



INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DOS SERVIDORES DE MINAS GERAIS – IPSEMG
HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO - HGIP
PROCESSO SELETIVO DE RESIDÊNCIA MÉDICA PARA INÍCIO DAS ATIVIDADES EM 2025
EDITAL Nº 1/2024, DE 2 DE SETEMBRO DE 2024

**RESPOSTAS AOS RECURSOS QUANTO À PUBLICAÇÃO
DOS GABARITOS PRELIMINARES**

O Instituto de Acesso à Educação, Capacitação Profissional e Desenvolvimento Humano - Instituto ACCESS, responsável pela organização e coordenação do Processo Seletivo do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais – IPSEMG / Hospital Governador Israel Pinheiro-HGIP, para preenchimento de vagas nos Programas de Residência Médica oferecido pelo IPSEMG, no uso das atribuições concedidas pelo Edital Nº 1/2024, vem, após a verificação de regularidade, apresentar:

1. Candidatos recorrentes:

INSCRIÇÃO	NOME DO(A) CANDIDATO(A)	PROGRAMA
2295	ADRIANA ESTER ARZAMENDIA MONGES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
917	AGATA MARIA HUNZICKER NADAF	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
3178	ALEXANDRE DE MELO FERREIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2387	ALEXANDRE LEITE DE ANDRADE	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
697	ALICE EDUARDA GONÇALVES FURBINO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
3157	ALINAIRA ANGELA DE CASTRO E SOUZA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2124	ALINE CRISTINA DA SILVA DUARTE	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2093	ALINE DANIELE DE ALMEIDA ABREU	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
2641	AMANDA CUNHA GOMES DE FREITAS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
12	AMANDA MIRANDA MATOS TEIXEIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
499	AMANDA MOREIRA ALVES	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
1698	AMANDA MURTA DE SIQUEIRA OLIVEIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1678	AMANDA PEIXOTO SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2697	AMANDA REIS VIOL	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1932	ANA BÁRBARA LESSA NOGUEIRA	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
1233	ANA BEATRIZ ESTEVES CARVALHO	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
663	ANA BEATRIZ GUIMARÃES CUSTÓDIO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1228	ANA CLARA ABREU LIMA DE PAULA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1459	ANA CLARA MIRANDA SARAIVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2382	ANA KAROLINA ARAUJO SILVA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2591	ANA LAURA SANTOS BORÉM	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
132	ANA LUISA DE OLIVEIRA ROCHA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
146	ANA LUIZA PEREIRA DE SOUZA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
477	ANA PAULA DINIZ GONÇALVES DRUMOND	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2927	ANA PAULA VIEIRA PONTES VAZ GONTIJO	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
2489	ANA TEREZA TEIXEIRA TAVARES	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
276	ANA THAÍZA GUERRA BARROSO	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
156	ANDRÉ LUÍS CAMPOS LOUREDO PEREIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA

200	ANDRÉ MENDES TEIXEIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3312	ANDRESSA BENHAME FONSECA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1994	ANNA HELENA SILVA PARAIZO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2888	ANNA LUÍSA DE OLIVEIRA MELO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3211	ANNA LUÍZA MACHADO NOGUEIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1785	ARTHUR DIAS BORGES	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2505	ARTHUR EMANUEL CAMPOS COELHO	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1401	ARTHUR HENRIQUE ABREU ROCHA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1530	ARTHUR KALIL SANTANA NASSER	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
48	ARTHUR MENDES PORTO PASSOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
49	ARTHUR MENDES PORTO PASSOS	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2116	ÁTILA MOTA PARAGUASSÚ	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2236	AUGUSTO LEONEL DE PAIVA SILVA	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1436	BÁRBARA BELLONI PEREZ COUTO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
591	BÁRBARA COSTA PRATES GARCIA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
100	BÁRBARA ESPÓSITO BERNARDES CARVALHO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1143	BÁRBARA LUIZA RANGEL	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
496	BARBARA MENDES CASTELAR	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1278	BÁRBARA NAZARÉ CASTRO	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1281	BÁRBARA NAZARÉ CASTRO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
3077	BÁRBARA RIBEIRO DINIZ	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2961	BARBARA SALVADOR CARVALHAIS	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
2392	BÁRBARA SOUTO VILLELA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
838	BEATRIZ BUENO PEREIRA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2098	BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1139	BEATRIZ DE FARIA CHAIMOWICZ	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
3192	BEATRIZ IZABEL DE SOUZA ALVES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1240	BEATRIZ SOARES MONTANDON	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
64	BERNARDO CAMPOS MASCARENHAS AGUIAR	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
66	BERNARDO CAMPOS MASCARENHAS AGUIAR	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
219	BERNARDO FALEIRO SILVESTRINI	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2751	BERNARDO MERRIGHI DE FIGUEIREDO AMARAL	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
3075	BIANCA CARIBÉ ARAÚJO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
940	BIANCA DELA MURA PASQUARELLI	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1198	BIANOR TERRA NETO	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
2605	BRENDA LOPES BRANDÃO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1490	BRENDON ARPINI RODRIGUES	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2630	BRENO AUGUSTO CARDOSO MARIZ	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3154	BRENO PELOSO LARSEN	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
271	BRENO VEGGI GODINHO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
228	BRUNA AMÉLIA DE OLIVEIRA COELHO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
3005	BRUNA BANDEIRA DE OLIVEIRA JUNQUEIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1744	BRUNA CRISTINA SILVA MARTINS	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1247	BRUNA EDUARDA RIBEIRO RAMOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2133	BRUNA GONÇALVES ITUASSÚ	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
3201	BRUNA LOPES MORAIS	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1261	BRUNA MUNDIN VELOSO JACOB	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2201	BRUNA STANCIOLI PAIVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
958	BRUNO DE BARROS MASSOTE	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA

1213	CAIO BRUNO ANDRADE NASCIMENTO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1368	CAIO FERREIRA CARNEIRO BRETAS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
383	CAIO URSINE TIMO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2479	CAMILA DOS SANTOS PANCIERI COLOMBO	B212 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA VASCULAR
2789	CAMILA FERREIRA NOGUEIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1931	CAMILA LANZA DE CASTRO	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
1832	CAMILA LORRAINY DE SOUSA PEREIRA	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
1732	CAMILA TAMARA FERREIRA	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
493	CAMILLE CRISTINA MIRANDA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1922	CAROLINA DA MATA MESQUITA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
148	CAROLINA TEIXEIRA PINTO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1539	CAROLINE OLIVEIRA SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2540	CATARINA GIOVANNA SIMÕES COSTA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1152	CECÍLIA CORRÊA FERNANDES	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
2067	CECILIA SOARES DE OLIVEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1062	CLARA DANTAS DA FONSECA	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
3123	CLARA DE MORAES REIS E SILVA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2473	CLARA PEGO DE ANDRADE	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1054	CLARICE DUARTE RODRIGUES JUNQUEIRA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
163	CRISTIANO FRATTESI BERNARDES	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
3016	DANIEL BARBOSA MARQUES SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2046	DANIEL BOTINHA BATISTA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3241	DANIEL CAMARGO DE ANDRADE	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
4	DANIEL SOUZA SANTOS	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
864	DANIELA TEREZA GONÇALVES MANSO	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
1506	DANIELLE MARTINS DA COSTA EUSTAQUIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1815	DANILO RODRIGUES HONÓRIO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
971	DARA BRETAS VELOSO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
977	DÉBORA CAVALCANTE BELFORT	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
3501	DENILSON MARCOS CURCIO JÚNIOR	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
2315	DIANA NEVES LADEIA	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
3385	EDUARDA DEMONER PASETO	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
1674	EDUARDA FRANCO DE CASTRO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1420	EDUARDO AUGUSTO RESENDE PENIDO	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
544	EDUARDO HENRIQUE MENESES PRADO	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
1341	EDUARDO SOARES MARQUES GUIMARÃES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
497	EGON LEMOS GONÇALVES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1833	ELIZANDRA PAIVA LAGO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2095	ELLEN KAROLINY DE OLIVEIRA DANTAS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2746	EMERSON PATRICK ALVES VELOSO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
362	FABIANO PINHEIRO RIBEIRO JUNIOR	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2143	FABRICIA PINHEIRO FRANCO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2319	FELIPE AUGUSTO BICKEL FRANÇA	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
1736	FELIPE MAGNO ALVES PEREIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
450	FELIPE OTÁVIO VIEIRA SANTOS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA

1273	FELIPE PEIXOTO LASMAR	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1223	FELIPE SAMPAIO LOPES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1393	FELIX PEREIRA DE FREITAS JUNIOR	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1050	FERNANDA DE FREITAS MEDEIROS DE SOUZA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
1446	FERNANDA DIAS PINHEIRO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
959	FERNANDA FENELON SANTOS	B206 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
1433	FERNANDA FERREIRA LATORRE	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1365	FERNANDA FERREIRA BOMTEMPO	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
516	FERNANDA HERMETO SOARES	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
519	FERNANDA HERMETO SOARES	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
2386	FERNANDO CAMBRAIA BATISTA	B213 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - COLOPROCTOLOGIA
2955	FLÁVIA MARCELLA SENA GONÇALVES BORBA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
334	FRANCIELLE EVELYN MENDES GOMES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2351	FREDERICO MENDES SILVA PEREIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1632	GABRIEL ANSELMO FROTA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1919	GABRIEL BRAGA DE CASTRO	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2822	GABRIEL DUTRA ANTÔNIO	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
3214	GABRIEL FELIPE SANT ANA SILVA	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
2323	GABRIEL FERES GOMES CHAMON ASSU	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2463	GABRIEL GODOI TORRES	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1296	GABRIEL TIAGO LIGÓRIO	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
1921	GABRIEL TRINDADE AVELAR	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1988	GABRIEL VIANA FIGUEIREDO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1795	GABRIELA ABREU MURAD	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
444	GABRIELA BORGES TEIXEIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
352	GABRIELA DE MATOS CUNHA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1726	GABRIELA ESPER KALLÁS LOPES	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2379	GABRIELA PEREIRA RODARTE	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1462	GABRIELLA FREITAS PEREIRA BARTOLOMEU	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2155	GABRIELLA REIS GRANATA PEREIRA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
1692	GABRIELLE BAIA PIMENTA DE MORAES VILELA	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
1548	GABRIELLE GONTIJO GUIMARÃES BRANCO	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2569	GABRIELLE HESPANHA FRANCO	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2015	GABRIELLE SAMPAIO ANDRADE	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1891	GEANNE MUNIZ MEIRA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
1073	GIOVANNA BREDER PEREIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
3376	GIOVANNA GONÇALVES DE SOUZA E SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
510	GIOVANNA VASCONCELOS SOUSA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
779	GIOVANNI HENRIQUE SOARES DE ARAUJO	B203 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CARDIOLOGIA
948	GIULIA ROCHA MINUCCI	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1276	GLÁUCIA MARIA SENHORINHA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2079	GUILHERME COSTA DE PAIVA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1822	GUILHERME FERREIRA SANTOS SILVA	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
1936	GUILHERME MATOS ANTUNES COSTA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2048	GUSTAVO DE MELO BORGES	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2457	GUSTAVO HENRIQUE RODRIGUES PEREIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1145	GYOVANA ROSA VILELA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA

