

PROCESSOS SELETIVOS – 2026

EDITAL - NORMATIZAÇÕES DOS SERVIÇOS DE ESTÁGIOS E ESPECIALIZAÇÕES MÉDICAS DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE RIBEIRÃO PRETO - 2026

RESPOSTAS AOS RECURSOS INTERPOSTOS AO GABARITO OFICIAL

Questão: Um homem de 72 anos, hipertenso e tabagista, é trazido à Unidade de Emergência com quadro de tontura e mal-estar iniciado há 30 minutos. Ao exame físico, apresenta-se pálido, sudoreico e com tempo de enchimento capilar de 4 segundos.

Sinais vitais: PA = 78/44 mmHg; FC = 165 bpm; FR = 22 irpm; SatO₂ = 92% em ar ambiente. O monitor cardíaco revela um ritmo de taquicardia com complexo QRS estreito e intervalos R-R regulares.

Diante da instabilidade hemodinâmica e do achado eletrocardiográfico, a conduta imediata preconizada pelo protocolo ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) é:

- A) Manobra de Valsalva modificada.
- B) Adenosina 6 mg em bolus endovenoso rápido.
- C) Amiodarona 150 mg diluída em 100 ml de soro glicosado.
- D) Cardioversão elétrica sincronizada com 50 a 100 Joules.
- E) Desfibrilação com 200 Joules (bifásico).

Recurso Interposto: Na questão 1 há mais de uma alternativa correta. O texto da questão abordava sobre um paciente instável com taquicardia de QRS estreito e regular, perguntando sobre a conduta preconizada pelo protocolo ACLS. O gabarito está como alternativa correta: **CARDIOVERSÃO ELÉTRICA SINCRONIZADA COM 50 A 100 JOULES**. Porém, de acordo com o ACLS em caso de taquicardia instável, se houver complexo QRS estreito e regular, pode-se considerar Adenosina, o que torna a alternativa que consta "ADENOSINA 6 MG EM BOLUS ENDOVENOSO RAPIDO" igualmente correta. Dessa forma, solicito, respeitosamente, a revisão do gabarito da referida questão. Segue em anexo algoritmo de taquicardia para adultos com pulso que é o algoritmo oficial de Adult Tachycardia with a Pulse usado em treinamentos de ACLS conforme descrito nas diretrizes da American Heart Association (AHA)

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O ponto central não é se a adenosina *pode* ser usada, mas sim qual é a **prioridade absoluta** diante da instabilidade hemodinâmica grave. O protocolo ACLS é hierárquico. Se o paciente apresenta sinais de instabilidade (hipotensão severa 78/44 mmHg, alteração do nível de consciência/tontura, palidez e má perfusão), a conduta imediata e definitiva é a Cardioversão Elétrica Sincronizada.

Questão: Uma mulher de 54 anos, com diagnóstico de pneumonia comunitária grave evoluindo para insuficiência respiratória aguda, foi submetida a intubação orotraqueal e iniciou ventilação mecânica invasiva no modo assisto-controlado por volume (VCV). O peso predito da paciente é de 60 kg.

Os parâmetros iniciais do ventilador são: **Volume Corrente (V_t): 360 mL (6 mL/kg); Frequência Respiratória (f): 12 irpm; Fluxo: 60 L/min; PEEP: 8cmH₂O; FiO_2 : 40%.**

Após 30 minutos de estabilização, é coletada uma gasometria arterial que revela: **pH 7,28; $PaCO_2$ 60 mmHg; PaO_2 75 mmHg; HCO_3 24 mEq/L; Saturação de O_2 94%.**

Considerando a análise da gasometria e a necessidade de ajuste da ventilação minuto para normalizar o equilíbrio ácido-base, a conduta mais adequada no momento é:

- A) Aumentar FiO_2
- B) Aumentar PEEP
- C) Aumentar frequência respiratória
- D) Reduzir volume corrente
- E) Reduzir PEEP

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (A). Destaca-se em questão a acidose respiratória associada à hipoxia significativa pela pressão parcial de O_2 descrita no enunciado. O paciente em questão se encontrava em ventilação mecânica com volume corrente 6 mL/kg (que é recomendado pelas diretrizes). O problema está no fato de que a elevação da pressão parcial do CO_2 ventilação alveolar inadequada o que infere uma hipercapnia causada pela ventilação insuficiente ou espaço morto aumentado. Diante disso a conduta a ser tomada de imediato é reduzir o volume corrente para 4 – 5 ml/kg assim e também ajustar outros parâmetros como FR, o que não foi destacado em nenhum item.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O volume corrente inicial (6 mL/kg) já segue as diretrizes de proteção pulmonar. Portanto, o ajuste mais eficaz e seguro para normalizar o equilíbrio ácido-base, sem violar a estratégia protetora, é o aumento da frequência respiratória, que se encontra no patamar inicial mínimo (12 irpm). A alternativa C é a única intervenção que aborda a causa da acidose (hipercapnia) de forma fisiologicamente correta conforme o protocolo de ventilação mecânica.

