapêutica eficaz e segura (Categoria B) para a idade gestacional da paciente, sendo superior à alternativa A (Categoria C).

QUESTÃO: 56 – MANTIDA alternativa 'C'. Com base na análise dos recursos e na bibliografia do edital. Capítulo 43 – óbito fetal – ZUGAIB, não há justificativa técnica para alteração ou anulação da questão.

1. Da Indicação de Indução Farmacológica (Misoprostol vs. Ocitocina):

A questão descreve um paciente com gestação de 36 semanas e colo uterino desfavorável (**Índice de Bishop = 4**). O protocolo assistencial descrito no Capítulo 43 estabelece um fluxograma decisório baseado na maturidade cervical: **Para Colo Desfavorável (Bishop ≤6)**: O texto preconiza a **Fase 1**, que consiste na *"indução do parto com dois comprimidos de misoprostol... via vaginal"*.

Para Colo Favorável (Bishop >6): O texto indica que *"procede-se à indução de trabalho de parto com ocitocina endovenosa"*. Portanto, a prescrição de Ocitocina (Alternativa D) como conduta *inicial* para um colo imaturo (Bishop 4) contraria a sequência lógica de maturação cervical exigida pela referência bibliográfica. A alegação dos recorrentes baseada em protocolos externos ou diretrizes internacionais não prospera, visto que o certame é regido pela bibliografia indicada no edital, que é clara ao segregar as condutas pelo Índice de Bishop.

2. Da Inadequação da Cesariana (Alternativa A):

Em relação às questões éticas e de autonomia (desejo da paciente), tecnicamente, a cesariana em casos de óbito fetal é reservada para situações de urgência materna (hemorragia, rotura uterina) ou contraindicações absolutas ao parto vaginal (placenta prévia total, cicatrizes uterinas iterativas com risco de rotura). Realizar uma cesariana desnecessária expõe a paciente a riscos cirúrgicos aumentados (infecção, hemorragia, tromboembolismo) e compromete o futuro reprodutivo (cicatriz uterina), sem trazer benefício fetal. O "desejo de resolução rápida" manifestado pela paciente é atendido pela **indução ativa do parto** (Alternativa C), em contraposição à conduta expectante (Alternativa B), não sendo justificativa técnica suficiente para indicar uma cirurgia de grande porte fora dos protocolos de segurança obstétrica.

3. Da Conduta Expectante (Alternativa B): A alternativa B é incorreta pois, conforme o Capítulo 43, embora a conduta expectante seja possível fisiologicamente, ela deve levar em conta o estado emocional da gestante. Diante da "grande ansiedade" descrita no enunciado, a conduta expectante é contraindicada.

A alternativa **C** é a única que respeita o critério técnico do Índice de Bishop (=4) apresentado no caso, seguindo fielmente o algoritmo de tratamento do Capítulo 43 (Misoprostol vaginal para colo desfavorável), equilibrando a necessidade de resolução do quadro com a segurança materna.

QUESTÃO: 57 – MANTIDA alternativa 'D'. A Banca Examinadora, após análise dos recursos interpostos, ratifica a alternativa **D (Interrupção da gestação)** como a resposta correta, fundamentada nos protocolos assistenciais descritos na bibliografia oficial do edital (**Capítulo 42**).

1. Da Definição e Gravidade da Adramnia:

A questão descreve uma gestante de 41 semanas com diagnóstico ultrassonográfico de **Adramnia**. O termo técnico "adramnia" refere-se à ausência praticamente completa de líquido amniótico (sugerindo ILA = 0 ou bolsão vertical inalcançável). No contexto de uma gestação pós-data (41 semanas), a adramnia é um marcador crítico de **insuficiência placentária (senescência)** e está associada a um risco elevadíssimo de compressão funicular (cordão umbilical) e óbito fetal súbito.

2. Da Indicação de Interrupção (Protocolo Assistencial):

O Capítulo 42 é claro ao estabelecer que a vigilância do bem-estar fetal e a avaliação do volume de líquido amniótico são pilares do manejo. O texto destaca que a presença de oligoâmnio (e, por extensão, sua forma mais grave, a adramnia) é um sinal de alerta que exige intervenção. Embora o feto apresente cardiocardiografia reativa *neste momento*, a ausência de líquido amniótico retira a proteção mecânica do cordão umbilical e indica um ambiente intrauterino hostil. A conduta expectante sugerida nos recursos (Alternativa C – repetir exames em 2 dias) é **temerária e contraindicada** neste cenário. Aguardar 48 horas diante de uma adramnia em gestação de 41 semanas expõe o feto a risco iminente de asfixia e morte, contrariando o princípio da segurança obstétrica preconizado no material de referência. A "conduta intervencionista" citada nos pontos-chave do capítulo aplica-se diante de fatores de risco como o oligoâmnio grave/adramnia.

3. Da Independência em Relação à Maturidade Cervical:

A indicação de interrupção da gestação por comprometimento da vitalidade (neste caso, evidenciado pela adramnia em pós-datismo) **independe das condições do colo uterino**. O fato de o colo estar "fechado e grosso" (desfavorável) não autoriza a conduta expectante diante de risco fetal elevado; indica apenas que a via de parto ou o método de indução deverão ser adequados a essa condição (preparo de colo ou cesariana, conforme a urgência), mas a decisão pela **interrupção** (término da gestação) é mandatária.

4. Clareza do Termo "Adramnia":

Em Obstetrícia, "adramnia" não é um termo ambíguo; significa a ausência de líquido (tecnicamente ILA = 0 ou indetectável). É o grau máximo de oligoâmnio. Exigir um número (ex: "ILA = 0 cm") é redundante quando o termo patológico já define a condição extrema. Não há subjetividade que prejudique a interpretação: a paciente não tem líquido amniótico.