1614	HANNIEL GOMES SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
533	HELENA ALVARENGA SOUZA AGUIAR	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
674	HELENA BOTELHO DE SOUZA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
3172	HELLEN CAROLINA BRANDÃO SILVA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
446	HENRIQUE FERNANDES SILVEIRA	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
1014	HENRIQUE RAMOS BARBOSA	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
18	HIAGO TEIXEIRA LEITE	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1090	HIGOR GOMES MUSSI	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
8	HUGO GUSTAVO FONTES SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
845	IARA GOMES BREDER	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1113	IASMIM MEDEIROS	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
172	IASMIM PATRÍCIA GONÇALVES APOLINÁRIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2278	IGOR ANTÔNIO GALVÃO VIEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1172	ISABELA GALANTINI SILVEIRA	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
1960	ISABELA MARIA PEIXOTO ARANTES	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1294	ISABELA NICOLAI NASSIF DINIZ	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
3126	ISABELA NICOLAI NASSIF DINIZ	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1767	ISABELLA BREVES AMARAL E SILVA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3174	ISABELLA CRAVEIRO DE OLIVEIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1429	ISABELLA GONÇALVES BERNARDO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2284	ISABELLA LOPES TEIXEIRA	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
2664	ISABELLA VILLAR AGUIAR	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1374	ISABELLE COELHO SAMPAIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
613	ISABELLE FERNANDA LADEIRA DE MELO	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
1586	ISADORA BENFICA DE SÁ	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1584	ISADORA BENFICA DE SÁ	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
600	ISADORA DE FREITAS FRAGA DOMINGUES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
802	ISADORA GUIMARÃES DA ROCHA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2334	ISADORA MAIRA RODRIGUES DE OLIVEIRA	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
2556	ISMAEL CARRILHO DE CASTRO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
59	ISRAEL FARIAS DE SOUZA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2835	ITALO BOAVENTURA MENDES BATISTA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2071	IZABELLA CAROLINE PRADO GOMES	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
1920	IZABELLA SIFFERT GIRUNDI BARROS	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
14	JEFFERSON CARVALHO SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
214	JOÃO ANTÔNIO SANTIAGO COSTA E SILVA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3180	JOÃO GABRIEL FRANCO CASTRO	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
2655	JOAO PAULO DIDIER REIS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1190	JOÃO PEDRO DE BARROS BRISSET MORETZSOHN	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2164	JOÃO PEDRO FERREIRA DE OLIVEIRA ALVES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1153	JOÃO ROBERTO FARIAS DE SOUZA	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
2669	JOAO VICTOR NETO RITA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1522	JOÃO VÍTOR COELHO PRUDÊNCIO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
914	JOAO VITOR DE LANNA SOUZA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1161	JOAO VITOR GONCALVES FERREIRA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
453	JORGE YGOR GONÇALVES DOS SANTOS	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2418	JULIA BARROS SILVA	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA

1665	JULIA BENEVENUTO MOREIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1730	JÚLIA CAMARGOS SILVA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2223	JÚLIA CARMANINE BRANDÃO MACHADO SALDANHA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
556	JULIA FARIA MELO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1091	JULIA FIGUEIREDO ARAÚJO	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
349	JÚLIA GALLO DE ALVARENGA MAFRA	B213 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - COLOPROCTOLOGIA
101	JÚLIA MAGALHÃES FREITAS	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
2970	JULIA MAGALHÃES TEIXEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2510	JÚLIA MELO PEREIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
220	JÚLIA OLIVEIRA SANTOS	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1812	JULIA PEREIRA LARA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1814	JULIA PEREIRA LARA	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2631	JÚLIA PERNES SARAIVA DE MEDEIROS	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1930	JULIA RIBEIRO COSTA BARRETO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2347	JÚLIA SILVA SANTOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
278	JULIA TAVARES ALVES DE MOURA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2303	JULIANA BARROCA DE BARROS	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
1559	JULIANA DE OLIVEIRA MIRANDA SIMÕES PENIDO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1557	JULIANA DOMITH DE OLIVEIRA VIEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
84	JULIANA ESTEFANY RODRIGUES DE MELO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
798	JULIANA LABES REISER	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
341	JULIANA MARIA DE ANDRADE MENDES PINTO	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2416	JULIANA MOREIRA DE QUEIROZ	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
235	KAREN DUQUE REZENDE	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
396	KARINA AKEMI EIRI	A118 - ENTRADA DIRETA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
418	KAROLINE DUTRA DE SOUSA CAMARGOS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2640	KARYNA CEZAR	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2995	KELLY NASCIMENTO FERREIRA JÚLIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
240	KHEMILLY BERNARDINO DO CARMO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1638	KRISTHIAN MACSUEL SCHNEIDER	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
2170	KRISTHIAN MACSUEL SCHNEIDER	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
1419	LARA FIGUEIRA AGUIAR CÓTICA	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
332	LARA MAIA DUARTE	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
2903	LARISSA BARROSO MAYRINK	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2905	LARISSA BARROSO MAYRINK	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
3	LARISSA DE ALMEIDA RITTI	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
133	LARISSA FREESZ DE ALMEIDA	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
1206	LARISSA KUHLMANN CUNHA PEIXOTO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2877	LARISSA MILAGRES MOL	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2616	LARISSA PAES TOLEDO	A118 - ENTRADA DIRETA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
501	LARISSA SILVEIRA FIUZA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1630	LAURA BATISTA DE FIGUEIREDO DELAZARI	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
705	LAURA BONFIM VIANA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
933	LAURA FRINHANI VALADÃO	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL

2765	LAURA PORTELOTE SILVA LOPES	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2646	LAURIANE INÁURIA DE CARVALHO RESENDE	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
404	LAVÍNIA RIBEIRO TAVARES	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
2175	LEANDRA SOARES SILVA DE JESUS	A118 - ENTRADA DIRETA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
115	LEONARDO ALVES MUZZY	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2138	LEONARDO AUGUSTO GONÇALVES FARIA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1068	LEONARDO DE ALMEIDA OLIVEIRA	B220 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - NEFROLOGIA
3132	LEONARDO LINS FIGUEIREDO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
400	LEONARDO SIMÕES SILVEIRA JÚNIOR	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1854	LETÍCIA ALVES TEÓFILO	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
1853	LETÍCIA ALVES TEÓFILO	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
954	LETICIA ANGELICA DA SILVA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
67	LETÍCIA ASSIS RODRIGUES FREITAS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1884	LETÍCIA CARDOSO DUTRA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1573	LETÍCIA FERREIRA REZENDE MAGALHÃES	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1144	LETÍCIA GIANCOLI JABOUR	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
478	LETÍCIA LOBATO TAVARES	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2532	LETÍCIA LUZ MILANESE	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2821	LETICIA TANURE DINIZ	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1707	LÍVIA ARLEO REZENDE PRADO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1603	LÍVIA FERNANDES MONTEIRO DA MATA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
167	LIVIA MEDEIROS DE ALMEIDA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2575	LIZ FERREIRA TEIXEIRA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
3464	LORENA AGUILAR XAVIER	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1289	LORENA AMARAL DE OLIVEIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1538	LUAN CABRAL SANTANA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2358	LUANA COSTA VIEIRA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1792	LUANE CAROLINE ALVES DA SILVA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2656	LUCAS AUGUSTO ROCHA DE MACEDO	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1177	LUCAS BERNARDES DA SILVEIRA BARBOSA	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
1179	LUCAS BERNARDES DA SILVEIRA BARBOSA	B212 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA VASCULAR
2271	LUCAS CORREA MENDES	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2269	LUCAS CORREA MENDES	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
1591	LUCAS DE LAS CASAS BESSA	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
2507	LUCAS FÉLIX ANGIOLETTI	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
723	LUCAS LOPES CAMPOS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1926	LUCAS PATRICK SILVA BATISTA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2432	LUCIANA AUAD GUIMARAES	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
73	LUDIMILLA SANTOS ARAÚJO	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
747	LUIS GUSTAVO AMARAL RADD	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1197	LUÍSA DINIZ MARRA VIEIRA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
724	LUÍSA LIMA DE SOUZA E SILVA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
182	LUISA PETTZ OLIVEIRA HOSTT	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2571	LUIZ GUSTAVO PESSOA PIRES JABOUR	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1793	LUIZ OTÁVIO MARTINS DIAS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
814	LUIZA ALVES GUERRA SCARPELLI REIS	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
913	LUIZA CARDOSO GUIMARAES	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA

1789	LUIZA DA CONCEIÇÃO SABADINI	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2455	LUIZA FIGUEIREDO RIBEIRO ALMEIDA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
810	LUIZA GABRIELA NORONHA SANTIAGO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2966	LUIZA GUERRA LEMOS	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
176	LUIZA MARQUES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
295	LUIZA PASSINI VAZ TOSTES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2559	LUIZA VILELA BATISTA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
3301	MAÍSA APARECIDA MARQUES ARAÚJO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1631	MAIZA MARILAC NUNES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1100	MARCELA BRITO FERREIRA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2105	MARCELLA XAVIER	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2581	MARCELO DE OLIVEIRA ZUCATELLI	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1813	MÁRCIO MATTOS PINHEIRO JÚNIOR	B206 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO
1155	MARCOS VINICIUS IDERIHA JARDIM	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2829	MARCUS VINÍCIUS DE SOUZA SABINO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1628	MARIA BERNARDES LUZ	B216 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GASTROENTEROLOGIA
187	MARIA CECÍLIA ALVIM FARIA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
813	MARIA CLARA CATONE BARBOSA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1644	MARIA CLARA LEAL FERREIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1229	MARIA CLARA LOPES REZENDE	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
3121	MARIA EDUARDA CUNHA BERNARDES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2820	MARIA EDUARDA DUARTE GOMES	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2139	MARIA EDUARDA EVANGELISTA RESENDE	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
277	MARIA EDUARDA PEREIRA SOARES LOPES	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
2960	MARIA EDUARDA SIRINA PEREIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2172	MARIA EDUARDA VELOSO AMARAL	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1590	MARIA EUGÊNIA DIAS CRUZ	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1185	MARIA JÚLIA SANTOS E SILVA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1140	MARIA THEREZA COSTA LIMA DE CASTRO MISERANI	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
926	MARIANA CODEVILLA SANTANA DE MOURA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
2915	MARIANA DE ARAUJO GOMES	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
1123	MARIANA HIPPERT GONÇALVES SILVA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1211	MARIANA LIGIA REGGIANI ALVES	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1212	MARIANA LIGIA REGGIANI ALVES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2557	MARIANA VANON MOREIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1417	MARIANNA OLIVEIRA BUENO	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
1382	MARIANNA SILVA GUEDES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2210	MARIANNY RODRIGUES DE ANDRADE	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1230	MARINA ALVES VECCHI	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
2841	MARINA BRETTAS TAVARES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
698	MARINA CARVALHO DE SOUZA LIMA	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
3362	MARINA GUIMARÃES BRAGATTO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2158	MARINA LOUREIRO GOMES MARÇONI	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1509	MARINA MÉSCOLIN REIS DE PAULA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1796	MARINA PARDO DE OLIVEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
789	MARINNA AVATAR MARTINS	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1044	MATHEUS DE OLIVEIRA MONTEIRO	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA

2452	MATHEUS EDUARDO SOARES PINHATI	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1740	MATHEUS FREITAS VASCONCELLOS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1416	MATHEUS MAGALHÃES APOLINÁRIO	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
2552	MATHEUS MOURÃO CORDEIRO VAZ	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1358	MATHEUS PEREIRA VIEIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
585	MATHEUS SERAPIÃO TEODORO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
401	MATTEUS MURTA LAGE	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
2508	MAURICIO JOSÉ MACHUCA ALTAMIRANO	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2513	MAURICIO JOSÉ MACHUCA ALTAMIRANO	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2414	MAYARA NICOLETTI SANTOS DA MATA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2883	MELISSA ISAAC MILAGRES	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
651	MICHELLE OLIVEIRA NINA ROCHA	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
1270	MIGUEL DE SOUSA E ANNUZZO	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1458	MIGUEL OTÁVIO DE FARIA CAMPOS	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
177	MILENA DUTRA LOPES	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2297	MONA ALICE SILVA PÁDUA	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
471	NADIR ALVES DE OLIVEIRA NETA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
2083	NATALIA ABREU SANTOS	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
130	NATÁLIA CAMPOS RAMOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2674	NATALIA RESENDE FERREIRA	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1329	NATHÁLIA CARVALHO DE SOUZA	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
1267	NATHÁLIA SANTOS TIGRE	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
143	NICOLE FONT DOS SANTOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2816	NICOLE MODESTO MURAD	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2549	NÚBIA ANDRADE DA CUNHA PEREIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3507	OLÍVIO MARQUES BRUM GONÇALVES	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
464	PABLO VINICIUS FLORES	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1167	PAOLA NATÁLIA NEVES CUNHA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1820	PAULA ALMEIDA NICÉSIO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
849	PAULA ARAÚJO PESSOA SANTOS	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
832	PAULA MOREIRA SENA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
837	PAULA MOREIRA SENA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
2736	PAULA VIDIGAL ASSUMPÇÃO	B212 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA VASCULAR
2998	PAULO ANDRÉ DIAS BARBOSA	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
1423	PAULO HENRIQUE DE CARVALHO BATISTA	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2661	PEDRO HENRIQUE ARAGÃO ROCHA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2940	PEDRO HENRIQUE SANTOS VICTORIA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
325	PEDRO HENRIQUE SOUZA SILVINO ASSUNCAO	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
1438	PEDRO PENIDO RODRIGUES DE PAULA	A118 - ENTRADA DIRETA - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
246	PEDRO RENAULT ALVIM	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1245	PEDRO VIEIRA SILVA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
3100	PIETRO VALADARES REZENDE NUNES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
3568	PRISCILA SANTOS SOARES	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
617	PYETRA PALMA NARCISO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
524	RAFAEL COTA ANDRADE FERREIRA DE SOUZA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
831	RAFAEL FERNANDES RODRIGUES	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA

1950	RAFAEL JOSÉ BARROS FERREIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2676	RAFAEL MOURÃO DOLABELLA DUARTE	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
459	RAFAEL PACHECO ALVES COELHO	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1780	RAFAELA ARAUJO LISBOA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
2354	RAFAELA GONÇALVES DIAS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
3086	RAFAELLA FONSECA FERREIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1168	RAFAELLA VALADARES DINIZ	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
2944	RANDYSTON BRENNO FEITOSA	B225 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - UROLOGIA
2997	RANDYSTON BRENNO FEITOSA	B211 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA TORÁCICA
2270	RANNIELLY ASSIS PROCÓPIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1131	RAQUEL ATHAYDE BRAGA MACHADO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
841	RAYANNE CHRISTINA SILVA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
138	REBECA GUIMARÃES SCHMIDT DRUMOND	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
377	REGINA SAFAR AZIZ ANTONIO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1136	RENATA ARABELLE BARROS REIS	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
641	RENATA DURÃES VAZ DE MELO BARRETO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1251	RENATA OLIVEIRA FERREIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
1608	RHUANA MAGALHÃES DE LIMA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1805	RICARDO RÚBIO CAMPOS SILVA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
281	RICARDO VIEIRA BITTENCOURT	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1083	ROMILDO RODRIGUES DE OLIVEIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
76	ROMILDO RODRIGUES DE OLIVEIRA	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
1661	RONALDO URIAS MENDONÇA JUNIOR	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1774	SAMANTHA OLIVEIRA SILVA	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
243	SÂMIA SILVA TANURE	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
1339	SAMUEL GUSTAVO RODRIGUES REIS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
2819	SARAH FURTADO DEFEQ	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1340	SHANA PEREIRA DE LIMA LANA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
515	SOFIA FERREIRA PENA QUADROS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
313	SOPHIA OLIVEIRA REZENDE	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
610	STEPHANIA NEVES SCAPIM	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
2996	TADEU RIBEIRO TOLEDO	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
707	TALITA MOREIRA ASSAD ACAR	B217 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - GERIATRIA
2420	TALITA MOTTA MOREIRA LACERDA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
1040	TAMYRES KAREN FAGUNDES MACHADO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
3000	TAYNNE DA SILVA VIANA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
721	TEREZINHA ALECRIM BARBOSA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3055	THAILA MARTINS SILVA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1096	THAÍS GUIMARÃES PACHECO	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
602	THAÍS NACUR PIMENTA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA
2373	THAIS SOUZA DUTRA	A119 - ENTRADA DIRETA - OTORRINOLARINGOLOGIA
3048	THALITA CAROLINA REIS DE FREITAS	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
16	THALITA GONÇALVES CAMPOS	B203 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CARDIOLOGIA
264	THAMIRYS AIMÉE RODRIGUES MENDES	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2145	THIAGO BOTELHO DE BARROS	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2314	THIAGO CARVALHO PASSOS	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
205	THIAGO LOPES SENA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSQUIATRIA

2937	TULIO JOSE DE OLIVEIRA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2814	VALBERTO ALENCAR MIRANDA FILHO	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1442	VANESSA DÁURIA XAVIER PEREIRA	A107 - ENTRADA DIRETA - GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
188	VANUZA REGINA LOMMEZ DE OLIVEIRA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
189	VANUZA REGINA LOMMEZ DE OLIVEIRA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
800	VICTOR AFONSO GERMANI	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2602	VICTOR ARAÚJO SOARES	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
3004	VICTOR BELLINI ALVES COSTA	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
3101	VICTOR DE MOURA AMARANTE	A123 - ENTRADA DIRETA - RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
2053	VICTOR DRUMOND PARDINI ALHAIS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1064	VICTOR HOMERO BARBOSA	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
2442	VÍCTOR NILO NOGUEIRA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1479	VICTORIA BRAGA E FRAGA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1349	VINICIUS ABRITTA POMPEI	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1015	VINÍCIUS AUGUSTO REIS ALMEIDA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1395	VIRGÍNIA COSTA MARQUES	A104 - ENTRADA DIRETA - CLÍNICA MÉDICA
1112	VÍTOR ANDRÉ FERNANDES BARBOSA	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
2312	VITOR CALDEIRA MATOS	B214 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA
580	VITOR CARVALHO ALVARENGA	B210 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA PLÁSTICA
620	VITOR CESAR OLIVEIRA SILVA MIRANDA	A116 - ENTRADA DIRETA - NEUROLOGIA
2668	VITOR FERREIRA DUARTE	A117 - ENTRADA DIRETA - OFTALMOLOGIA
1478	VÍTOR FONSECA BASTOS	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1717	VITOR HENRIQUE OLIVEIRA SILVA	B224 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - REUMATOLOGIA
578	VITOR HUGO CARVALHO NUNES	A122 - ENTRADA DIRETA - PSIQUIATRIA
1943	VITOR HUGO LOBO FERNANDES	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
1592	VITOR LANZA AVELAR ALMEIDA	A102 - ENTRADA DIRETA - ANESTESIOLOGIA
1356	VITOR SOUZA MACHADO	B212 - ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO - CIRURGIA VASCULAR
1761	VITORIA STURZENEKER PORTO	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
3397	VITTORIA MARIA SILVA PEDROSA	A121 - ENTRADA DIRETA - PEDIATRA
45	YAN RIBEIRO FRANCISCO	A115 - ENTRADA DIRETA - NEUROCIRURGIA
11	YURI CORDEIRO FONSECA	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL
9	YVES HENRIQUE FARIA DIAS	A103 - ENTRADA DIRETA - CIRURGIA GERAL

2. Da Fundamentação e Análise dos Recursos:

ENTRADA DIRETA

QUESTÃO 1

A tríade de Charcot (febre, icterícia e dor) é característica da colangite, que é uma infecção da árvore biliar.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 2

