



## **PROVA AMB, AMRIGS, ACM E AMMS 01/2025**

### **EDITAL Nº 19/2025 – DIVULGAÇÃO DOS GABARITOS DEFINITIVOS DAS PROVAS TEÓRICO-OBJETIVAS - PRÉ-REQUISITO**

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, 09 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 JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES – PRÉ-REQUISITO

#### ANEXO I – JUSTIFICATIVAS PARA MANUTENÇÃO OU ALTERAÇÃO DOS GABARITOS PRELIMINARES

##### CARDIOLOGIA

###### Questão 1

Cardiologia / Cirurgia Cardiovascular (CCC)

###### Questão 1

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

###### Questão 1

Cardiologia (CARD)

**Resposta:**

A questão deve ser anulada considerando que a assertiva II pode dificultar a interpretação do candidato, já que está incorreta no contexto da gestação, mas corresponde à recomendação válida fora da gestação. Essa ambiguidade induz à interpretação dupla e compromete a clareza exigida. Dessa forma, decide-se pela anulação.

**ANULADA.**

###### Questão 6

Cardiologia / Cirurgia Cardiovascular (CCC)

###### Questão 6

Cardiologia (CARD)

**Resposta:**

O tratamento farmacológico inicial da pericardite aguda inclui AINE em dose plena, com ibuprofeno sendo uma das drogas de escolha (ESC 2015 / AHA). As alternativas A e C não fazem parte do tratamento inicial. A alternativa B (prednisona) não é primeira linha e a dose apresentada (1 g/kg/dia) é manifestamente incorreta — dose tóxica e incompatível com qualquer protocolo clínico. Alternativa D apresenta conduta adequada para o manejo inicial.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

### Questão 21

Cardiologia (CARD)

**Resposta:**

O Estudo EAST AFNET 4 publicado N Engl J Med 2020; 383:1305-1316, demonstrou que o controle do ritmo em relação ao controle da frequência cardíaca, diminuiu o desfecho composto de mortalidade, internação hospitalar por insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e síndrome coronariana aguda. Quando analisados separadamente e expressos na tabela 2 do estudo (anexo abaixo), se verificou diminuição de acidentes vasculares encefálicos e de mortalidade cardiovascular com HR 0,72 com IC de 0,52-0,98). Sendo assim a resposta da questão correta é a letra B. O implante de cardiodesfibrilador diminui a mortalidade nos pacientes com classe NYHA I no estudo MADIT com fração de ejeção <30%, sendo essa a indicação de cardiodesfibrilador classe I apontadas na Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos de 2023. A fração de ejeção <35%, foi estudada nos demais estudos com classe funcional NYHA II e III, no estudo SCD-HeFT.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 25

Cardiologia (CARD)

**Resposta:**

Existe uma correlação direta entre largura do complexo QRS e resposta a terapia de ressincronização cardíaca. Quanto mais largo o complexo QRS, maior a possibilidade de resposta ao ressincronizador, em especial em pacientes com bloqueio de ramo esquerdo.

A resposta QRS >140 ms não limita o valor do QRS em 140-149 ms, mas sim enfatiza que complexo QRS mais largos predizem boa resposta à ressincronização.

A não resposta à ressincronização ocorre em pacientes com QRS <120ms e complexos QRS de 120-130 ms. Isso significa complexos QRS de 141, 150, 160, 180, 200 ms são melhores marcadores de resposta à terapia de ressincronização cardíaca.

Por outro lado, a presença de eletrodos na região apical são marcadores de não resposta à terapia de ressincronização cardíaca, sendo essa a resposta considerada correta.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

## CIRURGIA GERAL

### Questão 1

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

### Questão 1

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

### Questão 1

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

### Questão 1

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

Referência: Sabiston, 21ª ed., p. 1.566.

O Sabiston descreve que:

A artéria esplênica emite numerosos ramos pancreáticos, podendo chegar a 16–18 ramos ao longo de seu trajeto posterior sobre o pâncreas.

Dois padrões anatômicos principais são descritos:

Tipo distribuído – ~70% dos indivíduos, com ramificações múltiplas antes do hilo.

Tipo magistral – ~30% dos indivíduos, com tronco único que só se divide próximo ao hilo.

A artéria esplênica se divide em 5–6 artérias polares e cerca de 6 artérias gástricas curtas.

A artéria polar superior pode, ocasionalmente, comunicar-se com as artérias gástricas curtas.

Sendo assim, corretas as assertivas I, III e IV, gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

## Questão 2

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

## Questão 2

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

## Questão 2

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

## Questão 2

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

A questão deve ser anulada visto que a resposta buscava a alternativa INCORRETA, não a correta conforme escrito no enunciado da prova. Com base no caso clínico apresentado, escolha a alternativa Incorreta:

- A conversão para cirurgia aberta e a colangiografia intra operatória são estratégias recomendadas para avaliar e gerenciar lesões do ducto biliar.
- A técnica de Y de Roux é frequentemente utilizada para lesões altas no trato biliar, permitindo uma anastomose sem tensão.
- A drenagem percutânea é uma abordagem adequada e eficaz para tratar abscessos sub-hepáticos resultantes de lesões do ducto biliar.
- O uso de stents trans anastomóticos tem sido associado a uma melhor patência da anastomose, contribuindo para resultados mais favoráveis após a reconstrução biliar.

**Referência Bibliográfica utilizada:** TOWNSEND, Courtney M. Jr.; BEAUCHAMP, R. Daniel; EVERS, Baylor M.; MATTOX, Kenneth L. (Eds.). Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022. PG 1511 / Blumgart PG 605

**ANULADA.**

## Questão 4

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

## Questão 4

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

## Questão 4

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

## Questão 4

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

- 1 – Correta. Os tumores neuroendócrinos (carcinoides) são, de fato, a neoplasia primária mais comum do apêndice.
- 2 – Correta. O adenocarcinoma do apêndice é raro, sendo detectado em cerca de 0,1% das apendicectomias.
- 3 – Incorreta. Tumores neuroendócrinos de até 1 cm normalmente podem ser tratados apenas com apendicectomia desde que não haja invasão do mesoapêndice. O envolvimento do mesoapêndice, mesmo em tumores  $\leq 1$ cm, pode ser indicação para hemicolectomia ampliada, especialmente se houver invasão  $>3$  mm no meso, margens afetadas ou linfonodomegalia.
- 4 – Correta. Para adenocarcinomas do apêndice, especialmente acima de 2 cm, o tratamento padrão é a hemicolectomia direita para avaliação linfonodal adequada.

**Referência Bibliográfica utilizada:** TOWNSEND, Courtney M. Jr.; BEAUCHAMP, R. Daniel; EVERS, Baylor M.; MATTOX, Kenneth L. (Eds.). Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21. ed. Philadelphia: Elsevier, 2022 PG 1317

**MANTIDA alternativa 'C'.**

**Questão 8**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

**Questão 8**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Questão 8**

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

**Questão 8**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

A assertiva I está errada, pois em menos de 10% dos casos o fator hereditário é encontrado. E a apresentação clínica do caso não levanta suspeita (não apresenta nenhum indicativo suspeito de componente hereditário). Não é necessário identificar outros dados para invasão submucosa no caso, visto que o paciente apresenta linfonodo comprometido, o que invalida a assertiva número II. Mantém-se o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

**Questão 9**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

**Questão 9**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Questão 9**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Questão 9**

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

**Resposta:**

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., & Mattox, K. L. (2021). Sabiston textbook of surgery (21st ed.). Elsevier), temos o seguinte:

I) Correta: o reparo anterior da hérnia inguinal através da técnica de Lichtenstein inclui a sutura da borda inferolateral da tela ao ligamento inguinal, também conhecido como ligamento de Poupart. Página 1112: "The inferolateral edge of the mesh is sutured to the shelving edge of the inguinal ligament starting just adjacent (but not into) the pubic tubercle using a nonabsorbable suture."

II) Incorreta: a formação do tendão conjunto está corretamente descrita na alternativa, porém esta é uma estrutura presente em somente 5-10% dos pacientes. Página 1108: "The medial aspect of the internal oblique aponeurosis fuses with fibers from the transversus abdominis aponeurosis to form a conjoined tendon. This structure actually is present in only 5% to 10% of patients and is most evident at the insertion of these muscles on the pubic tubercle."

III) Incorreta: ainda que secundária à ligadura inadvertida da artéria testicular, a orquite isquêmica é geralmente tratada com anti-inflamatórios e analgesia. A orquiectomia é raramente necessária. Página 1119: "Ischemic orchitis also can be caused by ligation of the testicular artery. It is treated with anti-inflammatory agents and analgesics. Orchiectomy is rarely necessary."

Dado que o gabarito fornecido encontra respaldo na literatura referência da prova, o mesmo está mantido.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 10

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

### Questão 10

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

### Questão 10

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

### Questão 10

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

- a) Incorreta: a artéria ileocólica, de fato, é o vaso a partir do qual se origina a artéria apendicular. No entanto, a artéria ileocólica é um ramo da artéria mesentérica superior, não da artéria mesentérica inferior. Página 1301: "As a midgut organ, the blood supply of the appendix is derived from the superior mesenteric artery. The ileocolic artery, one of the major named branches of the superior mesenteric artery, gives rise to the appendiceal artery, which courses through the mesoappendix. The mesoappendix also contains lymphatics of the appendix, which drain to the ileocecal nodes, along with the blood supply from the superior mesenteric artery."
- b) Correta: a variação mais comum do posicionamento do apêndice é, de fato, retrocecal, padrão encontrado em aproximadamente 60% dos indivíduos, seguido pela pélvica, em torno de 30% dos casos. Página 1301: "The appendiceal tip may be found in a variety of locations, with the most common being retrocecal (but intraperitoneal) in approximately 60% of individuals (...)."
- c) Incorreta: ainda que a dor em estágios iniciais da apendicite aguda seja vaga e localizada no mesogástrio, isso se deve ao surgimento do apêndice cecal a partir do intestino médio, e não do intestino posterior. Página 1301: "As a midgut organ, the blood supply of the appendix is derived from the superior mesenteric artery."
- d) Incorreta: a antibioticoterapia no tratamento da apendicite aguda deve ser direcionada, principalmente, para germes gram-negativos e anaeróbios. Página 1306: "The patient should undergo fluid resuscitation as indicated, and the intravenous administration of broad-spectrum antibiotics directed against gram-negative and anaerobic organisms should be initiated immediately."
- Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 13

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

### Questão 13

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

### Questão 13

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

### Questão 13

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

**Resposta:**

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

- a) Incorreta: a drenagem linfática gástrica acompanha a sua vascularização, mas é dividida em quatro zonas, e não três como descrito na alternativa. Página 1197: "The lymphatic drainage of the stomach parallels the vasculature and drains into four zones of lymph nodes (Fig. 49.3). The superior gastric group drains lymph from the upper lesser curvature into the left gastric and paracardial nodes. The suprapyloric group of nodes drains the antral segment on the lesser curvature of the stomach into the right suprapancreatic nodes. The pancreaticolienal group of nodes drains lymph high on the greater curvature into the left gastroepiploic and splenic nodes. The inferior gastric and subpyloric group of nodes drains lymph along the right gas- troepiploic vascular pedicle. All four zones of lymph nodes drain into the celiac nodes and eventually into the thoracic duct."
- b) Incorreta: a grelina é um hormônio produzido, de fato, pelas células endócrinas das glândulas oxínticas gástricas. No entanto, a grelina possui efeito positivo sobre a secreção de hormônio do crescimento, e não inibitório. Página 1200: "Ghrelin is a 28-amino acid peptide predominantly produced by endocrine cells of the oxyntic glands in the stomach. Ghrelin appears to be under both endocrine and metabolic control, has a diurnal rhythm, and likely plays a major role in the neuroendocrine and metabolic responses to changes in nutritional status. Ghrelin has been shown to stimulate growth hormone release as well."



c) Correta: conceitual e de acordo com o descrito no texto de referência. Página 1203: "Pepsin is an endopeptidase that preferentially hydrolyzes peptide linkages where one of the amino acids is aromatic and accounts for approximately 20% of the protein digestion in the GI tract. Pepsins have optimal function at a pH of 1.5 to 2.0 and become inactive at higher pH."

d) Incorreta: a parte inicial da alternativa é correta e conceitual. O erro está em afirmar que o exame de sorologia é adequado para o controle de cura após tratamento para erradicação do *Helicobacter pylori*, uma vez que, quando utilizado para este fim, pode gerar resultados falso-positivos por permanecer reagente mesmo após a erradicação. Página 1206: "Antibody titers can remain high for 1 year or longer after eradication; consequently, this test cannot be used to assess response to therapy. For these reasons, stool antigen and urea breath tests are the preferred modalities for diagnosis and evaluation of treatment efficacy in patients with PUD and suspected *H. pylori* infection."