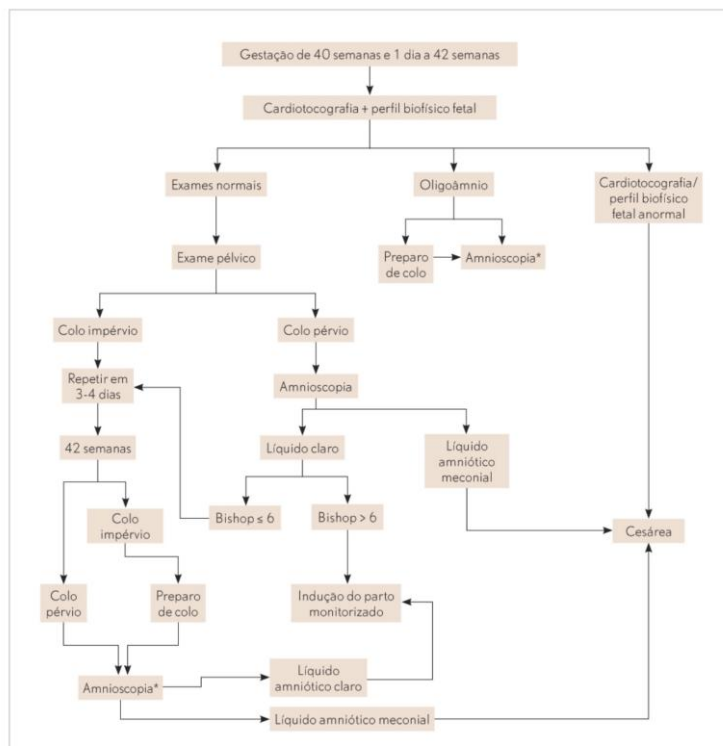


FIGURA 1. Protocolo de assistência ao pós-datismo. * Situações em que após a amnioscopia está indicada a resolução da gestação (independentemente do índice de Bishop), encerrando o acompanhamento do pós-datismo.

Legenda: protocolo pós-datismo

QUESTÃO: 58 – ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'B' PARA ALTERNATIVA 'D'.

Novo Gabarito: Letra D (Hidradenite supurativa – tratamento tópico)

Justificativa da Banca: A Banca Examinadora, após análise dos recursos interpostos e revisão da literatura dermatológica e obstétrica pertinente, decide pela retificação do gabarito oficial. O enunciado descreve uma gestante de 12 semanas com lesões papulopustulosas e **comedões** na região vulvar e perineal. Embora o comedão seja a lesão elementar clássica da Acne, a topografia apresentada (região intertriginosa/apócrina) define o diagnóstico nosológico de Hidradenite Supurativa (anteriormente denominada *acne inversa*), patologia que compartilha a fisiopatologia de oclusão folicular com a acne vulgar, mas difere fundamentalmente em sua localização e evolução. Ao confrontar as opções terapêuticas disponíveis nas alternativas com o quadro clínico (doença em estágio inicial/Hurley I) e o estado gestacional (primeiro trimestre), conclui-se que:

Diagnóstico: A alternativa D nomeia corretamente a patologia para a localização anatômica descrita (Hidradenite Supurativa), sendo terminologicamente superior à classificação genérica de "Acne", que se refere primariamente à *Acne Vulgaris* de áreas seboreicas (face e tronco).

Conduta Terapêutica: O tratamento de primeira linha para Hidradenite Supurativa leve em gestantes, visando a segurança fetal no período de organogênese e evitando exposição sistêmica desnecessária, é a antibioticoterapia **tópica** (ex.: clindamicina). As demais alternativas sugeriam tratamento oral/sistêmico ou diagnósticos incorretos (como foliculite, que não cursa com comedões).

Portanto, a **Alternativa D** é a única que preenche simultaneamente os critérios de precisão diagnóstica (semiologia e topografia) e adequação terapêutica (segurança na gestação), justificando a alteração do gabarito.

QUESTÃO: 59 – MANTIDA alternativa 'D'.

Mantém-se o gabarito (D – Transtorno Bipolar). Recursos indeferidos.

Após análise criteriosa da questão, da justificativa oficial apresentada pela banca e dos recursos interpostos pelos candidatos, conclui-se que não há qualquer fundamento técnico, nosológico ou bibliográfico, dentro da literatura prevista no edital, que justifique a anulação ou alteração do gabarito. A alternativa D – Transtorno Bipolar permanece como única correta, segundo as referências adotadas.

As obras centrais utilizadas na formulação da questão, previstas explicitamente no edital, foram:

CANTILINO *et al.* – Transtornos Psiquiátricos na Mulher (Artmed, 2023)

Tratado de Psiquiatria da ABP (2021), capítulo 43

ZUGAIB – Obstetrícia (4ª ed., 2021) – como literatura médica complementar de referência nacional
Essas fontes tratam a psicose puerperal de forma clara, consistente e convergente, apontando o Transtorno Bipolar como principal transtorno associado a esse quadro.

A justificativa oficial que embasou o gabarito foi retirada **textualmente** das obras previstas no edital:

a) Cantilino *et al.* (2023)

O capítulo sobre transtornos psicóticos na mulher afirma: “O principal transtorno mental relacionado à psicose

puerperal é o Transtorno Bipolar, com cerca de um terço dos primeiros episódios evoluindo para esse diagnóstico. Até 40% das portadoras de TB que apresentaram PP terão novo episódio grave de humor periparto”.

b) Tratado de Psiquiatria da ABP (2021)

No capítulo dedicado a transtornos psiquiátricos e mulheres, lê-se: “A psicose puerperal tem como principal fator de risco o Transtorno Bipolar, com o qual frequentemente está associada, em episódios depressivos, maníacos ou mistos”. Ambas as obras classificam de forma categórica o transtorno bipolar como o transtorno mais fortemente relacionado à psicose puerperal, tanto em termos epidemiológicos quanto evolutivos.