A presença de aneurisma da aorta abdominal com risco de ruptura exige intervenção cirúrgica imediata para prevenção de hemorragia fatal. O enunciado menciona o diagnóstico por imagem.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 4

A Reposição de Volume é a primeira prioridade em qualquer paciente com sangramento gastrointestinal significativo, visando estabilizar hemodinamicamente o paciente. Isso pode ser feito com cristaloides intravenosos e, se necessário,

transfusões sanguíneas. Já a Administração de IBP (Inibidores de Bomba de Prótons) intravenosa ajuda a reduzir a secreção ácida gástrica, favorecendo a coagulação e a cicatrização da úlcera.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 5

Após o exame clínico inicial, a ultrassonografia abdominal é o exame de imagem indicado. Exames posteriores, como a tomografia são indicados em caso da necessidade de mais detalhes para a avaliação médica.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 7

A paciente apresenta cólica biliar, caracterizada por dor em hipocôndrio direito associada a cálculos na vesícula biliar, sem sinais de inflamação (ausência de colecistite aguda ou complicações). Em casos sintomáticos de colelitíase (presença de cálculos na vesícula), o tratamento de escolha é a colecistectomia eletiva para prevenir episódios futuros e complicações, como colecistite aguda, pancreatite biliar ou colangite.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 8

A infecção de ferida cirúrgica é a complicação mais frequente após apendicectomia, especialmente em casos de apendicite complicada (perfuração, abscesso ou peritonite). A infecção ocorre devido à contaminação bacteriana durante a cirurgia, comum na apendicite. Pode ser classificada como superficial (pele e subcutâneo) ou profunda (músculo e fáscia).

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 10

A ressecção cirúrgica é o tratamento de escolha e a única opção com potencial curativo para colangiocarcinoma em estágios iniciais ou localizados. A ressecção deve incluir a remoção do tumor com margens livres, podendo envolver hepatectomia parcial ou ressecção das vias biliares, dependendo da localização do tumor. Já a quimioterapia é utilizada em casos não ressecáveis ou metastáticos, como tratamento paliativo. Não é o tratamento primário para pacientes potencialmente cirúrgicos. A radioterapia pode ser utilizada como tratamento adjuvante ou paliativo em tumores irresssecáveis, mas não é a primeira linha para abordagem curativa.

Recurso indeferido. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 11

O papel das resolvinas na fase de resolução da inflamação é limitar a infiltração de leucócitos e promover a resolução da inflamação. A quimiotaxia de neutrófilos é uma resposta pró-inflamatória, típica da fase inicial da inflamação, e não está associada às resolvinas. As resolvinas, pelo contrário, reduzem a migração de neutrófilos para o sítio inflamado, limitando a inflamação excessiva.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 12

A cirurgia de Whipple é um procedimento cirúrgico complexo, indicado principalmente para tumores periampulares, câncer de pâncreas na cabeça ou doenças benignas que afetam essa região. Durante a cirurgia, as seguintes estruturas são removidas: cabeça do pâncreas: local comum de tumores pancreáticos; duodeno: é inseparável da cabeça do pâncreas devido ao compartilhamento de suprimento vascular e drenagem biliar; vesícula biliar: removida porque o ducto biliar comum é ressecado durante o procedimento; e parte do estômago: em muitos casos, a porção distal do estômago (antrectomia) é removida, especialmente em tumores avançados. Apenas em algumas variações, pode-se preservar o piloro (Técnica de Whipple com Preservação Pilórica). Portanto, não há erro na formulação do enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 14

O tipo histológico mais comum de carcinoma esofágico em pacientes com histórico de tabagismo e etilismo é o carcinoma espinocelular (também conhecido como carcinoma de células escamosas). Está associado a fatores de risco como: tabagismo e etilismo crônico. Afeta, geralmente, o terço médio e superior do esôfago.

Recurso indeferido. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 16

No manejo da sepse abdominal, as principais diretrizes para o controle de foco e suporte hemodinâmico inicial incluem a drenagem do foco infeccioso e controle de fluidos e vasopressores conforme necessário. Isso se dá pela necessidade

de controle do foco infeccioso, com a remoção ou drenagem desse foco (abscesso, peritonite ou necrose), que é essencial para interromper o ciclo inflamatório e infeccioso na sepse abdominal. Isso pode ser feito através de drenagem percutânea guiada por imagem (para abscessos localizados) ou cirurgia de emergência para casos mais graves (peritonite difusa ou perfurações gastrointestinais).

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 17

A complicação mais provável em um paciente com doença de Crohn que apresenta dor abdominal intensa, febre e sinais de peritonite é a perfuração intestinal. A doença de Crohn é uma doença inflamatória intestinal crônica que pode acometer toda a espessura da parede intestinal (inflamação transmural). A inflamação transmural predispõe a perfurações intestinais, especialmente em casos de doença ativa e grave. A perfuração pode levar à peritonite, caracterizada por dor abdominal intensa, febre e irritação peritoneal.

Recurso indeferido. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 18

A questão não apresenta alternativa correta, uma vez que para o caso clínico apresentado a primeira medida seria a estabilização hemodinâmica do paciente.

Recursos deferidos. Questão anulada

QUESTÃO 20

A questão não apresenta alternativa correta, uma vez que para o caso clínico apresentado a primeira medida seria a estabilização hemodinâmica do paciente.

Recursos deferidos. Questão anulada

QUESTÃO 24

A causa mais comum de anemia normocítica e normocrômica em pacientes com insuficiência renal crônica (IRC) é a deficiência de eritropoetina. A eritropoetina (EPO) é um hormônio produzido pelos rins, responsável por estimular a produção de hemácias na medula óssea. Na insuficiência renal crônica, os rins perdem a capacidade de sintetizar eritropoetina adequadamente, levando à anemia. Essa anemia é normocítica (VCM normal) e normocrômica (CHCM normal) porque as hemácias são produzidas normalmente em termos de tamanho e conteúdo de hemoglobina, mas em quantidade insuficiente.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 25

O diagnóstico mais provável para uma mulher de 50 anos com dor em joelho e quadril, rigidez matinal que dura cerca de 30 minutos e nódulos em pequenas articulações das mãos é a artrite reumatoide, que é uma doença autoimune crônica que afeta principalmente as pequenas articulações das mãos, punhos e pés. Suas características típicas incluem: rigidez matinal, que melhora com o movimento; poliartrite simétrica (comprometimento simétrico das articulações); e nódulos subcutâneos (nódulos reumatoides), comuns em mãos e cotovelos em casos mais avançados.

Recursos deferidos parcialmente. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 26

A necessidade de cobertura para *Pseudomonas aeruginosa* em casos de pneumonia adquirida na comunidade (PAC) ocorre em pacientes que possuem fatores de risco específicos, sendo os mais importantes: história recente de uso de antibióticos, pois o uso prévio de antibióticos de amplo espectro favorece a colonização e infecção por organismos resistentes, como *Pseudomonas aeruginosa*; e a hospitalizações recentes, uma vez que pacientes que tiveram internação hospitalar recente ou contato frequente com o ambiente hospitalar (por exemplo, unidades de terapia intensiva ou hemodiálise) têm risco aumentado de colonização por *Pseudomonas aeruginosa*.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 27

A classe de medicamentos fundamental para melhorar o prognóstico de pacientes com insuficiência cardíaca congestiva (ICC) é a de betabloqueadores. Os betabloqueadores (como carvedilol, bisoprolol e metoprolol de liberação prolongada) são fundamentais no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER). Eles atuam reduzindo a atividade simpática excessiva, que contribui para a progressão da insuficiência cardíaca. São também recomendados em todas as diretrizes internacionais para pacientes com ICC estável.

Recurso indeferido. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 28

O tratamento de escolha para o manejo sintomático de pacientes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) que apresentam dispneia e sibilância ao esforço é aquele ministrado com broncodilatadores de longa ação, que são a base do tratamento sintomático da DPOC e promovem alívio da dispneia e melhora da qualidade de vida. Eles reduzem o broncoespasmo, melhoram o fluxo aéreo e diminuem os sintomas, sendo essenciais no manejo crônico da DPOC.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 29

Após a tomografia, o próximo passo para o diagnóstico de uma lesão pulmonar suspeita de 3 cm em um paciente com tosse persistente, perda de peso e história de tabagismo é a broncoscopia com biópsia. O enunciado não menciona diagnóstico clínico ou sintoma associado à tuberculose.

Recursos indeferidos. Gabarito Mantido.

QUESTÃO 30

A questão deve ser anulada, pois não há uma alternativa correta que esteja de acordo com as diretrizes consensuais para o caso clínico.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 32

O Tempo de protrombina (TP/INR) deve ser mantido, pois é o único exame diretamente relacionado ao ajuste contínuo da dose de anticoagulantes orais, especificamente varfarina. Os anticoagulantes orais diretos (DOACs), como dabigatrana, rivaroxabana, apixabana e edoxabana, não requerem monitoramento rotineiro como ocorre com a varfarina (que usa o INR). No entanto, em situações específicas, exames laboratoriais podem ser utilizados para avaliar seus níveis ou ajustar doses. Como o enunciado condição clínica “crônica” a terapia adequada é a de varfarina.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 33

A encefalopatia de Wernicke é uma complicação neurológica causada pela deficiência de tiamina e está diretamente associada ao alcoolismo crônico, sendo a causa mais comum de confusão mental e ataxia nesse grupo de pacientes. O alcoolismo crônico é uma das principais causas de deficiência de tiamina devido à má absorção intestinal, baixa ingestão dietética e alterações metabólicas hepáticas. Até 80% dos alcoolistas crônicos têm algum grau de deficiência de tiamina (Sechi & Serra, 2007). A apresentação clínica possui: confusão mental (alteração cognitiva); ataxia cerebelar (dificuldade de coordenação motora); e oftalmoplegia ou nistagmo. Nem todos os pacientes apresentam a tríade completa; sintomas incompletos são comuns, com confusão mental e ataxia predominando nas fases iniciais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

A neoplasia pulmonar (especialmente carcinoma de pequenas células ou não pequenas células) deve ser a primeira hipótese devido ao histórico de tabagismo, sintomas constitucionais e achados na tomografia. O paciente é idoso (70 anos) e tabagista. Ambos os fatores tornam neoplasia pulmonar muito mais provável, enquanto a sarcoidose é mais comum em adultos jovens (20-40 anos) e raramente associada ao tabagismo, assim como a tuberculose e pneumonia, que não se encaixam no caso e exame de imagem apresentado no enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 35