Gabarito mantido.

#### **MANTIDA alternativa 'C'.**

##### **Questão 14**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

##### **Questão 14**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

##### **Questão 14**

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

##### **Questão 14**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

I) Incorreta: quando são identificados 7 linfonodos positivos num produto de gastrectomia, a classificação quanto ao status linfonodal de acordo com a 8ª edição do AJCC é pN3a. Página 1223: "NX Regional lymph node(s) cannot be assessed; N0 No regional lymph node metastasis; N1 Metastasis in 1–2 regional lymph nodes; N2 Metastasis in 3–6 regional lymph nodes; N3 Metastasis in 7 or more regional lymph nodes; N3a Metastasis in 7–15 regional lymph nodes; N3b Metastasis in 16 or more regional lymph nodes."

II) Incorreta: o estômago é o sítio mais comum de desenvolvimento de linfomas extra-nodais, conforme descrito na referência utilizada. Página 1231: "The stomach is the most common site of extranodal lymphoma. However, primary gastric lymphoma is still relatively uncommon, accounting for approximately 3% of gastric cancers."

III) Incorreta: a maioria dos pacientes com GIST que não expressam KIT irão expressar PDGFRA. Página 1232: "KIT is a receptor tyrosine kinase and approximately 95% of GISTs overexpress KIT. Most GISTs that lack a KIT mutation will have a mutation in platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA)."

Dado que o gabarito fornecido encontra respaldo na literatura referência da prova, o mesmo está mantido.

#### **MANTIDA alternativa 'D'.**

##### **Questão 15**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

##### **Questão 15**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

##### **Questão 15**

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

##### **Questão 15**

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

a) Incorreta: a artéria ileocólica, de fato, é o vaso a partir do qual se origina a artéria apendicular. No entanto, a artéria ileocólica é um ramo da artéria mesentérica superior, não da artéria mesentérica inferior. Página 1301: "As a midgut organ, the blood supply of the appendix is derived from the superior mesenteric artery. The ileocolic artery, one of the major named branches of the superior mesenteric artery, gives rise to the appendiceal artery,

which courses through the mesoappendix. The mesoappendix also contains lymphatics of the appendix, which drain to the ileocecal nodes, along with the blood supply from the superior mesenteric artery.”

b) Correta: alternativa conceitual, conforme descrito na referência. Páginas 1306-08: “Although large volume irrigation has been traditionally advocated, recent data suggest that simple suction aspiration of gross purulence may be just as effective in cases of appendiceal rupture.”

c) Incorreta: pacientes gestantes submetidas ao exame de ressonância magnética para o diagnóstico de apendicite aguda devem realizar o exame sem a administração de contraste intravenoso, conforme a referência utilizada. Página 1306: “MRI is typically reserved for use in the pregnant patient; the study is performed without contrast agents. If it is obtained in a pregnant woman, the study should be noncontrasted. MRI offers excellent resolution and is accurate in diagnosing appendicitis.”

d) Incorreta: apendicite aguda é a causa mais comum de abdome agudo não obstétrico na paciente gestante. Página 1313: “Appendicitis remains the most common nonobstetric emergency in pregnancy and is consequently the most frequent reason for general surgical intervention in this group of patients.”

Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 18

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

a) Incorreta: a pancreatite crônica é mais comum em homens que em mulheres. Página 1542: “Autoimmune pancreatitis is more common in men than in women. Up to 80% of patients are older than 50 years.”

b) Incorreta: sintomas mal-absortivos são tardios em pacientes com pancreatite crônica, sendo que, para que ocorra o desenvolvimento desses, pelo menos 90% do pâncreas precisa estar comprometido e disfuncional. Página 1543: “Pancreatic inflammation and fibrosis not only affect the pancreatic ducts but also decrease the number and function of acinar cells. At least 90% of the gland needs to be dysfunctional before steatorrhea, diarrhea, and other symptoms of malabsorption develop.”

c) Correta: alternativa conceitual e de acordo com o encontrado na referência. Ainda que a neurólise do plexo celíaco possa ser utilizada em pacientes com quadros de dor refratária, os resultados não são sustentados na maioria dos pacientes. Página 1544: “For patients with unrelenting pain, celiac neurolysis has been attempted but without sustained success in those with chronic pancreatitis.”

d) Incorreta: a definição de pseudocisto está correta. A alternativa é incorreta porque afirma que os pseudocistos desenvolvem-se mais frequentemente em pacientes com pancreatite aguda do que em pacientes com pancreatite crônica, sendo o contrário do encontrado na referência. Página 1546: “Pancreatic pseudocysts develop more frequently in patients with chronic pancreatitis compared with AP.”

Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 19

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

a) Incorreta: segundo a referência utilizada, a localização mais comum das neoplasias císticas serosas é a cabeça pancreática. Página 1547: “Serous cystic neoplasms (SCNs) have a predilection for the head of the pancreas and occur in patients with a higher median age.”

b) Incorreta: as neoplasias císticas mucinosas do pâncreas têm como característica a AUSÊNCIA de comunicação com o ducto pancreático principal. Página 1547: “Mucinous cystic neoplasms (MCNs) are the mucin producing cyst tumor which, unlike IPMNs (described below), lack communication with the pancreatic duct.”

c) Correta: a presença de sintomas em pacientes com IPMN de ducto secundário é uma indicação de ressecção cirúrgica, dado o risco aumentado de doença maligna nestes pacientes. Página 1549: “Any patient with symptoms or high-risk features related to BD-IPMNs (e.g., jaundice, enhancing mural nodule, and dilated main pancreatic duct) should undergo surgical resection because the risk of malignant disease in symptomatic patients is heightened.”



d) Incorreta: o risco de um paciente portador de IPMN de ducto principal abrigar adenocarcinoma invasivo no momento da apresentação é maior que o trazido pela alternativa, em torno de 30-50%. Página 1549: "Individuals with MD-IPMN have a 30% to 50% risk of harboring invasive pancreatic cancer at the time of presentation." Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 22

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

Úlceras localizadas na pequena curvatura (especialmente na região alta) e na parede posterior do bulbo duodenal estão entre os principais fatores anatômicos ligados a ressangramento e necessidade de cirurgia. Sendo assim, mantém-se o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 23

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

I) Correta: alternativa correta de acordo com a epidemiologia encontrada na referência. Página 1275: "GIST make up 20% of all soft tissue sarcomas occurring through out the gastrointestinal tract, are most prevalent in the stomach (60%) and jejunum and ileum (30%), and rarely in duodenum (5%)."

II) Incorreta: quando sintomáticos, os adenomas de intestino delgado manifestam-se mais comumente com sangramento e obstrução. Página 1275: "Most of these lesions are asymptomatic; most occur singly and are found incidentally at autopsy. The most common presenting symptoms are bleeding and obstruction."

III) Correta: a assertiva traz aspectos de acordo com a referência. Página 1276: "They usually occur in the sixth and seventh decades of life and are more frequent in men. Less than one third of these tumors are symptomatic, and of these, the most common manifestations are obstruction and bleeding from superficial ulcerations. The treatment of choice for symptomatic lesions is excision. Lipomas do not have malignant potential and, therefore, if found incidentally, should be removed only if the resection is simple."

Dado que o gabarito fornecido encontra respaldo na literatura referência da prova, o mesmo está mantido.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 24

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral (CBG)

**Resposta:**

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

I) Correta: embriologicamente, o divertículo de Meckel se forma a partir do fechamento incompleto do ducto onfalomesentérico, também conhecido como ducto vitelínico. Páginas 1288-89: "Meckel diverticulum is located on the antimesenteric border of the ileum 45 to 60 cm proximal to the ileocecal valve and results from incomplete closure of the omphalomesenteric, or vitelline, duct."

II) Incorreta: o divertículo de Meckel apresenta incidência semelhante entre os sexos. Página 1289: "An equal incidence is found in men and women."

III) Incorreta: o tipo de mucosa ECTÓPICA mais comum encontrada no divertículo de Meckel é a gástrica, presente em aproximadamente 60% dos casos. Página 1289: "Cells lining the vitelline duct are pluripotent; therefore, it is not uncommon to find heterotopic tissue within the Meckel diverticulum, the most common of which is gastric mucosa (present in 50% of all Meckel diverticula). Pancreatic mucosa is encountered in about 5% of diverticula; less commonly, these diverticula may harbor colonic mucosa."

Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

## CLÍNICA MÉDICA

### Questão 1

Clínica Médica (CM)

### Questão 1

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

### Questão 4

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

### Questão 6

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

### Questão 7

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

### Questão 16

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

### Questão 16

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Todas as alternativas apresentadas descrevem situações que constituem indicação para uso de estatinas, impossibilitando a identificação de uma única resposta correta. Dessa forma, a questão não permite distinção válida entre as opções e deve ser anulada por ausência de alternativa incompatível com a terapêutica.