Portanto, a alternativa D é a única alinhada ao conteúdo obrigatório do edital, não havendo margem para interpretação diversa. O Zugaib – Obstetrícia (4ª ed.), obra de referência nacional utilizada em concursos e formação médica, reforça o entendimento das obras psiquiátricas. O texto descreve a psicose puerperal como emergência psiquiátrica rara, com prevalência aproximada de 1 a cada 1.000 partos, e afirma: O Transtorno Bipolar é o principal fator de risco para psicose puerperal. Mulheres com TB apresentam risco 20 a 30 vezes maior de desenvolver o quadro. Entre as pacientes cujo primeiro episódio é uma psicose puerperal, 40% a 50% evoluem posteriormente para diagnóstico de Transtorno Bipolar. Esses dados epidemiológicos corroboram de forma inequívoca que a relação entre psicose puerperal e transtorno bipolar é a mais robusta, consistente e clinicamente relevante, reafirmando a correção do gabarito. Apenas a alternativa D está de acordo com o conhecimento esperado de um candidato que estudou a bibliografia oficial.

Diante da convergência de todas as obras do edital — Cantilino (2023), ABP (2021) e Zugaib (2021) — e considerando a natureza epidemiológica, clínica e evolutiva da psicose puerperal, conclui-se que a alternativa correta, única e inequívoca é D – Transtorno Bipolar.

MATÉRIA: PEDIATRIA

CARGO(S): AUTOAVALIAÇÃO, ACESSO DIRETO

QUESTÃO: 61 – MANTIDA alternativa 'B'. Conforme o Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025 – Seção 11, página 1017: “Situações que podem levar à quebra de sigilo: presença de qualquer tipo de violência (emocional, maus-tratos, sexual, *bullying* e outras situações delicadas), *uso escalonado de álcool e outras drogas*; sinais de dependência química, autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida; gravidez com ou sem o intuito de interrupção; abortamento, sorologia positiva de HIV (neste caso, além dos familiares, também os parceiros sexuais serão informados); não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco; diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos, outros transtornos do campo mental e outras situações que se façam necessárias. A contracepção pode e deve ser indicada para adolescentes, respeitando-se os critérios de elegibilidade médica da OMS para o uso de contraceptivos, inclusive para menores de 14 anos de idade (Lei do Planejamento Familiar, Lei n.9.263/96). O sigilo nessa situação deve ser preservado, desde que o método contraceptivo não seja invasivo (dispositivo intrauterino [DIU] ou implante), quando será necessário o consentimento dos pais e/ou responsáveis”.

Portanto, a questão está adequada e a alternativa está correta.

QUESTÃO: 62 – MANTIDA alternativa 'D'. A 6ª edição do livro da Sociedade Brasileira de Pediatria, Tratado de Pediatria, organização Sociedade Brasileira de Pediatria. – 6. ed. – Barueri [SP] : Manole, 2025, no capítulo 12 sobre “Coma e alteração do estado mental”, no subitem “Rigidez de decorticação”, ao abordar postura motora (citando 1 - Plum F, Posner JB. Diagnosis of stupor and coma. 4. ed. Oxford: Oxford University Press; 2007 e 2 – Pearson-Shaver T, Mehta R. Coma and depressed sensorium. In: Fuhrman BP, Zimmerman JJ. Pediatric critical care. 4. ed. Philadelphia: Elsevier; 2011. p. 805-21), “Postura de decorticação: corresponde a padrão motor com postura flexora, com adução e flexão de cotovelo, punhos e dedos nos membros superiores, com postura extensora em membros inferiores. O padrão de decorticação representa lesão supratentorial. Quando presente, pode ser sinal evidente de herniação transtentorial”.

Dessa forma, mantém-se a questão e o seu gabarito.

QUESTÃO: 63 – MANTIDA alternativa 'B'. Conforme o *Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria*, 6ª edição, 2025 – Seção 9, página 717 e 718, quadro 3 (fonte WHO 2020): Pontos-chave para uma boa técnica de amamentação:

Posicionamento:

- Rosto da criança de frente para a mama, com o nariz em oposição ao mamilo;
- Corpo da criança próximo ao da mãe;
- Criança com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
- Criança bem apoiada.

Pega:

- Aréola um pouco mais visível acima da boca da criança.
- Boca bem aberta.
- Lábio inferior virado para fora.
- Queixo tocando a mama.

Portanto, a resposta correta de fato é a letra B, estando corretas as afirmativas I, III e V.

QUESTÃO: 64 – MANTIDA alternativa 'C'. Conforme o Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025 – Seção 17, página 1626: “O PEG é considerado primeira linha de tratamento pela ESPGHAN e pela NASPGHAN. Revisão sistemática demonstrou que em cerca de 50% dos pacientes é possível suspender o laxativo em 6 a 12 meses. Revisão da Cochrane evidenciou que o PEG é superior à lactulose, porém a qualidade da evidência é pobre. Existem publicações com resultados surpreendentes comparando o uso de placebos e laxativos. O benefício do uso de probióticos ainda não está claro. Revisões sistemáticas e avaliações com metanálises demonstram que a suplementação probiótica pode resultar em menor frequência do uso de enemas e redução da dor abdominal, mas não tem efeito significativo no sucesso do tratamento. Como doença funcional, a abordagem médica como um todo é fundamental para garantir a adesão às recomendações, influenciando na resposta terapêutica”. O caso descrito é um exemplo clássico de constipação funcional que preconiza como primeira linha o uso de laxantes osmóticos, que podem inclusive ser usados em "dose de desimpactação" prévia à dose de manutenção. Dessa forma, a criança que está em bom estado geral e é eutrófica, é poupada do trauma de enemas, ainda mais seriados.

Portanto, a questão está adequada e a alternativa está correta.