ODLD é o único tratamento que prolonga a sobrevida em DPOC avançada com hipoxemia: se assumirmos que a descrição de DPOC avançada e dispneia implica a presença de hipoxemia crônica, a ODLD seria, de fato, o tratamento correto para prolongar a sobrevida. Porém, essa interpretação depende de pressupostos não explicitados no enunciado, como níveis de PaO₂ ou SaO₂. Diretrizes destacam oxigenoterapia para casos específicos: Apesar da importância de broncodilatadores no manejo da DPOC, eles não têm impacto direto na sobrevida. Somente a ODLD, quando indicada adequadamente, é associada à redução da mortalidade. O enunciado enfatiza sobrevida, não qualidade de vida.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 36

A alternativa indicada deve ser interpretada no contexto de **todos os estágios da hepatite C crônica**, onde o principal benefício dos DAAs é **reduzir a progressão da doença hepática e suas complicações**. Os DAAs apresentam benefícios consistentes e amplamente aceitos para todos os pacientes com hepatite C crônica: altas taxas de cura virológica sustentada (SVR): As taxas de cura com DAAs são superiores a 95% na maioria dos genótipos do HCV; a eliminação do

vírus reduz a carga inflamatória hepática, permitindo a regressão da fibrose e reduzindo o risco de progressão da doença hepática; a redução do risco de cirrose; e a redução do risco de carcinoma hepatocelular (CHC).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A biópsia renal é amplamente reconhecida como o padrão-ouro para avaliar o comprometimento renal no LES, especialmente em pacientes com: proteinúria significativa; hematúria; insuficiência renal progressiva. A importância da Biópsia Renal se destaca pois confirma a etiologia lúpica do comprometimento renal; fornece informações essenciais para classificar a nefrite lúpica (segundo os critérios ISN/RPS), o que é crucial para determinar o tratamento.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 38

O Doppler de artérias renais é recomendado como exame inicial de escolha pelas principais diretrizes (SBC, ESH/ESC, UpToDate) porque: avalia diretamente o fluxo sanguíneo nas artérias renais; detecta alterações hemodinâmicas indicativas de estenose significativa; é amplamente disponível, não invasivo e de baixo custo. Suas vantagens sobre a cintilografia são: melhor para detectar alterações anatômicas e estenose em pacientes com função renal preservada ou levemente comprometida; e superior em estenoses leves a moderadas, enquanto a cintilografia tem maior sensibilidade para estenoses significativas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 39

A alternativa (B) Fraturas atípicas de fêmur deve ser mantida como a correta porque é o efeito adverso mais amplamente reconhecido e significativo associado ao uso prolongado de bifosfonatos. Tem suporte robusto em diretrizes e literatura científica.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 40

A EH é uma complicação comum e amplamente reconhecida no alcoolismo crônico, com confusão mental e tremores como manifestações centrais. Os critérios clínicos são: A EH é diagnosticada clinicamente com base em sintomas neurológicos e história de doença hepática, mesmo na ausência de dados laboratoriais. A Diferenciação clara à luz do teor dos recursos: Os achados descritos no enunciado não fornecem dados suficientes para justificar Korsakoff como principal hipótese. Ausência de confabulação e amnésia anterógrada enfraquece essa alternativa. De acordo com as diretrizes e literatura, a EH é consistentemente apontada no exame clínico como a principal hipótese em pacientes com alcoolismo crônico e sintomas neurológicos, especialmente quando associada a tremores.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 41

A pré-eclâmpsia é uma síndrome multissistêmica caracterizada por hipertensão arterial e proteinúria após 20 semanas de gestação. A principal complicação da pré-eclâmpsia é a eclâmpsia, definida como convulsões generalizadas tônico-clônicas associadas à pré-eclâmpsia. O sulfato de magnésio é o medicamento de escolha para a prevenção e tratamento das convulsões na pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia. A precisão do termo bloqueio neuromuscular no contexto clínico e farmacológico do sulfato de magnésio, enquanto reconhecemos que a vasodilatação é um efeito secundário, mas não o principal mecanismo relevante no manejo da pré-eclâmpsia.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 42

A questão apresenta duas alternativas de resposta, portanto deve ser anulada.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 47

A hiperplasia endometrial caracteriza-se por proliferação excessiva das células glandulares do endométrio, frequentemente causada por estímulo estrogênico descontrolado sem oposição da progesterona. As suas manifestações clínicas incluem sangramento uterino anormal e espessamento endometrial observado em exames de imagem como achado ultrassonográfico mais frequentemente

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 49

A alternativa correta indica o tratamento padrão para manutenção em candidíase recorrente, mencionada no enunciado, amplamente respaldado por diretrizes internacionais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 50

Com base nas diretrizes nacionais mais recentes, a amniocentese antes de 18 semanas é inadequada. A questão apresenta um erro conceitual e deve ser anulada devido à ausência de uma alternativa que reflita a conduta inicial correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 52

A glicemia de jejum elevada é indicativa, mas não suficiente para diagnóstico de DG. Nesse caso, o TTGO com 75 g de glicose deve ser realizado para avaliação complementar. São critérios diagnósticos do TTGO: jejum ≥ 92 mg/dL; 1 hora ≥ 180 mg/dL; e 2 horas ≥ 153 mg/dL. Apenas um valor alterado no TTGO é suficiente para diagnóstico

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 53

Recurso prejudicado por não corresponder a questão mencionada.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 55

A terapia hormonal é amplamente aceita como primeira linha para o manejo da dor na endometriose, independentemente do diagnóstico de infertilidade, especialmente se a paciente não está tentando engravidar ativamente. A laparoscopia é geralmente reservada para casos refratários ou situações em que a infertilidade é a preocupação principal.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 57

A conização do colo uterino é amplamente reconhecida como a abordagem padrão em pacientes com carcinoma de colo uterino em estágio IA1 (sem invasão linfovascular) que desejam preservar a fertilidade. Embora a conização possa aumentar o risco de insuficiência istmo-cervical (com risco de parto prematuro), ela ainda preserva a capacidade de conceber e é considerada o tratamento de escolha para casos de doença microinvasiva. Em pacientes com alto risco de insuficiência istmo-cervical após a conização, o cerclagem uterina pode ser utilizada para reduzir os riscos durante a gravidez. A realização de uma conização com margens livres elimina a necessidade de tratamentos mais invasivos, como histerectomia, e evita os danos irreversíveis causados pela radioterapia.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 58

A administração de corticoides e a consideração do parto imediato é a conduta mais alinhada às diretrizes obstétricas. Essa alternativa reflete a prática clínica em casos de DPP em gestantes estáveis. A alternativa também abrange o manejo mais apropriado para o caso descrito, equilibrando a administração de corticoides e a possibilidade de parto imediato, conforme o estado clínico da gestante e do feto.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 63

Prevenção terciária é aquela que objetiva reduzir complicações e melhorar a qualidade de vida em pacientes com doenças já diagnosticadas, como é o caso clínico do enunciado.

Recursos deferidos. Gabarito Alterado para "C".

QUESTÃO 65

A prevenção quaternária refere-se a intervenções médicas que têm como objetivo evitar a supermedicalização e os danos causados por exames e tratamentos desnecessários. Ela protege os pacientes contra intervenções excessivas que poderiam causar iatrogenias, ansiedade ou tratamentos sem benefícios comprovados. A argumentação apresentada no recurso traz uma interpretação incorreta do enunciado e do conceito de prevenção quaternária. A questão está, na realidade, correta ao associar o "uso excessivo de exames de rastreamento em pacientes sem sintomas, que pode levar a danos e tratamentos desnecessários" ao conceito de prevenção quaternária, conforme descrito na literatura científica e nas diretrizes de saúde pública.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 71

O enunciado questiona duas coisas: A diferença entre Risco Relativo (RR) e Odds Ratio (OR). Os estudos em que cada medida é mais comumente utilizada. A alternativa correta responde corretamente ambas as questões: O RR mede o risco diretamente e é preferido em estudos de coorte, já o OR mede as chances relativas e é amplamente utilizado em estudos de caso-controle, onde não é possível calcular a incidência diretamente. A alternativa está correta e alinhada à prática epidemiológica, não apresentando inconsistências conceituais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 78

O conceito de endemia, conforme amplamente reconhecido na literatura epidemiológica, refere-se à presença constante e habitual de uma doença em uma área geográfica específica, independentemente do número absoluto de casos. O enunciado não menciona aumento súbito ou inesperado no número de casos, o que seria necessário para caracterizar um surto. A ausência de descrição de um padrão temporal atípico favorece a interpretação de que se trata de uma distribuição habitual da doença em uma área específica, característica de uma endemia.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 85

Diretrizes contemporâneas recomendam o CPAP nasal como primeira escolha para manejo de SDR em neonatos com drive respiratório adequado e sem sinais graves de insuficiência respiratória: mantém os alvéolos abertos, reduz a atelectasia e melhora a oxigenação; e evita complicações associadas à intubação precoce e ventilação invasiva.

Recursos deferidos. Gabarito Alterado para "C".