Questão: Um homem de 45 anos, com histórico de etilismo crônico pesado e desnutrição, é trazido ao pronto-socorro por familiares devido a um quadro de desorientação e "andar cambaleante" com início há 24 horas. Ao exame físico, o paciente apresenta-se confuso e desatento. Na avaliação neurológica, observa-se nistagmo horizontal bilateral, paralisia do nervo abducente e ataxia de marcha, com instabilidade postural acentuada.

Devido ao estado de agitação e desnutrição, a equipe de enfermagem questiona sobre a infusão de soro glicosado para reposição energética. Diante da principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta imediata e a sequência correta de administração para evitar o agravamento do quadro neurológico?

- A) Glicose EV
- B) Soro fisiológico
- C) Tiamina EV antes da glicose
- D) Haloperidol
- E) Benzodiazepínico

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D). O quadro clínico é descrito no enunciado é compatível com encefalopatia de Wernicke devido a deficiência vitamínica de B1 e a administração de glicose sem reposição prévia de tiamina pode precipitar ou agravar a encefalopatia, já que a glicose aumenta o consumo de tiamina no metabolismo. Portanto a primeira conduta é administrar tiamina intravenosa para prevenir o agravamento neurológico.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: o argumento sustenta o gabarito oficial (C), mas conclui que a resposta correta deveria ser a (D) - que é um antipsicótico (Haloperidol). Claramente houve uma confusão na digitação do recurso ou na interpretação das alternativas.

Questão: Uma paciente de 22 anos, com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus Tipo 1, é levada ao Serviço de Urgência com quadro de dor abdominal difusa, náuseas e vômitos persistentes há 12 horas. Ao exame físico, apresenta-se desidratada (3+/4+), com hálito cetônico e padrão respiratório de Kussmaul. Seus sinais vitais revelam: PA 100/60 mmHg, FC 115 bpm, Tax 36,8°C.

Os exames laboratoriais de entrada mostram:

- Glicemia capilar: 512 mg/dL.
- Gasometria arterial: pH 7,12; HCO_3 10 mEq/L; $PaCO_2$ 22 mmHg.
- Eletrólitos: Sódio 136 mEq/L; Potássio 5,8 mEq/L; Cloro 102 mEq/L.
- Sumário de urina: Cetonúria (4+).

O eletrocardiograma (ECG) de 12 derivações realizado na admissão é normal, sem sinais de instabilidade de membrana miocárdica. Após o início da expansão volêmica vigorosa com cristalóide, a conduta mais adequada em relação à terapia específica é:

- A) Iniciar insulina imediatamente
- B) Administrar gluconato de cálcio
- C) Iniciar reposição de potássio
- D) Aguardar correção do pH
- E) Realizar hemodiálise

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (A) E Resposta correta (B) O enunciado reproduz um caso de CAD em que foi realizada a expansão volêmica de imediato e solicita a conduta mais adequada para a paciente. Tendo em vista que o primeiro passo foi realizado corretamente e o valor do potássio da paciente estava adequado, o próximo passo será iniciar insulina imediatamente, primeiramente em bólus e posteriormente em bic. O potássio deverá ser corrigido sequencialmente mas de imediato a conduta correta é insulino-terapia de imediato.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: o argumento confirma o gabarito oficial (A), mas aponta outra letra (B) como correta no cabeçalho do recurso.

Questão: Um homem de 72 anos, em tratamento de pneumonia nosocomial em unidade de terapia intensiva, apresenta-se no 5º dia de antibioticoterapia de amplo espectro. Clinicamente, o paciente apresenta melhora da estabilidade hemodinâmica e redução do suporte ventilatório. No entanto, o

Leucograma ainda mantém desvio à esquerda e a Proteína C-Reativa (PCR), que era de 180 mg/L na admissão, encontra-se em 150 mg/L (valor de referência < 5 mg/L).

O médico assistente deseja utilizar um biomarcador para auxiliar na decisão de interrupção precoce ou escalonamento da antibioticoterapia, buscando um marcador que apresente maior especificidade para infecção bacteriana e cuja redução correlacione-se mais fidedignamente com o sucesso do tratamento antimicrobiano.