QUESTÃO: 65 – MANTIDA alternativa 'D'. Conforme o Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025 – Seção 22, páginas 118-199: “O RVU primário apresenta tendência a involução. A tendência atual é a de reservar a profilaxia para as crianças que apresentem RVU de graus maiores. Nas demais a vigilância quanto a episódios de ITU deve ser enfatizada para prevenção de deterioração da função renal. Não há indicação de tratamento cirúrgico do RVU, exceto em algumas situações especiais, como refluxos que funcionem como obstrução ao fluxo urinário, refluxos associados a defeitos anatômicos da bexiga, que necessitem de correção cirúrgica. É contraindicada a correção cirúrgica em presença de bexigas disfuncionais. Existem, atualmente, técnicas para correção do refluxo por via endoscópica, utilizando-se injeções subureterais de substâncias biologicamente inertes, que reduzem significativamente o risco cirúrgico e o tempo de permanência hospitalar. Não há estudos de acompanhamento que justifiquem essa intervenção como rotineira, embora possa ser uma opção a ser discutida. As crianças com RVU devem ser acompanhadas até a idade adulta, especialmente aquelas com nefropatia do refluxo. Esse acompanhamento deve ser periódico com controles clínicos e ultrassonográficos sempre atentos para a possibilidade de disfunções vesicais e em alguns casos também controles com cintilografia renal estática (DMSA) para acompanhamento de evolução ou surgimento de novas cicatrizes. Não há indicação de controle periódico com UCM, uma vez que, mesmo havendo persistência do RVU, a conduta não será alterada”.

QUESTÃO: 67 – MANTIDA alternativa 'A'. O Tratado de Pediatria Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, vol 2. (Tratado de Pediatria / organização Sociedade Brasileira de Pediatria, 6. ed. – Barueri [SP]: Manole, 2025), no Capítulo 2, Epilepsia na Infância, subitem Epilepsia com ausências, “a primeira linha de tratamento medicamentoso é formada pela etossuximida, valproato e lamotrigina”.

QUESTÃO: 69 – MANTIDA alternativa 'D'. A questão apresenta clínica típica de bronquiolite viral aguda, com hipoxemia na admissão, e o manejo inicial é **apenas** com oxigenação (lembrar que o baixo fluxo não fornece 100% de FiO₂) e lavagem nasal. Corticosteroide sistêmico e antibiótico sistêmico não são recomendados. Fonte: Nelson Essentials (2023, chapter 109 – Bronchiolitis, p.418).

QUESTÃO: 70 – MANTIDA alternativa 'A'. Clínica de diarreia aguda com desidratação não grave, e o manejo é na sala de emergência com SRO. Fonte: Nelson Essentials (2023, chapter 112 – Acute gastroenteritis – p. 427; chapter 33 – Dehydration and Replacement Therapy, p. 132).

QUESTÃO: 71 – MANTIDA alternativa 'C'. Em intoxicação aguda por benzodiazepínico gerando coma, a resolução será com o antídoto, Flumazenil. Fonte: Nelson Essential (2023 – chapter 46 – Poisoning, p. 167).

QUESTÃO: 72 – MANTIDA alternativa 'C'. Distúrbios hidroeletrólíticos levando à PCR: a hiperpotassemia leva à fibrilação ventricular, a hiponatremia NÃO leva à desidratação neuronal, a hiperpotassemia NÃO gera edema cerebral, e a hiponatremia NÃO desloca curva de dissociação da hemoglobina. Fonte: Nelson Essentials(2023, Potassium disorders, p. 141; Sodium disorders, p. 145).

QUESTÃO: 73 – MANTIDA alternativa 'D'. O edema cerebral na CAD é associado à clínica de rebaixamento de sensório, e NÃO está associado a fatores como insulina contínua, expansão volêmica cautelosa nem utilização de potássio superior à necessidade diária pela via intravenosa.

Fonte: Nelson Essentials (2023 – chapter 171 – Diabete mellitus, Diabetic ketoacidosis, p. 655).

QUESTÃO: 74 – MANTIDA alternativa 'C'. Na triagem do politrauma, tem-se a sequência de gravidades ABCD, onde a MENOS GRAVE é concussão cerebral, levando à crise convulsiva.

Fonte: Nelson Essentials (2023 – chapter 42 – Major trauma, p. 161).

QUESTÃO: 75 – ANULADA. A questão deve ser anulada, pois nenhuma alternativa apresenta a conduta correta. Para derrame pleural volumoso e septado em criança, o manejo inicial recomendado é toracostomia (drenagem pleural), conduta que não consta entre as opções.

QUESTÃO: 76 – MANTIDA alternativa 'B'. A hipoxemia sistêmica é a lesão mais associada a pior desfecho de morbimortalidade no afogado.

Fonte: Nelson Essentials (2023 – chapter 43 – Drowning, p. 164).

QUESTÃO: 77 – MANTIDA alternativa 'D'. Conforme o *Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV* do Ministério da Saúde do Brasil, de 2021, a testagem sistemática de gestantes no pré-natal é o primeiro passo para a prevenção da transmissão do HTLV-1/2 de mãe para filho. Recomenda-se a testagem no primeiro trimestre de gestação, uma vez que é necessária a realização de exame confirmatório em pacientes reagentes no teste de triagem e acolhimento e aconselhamento às gestantes soropositivas antes do parto. Ainda não está claro se a infecção residual ocorre *in utero* ou durante o parto. Até o momento, não existem informações conclusivas que demonstrem a necessidade de parto cesárea em mulheres vivendo com HTLV-1/2. A transmissão de mãe para filho ocorre primariamente pelo aleitamento materno. Fatores como elevada carga proviral e tempo de aleitamento influenciam no risco de transmissão do vírus, que pode chegar a mais de 30% quando o aleitamento materno ocorre por um período superior a seis meses. O passo prático seguinte é a prevenção da transmissão pelo aleitamento materno. Embora a transmissão vertical seja possível, ela é rara, sendo a medida mais eficaz para a prevenção da infecção pelo HTLV (o que foi pedido no enunciado da questão) é a contra-indicação ao aleitamento materno.