**ANULADA.**

### Questão 2

Clínica Médica (CM)

### Questão 2

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

### Questão 5

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

### Questão 7

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

### Questão 8

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

### Questão 17

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

### Questão 17

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Conforme o Cecil – 26ª edição, no capítulo sobre obesidade, são descritos fármacos associados a ganho ponderal, incluindo divalproato, sulfonilureias, loratadina e quetiapina. Entre as alternativas da questão, apenas uma contém exclusivamente fármacos reconhecidos por promover esse efeito. As demais opções não reúnem medicamentos classificados dessa forma pelo Cecil. Portanto, a alternativa correta é aquela que contempla todos os fármacos associados a ganho de peso, conforme descrito na referência citada.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

**Questão 3**

Clínica Médica (CM)

**Questão 3**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

**Questão 6**

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

**Questão 8**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Questão 9**

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

**Questão 18**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 18**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Conforme o Cecil, 26ª edição, capítulo sobre doenças da tireoide, indivíduos com hipotireoidismo subclínico podem se beneficiar de tratamento quando o TSH é superior a 10 mU/L. O benefício torna-se menos provável quando o TSH está acima de 7 mU/L, e há probabilidade muito baixa de benefício quando os valores situam-se entre 4,5 e 7 mU/L.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

**Questão 4**

Clínica Médica (CM)

**Questão 4**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

**Questão 7**

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

**Questão 9**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Questão 10**

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

**Questão 19**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 19**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Conforme o Cecil – Medicina Interna, 26ª edição, no capítulo sobre o tratamento dos gastrinomas, os pacientes requerem manejo clínico voltado ao controle da hipersecreção de ácido gástrico. Os inibidores da bomba de prótons (IBPs) são os fármacos de escolha para esse objetivo. Os demais medicamentos empregados no tratamento destinam-se ao uso de octreotídeo, que pode ser indicado para controle sintomático e redução da secreção hormonal tumoral.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

**Questão 5**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

**Questão 5**

Clínica Médica (CM)

**Questão 10**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Questão 20**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 20**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Segundo o Cecil – Medicina Interna, 26ª edição, no capítulo sobre vasculites sistêmicas, os glicocorticoides podem ser utilizados no manejo da púrpura de Henoch-Schönlein, proporcionando melhora dos sintomas gastrointestinais, articulares e cutâneos. O texto destaca que essa resposta pode ocorrer tanto com doses baixas quanto, em casos mais graves, com a necessidade de pulsoterapia.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

**Questão 6**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

**Questão 6**

Clínica Médica (CM)

**Questão 11**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Questão 21**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 21**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Conforme o Harrison – Medicina Interna, 21ª edição, no capítulo sobre criptococose, os marcadores de prognóstico desfavorável na neurocriptococose incluem exatamente aqueles descritos nas alternativas A, B e C. A alternativa D não corresponde aos fatores associados a pior evolução segundo a referência, motivo pelo qual deve ser excluída.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

**Questão 7**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

**Questão 7**

Clínica Médica (CM)

**Questão 12**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Questão 22**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 22**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Consta em Harrison (21ª edição, capítulo sobre doenças causadas pelo HIV):

I – A imunização com vacina pneumocócica conjugada seguida por reforço com vacina polissacarídeo pneumocócico 23-valente é uma das medidas profiláticas amplamente recomendadas para pacientes HIV-positivos – CORRETO

II – A profilaxia para pneumocistose está indicada para os indivíduos HIV que tenha contagem de células T CD4 inferior a 200 – INCORRETO

III – Pneumonite intersticial linfóide e pneumonia intersticial não identificada são os dois tipos de pneumonia intersticial idiopática nos pacientes com infecção pelo HIV – CORRETO

**MANTIDA alternativa 'B'.**

#### **Questão 8**

Clínica Médica / Gastroenterologia / Infectologia (CMGI)

#### **Questão 8**

Clínica Médica (CM)

#### **Questão 13**

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

#### **Questão 23**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

#### **Questão 23**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

Conforme o Harrison – Medicina Interna, 21ª edição, no capítulo sobre miastenia grave, há referência de que o hipotireoidismo ocorre em 3% a 8% dos pacientes, podendo agravar a fraqueza miastênica. Dessa forma, a assertiva III está de acordo com a literatura e deve ser considerada correta, assim como as demais.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

#### **Questão 10**

Clínica Médica (CM)

#### **Questão 25**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

#### **Questão 25**

Área Cirúrgica Básica / Cirurgia Geral / Clínica Médica (CGCM)

**Resposta:**

De acordo com o Cecil – Medicina Interna, 26ª edição, no capítulo sobre arbovírus causadores de febre e síndromes exantemáticas, as alternativas II e III estão corretas, enquanto a alternativa I não corresponde às informações descritas na referência, devendo ser considerada incorreta. Dessa forma, decide-se pela alteração do gabarito.

**ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'C'.**

#### **Questão 11**

Clínica Médica (CM)

**Resposta:**

Conforme o Harrison – Medicina Interna, 21ª edição, no capítulo sobre miocardiopatias, a assertiva I está incorreta, pois não especifica qual tipo de bloqueador dos canais de cálcio é indicado — informação essencial, já que apenas determinados agentes são recomendados, enquanto outros são contraindicados nesses pacientes. Dessa forma, ao se excluir a assertiva I, permanecem corretas apenas as assertivas II e III, o que altera o gabarito para essa combinação.

**ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'C'.**

### Questão 13

Clínica Médica (CM)

Resposta:

A questão deve ser anulada, pois apresenta erro material no próprio enunciado ao citar “Sgarossa” em vez de Sgarbossa, responsável pelos critérios descritos. A grafia incorreta do epônimo pode gerar dúvida quanto à referência utilizada e compromete a precisão científica exigida em prova dessa natureza. Dessa forma, decide-se pela anulação da questão.

**ANULADA.**

### Questão 18

Clínica Médica (CM)

Resposta:

O gabarito da questão permanece inalterado: **alternativa C**. O caso descreve hipotireoidismo subclínico com TSH de 6,8  $\mu\text{UI/mL}$ , T4 livre normal, autoanticorpos positivos e dislipidemia importante (LDL 178 mg/dL). Há a possibilidade de tratar pacientes com TSH entre 4,5 e 10  $\mu\text{UI/mL}$  quando há fatores que aumentam o risco de progressão ou repercussão clínica, incluindo anti-TPO positivo e alterações metabólicas relevantes. O paciente é eutrófico e previamente hígido, sem outros fatores de risco para dislipidemia, exceto a presença do hipotireoidismo subclínico. Assim, a conduta mais adequada, dentro das possibilidades apresentadas nas alternativas, é iniciar levotiroxina.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 20

Clínica Médica (CM)

Resposta:

A questão descreve um cenário compatível com hipoaldosteronismo hiperreninêmico, caracterizado por aldosterona baixa associada a atividade de renina plasmática elevada. Esse padrão fisiopatológico confirma o diagnóstico proposto no enunciado e sustenta a alternativa indicada. Gabarito mantido.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 23

Clínica Médica (CM)

Resposta:

O gabarito permanece inalterado: **alternativa D**. O enunciado afirma que **a retirada deve ser gradual** e que, **a partir de doses  $\leq 5$  mg/dia**, a redução deve ser ainda mais lenta, com eventual avaliação da função adrenal. Essa afirmação está **correta** segundo recomendações amplamente adotadas em endocrinologia e reumatologia, que orientam que o risco de supressão do eixo hipotálamo–hipófise–adrenal (HHA) torna-se mais relevante justamente **quando o paciente está em doses fisiológicas ou próximas do fisiológico ( $\leq 5$  mg de prednisona/dia)**. Nessa faixa, a velocidade de retirada deve ser mais cautelosa, porque é o momento em que o eixo está tentando retomar sua função normal.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

### Questão 24

Clínica Médica (CM)

Resposta:

Justificativa: O paciente apresenta bacteremia por *Staphylococcus aureus* sensível à oxacilina (MSSA) persistente após 72 horas de tratamento, com foco ósseo confirmado (osteomielite vertebral) e uso de cateter venoso central. O escore de VIRSTA é  $\geq 3$ , indicando alto risco para endocardite infecciosa, mesmo com TTE normal. A diretriz da IDSA e o artigo de Tong et al (JAMA, 2025) indicam a necessidade de realizar ecocardiograma transesofágico (TEE) em pacientes com bacteremia persistente, dispositivos intravasculares e sinais de infecção metastática. Além disso, o cateter deve ser removido para controle de foco.

Por que as demais estão incorretas: A) O TTE não é suficiente para excluir endocardite em pacientes com alto risco. Persistência de bacteremia é uma indicação formal de TEE. B) O tratamento de osteomielite vertebral por S.



aureus deve ter duração mínima de 6 semanas, conforme diretriz e revisão citados. A proposta de apenas 14 dias é insuficiente e não respaldada pela evidência atual. D) O escore de VIRSTA é 6, portanto não está abaixo de 3. A aplicação correta do escore indica que TEE é necessário.

#### Referências:

Tong SYC, Fowler VG Jr, Skalla L, Holland TL. *Management of Staphylococcus aureus Bacteremia: A Review*. JAMA. 2025; doi:10.1001/jama.2025.4288.

Liu C, et al. *IDSA Guidelines for the Treatment of MRSA Infections*. Clin Infect Dis. 2011;52(3):e18-e55. doi:10.1093/cid/ciq146

Tubiana S, et al. *VIRSTA score and endocarditis risk*. J Infect. 2016;72(5):544-553. doi:10.1016/j.jinf.2016.02.003

### ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'A' PARA ALTERNATIVA 'C'.

#### Questão 25

Clínica Médica (CM)

#### Resposta:

A paciente preenche critérios diagnósticos de concussão esportiva e apresenta diversos fatores de risco para sintomas persistentes: sexo feminino (maior risco descrito), histórico de migrânea, concussão anterior prolongada, resposta lenta, desequilíbrio ao tandem stance e sintomas como fadiga e hipersensibilidade. A aplicação do escore 5P permite quantificar esse risco. Evidências recentes demonstram que repouso excessivo não melhora o desfecho; pelo contrário, o início precoce (24–72h) de atividade aeróbica leve a moderada, adaptada à frequência cardíaca e sintomas, promove recuperação mais rápida. Retorno gradual à escola deve ser encorajado, mesmo com sintomas leves.

Por que as demais estão incorretas: A) Exames de imagem (como RM) só estão indicados se houver sinais de alarme ou suspeita de lesão estrutural, o que não ocorre aqui. Repouso completo até resolução dos sintomas é abordagem obsoleta e prejudicial. C) O *cocooning* (repouso absoluto por dias) está associado a pior desfecho e maior risco de sintomas prolongados. D) O retorno às atividades antes da resolução gradual dos sintomas, especialmente com sintomatologia vestibular e cognitiva ativa, eleva o risco de nova concussão e piora clínica.

#### Referência:

Leddy JJ, et al. *Sport-Related Concussion*. N Engl J Med. 2025;392:483-493. doi:10.1056/NEJMcp2400691.

### MANTIDA alternativa 'B'.

## ENDOSCOPIA

#### Questão 13

Cirurgia do Aparelho Digestivo / Coloproctologista / Endoscopia / Gastroenterologia (ED)

#### Resposta:

A questão foi elaborada baseada nas mais recentes diretrizes da Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva para manejo das condições epiteliais gástricas pré-neoplásicas e do câncer gástrico precoce, publicadas em maio de 2025 (Endoscopy 2025 May; 57(5): 504-554. doi: 10.1055/a-2529-5025. Epub 2025 Mar 20).

O conhecimento dessas diretrizes são de extrema importância no exercício da especialidade, e são publicadas sob a tutela de uma instituição muito respeitada, como é a Sociedade Europeia de Endoscopia Digestiva.

O enunciado da questão já deixa claro e limitado o tipo de doença gástrica que será foco da pergunta, ou seja, lesões gástricas pré-neoplásicas e câncer gástrico precoce. Dessa forma, já na introdução se orienta os candidatos que as alternativas não tratarão de qualquer tipo de lesão gástrica, portanto não podendo ser assim interpretado que qualquer lesão ulcerada menor que 30 mm pudesse estar sendo cogitada. O enunciado da questão já restringe e delimita a extensão da doença que será abordada.