De acordo com as evidências atuais sobre manejo de sepse e uso de biomarcadores, o marcador mais útil para essa finalidade específica é a:

- A) PCR
- B) Procalcitonina
- C) Leucograma
- D) VHS
- E) Dímero-D

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (B) E Resposta correta (E) Na história do paciente há melhora clínica, todavia, o mesmo permanece com leucograma com desvio a esquerda e PCR elevada (Que de fato é um marcador extremamente inespecífico. A procalcitonina é mais útil que a PCR ou leucograma para guiar a terapia antimicrobiana, sobretudo, o escalonamento da antibioticoterapia pois seus níveis diminuem rapidamente com o sucesso do tratamento realizado.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: A própria argumentação confirma que a Procalcitonina é o marcador mais útil para a finalidade descrita.

Questão: Um homem de 74 anos está internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) há 14 dias para tratamento de uma pneumonia hospitalar grave. Durante o período, fez uso de Piperacilina-Tazobactam e, posteriormente, escalonamento para Meropenem e Vancomicina. Há dois dias, o paciente apresenta distensão abdominal, dor tipo cólica e o início de diarreia aquosa profusa (cerca de 8 a 10 episódios/dia), sem presença de sangue ou muco macroscópicos.

Ao exame físico: encontra-se desidratado, afebril, com abdome distendido e ruídos hidroaéreos aumentados. Exames laboratoriais revelam leucocitose e aumento recente da creatinina basal. Foi realizada uma sigmoidoscopia à beira do leito que evidenciou placas amareladas aderentes à mucosa do cólon, com aspecto de "pseudomembranas".

Considerando o histórico de exposição antimicrobiana e os achados endoscópicos, a principal hipótese diagnóstica e o agente etiológico envolvido são:

- A) Colite isquêmica
- B) Amebíase
- C) Clostridioides difficile
- D) Salmonelose
- E) Giardíase

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D) O caso descrito é clássico de infecção por *C. difficile*, já que o exame realizado apresentou o achado patognomônico que são as pseudomembranas causadas pela bactéria em colon sigmoide após o uso dos antibióticos citados.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: Embora o recurso apresente fundamentação técnica adequada e alinhada ao gabarito oficial, houve inconsistência na indicação da alternativa correta no cabeçalho, sendo assinalada a letra D. No entanto, a própria argumentação desenvolvida no texto conduz à alternativa C. Diante da divergência entre o pedido e a justificativa apresentada, mantém-se o gabarito oficial.

Questão: Um paciente de 82 anos, com diagnóstico de Neoplasia de Pâncreas metastática e insuficiência renal estágio V, é levado à emergência por dispneia grave e rebaixamento do nível de consciência. A família apresenta uma diretiva antecipada de vontade (testamento vital) lavrada pelo paciente há um ano, expressando o desejo de "não ser submetido a medidas invasivas de suporte à vida em caso de terminalidade". A equipe médica decide pela prescrição de opioides para alívio do sofrimento respiratório, mesmo sabendo que a dose necessária pode, teoricamente, abreviar as horas restantes de vida do paciente.

De acordo com o Código de Ética Médica e os princípios bioéticos, a conduta da equipe fundamenta-se no:

- A) Princípio da Autonomia, configurando prática de Eutanásia passiva.
- B) Princípio do Duplo Efeito, caracterizando a Ortotanásia.
- C) Princípio da Beneficência, configurando Distanásia necessária.
- D) Princípio da Justiça, visando a alocação de recursos em pacientes críticos.
- E) Imperativo Categórico, caracterizando a Mistanásia.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (B) E Resposta correta (A) No caso em questão o paciente possui documentado o desejo de não tomada das medidas invasivas necessárias caso o mesmo siga o curso natural da vida evoluindo para óbito. Quando a equipe médica, optou por administrar opioides em doses que podem abreviar a vida do paciente com a finalidade de aliviar o sofrimento respiratório, respeitaram a autonomia do paciente, permitindo que sua anteriormente dita e documentada fosse cumprida. A conduta é classificada como eutanásia passiva, pois envolve a não realização ou suspensão de intervenções que prolongariam a vida do paciente, indo de encontro com o desejo do mesmo. Portanto a resposta correta, se enquadra não só na alternativa proposta pela banca mas também na que foi descrita acima, sendo correta também a alternativa A

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: A alternativa B é a única tecnicamente correta, pois descreve o Princípio do Duplo Efeito e a prática da Ortotanásia, termos adotados oficialmente pelo Conselho Federal de Medicina (Resolução CFM 1.805/06) e pelo Código de Ética Médica vigente.