QUESTÃO: 78 – MANTIDA alternativa 'B'. A questão aborda um caso de sífilis congênita, sem neurosífilis, como evidenciado pelos exames laboratoriais descritos e fora instituído o tratamento com penicilina cristalina intravenosa por 8 dias. Na impossibilidade de acesso venoso periférico para a continuidade do tratamento, como citado na questão, as diretrizes nacionais para o tratamento de sífilis congênita preconizam o término do tratamento com penicilina procaína. Solicitar acesso central para realizar mais dois dias de terapia endovenosa não seria a prática mais adequada pelos princípios éticos da beneficência.

QUESTÃO: 79 – MANTIDA alternativa 'D'.

Alternativa A – Incorreta

“A interrupção do uso da medicação durante os fins de semana é recomendada para todos os pacientes com TDAH, a fim de minimizar efeitos adversos a longo prazo”. O capítulo 178 do Duncan afirma: “A interrupção do uso do medicamento durante as férias escolares ou fins de semana é uma possibilidade, mas não uma regra, podendo ser adotada para minimizar possíveis efeitos adversos, bem como avaliar a necessidade de continuidade do medicamento. Em crianças com maior intensidade dos sintomas de hiperatividade e impulsividade, em geral o medicamento é mantido sem interrupção, já que o prejuízo não está restrito ao ambiente escolar”.

Assim, o uso da expressão “recomendada para todos” torna a alternativa incorreta, pois a suspensão deve ser individualizada, considerando sintomas, prejuízo funcional e o contexto familiar.

Alternativa B – Incorreta

“O tratamento com estimulantes aumenta o risco de desenvolvimento de transtornos por uso de substâncias”. De acordo com o Duncan: “Estudos prospectivos não observaram aumento do risco para abuso de substâncias com o uso de estimulantes. Na verdade, observou-se menores índices de abuso em pacientes com TDAH durante períodos nos quais eles estavam em uso de medicação. É fator protetor para o abuso de substâncias (RRR = 31%)”.

Portanto, essa alternativa contraria frontalmente o conteúdo do texto, ao afirmar um aumento de risco onde, na verdade, foi observada redução.

Alternativa C – Incorreta

“A melhora dos sintomas com psicoestimulantes tende a ser restrita ao ambiente escolar, não havendo benefício significativo em outros contextos da vida da criança”. O texto afirma explicitamente que: “Os psicoestimulantes melhoram não apenas os sintomas de desatenção e hiperatividade, mas também repercutem positivamente sobre problemas associados, como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, baixa autoestima, e limitações cognitivas e nas relações conflituosas”.

Além disso: “O medicamento é mantido sem interrupção, já que o prejuízo não está restrito ao ambiente escolar”.

Ou seja, a alternativa está incorreta por restringir de forma indevida os efeitos positivos do tratamento apenas ao ambiente escolar.

Alternativa D – Correta

“Além da redução dos sintomas de desatenção e hiperatividade, os psicoestimulantes repercutem positivamente sobre irritabilidade, autoestima, relações interpessoais e funcionamento cognitivo”. Essa alternativa está totalmente de acordo com o texto-base: “Os psicoestimulantes melhoram não apenas os sintomas de desatenção e hiperatividade, mas também repercutem positivamente sobre problemas associados, como irritabilidade, mudanças bruscas de humor, baixa autoestima, e limitações cognitivas e nas relações conflituosas”. É a única alternativa que reflete com fidelidade a amplitude dos benefícios terapêuticos descritos para os psicoestimulantes no TDAH.

A questão foi elaborada a partir do capítulo 178 (TDAH) da obra *Medicina Ambulatorial – Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências* (Duncan, 5ª ed.), que afirma textualmente: “Os psicoestimulantes melhoram não apenas os sintomas de desatenção e hiperatividade, mas também repercutem positivamente sobre irritabilidade, mudanças bruscas de humor, baixa autoestima, limitações cognitivas e nas relações conflituosas”. Esse trecho corresponde palavra por palavra ao conteúdo da alternativa D, configurando aderência total à bibliografia exigida pelo edital. Portanto, a alternativa D não apenas está correta — ela é exatamente aquilo que o texto-base ensina.

A coexistência de efeitos terapêuticos e adversos é comum em psiquiatria e não anula a afirmação correta dentro da referência utilizada. Os efeitos adversos citados pelos candidatos não anulam o efeito terapêutico descrito na referência da questão: O fato de estimulantes poderem causar irritabilidade não exclui que: ao reduzir impulsividade, hiperatividade e instabilidade emocional, eles melhorem a irritabilidade basal do TDAH, conforme a obra-base descreve. Isso é um princípio fundamental de farmacologia clínica: “Um medicamento pode ter efeitos adversos e ainda ser eficaz para um sintoma semelhante”. Exemplo: ISRS melhoram ansiedade, mas podem causar ansiedade no início, isso não invalida seu efeito terapêutico, nem tornaria incorreta uma alternativa afirmando que ISRS reduzem ansiedade. Da mesma forma, o fato de estimulantes poderem causar irritabilidade não contradiz que melhoram irritabilidade típica do TDAH, conforme a referência descreve.

QUESTÃO: 80 – MANTIDA alternativa 'C'.

Assertiva I — Correta

Enunciado: “Caracteriza-se por padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses”.

Justificativa (texto DSM-5-TR):

“Um padrão de humor raivoso/irritável, de comportamento questionador/desafiante ou índole vingativa com duração de pelo menos seis meses” (Trecho inicial dos critérios diagnósticos do transtorno de oposição desafiante — Critério A). Está correta e literalmente retirada dos critérios diagnósticos do transtorno.

Assertiva II — Correta

Enunciado: “Considerando que, em geral, os sintomas do transtorno são mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, eles podem não ficar tão evidentes no exame clínico”.

Justificativa (texto DSM-5-TR):

“Além disso, considerando que, em geral, os sintomas do transtorno são mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, eles podem não ficar tão evidentes no exame clínico.” (Seção: *Características Diagnósticas*)

Está correta e corresponde textualmente ao trecho do manual.