### MANTIDA alternativa 'C'.

#### Questão 16

Cirurgia do Aparelho Digestivo / Coloproctologista / Endoscopia / Gastroenterologia (ED)

#### Resposta:

A questão foi elaborada tomando por base as atuais recomendações dos indicadores de qualidade em colonoscopia, em especial, o guideline publicado em 2024 pela Sociedade Americana de Endoscopia Digestiva (Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endoscopy 2024 Sep 100 (3):352-381).

Nesse guideline são elencados inúmeros indicadores de qualidade, sendo o conhecimento desses parâmetros fundamental para o correto exercício profissional. Na tabela 3 desse artigo (página 354 do PDF do artigo publicado), que traz a lista dos indicadores, encontra-se no item 6 o indicador "número de adenomas convencionais detectados por colonoscopia, sendo reportado o parâmetro médio igual ou superior a 0,6 adenomas por colonoscopia, exatamente da forma como foi explicitado na questão.

Na página 361 do mesmo artigo encontra-se a explicação detalhada textual da importância desse indicador, com mais de dez artigos citados a respeito do assunto. Esse indicador, conhecido como "adenomas por colonoscopia – APC", quando elevado, tem comportamento semelhante ao índice de detecção de adenomas (ADR), estando correlacionado a menores riscos de desenvolvimento de câncer colorretal pós-colonoscopia.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

## GINECOLOGIA

### Questão 1

Ginecologia e Obstetrícia (GO)

### Questão 16

Radiologia e Diagnóstico por Imagem / Ginecologia e Obstetrícia (GIRAD)

### Questão 16

Programa de Cirurgia Básica / Ginecologia e Obstetrícia (CGGO)

**Resposta:**

A banca examinadora, após análise do recurso interposto, decide pela manutenção do gabarito oficial, baseando-se nos seguintes critérios técnicos e bibliográficos:

1. Janela Terapêutica de Profilaxia (Conceito de "Dentro de 60 minutos"):

A alternativa A descreve a administração de "Cefazolina 2 g intravenosa, 60 minutos antes da incisão cirúrgica". A literatura médica consagrada (ACOG, CDC, FEBRASGO) estabelece que a profilaxia antibiótica deve ser realizada dentro do intervalo de até 60 minutos que antecede a incisão.

Em um cenário de urgência obstétrica, como descrito no enunciado (desaceleração dos batimentos fetais), a administração "imediata" ou "assim que possível" antes da incisão — como preconizado nas diretrizes citadas pelo próprio recorrente — encontra-se, temporalmente e tecnicamente, inserida na janela de "60 minutos antes da incisão". A fraseologia da alternativa refere-se ao protocolo padrão da janela de segurança, e não impõe, semanticamente, um tempo de espera obrigatório que atrase o parto, mas sim o limite temporal máximo para a eficácia da droga antes do corte.

2. Superioridade da Via Pré-Incisão (Cochrane e Diretrizes):

O objetivo central da questão é avaliar o conhecimento sobre o momento da administração em relação ao clampeamento do cordão. Evidências robustas, incluindo revisões da Cochrane, demonstram que a administração pré-incisão (Alternativa A) é superior à administração pós-clampeamento (Alternativa B) na redução de endometrite e infecção da ferida operatória materna, sem prejuízo neonatal. A Alternativa B, portanto, reflete uma conduta obsoleta.

3. Critério de Seleção da "Melhor Resposta":

A questão solicita a conduta "mais adequada". Ao analisarmos as opções por exclusão:

- **Alternativa B:** Incorreta pelo momento da infusão (pós-clampeamento), que é menos eficaz.
- **Alternativa C:** Incorreta pela *droga*. O esquema Ampicilina + Gentamicina é reservado prioritariamente para tratamento de corioamnionite clínica, e não como primeira linha de profilaxia cirúrgica isolada.
- **Alternativa D:** Incorreta pela *indicação*. Clindamicina é reservada para pacientes com anafilaxia a beta-lactâmicos, e o enunciado afirma que a paciente "não apresenta alergias conhecidas".
- **Alternativa A:** É a única opção que apresenta o **fármaco de escolha** (Cefazolina 2 g) e o **momento correto** (pré-incisão).

4. Conclusão:

Ainda que o cenário seja de urgência, a administração deve ocorrer, idealmente, antes da incisão da pele. A alternativa A é a única que respeita os princípios de farmacologia (Cefazolina) e controle de infecção (Pré-incisão). A interpretação de que a alternativa obriga a um "atraso de 60 minutos" é uma extrapolação semântica que contradiz a prática clínica de que "imediato" é um subconjunto do intervalo de "até 60 minutos".

Dessa forma, a alternativa **A** permanece como a resposta correta e mais adequada dentre as opções apresentadas.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

## Questão 15

Ginecologia e Obstetrícia (GO)

Resposta:

Recurso Indeferido. Gabarito mantido.

**Justificativa:** A questão foi elaborada estritamente com base na bibliografia de referência indicada (Capítulo 43 – Óbito Fetal).

O protocolo descrito na referência adota como critério divisor para a conduta de indução a **Altura Uterina (AU)**. Conforme consta explicitamente no texto base:

"Altura uterina  $\leq 26$  cm, **independentemente do número de cesáreas**: [...] procede-se à indução do parto com dois comprimidos de misoprostol de 200 mcg (400 mcg) via vaginal...".

No caso clínico apresentado, a paciente possui **Altura Uterina de 25 cm**. Portanto, ela se enquadra no protocolo de "AU  $\leq 26$  cm", onde a referência bibliográfica indica o uso de Misoprostol 400 mcg, independentemente da cicatriz uterina prévia. A restrição e individualização da conduta para pacientes com duas ou mais cesáreas anteriores aplica-se, segundo a referência citada, apenas para casos de **Altura Uterina  $> 26$  cm**.

Visto que a assertiva II reproduz fielmente a conduta preconizada pela literatura adotada para o cenário específico (AU  $\leq 26$  cm), a alternativa é considerada VERDADEIRA segundo o gabarito oficial.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

## Questão 20

Ginecologia e Obstetrícia (GO)

Resposta:

Após a avaliação do recurso, a Banca decidiu indeferir o recurso, mantendo a alternativa C.

Em mulheres jovens ( $<35$  anos) com infertilidade primária, ciclos regulares, trompas pervias, ultrassonografia transvaginal normal e fator masculino leve (espermograma com 8 milhões de espermatozoides móveis após preparo), o diagnóstico é de infertilidade inexplicada associada a fator masculino leve. A literatura recomenda iniciar o tratamento com menor complexidade possível, priorizando eficácia e custo-benefício.

A relação sexual programada em ciclo natural (opção B) e a inseminação intrauterina em ciclo natural (opção A) apresentam taxas de gravidez semelhantes à conduta expectante, sem aumento significativo de nascidos vivos e não são consideradas custo-efetivas para este perfil de paciente[1-2]. A inseminação intrauterina associada à estimulação ovariana com citrato de clomifeno ou letrozol (opção C) aumenta moderadamente as taxas de gravidez e nascidos vivos em comparação às abordagens naturais, com risco aceitável de gestação múltipla quando se evita o uso de gonadotrofinas[2-6]. O uso de gonadotrofinas é reservado para casos selecionados devido ao risco elevado de gestação múltipla.

A fertilização in vitro (opção D) é mais invasiva e onerosa, sendo indicada apenas após falha das abordagens menos complexas ou em mulheres acima de 38-40 anos, conforme consenso internacional [3-4].

Portanto, para este casal, a melhor estratégia inicial é a **inseminação intrauterina com estimulação ovariana**, preferencialmente com citrato de clomifeno ou letrozol, por apresentar melhor relação entre eficácia, segurança e custo-benefício.

Referências

1. [Evidence-Based Treatments for Couples With Unexplained Infertility: A Guideline](#). Fertility and Sterility. 2020;113(2):305-322. doi:10.1016/j.fertnstert.2019.10.014.
2. [Intra-Uterine Insemination for Unexplained Subfertility](#). Ayeleke RO, Asseler JD, Cohlen BJ, Veltman-Verhulst SM. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;3:CD001838. doi:10.1002/14651858.CD001838.pub6.
3. [Diagnosis and Management of Infertility: A Review](#). Carson SA, Kallen AN. JAMA. 2021;326(1):65-76. doi:10.1001/jama.2021.4788.
4. [Infertility Evaluation and Treatment](#). Santoro N, Polotsky AJ. The New England Journal of Medicine. 2025;392(11):1111-1119. doi:10.1056/NEJMc2311150.
5. [Intrauterine Insemination With Ovarian Stimulation Versus Expectant Management for Unexplained Infertility \(TUI\): A Pragmatic, Open-Label, Randomised, Controlled, Two-Centre Trial](#). Farquhar CM, Liu E, Armstrong S, et al. Lancet (London, England). 2018;391(10119):441-450. doi:10.1016/S0140-6736(17)32406-6.
6. [Female Subfertility](#). Evers JL. Lancet (London, England). 2002;360(9327):151-9. doi:10.1016/S0140-6736(02)09417-5.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 23

Ginecologia e Obstetrícia (GO)

Resposta:

Após considerar os recursos e a literatura internacional, a banca decidiu alterar o gabarito para a alternativa A.

#### Justificativa:

No contexto apresentado — mulher nulípara de 28 anos, síndrome dos ovários policísticos (SOP), ciclos irregulares desde a menarca, infertilidade há 1 ano, trompas pérvias, parceiro com espermograma normal, IMC 32 kg/m<sup>2</sup>, perda ponderal de 7% e falha após três ciclos de citrato de clomifeno 150 mg/dia—o objetivo é indução de ovulação após resistência ao clomifeno.

A associação de **metformina ao citrato de clomifeno não é recomendada** para indução de ovulação neste cenário por vários motivos fundamentados na literatura:

Estudos e revisões sistemáticas mostram que a combinação metformina + clomifeno pode aumentar modestamente as taxas de ovulação e gravidez clínica em relação ao clomifeno isolado, mas **não há benefício consistente em taxa de nascidos vivos**. Além disso, o uso combinado está associado a um aumento significativo de efeitos adversos gastrointestinais, o que pode comprometer a adesão ao tratamento e a qualidade de vida da paciente[1-3].

As diretrizes internacionais mais recentes, incluindo a Endocrine Society e a American Society for Reproductive Medicine, recomendam **letrozol como agente preferencial para indução de ovulação em mulheres com SOP e resistência ao clomifeno**. Após falha do clomifeno, as opções de segunda linha são gonadotrofinas em baixa dose ou cirurgia ovariana laparoscópica. A associação de metformina ao clomifeno não é indicada como estratégia após resistência ao clomifeno, pois alternativas mais eficazes e seguras estão disponíveis[4].