Questão: Paciente adulto evolui com insuficiência renal aguda oligúrica, apresentando acidose metabólica grave refratária ao tratamento clínico e hipercalemia persistente, com risco iminente de instabilidade cardíaca. Diante desse cenário, qual é a conduta definitiva indicada?

- A) Diurético de alça

- B) Bicarbonato EV contínuo
- C) Restrição hídrica
- D) Hemodiálise
- E) Troca plasmática

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (D) E Resposta correta (C) No paciente em questão em que havia IRA associada a oligúria e com desequilíbrio ácido básico (acidose metabólica severa) e hidroeletrólítico (hipercalemia) refratário ao tratamento clínico, a hemodiálise de fato, é o tratamento definitivo adequado.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso apresenta contradição interna. Embora descreva corretamente um quadro de insuficiência renal aguda oligúrica com acidose metabólica grave refratária e hipercalemia persistente, que configura indicação clássica de diálise de urgência, aponta equivocadamente a alternativa C (restrição hídrica) como resposta correta. Ressalta-se que a restrição hídrica é medida de suporte e não constitui conduta definitiva para o cenário apresentado. Assim, mantém-se o gabarito oficial (alternativa D – hemodiálise).

Questão: Em pacientes com sepse grave ou choque séptico internados em unidade de terapia intensiva, apesar do tratamento antimicrobiano adequado e do suporte hemodinâmico precoce, a evolução clínica pode ser desfavorável. Nesses casos, qual é a principal causa de morte associada à sepse?

- A) Falência renal
- B) Arritmias
- C) Disfunção múltipla de órgãos
- D) Hipoglicemia
- E) Sangramento digestivo

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D) Lê-se nas referências abaixo citadas que nos casos de sepse grave ou sepse associada a choque séptico, mesmo com tratamento antimicrobiano com os antibióticos de amplo espectro e suporte hemodinâmico adequado, a principal causa de morte é a disfunção múltipla de órgãos. Esta se dá pela resposta inflamatória sistêmica que evolui com o comprometimento progressivo os órgãos levando ao óbito.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O próprio recurso reconhece que, em casos de sepse grave ou choque séptico, a principal causa de morte é a disfunção múltipla de órgãos decorrente da resposta inflamatória sistêmica e da falência progressiva orgânica, o que corresponde à alternativa C. Contudo, no cabeçalho do recurso, foi indicada incorretamente a alternativa D (hipoglicemia). Dessa forma, diante da contradição entre a fundamentação apresentada e a alternativa assinalada, mantém-se o gabarito oficial (C).

Questão: Um homem de 65 anos em uso de Varfarina para Fibrilação Atrial apresenta uma infecção urinária e inicia tratamento com Sulfametoxazol-Trimetoprima. Após 4 dias, ele retorna com hematúria e equimoses espontâneas. O RNI, que era de 2,5, agora encontra-se em 9,0. O mecanismo farmacológico que explica essa interação é:

- A) Indução enzimática do citocromo P450 pelo antibiótico.
- B) Inibição enzimática do citocromo P450 e deslocamento da varfarina das proteínas plasmáticas.
- C) Redução da absorção intestinal de Vitamina K pelo efeito bactericida.
- D) Antagonismo direto nos receptores de Vitamina K-epóxido redutase.
- E) Aumento da excreção renal da varfarina.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (B) E Resposta correta (D) Entende-se que o mecanismo farmacológico que explica a interação entre o bactrim e a varfarina se dão tanto pelo, mecanismo de inibição do citocromo P450 reduzindo o clearance renal e aumentando os níveis plasmáticos do anticoagulante quanto no deslocamento proteico. Isso porque o sulfametoxazol, presente no bactrim também pode deslocar o anticoagulante(varfarina) das suas ligações proteicas. Esse efeito de interação medicamentosa produz hematúria e equimoses oriundas das hemorragias pelo alargamento do RNI.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso apresenta fundamentação que confirma o gabarito oficial. A interação entre sulfametoxazol-trimetoprima e varfarina ocorre principalmente por inibição do citocromo P450 (especialmente do metabolismo da varfarina) e também por deslocamento da varfarina das proteínas plasmáticas, elevando seus níveis séricos e o RNI, com risco hemorrágico. Esses mecanismos correspondem à alternativa B. Entretanto, o recurso aponta incorretamente a alternativa D, que descreve o mecanismo farmacológico próprio da varfarina (inibição da vitamina K-epóxido redutase), e não o mecanismo da interação com o antibiótico. Assim, mantém-se o gabarito oficial (B).

Questão: Uma paciente de 24 anos apresenta anemia (Hb 9,0), VCM 70, HCM 22 e RDW 13% (normal). O ferro sérico e a ferritina estão normais. O pai da paciente também possui histórico de anemia leve desde a infância, sem resposta ao uso de sulfato ferroso.