Assertiva III — Correta

Enunciado: “A presença de sintomas do transtorno em múltiplos contextos é um indicativo de gravidade”.

Justificativa (texto DSM-5-TR):

“Levando-se em conta que a difusão dos sintomas é um indicador da gravidade do transtorno.” (Seção: *Características Diagnósticas*)

Correta, baseada em critério de gravidade estabelecido no DSM-5-TR.

Assertiva IV — Incorreta

Enunciado: “Os sintomas de humor raivoso/irritável respondem pela maior parte do risco para transtorno da conduta”.

Justificativa (texto DSM-5-TR):

“Os sintomas desafiantes, questionadores e vingativos respondem pela maior parte do risco para transtorno da conduta, enquanto os sintomas de humor raivoso/irritável respondem pela maior parte do risco para transtornos emocionais”. A assertiva inverte os dados: o texto afirma que os sintomas de humor raivoso/irritável estão mais associados a transtornos emocionais (como depressão e ansiedade), e não ao transtorno da conduta.

Portanto, após análise dos recursos, conclui-se que a questão está correta conforme o DSM-5-TR e não há fundamento para anulação, nem troca de gabarito.

Referência: ASSOCIATION, American P. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5-TR: Texto Revisado*. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.522. ISBN 9786558820949.

QUESTÃO: 83 – MANTIDA alternativa 'B'. Mantém-se o gabarito. As afirmativas I e III estão de acordo com a Portaria nº 825/2016 e com o Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde, que definem o cuidado e o acompanhamento domiciliar como modalidades direcionadas a indivíduos com limitações de mobilidade, doenças crônicas, cuidados paliativos e necessidade de intervenções periódicas pela APS.

A afirmativa II está incorreta. A internação domiciliar (AD2 e AD3), conforme Portaria nº 825/2016, exige estabilidade clínica e se restringe a cuidados de média complexidade. O enunciado descreve pacientes com quadro clínico instável, demanda de suporte ventilatório avançado e monitorização intensiva, situações incompatíveis com o escopo da Atenção Domiciliar e características de ambiente hospitalar. Não há previsão normativa que permita internação domiciliar para pacientes instáveis ou que requeiram cuidados intensivos. Assim, apenas I e III estão corretas. Gabarito mantido: b.

QUESTÃO: 84 – MANTIDA alternativa 'D'. Após a análise dos recursos apresentados, a Comissão Examinadora informa que não há erro no enunciado, nas afirmativas ou no gabarito da questão, estando todo o conteúdo em plena conformidade com a legislação vigente e com as normativas do Sistema Único de Saúde.

A Lei nº 8.142/1990 estabelece que os Conselhos de Saúde são instâncias colegiadas, permanentes e deliberativas do SUS em cada esfera de governo, confirmando a veracidade da Afirmativa I.

A Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde determina que sua composição deve garantir 50% de representação dos usuários, e os 50% restantes distribuídos entre trabalhadores (25%) e gestores/prestadores (25%), assegurando paridade e controle social, o que confirma a Afirmativa II.

Por fim, de acordo com a mesma legislação, constitui atribuição desses conselhos avaliar, aprovar e acompanhar o Plano de Saúde, o que torna correta a Afirmativa III.

Diante disso, confirma-se que todas as afirmativas estão corretas, sendo o gabarito d) Todas estão corretas, não havendo qualquer fundamento para alteração.

QUESTÃO: 85 – MANTIDA alternativa 'C'. A situação descrita no enunciado caracteriza quebra da integralidade, evidenciada pela falta de continuidade do cuidado, repetição de exames, ausência de coordenação entre serviços e fragmentação do acompanhamento clínico — elementos definidos pela Lei nº 8.080/1990 e pela PNAB/2017 como componentes centrais desse princípio.

O problema apresentado não decorre da organização territorial da rede, razão pela qual a regionalização (alternativa D) não se aplica como conceito principal violado.

Assim, mantém-se o gabarito.

QUESTÃO: 86 – MANTIDA alternativa 'B'. Gabarito mantido: alternativa B (06). As assertivas 1, 2 e 3 correspondem corretamente aos componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa, conforme Gusso e Lopes (2019) e Duncan (2022). A assertiva 4 está incorreta porque “focalizar aspectos objetivos da doença” não constitui componente do MCCP, mas apenas parte do primeiro componente, que integra sinais e sintomas ao contexto e à experiência do adoecimento – nunca como foco isolado. Assim, não há ambiguidade, e o gabarito permanece inalterado.

QUESTÃO: 87 – MANTIDA alternativa 'C'. A atuação do enfermeiro descrita está plenamente de acordo com a PNAB (Portaria 2.436/2017), que atribui ao enfermeiro o acolhimento, a escuta qualificada, a avaliação inicial, o manejo de demandas espontâneas e a organização do plano de cuidado em conjunto com a equipe. Não há extrapolação de atribuições, pois o diagnóstico nosológico e a prescrição foram corretamente realizados pelo médico, conforme Lei 12.842/2013. O manejo da depressão moderada na APS é competência da ESF e não exige avaliação prévia pela atenção especializada. Portanto, não há ambiguidade, e o gabarito permanece inalterado.

QUESTÃO: 88 – MANTIDA alternativa 'C'. A alternativa está correta conforme as recomendações vigentes: a dTpa não compõe o esquema básico e não é utilizada para iniciá-lo, mas, na gestação, é administrada como dose única entre 20–36 semanas, independentemente do histórico vacinal prévio, justamente para maximizar a proteção contra coqueluche neonatal. Assim, a expressão “mesmo que seja a primeira dose da série” refere-se à dose indicada na gestação, não ao esquema básico de dT/dTpa. A interpretação apresentada no recurso confunde esquema de rotina com indicação específica para gestantes, não havendo erro técnico no enunciado nem ambiguidade que justifique anulação.