QUESTÃO 87

O enunciado descreve uma criança de 2 anos com febre alta e convulsão febril. Não há informações adicionais que sugiram: prolongamento da convulsão, características focais ou recorrência, sinais de doença grave subjacente, como irritabilidade extrema, letargia, ou déficit neurológico focal, histórico vacinal incompleto ou uso de antibióticos, que poderiam mascarar sinais de meningite. Dessa forma, o cenário descrito sugere uma convulsão febril simples, cuja conduta inicial é: tratar a febre com antitérmicos; e monitorar a evolução clínica.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 88

A vacina BCG é indicada ao nascimento para a prevenção de formas graves de tuberculose (como meningite tuberculosa e tuberculose miliar) em áreas de alta prevalência da doença. É uma vacina viva atenuada derivada do *Mycobacterium bovis*. No Brasil e em outras regiões de alta prevalência, a BCG é administrada rotineiramente ao nascimento como parte do calendário vacinal.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 92

Embora o hipotireoidismo congênito possa causar icterícia prolongada e anemia, a associação com hepatoesplenomegalia em um lactente de 3 meses é rara e aponta para um quadro de descompensação grave, o que não é descrito no enunciado. A anemia hemolítica congênita explica de forma mais direta todos os achados clínicos, sendo a hipótese mais provável.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 93

A mononucleose infecciosa, também conhecida como "doença do beijo", é causada principalmente pelo Epstein-Barr vírus (EBV), um herpesvírus humano altamente prevalente. Os sinais e sintomas clássicos incluem: fadiga intensa, linfadenopatia generalizada, febre frequente em fases iniciais, faringite com ou sem exsudato e esplenomegalia, que pode ocorrer em até 50% dos casos. Esses achados estão diretamente relacionados ao EBV, que é a causa mais frequente da mononucleose infecciosa.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 97

Os sintomas apresentados incluem: irritabilidade: comum durante a erupção dos dentes devido ao desconforto gengival; perda de apetite: frequentemente associada à dor local e ao desconforto ao se alimentar; febre baixa: pode ocorrer em alguns casos, embora não seja uma característica universal; e gengivas avermelhadas: indicativo direto de inflamação local associada à erupção dentária. Esses sinais e sintomas são típicos de erupção dentária em lactentes, que geralmente começa entre os 4 e 7 meses de idade.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 98

Reflexos primitivos são respostas automáticas presentes em recém-nascidos, essenciais para a sobrevivência e desenvolvimento inicial. Esses reflexos desaparecem em períodos específicos durante o crescimento. Cronologia dos Reflexos: reflexo de marcha (ou reflexo de passos): aparece ao nascimento e desaparece entre 4 a 8 semanas de vida; reflexo de Moro: presente desde o nascimento e desaparece por volta dos 3 a 6 meses de vida; reflexo de preensão palmar: presente ao nascimento e desaparece entre 4 a 6 meses; reflexo de sucção: presente ao nascimento e desaparece entre 4 a 6 meses, mas sua persistência pode ser funcional em situações específicas (ex.: amamentação).

Recursos deferidos. Gabarito Alterado para "D".

QUESTÃO 99

O enunciado, embora breve, orienta para um quadro agudo que favorece pneumonia como o diagnóstico mais provável. A falta de informações adicionais, como duração dos sintomas ou história epidemiológica (ex.: contato com TB), não é suficiente para invalidar a questão.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: CARDIOLOGIA

QUESTÃO 1

A alternativa indicada é a base do manejo inicial no IAMSSST ou angina instável. Anticoagulantes, como heparina não fracionada ou enoxaparina, previnem a formação de novos trombos. Terapia antiplaquetária dupla (aspirina + inibidor de P2Y12, como clopidogrel ou ticagrelor) estabiliza o trombo.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 3

O uso preferencial no manejo da frequência cardíaca em FA e ICC: são betabloqueadores, como carvedilol, isoprolool ou metoprolol, são a terapia de primeira linha para controle da frequência cardíaca em pacientes com FA e ICC. Mesmo em descompensação cardíaca, se o paciente já estiver em uso de betabloqueadores, a recomendação é ajustar a dose (frequentemente reduzir, mas não suspender completamente).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 4

Ao considerar as diretrizes mais recentes e as práticas clínicas no manejo de abdome agudo, o gabarito oficial é o mais apropriado. O caso clínico sugere uma dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos, indicando uma possível pancreatite aguda ou outras condições de abdome agudo em andar superior, como: colecistite aguda, doença ulcerosa péptica complicada, pancreatite aguda, aneurisma de aorta abdominal. Dentre esses diagnósticos diferenciais, a ultrassonografia abdominal é preferida como exame inicial, devido à sua capacidade de identificar com maior sensibilidade: litíase biliar ou dilatação do ducto biliar comum, frequentemente associada à pancreatite, colecistite aguda e exclusão de outras causas inflamatórias abdominais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 8

A elastografia hepática é amplamente recomendada como primeira linha em pacientes com suspeita de cirrose e doença hepática crônica. Seu uso inclui: avaliação da gravidade da doença hepática (grau de fibrose): mede a rigidez hepática e ajuda a estratificar o risco de complicações, como hipertensão portal; evitar a biópsia hepática quando o diagnóstico clínico é evidente: É uma ferramenta não invasiva, especialmente em pacientes com sinais clínicos claros de cirrose (como no caso descrito); prognóstico: identifica fibrose avançada e auxilia no manejo clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e da European Association for the Study of the Liver (EASL), a elastografia é o exame de escolha inicial para avaliar a fibrose hepática, pois: minimiza o risco de complicações associadas à biópsia e fornece informações prognósticas rápidas e confiáveis.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 11

O ecocardiograma transtorácico (ETT) é amplamente reconhecido como o exame inicial mais indicado para pacientes com insuficiência cardíaca, devido à sua capacidade de: avaliar a gravidade, pois mede a fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE), que é essencial para classificar a insuficiência cardíaca como preservada, levemente reduzida ou reduzida e permite identificar sinais de hipertensão pulmonar e alterações estruturais, como hipertrofia ventricular, dilatação atrial ou alterações valvares; para investigar a causa subjacente, pois detecta cardiopatias estruturais, como

valvopatias, cardiomiopatias, disfunção ventricular ou pericardite constrictiva. Em casos de disfunção ventricular aguda, ajuda a diferenciar entre insuficiência cardíaca de origem isquêmica e não isquêmica. O ETT é o exame de escolha inicial na prática clínica para avaliar insuficiência cardíaca. Ele fornece dados suficientes para orientar o tratamento inicial, priorizando a avaliação da estrutura e função cardíaca de forma não invasiva.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 15

Características clínicas compatíveis com Miastenia Gravis: fraqueza muscular progressiva, que é um sintoma característico da Miastenia Gravis, frequentemente agravado pelo esforço e aliviado pelo repouso; ptose palpebral bilateral, uma fraqueza dos músculos extraoculares é um achado clássico na Miastenia Gravis, sendo a ptose uma manifestação inicial comum; e bloqueio de transmissão neuromuscular, que confirmado pelo exame de eletroneuromiografia (ENMG), que demonstra decremento na amplitude do potencial de ação composto, típico da Miastenia Gravis.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 16

Com base no quadro clínico (dor torácica aguda irradiada para o dorso, hipertensão grave e ausência de pulsos periféricos) e na necessidade de diagnóstico rápido e preciso, o exame mais indicado é a Tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

A primeira medida terapêutica recomendada é a infusão de soluções cristaloides para estabilizar o paciente hemodinamicamente, garantindo a segurança e a viabilidade das intervenções diagnósticas e terapêuticas subsequentes.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 32

A tuberculose é uma causa clássica de lesões cavitárias pulmonares, especialmente em pacientes sintomáticos respiratórios, com ou sem hemoptise. A dor torácica pode ocorrer em casos de acometimento pleural ou inflamação adjacente. Compatibilidade: altamente sugestiva, especialmente considerando a lesão cavitária, o contexto clínico apresentado e no princípio de prevalência.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO

QUESTÃO 1

O quadro clínico é mais compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal devido à tríade clássica de: dor abdominal ou lombar intensa e súbita; hipotensão ou choque; e massa abdominal pulsátil (não descrita no caso, mas compatível).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 28

Embora a presença de dor lombar seja relevante para considerar o manejo mais agressivo de um AAA, ela não substitui o critério amplamente aceito do diâmetro (>5,5 cm). A indicação cirúrgica apenas com base na dor seria considerada caso o paciente apresente sinais de complicação iminente, como instabilidade hemodinâmica ou evidências radiológicas de expansão acelerada. Portanto, o gabarito reflete o critério objetivo mais amplamente utilizado para a indicação cirúrgica.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: CIRURGIA PLÁSTICA

QUESTÃO 1

O quadro clínico é mais compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal devido à tríade clássica de: dor abdominal ou lombar intensa e súbita; hipotensão ou choque; e massa abdominal pulsátil (não descrita no caso, mas compatível).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 5

Características da úlcera descrita: úlcera no bulbo duodenal: A grande maioria das úlceras duodenais (cerca de 90%) é causada por infecção por *Helicobacter pylori*. Essa bactéria promove inflamação crônica e aumento da produção de ácido gástrico, levando à formação de úlceras; bordas elevadas: este achado não é específico, mas é compatível com úlceras associadas ao *H. pylori*, especialmente em lesões crônicas. Assim, a causa mais provável da úlcera duodenal descrita é (A) Infecção por *H. pylori*, dado o local da lesão, a apresentação clínica e a alta prevalência dessa infecção como causa primária de úlceras duodenais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

A presença de um abscesso peri-apendicular indica uma complicação inflamatória localizada, geralmente secundária à perfuração do apêndice. O tratamento imediato deve priorizar a estabilização do quadro infeccioso e inflamatório, sendo antibioticoterapia e drenagem do abscesso as primeiras medidas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 16

A descrição de dor em fossa ilíaca direita, febre e náuseas é sugestiva de apendicite aguda complicada, confirmada pelo achado de líquido purulento durante a laparoscopia. Esse líquido purulento indica uma peritonite localizada, frequentemente decorrente de perfuração apendicular. O tratamento padrão envolve a apendicectomia, que é o tratamento definitivo para apendicite, mesmo em casos complicados, como perfuração com abscesso ou líquido purulento. Além disso, a lavagem da cavidade abdominal é essencial para remover o líquido purulento, reduzir a carga bacteriana e prevenir complicações, como abscessos residuais ou peritonite difusa.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

Trauma contuso com lesão hepática e líquido livre em um paciente com trauma abdominal, a presença de líquido livre na cavidade abdominal associada à lesão hepática indica alta probabilidade de hemorragia significativa, especialmente em trauma contuso. Esse quadro sugere que há ruptura de vasos sanguíneos, o que pode levar rapidamente à instabilidade hemodinâmica. A presença de líquido livre abdominal após trauma contuso e lesão hepática aponta para a necessidade de cirurgia exploratória (laparotomia de emergência) como a conduta inicial mais adequada.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 27

Paciente com dor no flanco, febre e hematúria macroscópica e que apresenta no exame de imagem cálculos em pelve renal. Os sintomas indicam litíase urinária complicada com infecção. A melhor resposta é a letra A (Antibióticos e analgesia), pois trata-se do manejo inicial mais indicado para o quadro clínico apresentado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 28

Embora a presença de dor lombar seja relevante para considerar o manejo mais agressivo de um AAA, ela não substitui o critério amplamente aceito do diâmetro (>5,5 cm). A indicação cirúrgica apenas com base na dor seria considerada caso o paciente apresente sinais de complicação iminente, como instabilidade hemodinâmica ou evidências radiológicas de expansão acelerada. Portanto, o gabarito reflete o critério objetivo mais amplamente utilizado para a indicação cirúrgica.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 30