A hipótese diagnóstica mais provável e o exame confirmatório são:

- A) Anemia Ferropriva; Prova terapêutica com ferro.
- B) Anemia de Doença Crônica; Proteína C-Reativa.
- C) Beta-Talassemia Menor; Eletroforese de Hemoglobina.
- D) Anemia Sideroblástica; Mielograma.
- E) Anemia Falciforme; Teste do pezinho.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D) Analisando os dados fornecidos pelo enunciado em que havia uma anemia normocítica com ferro sérico e ferritina normais, sabe-se que a anemia não será por deficiência de ferro. Devido a história de anemia que perdurava desde a infância mesmo não havendo resposta ao tratamento com sulfato ferroso infere-se a hereditariedade. A beta-talassemia menor caracteriza-se justamente nesse contexto por ser uma anemia microcítica, hipocrômica e hereditária que cursa com ferro normal. Para diferenciá-la dos diagnósticos diferenciais solicitamos a eletroforese de hemoglobina.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso confirma o gabarito oficial. O quadro descrito é de anemia microcítica e hipocrômica com ferro sérico e ferritina normais, RDW normal e história familiar de anemia leve desde a infância sem resposta ao uso de ferro, achados compatíveis com beta-talassemia menor. O exame confirmatório indicado é a eletroforese de hemoglobina, conforme alternativa C. Embora o

recurso tenha apontado a alternativa D no cabeçalho, a própria argumentação sustenta a alternativa C, mantendo-se, portanto, o gabarito oficial.

Questão: Uma paciente adulta procura atendimento médico após vários dias de vômitos persistentes e repetidos, associados à intolerância alimentar e sinais clínicos de desidratação. Não há relato de diarreia. Exames laboratoriais iniciais evidenciam hipocloremia e contração do volume extracelular, sem alterações pulmonares associadas.

Com base na fisiopatologia envolvida na perda gástrica crônica e no impacto sobre o equilíbrio ácido-base, qual distúrbio ácido-base é mais esperado nesse contexto clínico?

- A) Acidose metabólica
- B) Acidose respiratória
- C) Alcalose metabólica
- D) Alcalose respiratória
- E) Acidose mista

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D) A perda do ácido clorídrico e H^+ gerado pela êmese repetitiva, evolui com a alcalose do estômago. Essa perda acarreta na perda da acidez sanguínea evoluindo com a alcalinização metabólica. O achado laboratorial de hipocloremia é consequência desse fenômeno supracitado. Como não há acometimento pulmonar exclui-se causas respiratórias do caso.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso apresenta fundamentação que confirma o gabarito oficial. A perda crônica de conteúdo gástrico por vômitos, com perda de HCl e íons H^+ , leva tipicamente a alcalose metabólica, frequentemente associada à hipocloremia e contração do volume extracelular, sem relação com causas respiratórias. Esses achados correspondem à alternativa C. Entretanto, o recurso indica no cabeçalho a alternativa D, em contradição com a própria argumentação. Assim, mantém-se o gabarito oficial (C).

Questão: Pais de um menino de 10 anos levam a criança para avaliação médica em Unidade Básica de Saúde (UBS). Relatam que seu filho se dá bem com a família até que não lhe seja permitido fazer algo que deseja. Quando isso ocorre, ele fica irritado, impulsivamente agressivo e agitado por várias horas. Assim que se acalma ou consegue o que quer, fica feliz e agradável novamente. Os pais entendem que o filho parece agir deliberadamente para aborrecer os outros e nunca assume a culpa por seus próprios erros ou mau comportamento. Relatam ainda que ele discute com adultos ou figuras de autoridade e em várias situações não aceita as regras de boa convivência com os familiares. Considerando o caso descrito, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Transtorno afetivo bipolar.
- B) Transtorno de oposição desafiante.
- C) Transtorno disruptivo da desregulação do humor.
- D) Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.
- E) Transtorno de Ansiedade Generalizada

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (B) E Resposta correta (A) O quadro descrito no caso clínico se enquadra no transtorno de oposição desafiante, haja vista, que a criança tem boa convivência e bom relacionamento interpessoal, todavia, ao lhe ser negado quaisquer pedidos o mesmo modifica

todo seu comportamento tornando-se agressivo com aqueles que são do seu convívio. Isso torna-se claro quando a criança se recusa a seguir as regras e instruções dos adultos associada a irritabilidade e agressividade.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso apresenta argumentação que confirma o gabarito oficial. Os sinais descritos (irritabilidade, comportamento opositor, discussões frequentes com figuras de autoridade, recusa em seguir regras, tendência a culpar os outros e comportamento provocativo) são compatíveis com Transtorno de Oposição Desafiante, correspondente à alternativa B. Contudo, no cabeçalho foi indicada a alternativa A (transtorno afetivo bipolar), em desacordo com a própria fundamentação apresentada. Assim, mantém-se o gabarito oficial (B).