#### Referências

1. [Insulin-Sensitising Drugs \(Metformin, Rosiglitazone, Pioglitazone, D-Chiro-Inositol\) for Women With Polycystic Ovary Syndrome, Oligo Amenorrhoea and Subfertility](#). Morley LC, Tang T, Yasmin E, Norman RJ, Balen AH. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017;11:CD003053. doi:10.1002/14651858.CD003053.pub6.
2. [Metformin for Ovulation Induction \(Excluding Gonadotrophins\) in Women With Polycystic Ovary Syndrome](#). Sharpe A, Morley LC, Tang T, Norman RJ, Balen AH. The Cochrane Database of Systematic Reviews. 2019;12:CD013505. doi:10.1002/14651858.CD013505.
3. [Role of Metformin for Ovulation Induction in Infertile Patients With Polycystic Ovary Syndrome \(PCOS\): A Guideline](#). Fertility and Sterility. 2017;108(3):426-441. doi:10.1016/j.fertnstert.2017.06.026.
4. [Recommendations From the 2023 International Evidence-Based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome](#). Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, et al. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2023;108(10):2447-2469. doi:10.1210/clinem/dgad463.

**ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'B' PARA ALTERNATIVA 'A'.**

### Questão 24

Ginecologia e Obstetrícia (GO)

Resposta:

Após avaliação dos recursos, a banca decidiu por deferir os recursos e alterar a resposta correta para a alternativa C.

#### Justificativa:

A mulher de 24 anos apresenta úlcera genital dolorosa, linfadenopatia inguinal dolorosa e febre baixa, após relação sexual desprotegida. O exame mostra uma única úlcera rasa, de bordas irregulares e exsudato, dolorosa à palpação, com linfonodo inguinal aumentado e inflamado. O quadro clínico é mais compatível com **cancro mole (cancroide)**, causado por *Haemophilus ducreyi*, que se caracteriza por úlcera dolorosa, bordas irregulares, exsudato e linfadenopatia inguinal dolorosa e inflamatória, frequentemente unilateral e supurativa [1]. Genital herpes pode cursar com múltiplas lesões dolorosas, mas geralmente são vesiculares e evoluem para úlceras agrupadas; linfadenopatia pode ocorrer, mas costuma ser bilateral e menos inflamatória[2]. Lymphogranuloma venereum (LGV) pode causar úlcera genital, mas geralmente é indolor e rapidamente desaparece, evoluindo para linfadenopatia inguinal dolorosa e inflamatória, podendo formar bubão; o quadro inicial de úlcera dolorosa persistente é menos típico[3]. Sífilis primária cursa com úlcera única, indolor, de bordas regulares e base limpa, associada a linfadenopatia não dolorosa[4].

#### Referências:

1. [Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021](#). Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. MMWR. Recommendations and Reports : Morbidity and Mortality Weekly Report. Recommendations and Reports. 2021;70(4):1-187. doi:10.15585/mmwr.rr7004a1.
2. [Diagnosis and Treatment of Sexually Transmitted Infections: A Review](#). Tuddenham S, Hamill MM, Ghanem KG. JAMA. 2022;327(2):161-172. doi:10.1001/jama.2021.23487.

3. [Emerging and Reemerging Sexually Transmitted Infections](#). Williamson DA, Chen MY. The New England Journal of Medicine. 2020;382(21):2023-2032. doi:10.1056/NEJMra1907194.
4. [Syphilis](#). Chevalier FJ, Bacon O, Johnson KA, Cohen SE. JAMA. 2025;:2840085. doi:10.1001/jama.2025.17362.

**ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'A' PARA ALTERNATIVA 'C'.**

## HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA

### Questão 9

Hematologia e Hemoterapia (HH)

**Resposta:**

Conforme a justificativa fornecida para elaboração da questão, a mesma se encontra concordante com o recurso de que a resposta correta é leucemia linfocítica/linfoide crônica, alternativa B.

Justificativa original: A leucemia linfoide crônica caracteriza-se por linfocitose persistente com linfócitos maduros pequenos e típicas células “smudge” no esfregaço, que também pode vir descrito como “restos celulares”.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 10

Hematologia e Hemoterapia (HH)

**Resposta:**

Conforme a justificativa fornecida para elaboração da questão, a mesma se encontra concordante com o recurso de que a resposta correta é Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPa), alternativa C.

Justificativa original: Na hemofilia A (deficiência de fator VIII), o TTPa encontra-se prolongado, enquanto TP, plaquetas e tempo de trombina permanecem normais. O TC é um exame inespecífico e pouco sensível, atualmente, substituiu-se esse teste pelo TTPa que é prolongado na hemofilia A e muito mais confiável.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 11

Hematologia e Hemoterapia (HH)

**Resposta:**

O quadro clínico-laboratorial apresentado na questão (trombocitopenia, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e DHL elevada) define hemólise microangiopática, mas não permite concluir por si só que se trata de CVID. Ao contrário, o conjunto é classicamente descrito como sugestivo de Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT), sobretudo quando não são fornecidos dados de coagulograma.

Na CVID, alterações de coagulação são essenciais para o diagnóstico. A CVID é caracterizada por TP prolongado, TTPa prolongado, fibrinogênio baixo e D-dímero muito elevado. Sem nenhum desses achados, não é possível afirmar CVID.

A questão não menciona coagulograma, logo, não sustenta CVID como principal hipótese.

A tríade apresentada (trombocitopenia, esquizócitos no esfregaço de sangue periférico e DHL elevada) é exatamente a definição de microangiopatia trombótica primária, e o protótipo clínico é a PTT.

A PTT apresenta hemólise microangiopática, trombocitopenia, DHL elevada e coagulograma tipicamente normal (diferente da CVID). Isso é ensinado em todos os livros-texto de hematologia e está presente em consensos internacionais.

A CVID pode cursar com esquizócitos, mas não é o diagnóstico mais provável sem coagulograma alterado e embora a CVID possa cursar com esquizócitos, isso não é obrigatório e não é suficiente para sua definição.

O diagnóstico de CVID exige obrigatoriamente evidências laboratoriais de consumo de fatores de coagulação que estão ausentes no enunciado.

Ainda, a questão pergunta pela principal hipótese diagnóstica e com as informações fornecidas (e somente essas), o diagnóstico mais provável e classicamente associado é PTT (alternativa C) pois depende apenas da tríade apresentada e é o protótipo de MAT. Os argumentos do candidato não contradizem o gabarito



O candidato descreve CVD corretamente em geral, mas atribui ao quadro uma conclusão que exige informações não fornecidas pela questão, ignora que o padrão apresentado é muito mais típico de PTT do que de CVD e tenta excluir aplasia medular (corretamente), mas isso não sustenta que a resposta correta seja B.

Referências que sustentam o gabarito original (PTT)

- Hoffman R. Hematology: Basic Principles and Practice, 7ª ed. MAT com trombocitopenia + esquizócitos + DHL ↑ = PTT/HUS, coagulograma normal.
- Scully M et al. Blood Rev 2012;26:25–35. PTT: tríade clássica de hemólise microangiopática + trombocitopenia, diferenciada da CVD pelo coagulograma normal.
- George JN. NEJM 2006;354: 1927–35. PTT é a primeira hipótese diante de hemólise microangiopática com plaquetopenia na ausência de testes de coagulação alterados.

### **MANTIDA alternativa 'C'.**

#### **Questão 12**

Hematologia e Hemoterapia (HH)

**Resposta:**

A questão descreve um paciente de 60 anos com esplenomegalia, leucocitose e basofilia. Essa tríade é clássica e altamente sugestiva de Leucemia Mieloide Crônica (LMC) e aparece de forma destacada nos principais livros e diretrizes hematológicas. Embora outras neoplasias mieloproliferativas possam cursar com esplenomegalia, a basofilia é um marcador distintivo da LMC, raramente expressa de forma significativa em mielofibrose primária (MF).

A mielofibrose pode cursar com esplenomegalia e leucocitose, mas não possui basofilia como achado característico.

Além disso, MF exige para diagnóstico dacriócitos (não mencionados), leucoeritroblastose (não mencionada), anemia (não mencionada), sintomas constitucionais (não mencionados) e biópsia com fibrose (não mencionada).

Ou seja, nenhum achado típico de MF está descrito.

A basofilia, por sua vez, é rara ou discreta na MF e não constitui marcador diagnóstico.

Ao contrário do que afirma o candidato, a basofilia não é “muito frequente” na mielofibrose.

Já na LMC a basofilia é presente em > 90% dos casos, a leucocitose é marcante e a esplenomegalia é muito comum.

Assim, com as informações fornecidas, o diagnóstico mais provável e mais clássico é LMC.

Além disso, a questão pede o diagnóstico mais provável, não todas as possibilidades. Mesmo sabendo que diversas neoplasias mieloproliferativas podem cursar com esplenomegalia, a única condição onde esplenomegalia + leucocitose + basofilia aparecem como tríade destacadamente típica é Leucemia Mieloide Crônica (BCR-ABL1 positiva).

Referências que sustentam o gabarito original

- Kantarjian H et al., Mayo Clin Proc. 2006;81(7):973–990. “Basophilia is a hallmark of chronic myeloid leukemia and is present in the vast majority of patients at diagnosis.”
- Hoffman R. Hematology: Basic Principles and Practice, 7ª ed. Descreve a basofilia como achado quase universal na LMC, ausente ou discreta em outros MPNs.
- Williams Hematology, 10ª ed. “Persistent basophilia in association with marked leukocytosis and splenomegaly is strongly suggestive of CML.”

### **MANTIDA alternativa 'B'.**

#### **Questão 16**

Hematologia e Hemoterapia (HH)

**Resposta:**

A paciente apresenta Hb 9 g/dL, VCM 72 fL e ferritina 8 ng/mL, achados compatíveis com anemia ferropriva clássica. A conduta padrão recomendada pelas principais diretrizes é a reposição oral de ferro e investigação da causa, especialmente gastrointestinais em mulheres pós-menopausa.

Esse é exatamente o conteúdo da alternativa C, a qual deve ser mantida como correta.

As diretrizes internacionais recomendam ferro via oral como primeira linha. Tanto diretrizes europeias quanto norte-americanas estabelecem que ferro oral é a terapia inicial padrão na maioria dos casos de anemia ferropriva, salvo exceções específicas.

- Goddard et al., Gut 2011 (Diretriz oficial do BSG):

“Oral iron is the first-line treatment for iron deficiency anemia unless contraindicated, ineffective or not tolerated.”

- Short & Domagalski, Am Fam Physician 2013:



“Oral iron therapy is the mainstay of treatment for most patients with iron deficiency anemia.”

A paciente NÃO apresenta nenhuma das situações que obrigariam ferro EV intolerância prévia, má absorção comprovada, anemia grave (<7–8 g/dL) e/ou necessidade de reposição imediata por urgência cirúrgica. Portanto, não há indicação preferencial de ferro EV. O candidato assume premissas que NÃO estão no enunciado. O recurso presume má absorção, uso de IBP, urgência, intolerância, falha prévia de ferro oral e impossibilidade de tratamento ambulatorial. Nada disso consta na questão.

Em concurso, não se pode inferir condições não fornecidas no enunciado para justificar outra alternativa.

A literatura citada pelo candidato (Auerbach 2019) descreve ferro EV como excelente opção quando VO falha, mas não como primeira escolha em anemia ferropriva simples, como no caso descrito.

A paciente tem anemia leve-moderada (Hb 9) diagnóstico claro e ausência de instabilidade, ou seja, o ferro VO segue sendo o tratamento padrão.