QUESTÃO: 89 – MANTIDA alternativa 'B'. A alternativa utiliza termo genérico (“arboviroses”) em sentido didático e classificatório, compatível com a literatura de vigilância epidemiológica, abrangendo os óbitos por dengue,

chikungunya e Zika — todos listados como eventos de notificação imediata na Portaria de Consolidação nº 4/2017. A generalização não produz erro técnico, pois não amplia nem restringe o conjunto exigido pela norma e conduz exatamente ao grupo de agravos que exigem comunicação em até 24 horas. Além disso, a detecção de Zika em gestante é evento inequívoco de notificação imediata, reforçando a correção da alternativa. Assim, não há imprecisão que comprometa o item ou justifique sua anulação.

QUESTÃO: 90 – MANTIDA alternativa 'A'. Gabarito mantido: alternativa A (Apenas I e II).

I — Correta: o indicador referido no Previne Brasil é especificamente o de Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente (crianças de 1 ano), sendo esse o foco da aferição apesar de o manual e notas técnicas aceitarem, para cálculo, esquemas equivalentes em situações previstas (Nota Técnica/Manual do Previne Brasil).

II — Correta: o indicador de citopatológico tem como população-alvo mulheres de 25–64 anos, conforme INCA/MS e fichas técnicas utilizadas pelo Programa.

III — Incorreta: o indicador de saúde bucal da gestante considera ao menos UM atendimento odontológico no pré-natal para pontuação, não “pelo menos dois”.

Portanto, não há erro material na formulação das assertivas I e II nem alternativa válida que substitua a A; mantêm-se o gabarito.

QUESTÃO: 92 – MANTIDA alternativa 'B'. No contexto apresentado, a questão trata de um estudo transversal, e é justamente esse delineamento que impede o estabelecimento de temporalidade, requisito fundamental para inferência causal. Assim, a conclusão causal citada no enunciado não é suportada pelo tipo de estudo realizado. As demais alternativas apresentam erros conceituais claros, como atribuir causalidade à significância estatística ou recomendar conduta terapêutica sem evidência. Há, portanto, alternativa correta e compatível com o conteúdo epidemiológico aplicado ao estudo descrito.

QUESTÃO: 93 – MANTIDA alternativa 'B'. A análise técnica do item considera que o enunciado fornece todos os elementos necessários para aplicar o raciocínio probabilístico da epidemiologia clínica, incluindo probabilidade pré-teste definida (40%), a razão de verossimilhança negativa do exame e o resultado negativo obtido. Em situações clínicas, testes com LR – muito baixa, como a apresentada, são utilizados exatamente para descartar doenças graves quando negativos, reduzindo a probabilidade pós-teste para valores inferiores a 1%. Isso ocorre no caso descrito, em que a probabilidade residual torna-se extremamente baixa, o que torna estatisticamente adequada a exclusão do diagnóstico. A alternativa B reflete precisamente essa interpretação, sendo a única compatível com o método solicitado no enunciado. Os recursos que defendem a alternativa A baseiam-se em protocolos de manejo de meningite bacteriana aplicáveis a cenários em que a probabilidade pós-teste permanece alta ou em que o teste não possui alto poder de exclusão, o que não corresponde ao caso apresentado. O item não solicita a definição de um protocolo terapêutico, mas sim a interpretação do resultado do teste informado. Dessa forma, a alternativa A introduz uma conduta que não responde ao objetivo metodológico da questão. Também não se verifica ambiguidade estrutural. Embora meningite seja uma condição grave, a presença de um teste com LR – extremamente baixa elimina a dualidade entre “teoria” e “prática”: na prática clínica real, exames com esse desempenho são utilizados para descartar doenças graves, mantendo coerência entre a abordagem probabilística e a decisão clínica fundamentada. Assim, os cenários que motivam a alternativa A não se aplicam ao contexto probabilístico explicitamente descrito no enunciado. As alternativas C e D apresentam incorreções conceituais quanto ao significado de LR – e ao uso de testes diagnósticos, não sendo compatíveis com o conteúdo avaliado.

QUESTÃO: 95 – MANTIDA alternativa 'C'. O enunciado informa claramente que sensibilidade e especificidade permanecem inalteradas, variando apenas o VPP entre populações distintas. Esse comportamento decorre exclusivamente da dependência direta do VPP em relação à prevalência da doença no grupo testado, princípio central da epidemiologia clínica. As alternativas A, B e D descrevem mecanismos que não foram apresentados no enunciado e não explicam o aumento observado do VPP. Apenas a alternativa C corresponde ao fundamento epidemiológico correto e aplicável ao caso descrito.

QUESTÃO: 96 – ANULADA. O enunciado da questão, ao informar sensibilidade de 100% e especificidade de 98%, permite que duas alternativas sejam simultaneamente interpretadas como corretas com base na própria definição de sensibilidade apresentada na referência oficial do edital. A alternativa B está correta porque sensibilidade de 100% implica ausência de falsos-negativos, de modo que nenhum indivíduo doente apresenta resultado negativo. Contudo, a alternativa D também se torna verdadeira, pois, na ausência de falsos-negativos, todos os resultados negativos pertencem necessariamente ao grupo dos indivíduos sem a doença. Assim, ambas as alternativas descrevem a mesma consequência direta da sensibilidade máxima informada, configurando duplicidade de resposta correta. Diante da impossibilidade de manter um único gabarito válido para o item, a banca decide anular a questão.

QUESTÃO: 97 – MANTIDA alternativa 'C'. O cenário descrito (participantes do grupo controle que passaram a

usar estatina, mas permaneceram no grupo originalmente sorteado) corresponde diretamente ao princípio da análise por intenção de tratar, que determina que todos os indivíduos devem ser analisados conforme sua randomização inicial. Embora o crossover possa reduzir a diferença observada entre os grupos e aproximar os resultados da hipótese nula, esse efeito representa uma consequência esperada da ITT, não configurando distorção metodológica nem tornando os resultados necessariamente nulos. Da mesma forma, a situação não caracteriza viés de aferição, e reclassificar os participantes pela exposição real contrariaria os fundamentos da análise por intenção de tratar.