Questão: Paciente de 16 anos comparece ao ambulatório para mostrar os resultados dos exames complementares solicitados na consulta anterior. Está preocupada porque todas as colegas da mesma idade já menstruaram e ela não. O fenótipo é feminino, com pelos pubianos e axilares esparsos. Os exames complementares evidenciam ausência do útero à ultrassonografia pélvica, dosagem sérica do hormônio folículo estimulante (FSH) normal, dosagem de testosterona sérica compatível com níveis do sexo masculino e cariótipo 46 XY. Com base no quadro clínico e nos dados apresentados, a principal hipótese diagnóstica dessa paciente é

- A) disgenesia gonadal.
- B) malformação Mulleriana.
- C) obstrução do trato genital.
- D) insensibilidade androgênica.
- E) Deficiência da 5-alfa-redutase.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (D) E Resposta correta (B) Nesta questão houve falta de detalhes gerando ambiguidade na resposta, pois mesmo com o enunciado descrevendo o fenótipo feminino com pelos pubianos e axilares esparsos e complementares em questão descritos, a dosagem do FSH estando normal não descarta a possibilidade de disgenesia gonadal, uma vez que neste caso a síndrome de Swyer é a hipótese diagnóstica mais provável. Pois envolve as gônadas não funcionais mesmo com fenótipo feminino em indivíduos XY e em consequência e ausência de menstruação e falta do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso não procede. O quadro clínico descrito (amenorreia primária, fenótipo feminino, ausência de útero, FSH normal e testosterona em níveis masculinos em cariótipo 46 XY) é típico de insensibilidade androgênica, correspondendo à alternativa D. Na síndrome de Swyer (disgenesia gonadal 46 XY) espera-se ausência de produção hormonal gonadal, com testosterona baixa e elevação de gonadotrofinas (FSH/LH), além de presença de útero por ausência de AMH. Assim, não há ambiguidade no enunciado e mantém-se o gabarito oficial.

Questão: Menina de 11 anos foi trazida à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) com quadro de

queda do estado geral, náuseas e dor abdominal, desidratação e hálito cetônico. Exames realizados: glicemia de 410 mg/dL; gasometria venosa de pH 7,15 e bicarbonato de 13 mEq/L; exame de urina indica cetonúria. Além da fluidoterapia, o próximo passo é

- (A) reposição de potássio.
- (B) correção imediata da glicemia.
- (C) reposição de bicarbonato de sódio.
- (D) administração imediata de manitol.
- (E) Início de antibiótico de amplo espectro.

Recurso Interposto 1: Solicitamos revisão da questão pela banca examinadora, reconhecendo que o contexto clínico fornecido não permite identificar com segurança qual das alternativas representa a melhor conduta imediata conforme protocolos atualizados de tratamento de cetoacidose diabética pediátrica.

RECURSO DEFERIDO. QUESTÃO ANULADA.

Justificativa: Reconhece-se que o item oferece margem a interpretações conflitantes e não alinha corretamente as opções ao protocolo estabelecido (por exemplo, não havia opção explícita de “iniciar insulina”). Assim, para não prejudicar os candidatos, a banca opta por anular a questão.

Questão: Um homem de 28 anos apresenta dor abdominal de início súbito, há 4 horas, inicialmente em região epigástrica, que se tornou difusa. Ao exame: encontra-se em posição antálgica, com abdome "em tábua" e sinal de Jobert positivo (percussão hipertimpânica em região de maciez hepática). Estável hemodinamicamente. A conduta imediata e a hipótese diagnóstica são:

- A) Tomografia de abdome com contraste; Apendicite aguda perforada.
- B) Rotina de abdome agudo (raio-x); Úlcera péptica perforada.
- C) Laparoscopia diagnóstica; Isquemia mesentérica.
- D) Ultrassonografia de abdome; Colecistite aguda.
- E) Colonoscopia de urgência; Volvulo de sigmoide.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (B) E Resposta correta (E) Diante do quadro clínico exposto, é notório que estamos diante de um abdome agudo, devido a perfuração de víscera oca descrita perfeitamente no exame físico. Pelo fato de o paciente estar estável hemodinamicamente e a pergunta se referir à conduta imediata a ser adotada diante do exposto, a resposta correta é radiografia em rotina de abdome agudo, exame barato, rápido e fácil possibilitando visualizar com clareza o pneumoperitônio descrito. Portanto a resposta correta é a radiografia. A questão solicita o que deve ser feito de imediato e não o padrão ouro para a tomada de decisões.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso confirma o gabarito oficial. O quadro clínico (abdome em tábua e sinal de Jobert positivo) é compatível com perfuração de víscera oca, com pneumoperitônio, sendo a hipótese mais provável úlcera péptica perfurada. Em paciente hemodinamicamente estável, a conduta imediata preconizada é a rotina de abdome agudo (radiografia), exame rápido e adequado para evidenciar pneumoperitônio. Esses elementos correspondem à alternativa B. Entretanto, o recurso assinala a alternativa E no cabeçalho, a qual não se relaciona ao quadro apresentado. Assim, mantém-se o gabarito oficial (B).

Questão: Um homem de 35 anos apresenta dor abdominal iniciada há 12 horas, inicialmente na região periumbilical, que migrou para a fossa ilíaca direita. Relata náuseas e um episódio de vômito. Ao exame físico, apresenta sinal de Blumberg positivo. Qual o diagnóstico mais provável e qual o exame de imagem inicial recomendado em adultos com apresentação típica?

- A) Colecistite aguda; Ultrassonografia de abdômen superior.
- B) Diverticulite aguda; Colonoscopia de urgência.
- C) Urolitíase; Radiografia simples de abdômen.
- D) Apendicite aguda; Tomografia Computorizada (TC) de abdômen.
- E) Hérnia Inguinal Direta; Tomografia Computorizada (TC) de abdômen.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (D) E Resposta correta (B) Analisando clinicamente e pelo quadro sugestivo de apendicite aguda o padrão ouro será a tomografia computadorizada, justificando o descrito na letra B e não o que foi proposto em D.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso não procede e apresenta inconsistência. O quadro clínico descrito (dor periumbilical migrando para fossa ilíaca direita, náuseas/vômitos e sinal de Blumberg positivo) é típico de apendicite aguda. Em adultos com apresentação típica, o exame de imagem inicial recomendado para confirmação diagnóstica é a tomografia computadorizada de abdome, correspondendo à alternativa D, que associa corretamente diagnóstico e método. A alternativa B é incompatível com o caso, pois diverticulite não é o diagnóstico sugerido e colonoscopia não é exame inicial em abdome agudo. Assim, mantém-se o gabarito oficial (D).

Questão: Mulher de 62 anos, tabagista (40 anos/maço), realiza TC de tórax de rastreamento que revela nódulo de 2,5 cm em lobo superior direito, com bordas espiculadas e presença de calcificação excêntrica. A conduta mais adequada perante o alto risco de malignidade é:

- A) Repetir TC em 12 meses.
- B) Iniciar antibioticoterapia por 14 dias e reavaliar.
- C) Biópsia por agulha fina (PAAF) guiada por USG.
- D) PET-CT seguido de avaliação para ressecção cirúrgica.
- E) Dosagem de marcadores tumorais (CEA e CA-125).

Recurso Interposto 1: OBS: Gabarito (D) E Resposta correta (B) Devido aos achados característicos de malignidade descritos no exame de imagem realizado pelo paciente associado ao tamanho a conduta mais adequada perante ao alto risco de malignidade é a realização de PET-CT pois é o padrão ouro para o estadiamento oncológico avaliando extensão, metástases e a viabilidade de ressecção, seguido pela avaliação para ressecção cirúrgica.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso confirma integralmente o gabarito oficial. Diante de nódulo pulmonar de 2,5 cm com bordas espiculadas em tabagista, com alto risco de malignidade, a conduta adequada é PET-CT para estadiamento e, na sequência, avaliação para ressecção cirúrgica, correspondendo à alternativa D. Entretanto, no cabeçalho do recurso foi indicada incorretamente a alternativa B (antibioticoterapia), que não se aplica ao cenário descrito. Assim, mantém-se o gabarito oficial (D).

Recurso Interposto 2: A Opção A (PET-CT seguido de avaliação para ressecção cirúrgica) representa o manejo mais apropriado e seguro para este caso, alinhado com as recomendações de boas práticas clínicas. A questão apresenta margem significativa de interpretação, justificando revisão do gabarito. Solicitação: Anulação da questão ou aceitação da Opção A como resposta correta.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: Não há margem relevante de interpretação. O quadro descrito caracteriza nódulo pulmonar de alto risco para malignidade e a conduta preconizada é PET-CT para estadiamento, seguido de avaliação para ressecção cirúrgica, correspondendo à alternativa D do item. Assim, a própria fundamentação do recurso confirma o gabarito oficial, não havendo justificativa para anulação da questão nem para aceitação de outra alternativa. Mantém-se o gabarito.