A investigação de trato GI é obrigatória, mas isso não determina a via do ferro. Mulheres pós-menopausa devem realizar endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia, no entanto, esse ponto é contemplado na alternativa C “Reposição oral de ferro e investigação da causa”.

A alternativa D exagera a conduta, incluindo ferro EV sem justificativa clínica. Além disso, a alternativa diverge das diretrizes internacionais, implica conduta mais invasiva e mais custosa sem indicação no cenário proposto, viola o princípio de tratamento inicial padrão em anemia ferropriva e introduz informações não fornecidas no caso. A alternativa D só seria correta se houvesse intolerância ou falha ao VO, urgência, anemia grave, doença inflamatória intestinal ativa ou uso prolongado de IBP com falha terapêutica documentada. Nada disso está presente.

Referências que sustentam o indeferimento

- Goddard AF et al. Guidelines for the management of iron deficiency anemia. Gut. 2011;60:1309–1316. “Oral iron is first-line therapy unless ineffective, intolerated, or contraindicated.”
- Short MW, Domagalski JE. Iron deficiency anemia: evaluation and management. Am Fam Physician. 2013;87:98–104. “Oral iron therapy is the mainstay for most patients.”
- Camaschella C. Iron deficiency anemia. N Engl J Med. 2015;372:1832–1843. Reforça ferro oral como abordagem inicial padrão.
- Auerbach M. Intravenous iron in the management of iron deficiency anemia. ASH Education Program. 2019;454–461.

Indica ferro EV quando VO não é possível ou falha, não como rotina inicial.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

## MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

### Questão 2

Medicina de Família e Comunidade (MFC)

### Questão 12

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

### Questão 22

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

### Resposta:

O Plano Municipal de Saúde perde legitimidade por não respeitar o controle social, violando a Lei nº 8.080/1990.

Justificativas:

• Alternativa A – Incorreta:

A autonomia municipal não pode sobrepor-se às normas federais do SUS, especialmente aquelas que regem o controle social (Leis 8.080 e 8.142). A aprovação de um plano de saúde sem consulta ao conselho fere a legalidade.

• Alternativa B – Incorreta:

A Lei nº 8.142/1990 exige que conferências de saúde sejam realizadas pelo menos a cada quatro anos. A ausência de conferência há mais de cinco anos configura descumprimento legal.

• Alternativa C – Correta:

A falta de participação do conselho na elaboração do Plano de Saúde, somada à inatividade das conferências e à quebra da paridade, fere o princípio da participação da comunidade (Art. 198 da Constituição e Art. 1º da Lei nº 8.142/1990), comprometendo a legitimidade do plano.

• Alternativa D – Incorreta:

A Resolução CNS nº 453/2012 determina que os conselhos devem ter composição com 50% de usuários. A ausência dessa paridade configura irregularidade estrutural, afetando a legalidade de suas decisões.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 3

Medicina de Família e Comunidade (MFC)

### Questão 23

Cardiologia / Clínica Médica / Endocrinologia e Metabologia / Geriatria / Medicina de Família e Comunidade (CCEGM)

**Resposta:**

Todas as afirmativas estão de acordo com a PNAB 2017 e os Guias Práticos do ACS.

- Assertiva 1: correta – visitas regulares fazem parte da rotina do ACS.
- Assertiva 1: correta – ACS pode atuar no acolhimento em ações educativas e organizacionais.
- Assertiva 1: correta – a notificação de riscos e vulnerabilidades é uma das funções centrais do ACS.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

### Questão 8

Medicina de Família e Comunidade (MFC)

**Resposta:**

O bloqueio completo de ramo esquerdo reduz a acurácia do teste ergométrico isolado, podendo gerar falsos positivos. Nestes casos, o indicado é um teste funcional com imagem, que permite avaliar isquemia miocárdica com maior sensibilidade e especificidade.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 11

Medicina de Família e Comunidade (MFC)

**Resposta:**

Todas as assertivas estão corretas.

- I – Correta. A infecção secundária por sorotipo distinto é fator de risco conhecido para dengue grave em razão do antibody-dependent enhancement (ADE).
- II – Correta. O NS1 é indicado nos primeiros 5 dias de febre; no 3º dia, como no caso clínico, ainda tem boa sensibilidade.
- III – Correta. A vacina Dengvaxia® é indicada somente em indivíduos previamente infectados, o que se aplica a este paciente.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

## MEDICINA INTENSIVA

### Questão 24

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Resposta:**

Conforme bibliografia indicada – Tratado de medicina intensiva, as alternativas B, C e D consistem em situações em que a transfusão é de caráter terapêutico, pois todas elas falam em sangramento grave. A alternativa A está incorreta por apresentar um critério de transfusão profilático, e não terapêutico conforme solicitado no enunciado.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

## NEUROLOGIA

### Questão 5

Neurologia (NEUR)

### Questão 5

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

**Resposta:**

Conforme descrito no Harrison's Principles of Internal Medicine, Loscalzo et al., 21ª edição (2022), p. 3317, o conteúdo apresentado na questão está em plena concordância com a referência. Assim, a resposta do gabarito está correta, não havendo incorreções conceituais ou inconsistências. Dessa forma, mantêm-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 11

Neurologia (NEUR)

### Questão 11

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

**Resposta:**

Conforme apresentado no Harrison's Principles of Internal Medicine, Loscalzo et al., 21ª edição (2022), páginas 130–146, o conteúdo da questão está de acordo com a referência adotada, não havendo divergência conceitual. Assim, a resposta do gabarito encontra respaldo na literatura, e recomenda-se manter tanto a questão quanto o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

## ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

### Questão 3

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

### Questão 13

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

### Questão 18

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

**Resposta:**

Conforme Cirurgia Ortopédica de Campbell, 10ª edição, vol. 2, p. 1267, o mecanismo predominante das fraturas do enforcado (C2) é realmente flexão seguida de distração, como descrito na alternativa assinalada. As demais afirmativas não correspondem às características clássicas dos tipos de fratura. Portanto, mantêm-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 4

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

### Questão 14

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

**Resposta:**

De acordo com Rockwood & Green's Fractures in Adults, 7ª edição, p. 1769, as características descritas na questão estão corretas, e a alternativa destacada como exceção está coerente com a literatura. Assim, não há inconsistências conceituais ou técnicas, motivo pelo qual a questão e o gabarito devem ser mantidos.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

**Questão 6**

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

**Questão 16**

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

**Resposta:**

A questão deve ser anulada, pois não é possível identificar qual alternativa corresponde ao tipo de fratura descrito, uma vez que as opções não especificam o número da classificação de Schatzker (I a VI). Cada alternativa menciona apenas descrições genéricas do platô tibial, sem vinculação clara ao subtipo definido pela classificação oficial. Dessa forma, não há como determinar com segurança qual opção representa o padrão correto, gerando ambiguidade e impossibilitando a escolha de uma resposta única.

**ANULADA.****Questão 7**

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

**Questão 17**

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

**Resposta:**

Conforme o Manual de Fraturas de Koval, 4ª edição, p. 662, o ângulo de Baumann normal situa-se entre 15° e 20°, valor que corresponde exatamente à alternativa assinalada. Não há inconsistências conceituais na formulação da questão. Dessa forma, mantém-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'B'.****Questão 9**

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

**Questão 19**

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

**Resposta:**

Conforme o Manual de Fraturas de Koval, 4ª edição, p. 723, na classificação de Monteggia em crianças, a fratura da ulna em galho verde associada à luxação lateral da cabeça radial corresponde ao Tipo III. A alternativa assinalada está, portanto, correta, e mantém-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'C'.****Questão 10**

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

**Questão 20**

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

**Resposta:**

Conforme descrito em Cirurgia Ortopédica de Campbell, 10ª edição, vol. 1, p. 827, o triângulo de Codman é uma reação periosteal característica de tumores ósseos agressivos, sendo classicamente associado ao osteossarcoma. Assim, a alternativa assinalada está correta e mantém-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

### Questão 12

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

### Questão 22

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

Resposta:

De acordo com Cirurgia Ortopédica de Campbell, 10ª edição, vol. 4, p. 3937, as etapas clássicas da osteotomia metatarsal de Mitchell incluem remoção da eminência medial, capsulorrafia medial e osteotomia da porção distal do primeiro metatarso. O desvio medial e angulação do fragmento da cabeça não fazem parte da técnica original, caracterizando corretamente a alternativa de exceção. Portanto, mantêm-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 14

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

### Questão 24

Cirurgia Plástica / Ortopedia e Traumatologia (CPOT)

Resposta:

De acordo com a literatura utilizada como referência para elaboração da questão, a classificação das dores segundo sua fisiopatologia contempla três grupos principais: **dor nociceptiva, dor neuropática e dor nociplástica**, cada uma com mecanismos distintos e manifestações clínicas próprias.

A **dor nociceptiva** resulta da ativação dos nociceptores em um sistema somatossensorial íntegro, manifestando-se com sintomas como *peso, pontadas, aperto, latejamento e queimação*.

A **dor neuropática**, por sua vez, associa-se a lesões ou doenças que afetam estruturas somatossensitivas, apresentando características como *queimação, choque elétrico, alfinetadas, formigamento e adormecimento*.

Já a **dor nociplástica** decorre de nocicepção alterada sem evidência de dano real aos tecidos ou lesão somatossensitiva, como exemplificado na fibromialgia, frequentemente acompanhada de *dor difusa, distúrbios do sono, fadiga crônica e sintomas cognitivos ou somáticos*.

Assim, a alternativa **A** está em plena concordância com os conceitos descritos nas páginas 584 e 585 do capítulo 40 do livro-texto adotado, sendo, portanto, a resposta correta.

**Bibliografia Utilizada:** Sízínio Hebert; Osvandré Lech. *Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática*. 6ª edição, 2025. Volume 1, Capítulo 40, páginas **584–585**.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 21

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

Resposta:

De acordo com Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática, 6ª edição (2025), vol. 1, pp. 570–571, a marcha em equino idiopática (MEI) é um diagnóstico de exclusão, devendo-se investigar condições frequentemente associadas ao padrão, como paralisia cerebral, distrofia muscular e transtorno do espectro autista/TDAH. Assim, todas as alternativas listadas correspondem a patologias que precisam ser descartadas durante a avaliação.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

### Questão 25

Ortopedia e Traumatologia (ORT)

Resposta:

Conforme Ortopedia e Traumatologia: Princípios e Prática, 6ª edição (2025), vol. 1, pp. 839–842, na Doença de Kienböck, pacientes abaixo de 15 anos apresentam maior potencial de remodelação e resposta biológica, sendo o tratamento conservador a conduta recomendada. As demais alternativas não correspondem às indicações terapêuticas descritas na literatura. Assim, a alternativa a) está correta e mantêm-se a questão e o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 2

Otorrinolaringologia (OTO)

**Resposta:**

Em relação à questão 2, a alternativa II está correta porque a secreção unilateral é altamente sugestiva de RSAB, enquanto que quando observada no cavum ela deve ser francamente purulenta. Segue o texto da pág. 180 do livro Rotinas em Otorrinolaringologia. "A RSAB só deve ser considerada nos quadros agudos diante da presença de três dos seguintes sinais e sintomas: • Qualquer tipo de secreção com predominância de um lado ou francamente purulenta no cavum. • Dor intensa de aspecto unilateral. • Febre > 38 °C. • Elevação da velocidade de sedimentação globular/proteína C reativa. • Recaída dos sinais e sintomas."