Após cirurgias abdominais, especialmente procedimentos como colecistectomia, o abscesso subfrênico é uma complicação comum devido à contaminação local, coleções de bile ou formação de hematoma infectado. A resposta é a mais apropriada para o descrito no enunciado. O quadro clínico e a literatura respaldam a alta probabilidade dessa complicação em comparação com outras hipóteses diagnósticas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 33

A paciente apresenta abaulamento doloroso na cicatriz de uma cirurgia abdominal prévia, o que é um achado clássico de hérnia incisional. As hérnias incisionais ocorrem no local de uma cicatriz cirúrgica, resultantes da fraqueza na parede abdominal devido ao fechamento inadequado ou falha na cicatrização após cirurgia abdominal. O quadro descrito é mais consistente com hérnia incisional, sendo a alternativa B a resposta mais adequada.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 39

O enunciado descreve um caso de hemorragia digestiva alta com vaso visível em um cenário inicial. Isso implica na necessidade de uma intervenção endoscópica imediata, com medidas que estabilizem o sangramento para evitar cessar o sangramento ou a progressão da hemorragia. A injeção de adrenalina é amplamente reconhecida como parte do tratamento inicial endoscópico, muitas vezes associada a outras terapias complementares (como hemoclips ou coagulação térmica). Portanto, não há indicação de que a questão esteja excluindo intervenções complementares ao uso de adrenalina, apenas indica dentre as alternativas apresentadas a mais adequada ao caso clínico.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 42

Apresentação clínica compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal (AAA): dor abdominal intensa e súbita, que é o sintoma mais comum da ruptura de AAA, geralmente localizado no abdome ou com irradiação para o dorso/flanco; hipotensão, que é um achado característico, devido à perda significativa de sangue para o espaço retroperitoneal ou intraperitoneal; e líquido livre na cavidade abdominal. No ultrassom, a presença de líquido livre sugere hemorragia significativa, frequentemente associada a ruptura de aneurisma.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 45

Achados radiológicos característicos: a dilatação do esôfago é um achado muito mais típico de acalasia do que de câncer de esôfago. Na acalasia, a dilatação ocorre devido à falha do esfíncter esofágico inferior (EEI) em relaxar, levando ao acúmulo de alimentos e líquidos no órgão. O espessamento da parede esofágica, embora também possa ser visto no câncer, na acalasia frequentemente reflete hipertrofia muscular resultante de anos de disfunção motora. A disfagia descrita no enunciado é inespecífica e comum a várias condições. No entanto, a associação com dor torácica sugere acalasia, que frequentemente apresenta esse sintoma devido ao esforço do esôfago em tentar propulsar o conteúdo alimentar através do EEI. O câncer de esôfago geralmente apresenta disfagia progressiva, que não é mencionada explicitamente no enunciado. A acalasia é relativamente comum em adultos de meia-idade e pode se manifestar com sintomas crônicos e progressivos. Embora o câncer de esôfago também seja uma possibilidade, especialmente em pacientes com fatores de risco como tabagismo ou alcoolismo, o enunciado não menciona esses fatores. A presença de dor torácica, mais característica da acalasia, e a ausência de sintomas típicos do câncer, como perda de peso significativa, favorecem o diagnóstico de acalasia.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 48

A alternativa indicada no gabarito reflete a conduta mais apropriada para a maioria dos casos de lesão do ducto biliar identificados intraoperativamente, conforme descrito na literatura médica padrão. As limitações mencionadas no recurso (falta de dados sobre a experiência da equipe ou grau de lesão) não inviabilizam a manutenção da alternativa, pois a reparação imediata continua sendo o manejo padrão na presença de condições adequadas. Portanto, a manutenção da alternativa (C) como gabarito é justificada e consistente com as melhores práticas clínicas e cirúrgicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 1

O quadro clínico é mais compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal devido à tríade clássica de: dor abdominal ou lombar intensa e súbita; hipotensão ou choque; e massa abdominal pulsátil (não descrita no caso, mas compatível).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 13

O paciente no pós-operatório de colectomia apresenta febre e dor abdominal, sinais que sugerem uma complicação intra-abdominal, como: abscesso intra-abdominal, fístula, deiscência anastomótica e peritonite. Estes achados clínicos requerem uma investigação detalhada, e a tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame mais indicado por sua alta sensibilidade e especificidade para identificar essas complicações. A tomografia computadorizada de abdome é o exame de escolha para investigar febre e dor abdominal no contexto pós-operatório de colectomia por diverticulite complicada.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

A presença de um abscesso peri-apendicular indica uma complicação inflamatória localizada, geralmente secundária à perfuração do apêndice. O tratamento imediato deve priorizar a estabilização do quadro infeccioso e inflamatório, sendo antibioticoterapia e drenagem do abscesso as primeiras medidas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 48

A alternativa indicada no gabarito reflete a conduta mais apropriada para a maioria dos casos de lesão do ducto biliar identificados intraoperativamente, conforme descrito na literatura médica padrão. As limitações mencionadas no recurso (falta de dados sobre a experiência da equipe ou grau de lesão) não inviabilizam a manutenção da alternativa, pois a reparação imediata continua sendo o manejo padrão na presença de condições adequadas. Portanto, a manutenção da alternativa (C) como gabarito é justificada e consistente com as melhores práticas clínicas e cirúrgicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

A presença de um abscesso peri-apendicular indica uma complicação inflamatória localizada, geralmente secundária à perfuração do apêndice. O tratamento imediato deve priorizar a estabilização do quadro infeccioso e inflamatório, sendo antibioticoterapia e drenagem do abscesso as primeiras medidas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

Trauma contuso com lesão hepática e líquido livre em um paciente com trauma abdominal, a presença de líquido livre na cavidade abdominal associada à lesão hepática indica alta probabilidade de hemorragia significativa, especialmente em trauma contuso. Esse quadro sugere que há ruptura de vasos sanguíneos, o que pode levar rapidamente à instabilidade hemodinâmica. A presença de líquido livre abdominal após trauma contuso e lesão hepática aponta para a necessidade de cirurgia exploratória (laparotomia de emergência) como a conduta inicial mais adequada.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 30

Após cirurgias abdominais, especialmente procedimentos como colecistectomia, o abscesso subfrênico é uma complicação comum devido à contaminação local, coleções de bile ou formação de hematoma infectado. A resposta é a mais apropriada para o descrito no enunciado. O quadro clínico e a literatura respaldam a alta probabilidade dessa complicação em comparação com outras hipóteses diagnósticas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Paciente de 62 anos com histórico de etilismo crônico apresenta hematemese e melena. A endoscopia revela varizes esofágicas. A ligadura elástica é o método de escolha para interromper o sangramento das varizes esofágicas. Este procedimento endoscópico é eficaz, amplamente disponível e tem menor risco de complicações quando comparado a outras intervenções. A ligadura elástica das varizes é a intervenção mais eficaz e segura para controlar o sangramento ativo em pacientes com varizes esofágicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 46

Além do quadro clínico descrito os achados endoscópicos, com a descrição de lesão ulcerada na região gástrica é altamente sugestiva de câncer gástrico. Enquanto úlceras gástricas benignas podem apresentar características semelhantes, a presença de um paciente idoso com anemia crônica e melena aumenta a suspeita de malignidade. A alternativa C ("Ressecção do segmento afetado com anastomose") é a resposta mais apropriada, considerando o contexto do caso clínico e os protocolos cirúrgicos estabelecidos. Manter essa alternativa como correta reflete uma abordagem consistente com as diretrizes de manejo de trauma abdominal.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: COLOPROCTOLOGIA

QUESTÃO 14

A presença de um abscesso peri-apendicular indica uma complicação inflamatória localizada, geralmente secundária à perfuração do apêndice. O tratamento imediato deve priorizar a estabilização do quadro infeccioso e inflamatório, sendo antibioticoterapia e drenagem do abscesso as primeiras medidas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 30

Após cirurgias abdominais, especialmente procedimentos como colecistectomia, o abscesso subfrênico é uma complicação comum devido à contaminação local, coleções de bile ou formação de hematoma infectado. A resposta é a mais apropriada para o descrito no enunciado. O quadro clínico e a literatura respaldam a alta probabilidade dessa complicação em comparação com outras hipóteses diagnósticas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 39

O enunciado descreve um caso de hemorragia digestiva alta com vaso visível em um cenário inicial. Isso implica na necessidade de uma intervenção endoscópica imediata, com medidas que estabilizem o sangramento para evitar cessar o sangramento ou a progressão da hemorragia. A injeção de adrenalina é amplamente reconhecida como parte do tratamento inicial endoscópico, muitas vezes associada a outras terapias complementares (como hemoclips ou coagulação térmica). Portanto, não há indicação de que a questão esteja excluindo intervenções complementares ao uso de adrenalina, apenas indica dentre as alternativas apresentadas a mais adequada ao caso clínico.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 4

Ao considerar as diretrizes mais recentes e as práticas clínicas no manejo de abdome agudo, o gabarito oficial é o mais apropriado. O caso clínico sugere uma dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos, indicando uma possível pancreatite aguda ou outras condições de abdome agudo em andar superior, como: colecistite aguda, doença ulcerosa péptica complicada, pancreatite aguda, aneurisma de aorta abdominal. Dentre esses diagnósticos diferenciais, a ultrassonografia abdominal é preferida como exame inicial, devido à sua capacidade de identificar com maior sensibilidade: litíase biliar ou dilatação do ducto biliar comum, frequentemente associada à pancreatite, colecistite aguda e exclusão de outras causas inflamatórias abdominais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 6

A questão aborda uma paciente com quadro clínico fortemente sugestivo de nefrite lúpica, uma complicação grave do Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) que requer diagnóstico e manejo rápidos para evitar progressão para insuficiência renal terminal. A biópsia renal é o padrão-ouro para o diagnóstico de nefrite lúpica. Além de confirmar o diagnóstico, ela classifica o tipo de acometimento glomerular (Classificação da ISN/RPS - Sociedade Internacional de Nefrologia/Sociedade de Patologia Renal), avalia a atividade (inflamação ativa reversível) e cronicidade (lesões fibróticas irreversíveis) e define o tratamento adequado: imunossupressores (micofenolato de mofetila, ciclofosfamida) para formas proliferativas ou antiproteínúricos (IECA ou BRA) para formas não-proliferativas.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 8