Questão: Mulher de 40 anos, múltipara, apresenta dor em hipocôndrio direito após ingestão de alimentos gordurosos, com duração de 1 hora, acompanhada de náuseas. USG mostra cálculos móveis de 1 cm no interior da vesícula e parede de 2 mm. Ausência de febre ou icterícia. A conduta definitiva é:

- A) Colectomia videolaparoscópica eletiva.
- B) Tratamento com ácido ursodesoxicólico.
- C) CPRE para limpeza da via biliar.
- D) Colectostomia percutânea.
- E) Observação, pois a paciente é assintomática entre as crises.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (A) E Resposta correta (D) O enunciado descreve uma paciente sintomática e com achados clínicos de colelitíase não complicada sintomática. Entende-se pelas bibliografias abaixo citadas que a melhor conduta no caso da paciente é a realização de colectomia videolaparoscópica eletiva para resolução do quadro.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso confirma o gabarito oficial. O quadro descreve colelitíase sintomática não

complicada (dor pós-prandial, sem febre, icterícia ou espessamento significativo da parede vesicular), cuja conduta definitiva indicada é colecistectomia videolaparoscópica eletiva, correspondente à alternativa A. Entretanto, no cabeçalho do recurso foi assinalada incorretamente a alternativa D (colecistostomia percutânea), que é reservada para casos graves/complicados e pacientes de alto risco cirúrgico. Assim, mantém-se o gabarito oficial (A).

Questão: Sedação e Delirium Idoso internado em UTI por pneumonia, em desmame ventilatório, apresenta-se subitamente agitado, tentando retirar o tubo e não atendendo a comandos simples. O escore CAM-ICU é positivo. A medida não farmacológica prioritária e a droga de escolha para controle da agitação são, respectivamente:

- A) Contenção mecânica rigorosa; Midazolam.
- B) Presença de familiares e ciclo sono-vigília; Dexmedetomidina ou Haloperidol.
- C) Manter o quarto escuro 24h; Fentanil.
- D) Sedação profunda; Propofol.
- E) Aumento da fração de oxigênio; Diazepam.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (A) Como foi descrito no próprio enunciado o paciente apresentou teste CAM-ICU positivo, caracterizando um quadro de delirium. A medida não farmacológica prioritária deve ser contenção mecânica para evitar e prevenir a remoção do dispositivo, além de assegurar a segurança da equipe. Posteriormente deve ser realizada a sedação do paciente neste caso em questão com um benzodiazepínico, o midazolam

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso não procede e contém erro material na indicação do gabarito. No cabeçalho, afirma-se que o gabarito seria a alternativa C, porém o gabarito oficial da questão é a alternativa B. Além disso, a fundamentação apresentada está incorreta: em delirium em UTI (CAM-ICU positivo), a medida não farmacológica prioritária é reorientação e medidas ambientais (presença de familiares, ajuste do ciclo sono-vigília), e não contenção mecânica rotineira, que pode agravar o delirium. Do mesmo modo, benzodiazepínicos como midazolam não são droga de escolha para controle do delirium e podem piorar a confusão, sendo mais indicados em abstinência. Assim, mantém-se o gabarito oficial (B).

Questão: Litíase Urinária Paciente com cólica nefrética à direita. TC de abdome mostra cálculo de 4 mm em ureter distal. O paciente está com dor controlada, sem febre e com função renal normal. A conduta mais adequada é:

- A) Ureterolitotripsia a laser imediata.
- B) Nefrostomia percutânea.
- C) Terapia expulsiva medicamentosa (ex: Tansulosina) e observação.
- D) Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO).

E) Ingestão hídrica maciça acima de 5 litros/dia.

Recurso Interposto: OBS: Gabarito (C) E Resposta correta (D) Pelo contexto clínico e exame constando o tamanho do calculo a medida a ser adotada para a litíase urinária é expectante, portando a alternativa correta é terapia expulsiva.

RECURSO INDEFERIDO.

Justificativa: O recurso confirma o gabarito oficial. Para cálculo ureteral distal de 4 mm, em paciente estável, afebril, com função renal preservada e dor controlada, a conduta recomendada é tratamento conservador com terapia expulsiva medicamentosa (ex.: tansulosina) e observação, correspondente à alternativa C. Entretanto, no cabeçalho foi indicada incorretamente a alternativa D, havendo contradição entre a alternativa assinalada e a fundamentação apresentada. Assim, mantém-se o gabarito oficial (C).