Piltcher, Otávio; Maahs, Gerson; Costa, Sady Selaimen da; Kuhl, Gabriel. Rotinas em Otorrinolaringologia (Portuguese Edition) (p. 180). Edição do Kindle.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

### Questão 12

Otorrinolaringologia (OTO)

**Resposta:**

Em relação à alternativa A, os corticoides tópicos nasais são eficazes para todos os sintomas de rinite alérgica ou não alérgica, sendo indicado para todos os tipos de rinite

Segue texto do livro Rotinas em Otorrinolaringologia, pág. 165

"O uso do corticosteroide tópico intranasal é a monoterapia mais efetiva para a rinite alérgica sazonal e perene e para as rinites não alérgicas, pois é eficaz para todos os sintomas de rinite, incluindo a congestão nasal."23

Piltcher, Otávio; Maahs, Gerson; Costa, Sady Selaimen da; Kuhl, Gabriel. Rotinas em Otorrinolaringologia (Portuguese Edition) (p. 165). Edição do Kindle.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

### Questão 14

Otorrinolaringologia (OTO)

**Resposta:**

Em relação ao carcinoma mucoepidermoide de glândulas salivares, seu comportamento é característico de tumor maligno. O carcinoma adenoide cístico, no entanto, caracteristicamente, independentemente de seu subtipo, tem crescimento lento, podendo ser confundido com tumor benigno.

Segue texto do livro Rotinas em Otorrinolaringologia, pág. 308

"Carcinoma adenoide cístico

É uma neoplasia epitelial maligna que se caracteriza pelo neurotropismo. Histologicamente apresentam alta taxa de invasão perineural. É o subtipo mais comum de glândulas salivares menores. Cresce lentamente, podendo ser confundido com um tumor benigno."

Piltcher, Otávio; Maahs, Gerson; Costa, Sady Selaimen da; Kuhl, Gabriel. Rotinas em Otorrinolaringologia (Portuguese Edition) (p. 308). Edição do Kindle.

**MANTIDA alternativa 'C'.**



### Questão 19

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

### Questão 19

Otorrinolaringologia (OTO)

**Resposta:**

Após reavaliação da questão, observamos que realmente a alternativa B também está correta. Segundo o texto do Livro Rotinas de Otorrinolaringologia, a canalotíase é o mecanismo mais comum na VPPB e canalotíase e ductotíase são diferentes nomenclaturas para a mesma alteração fisiopatológica. Portanto, tanto a alternativa B quanto a D estão corretas.

"A canalotíase é o mecanismo mais comum, caracterizado pela vertigem paroxística típica, com latência (tempo de início do nistagmo após o posicionamento) de alguns segundos e duração de 15 a 30 segundos, raramente ultrapassando 60 segundos."

Piltcher, Otávio; Maahs, Gerson; Costa, Sady Selaimen da; Kuhl, Gabriel. Rotinas em Otorrinolaringologia (Portuguese Edition) (p. 124). Edição do Kindle.

**ANULADA.**

### Questão 23

Cirurgia Básica / Cirurgia Geral / Otorrinolaringologia (CGO)

### Questão 23

Otorrinolaringologia (OTO)

**Resposta:**

Conforme descrito Tratado de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço. 2 vol. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2025. Cap. 198 (Lesões Pré-Malignas da Laringe), utilizado como referência pela banca, a drenagem linfática preferencial da supraglote ocorre para os linfonodos jugulares superiores e médios, não havendo divergência quanto à identificação dessa cadeia como o principal trajeto de drenagem.

Assim, mantém-se o gabarito.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

## PEDIATRIA

### Questão 2

Pediatria / Pneumologia (PP)

### Questão 2

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

### Questão 2

Nutrologia / Pediatria (NP)

### Questão 2

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

### Questão 2

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

### Questão 2

Pediatria (PED)

### Questão 9

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

### Questão 12

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

### Questão 17

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

### Questão 18

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

### Questão 22

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

**Resposta:**

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV do Ministério da Saúde, não há contraindicação ao contato pele a pele entre mãe e recém-nascido exposto ao HIV; ao contrário, o contato é estimulado, desde que observadas as demais medidas de precaução. Assim, a alternativa C descreve uma conduta não preconizada pelas diretrizes, razão pela qual está incorreta e deve ser mantida como gabarito da questão.

**MANTIDA alternativa 'C'.**

**Questão 3**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Questão 3**

Pediatria (PED)

**Questão 3**

Nutrologia / Pediatria (NP)

**Questão 3**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

**Questão 3**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 3**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Questão 10**

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

**Questão 13**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

**Questão 18**

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNPP)

**Questão 19**

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

**Questão 23**

Anestesiologia / Neurologia / Cirurgia Oncológica / Clínica Médica / Geriatria / Medicina Família e Comunidade / Medicina Intensiva / Oncologia Clínica / Pediatria / Mastologia / Nefrologia (ANCCGO)

**Resposta:**

De acordo com a diretriz mais recente da Anvisa sobre infecções relacionadas à assistência à saúde e com a literatura especializada em neonatologia, a forma adequada de investigar infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC) consiste na coleta de hemoculturas de uma veia periférica e do cateter venoso central, de maneira separada.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

**Questão 4**

Pediatria (PED)

**Questão 4**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 4**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

**Questão 4**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Questão 4**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Questão 4**

Nutrologia / Pediatria (NP)

**Questão 11**

Anestesiologia / Acupuntura ou Anestesiologia ou Clínica Médica ou Medicina Física e Reabilitação ou Neurologia ou Ortopedia ou Pediatria ou Reumatologia ou Neurocirurgia (ACM)

#### **Questão 14**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

#### **Questão 19**

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

#### **Questão 20**

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

**Resposta:**

Segundo publicação de maio de 2025 do Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, está indicado o uso de cafeína em RN com idade gestacional < 28 semanas e/ou peso nascimento <1.000g desde o primeiro dia de vida. A profilaxia é sugerida, uma vez que a apneia ocorre em quase todos os RNPT extremos e o tratamento pode reduzir a necessidade de intubação e ventilação mecânica (VM); em RN com idade gestacional entre 28 e 32 semanas: se clínica de apneia; se em qualquer suporte ventilatório (invasivo e não invasivo); em desmame da ventilação mecânica, em programação para extubação nas próximas 24h, com o objetivo de prevenir ou minimizar a falha de extubação; ou RN com idade gestacional > 32 semanas que apresentem quadro de apneia.

Preconiza-se iniciar o mais precocemente possível. Estudos recentes têm sugerido ainda na sala de parto, mas revisão sistemática com metanálise sugere às 24 horas de vida; pois evidenciou benefícios na redução do tempo de ventilação mecânica, ROP, PCA, DBP, e do desfecho combinado, DBP ou morte. A cafeína não parece prevenir a intubação em pacientes pré-termo, mas promove redução na duração da VM invasiva.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

#### **Questão 6**

Pediatria (PED)

#### **Questão 6**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

#### **Questão 6**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

#### **Questão 6**

Pediatria / Pneumologia (PP)

#### **Questão 6**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

#### **Questão 6**

Nutrologia / Pediatria (NP)

#### **Questão 16**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

#### **Questão 21**

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

#### **Questão 22**

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

**Resposta:**

Segundo Uptodate, "The contribution of the dissolved oxygen to  $\text{CaO}_2$  is minimal (approximately 2 percent). Since  $\text{PaO}_2$  depends on dissolved oxygen,  $\text{PaO}_2$  may remain normal in the presence of anemia but  $\text{CaO}_2$  is low", ou seja, mesmo em situações em que a  $\text{paO}_2$  está normal, em situações de anemia o  $\text{CaO}_2$  permanece baixa. E com relação a  $\text{SatO}_2$  todos sabem que o valor a ser colocado na fórmula é NO MAXIMO 1 (100%), enquanto a Hb por mais baixa que esteja, vai ser sempre valor muito acima de 1, indicando matematicamente também sua maior importância no conteúdo arterial de  $\text{O}_2$ .

**MANTIDA alternativa 'A'.**

**Questão 7**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Questão 7**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

**Questão 7**

Nutrologia / Pediatria (NP)

**Questão 7**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Questão 7**

Pediatria (PED)

**Questão 7**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 17**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

**Questão 22**

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

**Questão 23**

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

**Resposta:**

Segundo UpToDate a escala de coma de Glasgow é o sensor na avaliação e definição de coma em emergência pediátrica, e se foi colocado o valor da ECG, não seriam necessários os parâmetros.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

**Questão 8**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Questão 8**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

**Questão 8**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Questão 8**

Nutrologia / Pediatria (NP)

**Questão 8**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 8**

Pediatria (PED)

**Questão 18**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

**Questão 23**

Medicina Física e Reabilitação / Neurocirurgia / Neurologia / Pediatria (MNNP)

**Questão 24**

Hematologia e Hemoterapia / Oncologia Clínica / Pediatria (HOCP)

**Resposta:**

A medicação de bloqueio neuromuscular indicada para sequência rápida de intubação (SRI) e que é contraindicada na presença de história familiar de hipertermia maligna é a succinilcolina. Trata-se de um bloqueador neuromuscular despolarizante sabidamente associado ao desencadeamento da condição.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

**Questão 14**

Medicina Intensiva / Pediatria (MIPED)

**Questão 14**

Medicina de Emergência / Pediatria (MEP)

**Questão 14**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Questão 14**

Nutrologia / Pediatria (NP)

**Questão 14**

Clínica Médica / Pediatria (CMPED)

**Questão 14**

Pediatria (PED)

**Questão 24**

Endocrinologia e Metabologia / Pediatria (EMP)

**Resposta:**

Na abordagem inicial do trauma pediátrico, as vias aéreas têm prioridade absoluta. A lesão traqueal representa comprometimento imediato de via aérea, podendo evoluir rapidamente para obstrução, hipóxia e parada cardiorrespiratória. Por isso, deve ser identificada e manejada antes de qualquer outra condição.

**MANTIDA alternativa 'A'.**

**Questão 18**

Pediatria (PED)

**Resposta:**

Conforme o Tratado da Sociedade Brasileira de Pediatria, 6ª edição, 2025 – Seção 20, página 2020: para cobertura de ambos patógenos, a nitazoxanida é a opção terapêutica adequada. Portanto, de fato, é necessária a mudança do gabarito para letra C.

**ALTERA GABARITO DE ALTERNATIVA 'D' PARA ALTERNATIVA 'C'.**

**PNEUMOLOGIA****Questão 18**

Cirurgia Torácica / Pneumologia (CTPN)

**Questão 18**

Pediatria / Pneumologia (PP)

**Resposta:**

A questão testa o raciocínio diagnóstico em um paciente com suspeita de TEP. Com um escore de Wells de 4,5, o paciente tem probabilidade clínica intermediária. Segundo os algoritmos diagnósticos, em pacientes com probabilidade intermediária ou alta, ou em pacientes com probabilidade baixa mas com instabilidade hemodinâmica, o próximo passo é um exame de imagem definitivo. A angiotomografia de tórax é o exame de escolha na maioria dos centros por ser rápido, amplamente disponível e ter alta sensibilidade e especificidade para TEP.