QUESTÃO: 99 – MANTIDA alternativa 'A'. Após análise do recurso, conclui-se que não há fundamento técnico ou bibliográfico para a anulação da questão. A resposta correta (A) é inteiramente sustentada pelas referências oficiais indicadas no edital, em especial o *Tratado de Psiquiatria da ABP* (2021, p. 746), que descreve de forma explícita os três mecanismos farmacológicos da amitriptilina (anticolinérgico, anti-histamínico e antagonismo α 1-adrenérgico) e seus respectivos efeitos adversos típicos.

Os sintomas apresentados no enunciado — boca seca, visão turva, constipação, sonolência e hipotensão postural — são descrições clínicas usuais e universalmente reconhecidas como manifestações diretas desses mecanismos farmacológicos, sem necessidade de critérios temporais específicos para seu reconhecimento. A questão não busca definir constipação segundo critérios de Roma ou de gastroenterologia, mas apenas identificar qual mecanismo farmacológico explica cada efeito — exatamente como consta no Tratado da ABP.

O objetivo da questão não é classificar ou diagnosticar constipação, mas sim relacionar o efeito colateral descrito ao mecanismo farmacológico, o que a bibliografia cobre integralmente: O Tratado da ABP descreve a constipação como efeito anticolinérgico, decorrente da redução da motilidade intestinal — exatamente o indicado na alternativa correta. A literatura oficial não exige número de dias para reconhecer constipação como efeito anticolinérgico de tricíclicos. O sintoma descrito (“intervalos de até quatro dias”) é perfeitamente compatível com constipação induzida por tricíclicos e não introduz nenhuma ambiguidade quanto ao mecanismo.

As quatro associações da alternativa A correspondem exatamente aos efeitos adversos clássicos dos ADTs descritos no Tratado da ABP (2021).

Efeito anticolinérgico (3): boca seca, visão turva, constipação.

Antagonismo α 1-adrenérgico (2): tontura e hipotensão postural.

Efeito anti-histamínico (1): sonolência e aumento do apetite.

Estas associações aparecem textualmente no Tratado da ABP (p. 746), confirmando que a alternativa A é inequivocamente correta.

QUESTÃO: 100 – MANTIDA alternativa 'C'. Após análise minuciosa da questão, das justificativas originais e dos recursos apresentados, conclui-se que não há falha técnica, ambiguidade ou contradição bibliográfica capaz de justificar anulação. O enunciado determina que a resposta deve ser dada “com base nas diretrizes terapêuticas para tabagismo”, sem qualquer menção a diretrizes exclusivas do SUS ou ao PCDT – Dependência de Nicotina. Dessa forma, a bibliografia oficialmente prevista no edital é a referência obrigatória para resolução da questão, em especial: **DUNCAN, Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 5ª ed. (2022); BOTEGA, Prática Psiquiátrica no Hospital Geral – Interconsulta e Emergência, 4ª ed. (2017)**. Ambas as obras são reconhecidas como base formativa em Atenção Primária e manejo clínico do tabagismo, constituindo diretrizes terapêuticas válidas no contexto da prova.

Afirmativa I – Incorreta

Tanto o Duncan (p. 1037) quanto o Botega (Quadro 19.9) afirmam que a bupropiona deve ser iniciada **dias antes** do dia de cessação — 8 dias segundo Duncan, e até 14 dias segundo Botega — e não “na data escolhida para parar de fumar”. Assim, a alternativa I diverge diretamente da literatura.

Afirmativa II – Correta

O Duncan afirma literalmente que a combinação de abordagem comportamental e farmacoterapia é **a forma mais efetiva** de tratamento (p. 1037). Essa afirmativa está correta e fiel à referência oficial.

Afirmativa III – Correta

A afirmativa III decorre **exatamente** da obra-base do edital. O Duncan declara: **“Como segunda linha, existem opções de clonidina e nortriptilina”. “Possuem maior perfil de efeitos adversos”**.

A alternativa III é uma **transposição literal** desse trecho, sendo tecnicamente precisa e bibliograficamente adequada. Argumentos de candidatos alegando que tais fármacos não constam no PCDT não procedem, pois **o PCDT não integra o edital** e não é mencionado no enunciado. A questão não pergunta sobre “fármacos disponibilizados pelo SUS”, mas sobre **diretrizes terapêuticas**, conceito mais amplo. O fato de clonidina e nortriptilina não fazerem parte da oferta SUS não invalida seu reconhecimento na literatura clínica — e essa literatura **está no edital**. Assim, o enunciado não restringe as respostas a “medicações fornecidas pelo SUS”, mas a **diretrizes terapêuticas**, plenamente contempladas pelo Duncan.

A questão foi elaborada estritamente com base na bibliografia prevista no edital, sobretudo no livro Medicina Ambulatorial – Duncan, referência central para conteúdos de Medicina de Família e Comunidade. As afirmativas II e III são corretas, claras e totalmente respaldadas pelo texto-base. A afirmativa I é claramente incorreta segundo Duncan e Botega. Portanto, o gabarito deve ser mantido, não havendo fundamento técnico ou bibliográfico que justifique anulação.

ANEXO II – GABARITOS DEFINITIVOS

AUTOAVALIAÇÃO E ACESSO DIRETO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	A	C	C	D	D	D	B	A	B	D	C	A	C	D	B	B	C	C	D
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
D	A	C	A	A	D	A	B	D	D	C	A	B	A	D	A	A	D	*	D
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
C	B	A	A	C	B	B	A	A	B	C	C	B	A	B	C	D	D	D	D
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
B	D	B	C	D	A	A	B	D	A	C	C	D	C	*	B	D	B	D	C
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
A	D	B	D	C	B	C	C	B	A	A	B	B	C	C	*	C	D	A	C

Porto Alegre, 08 de dezembro de 2025.

Dr. Antônio Carlos Weston
Coordenador da Prova