A alternativa A é incorreta: A dosagem do Dímero-D é mais útil para excluir o diagnóstico de TEP em pacientes com baixa probabilidade clínica. Em pacientes com probabilidade intermediária ou alta, seu valor é limitado, pois um resultado positivo não confirma o diagnóstico e um negativo não o exclui com segurança, sendo necessário prosseguir com a imagem. Sendo assim, mantém-se o gabarito.

Referência: KONSTANTINIDES, S. V. et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS). Eur Heart J. 2020;41(4):543-603. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz405

**MANTIDA alternativa 'C'.**

### Questão 23

Pediatria / Pneumologia (PP)

Resposta:

O quadro clínico é de choque obstrutivo por Tromboembolismo Pulmonar (TEP) maciço. Os elementos-chave são: início súbito, hipotensão grave (choque), hipoxemia refratária, turgência jugular (cor pulmonale agudo), bloqueio de ramo direito novo (sobrecarga de VD) e acidose metabólica com lactato elevado (hipoperfusão tecidual). O TEP maciço é definido por instabilidade hemodinâmica (PAS <90 mmHg ou queda de  $\geq 40$  mmHg por >15 min) e tem alta mortalidade. A conduta prioritária é a trombólise sistêmica imediata (alteplase, tenecteplase) para restaurar a perfusão pulmonar e reverter o choque. A trombólise está indicada em TEP de alto risco (maciço) sem contraindicações absolutas. Assim, mantém-se o gabarito na alternativa B, como preliminarmente divulgado.

**MANTIDA alternativa 'B'.**

## RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

### Questão 3

Radiologia e Diagnóstico por Imagem / Ginecologia e Obstetrícia (GIRAD)

### Questão 3

Angiologia / Cirurgia Vascular / Radiologia e Diagnóstico por Imagem (ACE)

### Questão 3

Radiologia e Diagnóstico por Imagem (RAD)

Resposta:

O PET-CT referido no enunciado está inserido no contexto clínico padrão de oncologia torácica em pacientes imunocompetentes, no qual o FDG (fluorodesoxiglicose) é amplamente reconhecido como o traçador de escolha para avaliação de nódulos pulmonares. Portanto, a ausência de especificação explícita do FDG não compromete a compreensão ou clareza da questão. O padrão descrito na alternativa D — ausência de captação associada à calcificação central em "pipoca" — é absolutamente característico de hamartomas pulmonares, conhecidos por seu altíssimo valor preditivo negativo para malignidade. Ainda que traçadores alternativos sejam utilizados para malignidades específicas, eles não se aplicam neste cenário clínico, e é impraticável considerar radiofármacos fora do padrão-ouro neste contexto.

Referência:

Gould MK, Donington J, Lynch WR, et al. Evaluation of individuals with pulmonary nodules: when is it lung cancer? Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013;143(5\_suppl):e93S-e120S.

Patel VK, Naik SK, Naidich DP, et al. A practical algorithmic approach to the diagnosis and management of solitary pulmonary nodules: part 2: pretest probability and algorithm. Chest. 2013;143(3):840-846.

Yang W, Qian F, Teng J, et al. Characteristics of benign solitary pulmonary nodules: size-specific and morphology-specific analyses based on 18F-FDG PET/CT. Cancer Imaging. 2019;19(1):11. DOI:10.1186/s40644-019-0200-6

Cherk MH, Foo SS, Poon AMT, Knight SR. Imaging Guidelines for Oncologic PET/CT: Standardizing Protocols Across Australia. Semin Nucl Med. 2022;52(6):669-683.

MacMahon H, Naidich DP, Goo JM, et al. Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. Radiology. 2017;284(1):228-243.

**MANTIDA alternativa 'D'.**

## ANEXO II – GABARITOS DEFINITIVOS

### PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	*	D	C	D	A	A	C	A	B	C	D	C	D	B	B	B	C	C	C

21	22	23	24	25
B	A	B	A	B



**PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
*	B	C	A	B	D	B	D	C	C	C	C	*	B	B	A	C	C	C	A

21	22	23	24	25
C	B	D	C	B

**PRÉ-REQUISITO – GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	B	A	D	D	A	A	D	D	B	B	C	C	A	C	C	C	B	C

21	22	23	24	25
B	A	A	C	C

**PRÉ-REQUISITO – HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	C	A	B	D	B	A	B	C	C	B	A	A	D	C	B	D	B	C

21	22	23	24	25
A	D	D	A	D

**PRÉ-REQUISITO – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	C	D	B	A	C	C	B	D	A	D	C	A	C	B	C	D	C	D	A

21	22	23	24	25
B	A	A	B	D

**PRÉ-REQUISITO – NEFROLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	C	A	B	B	A	C	D	A	D	A	B	D	C	C	B	B	A	C	D

21	22	23	24	25
D	C	C	A	D

**PRÉ-REQUISITO – NEUROLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	B	D	A	C	D	D	C	C	D	D	A	D	A	B	C	A	C	B

21	22	23	24	25
A	B	D	A	D

**PRÉ-REQUISITO – OFTALMOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	A	B	A	D	C	D	C	D	C	A	B	D	B	C	C	B	C	A

21	22	23	24	25
C	B	D	D	A

**PRÉ-REQUISITO – ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	C	A	B	A	*	B	D	C	B	A	C	C	A	C	D	B	A	C	D

21	22	23	24	25
D	D	B	A	A

**PRÉ-REQUISITO – OTORRINOLARINGOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	D	B	B	D	C	B	C	A	A	B	A	D	C	D	A	B	C	*	B

21	22	23	24	25
B	D	A	C	B

**PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	B	D	C	C	B

21	22	23	24	25
A	D	D	C	C

**PRÉ-REQUISITO – PSIQUIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	B	A	C	A	D	C	C	A	A	A	B	D	C	A	C	A	C

21	22	23	24	25
B	C	D	B	D

**PRÉ-REQUISITO – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	D	B	D	A	D	C	C	D	B	B	D	A	C	A	B	A	B	C

21	22	23	24	25
B	B	C	A	C

**PRÉ-REQUISITO – PROGRAMA DE CIRURGIA BÁSICA / GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	*	D	C	D	A	A	C	A	B	C	D	C	D	B	A	D	B	A	D

21	22	23	24	25
D	A	A	D	D

**PRÉ-REQUISITO – PEDIATRIA / PNEUMOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	C	B	C	D	C

21	22	23	24	25
A	B	B	A	D

**PRÉ-REQUISITO – NUTROLOGIA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	C	B	D	D	A

21	22	23	24	25
B	A	C	B	A

**PRÉ-REQUISITO – MEDICINA INTENSIVA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	C	A	B	A	D

21	22	23	24	25
D	C	D	A	B

**PRÉ-REQUISITO – MEDICINA DE EMERGÊNCIA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	D	C	B	A	B

21	22	23	24	25
A	A	D	C	B

**PRÉ-REQUISITO – HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA / ONCOLOGIA CLÍNICA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	C	A	B	D	B	A	C	B	D	D	B	A	A	C	B	C	D	A

21	22	23	24	25
C	A	B	B	D

**PRÉ-REQUISITO – ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	B	B	C	D	A	C	A	D	C	B	C	D	A	C	A	B	B	D	C

21	22	23	24	25
D	A	B	A	C

**PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	C	D	A	C	A	B	B	D	C	D	A	B	A	C	*	B	C	A	B

21	22	23	24	25
D	B	D	C	C

**PRÉ-REQUISITO – CLÍNICA MÉDICA / GASTROENTEROLOGIA / INFECTOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
*	B	C	A	B	D	B	D	C	D	B	C	B	A	C	B	D	A	A	B

21	22	23	24	25
C	D	A	B	C

**PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA TORÁCICA / PNEUMOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	D	D	A	D	D	C	B	A	C	A	D	B	D	C	B	C	D	C

21	22	23	24	25
A	B	B	A	D

**PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
*	A	A	C	D	D	C	B	A	D	C	B	A	C	B	D	B	C	B	D

21	22	23	24	25
B	B	A	D	C

**PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA / CIRURGIA VASCULAR**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
*	A	A	C	D	D	C	B	A	D	C	B	A	C	B	D	C	A	C	A

21	22	23	24	25
B	D	B	C	A

**PRÉ-REQUISITO – CARDIOLOGIA / CLÍNICA MÉDICA / ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA / GERIATRIA / MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
*	A	A	C	D	*	B	C	A	B	D	B	D	C	B	B	B	C	D	A

21	22	23	24	25
D	C	D	B	C

**PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL / OTORRINOLARINGOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	*	D	C	D	A	A	C	A	B	C	D	C	D	B	A	B	C	D	B

21	22	23	24	25
B	D	A	C	B

**PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO / COLOPROCTOLOGISTA / ENDOSCOPIA / GASTROENTEROLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	A	A	B	D	C	D	C	B	C	A	D	C	B	B	C	A	D	D	B

21	22	23	24	25
C	B	A	C	B

**PRÉ-REQUISITO – CIRURGIA PLÁSTICA / ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
B	D	D	C	A	C	B	A	C	B	C	C	A	B	A	*	B	D	C	B

21	22	23	24	25
A	C	C	A	C

**PRÉ-REQUISITO – MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO / NEUROCIRURGIA / NEUROLOGIA / PEDIATRIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
D	A	B	D	A	C	D	D	C	C	D	B	D	C	D	B	C	D	A	C

21	22	23	24	25
A	B	B	D	C

**PRÉ-REQUISITO – ANESTESIOLOGIA / ACUPUNTURA OU ANESTESIOLOGIA OU CLÍNICA MÉDICA OU MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OU NEUROLOGIA OU ORTOPEDIA OU PEDIATRIA OU REUMATOLOGIA OU NEUROCIRURGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	D	*	B	C	A	B	C	D	A	B	D	C	D	C	C	A	D	A

21	22	23	24	25
B	C	A	C	D

**PRÉ-REQUISITO – ANESTESIOLOGIA / NEUROLOGIA / CIRURGIA ONCOLÓGICA / CLÍNICA MÉDICA / GERIATRIA / MEDICINA FAMÍLIA E COMUNIDADE / MEDICINA INTENSIVA / ONCOLOGIA CLÍNICA / PEDIATRIA / MASTOLOGIA / NEFROLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	B	D	A	C	D	*	B	C	A	D	C	C	A	C	C	D	D	C	B

21	22	23	24	25
B	C	D	B	C

**PRÉ-REQUISITO – ANGIOLOGIA / CIRURGIA VASCULAR / RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	D	B	D	A	D	D	C	B	A	B	C	A	B	D	A	B	B	C

21	22	23	24	25
D	A	C	D	B

**PRÉ-REQUISITO – ÁREA CIRURGIA BÁSICA / CIRURGIA GERAL / CLÍNICA MÉDICA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
C	*	D	C	D	A	A	C	A	B	C	D	C	D	B	*	B	C	A	B

21	22	23	24	25
D	B	D	C	C

**PRÉ-REQUISITO – RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM / GINECOLOGIA**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
A	C	D	B	D	A	D	C	C	D	B	B	D	A	C	A	D	B	A	D

21	22	23	24	25
D	A	A	D	D

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2025.

Dr. Antônio Carlos Weston  
Coordenador da Prova