A elastografia hepática é amplamente recomendada como primeira linha em pacientes com suspeita de cirrose e doença hepática crônica. Seu uso inclui: avaliação da gravidade da doença hepática (grau de fibrose): mede a rigidez hepática e ajuda a estratificar o risco de complicações, como hipertensão portal; evitar a biópsia hepática quando o diagnóstico clínico é evidente: É uma ferramenta não invasiva, especialmente em pacientes com sinais clínicos claros de cirrose (como no caso descrito); prognóstico: identifica fibrose avançada e auxilia no manejo clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e da European Association for the Study of the Liver (EASL), a elastografia é o exame de escolha inicial para avaliar a fibrose hepática, pois: minimiza o risco de complicações associadas à biópsia e fornece informações prognósticas rápidas e confiáveis.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 16

Com base no quadro clínico (dor torácica aguda irradiada para o dorso, hipertensão grave e ausência de pulsos periféricos) e na necessidade de diagnóstico rápido e preciso, o exame mais indicado é a Tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 21

Diverticulite aguda em pacientes com fatores de risco, o paciente é diabético, obeso e apresenta febre, o que sugere um caso de diverticulite aguda complicada ou com maior risco de complicações. Diretrizes recomendam internação e antibióticos intravenosos nos seguintes casos: presença de febre alta (>38,5°C) ou sinais de infecção sistêmica. Comorbidades significativas, como diabetes ou insuficiência renal, idade avançada ou incapacidade de tolerar dieta oral ou se a dor abdominal é intensa. Antibióticos intravenosos de amplo espectro (ex.: ciprofloxacino + metronidazol ou piperacilina-tazobactam) são indicados para cobrir bactérias gram-negativas e anaeróbicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

A primeira medida terapêutica recomendada é a infusão de soluções cristaloides para estabilizar o paciente hemodinamicamente, garantindo a segurança e a viabilidade das intervenções diagnósticas e terapêuticas subsequentes.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 40

A paciente tem doença renal crônica (DRC), que é uma causa conhecida de anemia associada à redução da produção de eritropoietina pelos rins. A anemia de doença crônica (ADC) é a causa mais comum de anemia em pacientes com DRC, devido à combinação de: redução da produção de eritropoietina e inflamação crônica levando a alterações no metabolismo do ferro e à supressão da eritropoiese.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: GASTROENTEROLOGIA

QUESTÃO 3

O uso preferencial no manejo da frequência cardíaca em FA e ICC: são betabloqueadores, como carvedilol, isoprolol ou metoprolol, são a terapia de primeira linha para controle da frequência cardíaca em pacientes com FA e ICC. Mesmo em descompensação cardíaca, se o paciente já estiver em uso de betabloqueadores, a recomendação é ajustar a dose (frequentemente reduzir, mas não suspender completamente).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 5

A questão aborda um paciente com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) descompensada, apresentando acidose respiratória grave (pH 7,25), hipercapnia (PaCO₂ 60 mmHg), hipoxemia (PaO₂ 55 mmHg) e cianose. Esses achados indicam insuficiência respiratória aguda em um contexto crônico, o que requer intervenção imediata. O tratamento inicial recomendado para este paciente com DPOC descompensada, acidose respiratória e hipercapnia, é ventilação não invasiva com pressão positiva (VNI).

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 8

A elastografia hepática é amplamente recomendada como primeira linha em pacientes com suspeita de cirrose e doença hepática crônica. Seu uso inclui: avaliação da gravidade da doença hepática (grau de fibrose): mede a rigidez hepática e ajuda a estratificar o risco de complicações, como hipertensão portal; evitar a biópsia hepática quando o diagnóstico clínico é evidente: É uma ferramenta não invasiva, especialmente em pacientes com sinais clínicos claros de cirrose (como no caso descrito); prognóstico: identifica fibrose avançada e auxilia no manejo clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e da European Association for the Study of the Liver (EASL), a elastografia é o exame de escolha inicial para avaliar a fibrose hepática, pois: minimiza o risco de complicações associadas à biópsia e fornece informações prognósticas rápidas e confiáveis.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 9

A dor torácica pleurítica súbita associada à dispneia e diminuição do murmúrio vesicular em um dos hemitórax é sugestiva de pneumotórax. Esses achados indicam colapso parcial ou completo do pulmão do lado afetado devido à entrada de ar no espaço pleural. Outros diagnósticos diferenciais: Pneumonia e derrame pleural geralmente apresentam sintomas mais progressivos, como febre, tosse e alteração dos sons pulmonares bilaterais. Além disso, a ausência desses sintomas na paciente favorece o diagnóstico de pneumotórax.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 16

Com base no quadro clínico (dor torácica aguda irradiada para o dorso, hipertensão grave e ausência de pulsos periféricos) e na necessidade de diagnóstico rápido e preciso, o exame mais indicado é a Tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 21

Diverticulite aguda em pacientes com fatores de risco, o paciente é diabético, obeso e apresenta febre, o que sugere um caso de diverticulite aguda complicada ou com maior risco de complicações. Diretrizes recomendam internação e antibióticos intravenosos nos seguintes casos: presença de febre alta (>38,5°C) ou sinais de infecção sistêmica. Comorbidades significativas, como diabetes ou insuficiência renal, idade avançada ou incapacidade de tolerar dieta oral ou se a dor abdominal é intensa. Antibióticos intravenosos de amplo espectro (ex.: ciprofloxacino + metronidazol ou piperacilina-tazobactam) são indicados para cobrir bactérias gram-negativas e anaeróbicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

A primeira medida terapêutica recomendada é a infusão de soluções cristaloides para estabilizar o paciente hemodinamicamente, garantindo a segurança e a viabilidade das intervenções diagnósticas e terapêuticas subsequentes.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 40

A paciente tem doença renal crônica (DRC), que é uma causa conhecida de anemia associada à redução da produção de eritropoietina pelos rins. A anemia de doença crônica (ADC) é a causa mais comum de anemia em pacientes com DRC, devido à combinação de: redução da produção de eritropoietina e inflamação crônica levando a alterações no metabolismo do ferro e à supressão da eritropoiese.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 50

Características clínicas descritas: dor nas articulações das mãos: A artrite reumatoide (AR) tipicamente afeta articulações pequenas, como as das mãos, especialmente as metacarpofalângicas (MCF) e interfalângicas proximais (IFP), poupando geralmente as interfalângicas distais (IFD), rigidez matinal: um achado clássico da AR, frequentemente durando mais de 30 minutos e sendo indicativo de uma doença inflamatória e fator reumatoide positivo: O fator reumatoide (FR) é um marcador sorológico frequentemente associado à AR, embora não seja específico.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 1

A alternativa indicada é a base do manejo inicial no IAMSSST ou angina instável. Anticoagulantes, como heparina não fracionada ou enoxaparina, previnem a formação de novos trombos. Terapia antiplaquetária dupla (aspirina + inibidor de P2Y12, como clopidogrel ou ticagrelor) estabiliza o trombo.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 3

O uso preferencial no manejo da frequência cardíaca em FA e ICC: são betabloqueadores, como carvedilol, isoprolol ou metoprolol, são a terapia de primeira linha para controle da frequência cardíaca em pacientes com FA e ICC. Mesmo em descompensação cardíaca, se o paciente já estiver em uso de betabloqueadores, a recomendação é ajustar a dose (frequentemente reduzir, mas não suspender completamente).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 4

Ao considerar as diretrizes mais recentes e as práticas clínicas no manejo de abdome agudo, o gabarito oficial é o mais apropriado. O caso clínico sugere uma dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos, indicando uma possível pancreatite aguda ou outras condições de abdome agudo em andar superior, como: colecistite aguda, doença ulcerosa péptica complicada, pancreatite aguda, aneurisma de aorta abdominal. Dentre esses diagnósticos diferenciais, a ultrassonografia abdominal é preferida como exame inicial, devido à sua capacidade de identificar com maior sensibilidade: litíase biliar ou dilatação do ducto biliar comum, frequentemente associada à pancreatite, colecistite aguda e exclusão de outras causas inflamatórias abdominais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 8

A elastografia hepática é amplamente recomendada como primeira linha em pacientes com suspeita de cirrose e doença hepática crônica. Seu uso inclui: avaliação da gravidade da doença hepática (grau de fibrose): mede a rigidez hepática e ajuda a estratificar o risco de complicações, como hipertensão portal; evitar a biópsia hepática quando o diagnóstico clínico é evidente: É uma ferramenta não invasiva, especialmente em pacientes com sinais clínicos claros de cirrose (como no caso descrito); prognóstico: identifica fibrose avançada e auxilia no manejo clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e da European Association for the Study of the Liver (EASL), a elastografia é o exame de escolha inicial para avaliar a fibrose hepática, pois: minimiza o risco de complicações associadas à biópsia e fornece informações prognósticas rápidas e confiáveis.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 13

A paciente apresenta sintomas clássicos de hiperglicemia (*poliúria, polidipsia, perda de peso*) e exames laboratoriais compatíveis com diabetes mellitus: glicemia de jejum > 126 mg/dL e HbA1c ≥ 6,5%. A glicemia de 250 mg/dL e HbA1c de 9% indicam um estado avançado de hiperglicemia crônica, sugerindo a necessidade de intervenção imediata. A insulinoaterapia inicial é a conduta mais indicada para essa paciente, com o objetivo de corrigir rapidamente a hiperglicemia e prevenir complicações metabólicas graves.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 15

Características clínicas compatíveis com Miastenia Gravis: fraqueza muscular progressiva, que é um sintoma característico da Miastenia Gravis, frequentemente agravado pelo esforço e aliviado pelo repouso; ptose palpebral bilateral, uma fraqueza dos músculos extraoculares é um achado clássico na Miastenia Gravis, sendo a ptose uma manifestação inicial comum; e bloqueio de transmissão neuromuscular, que confirmado pelo exame de eletroneuromiografia (ENMG), que demonstra decremento na amplitude do potencial de ação composto, típico da Miastenia Gravis.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 16

Com base no quadro clínico (dor torácica aguda irradiada para o dorso, hipertensão grave e ausência de pulsos periféricos) e na necessidade de diagnóstico rápido e preciso, o exame mais indicado é a Tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 21

Diverticulite aguda em pacientes com fatores de risco, o paciente é diabético, obeso e apresenta febre, o que sugere um caso de diverticulite aguda complicada ou com maior risco de complicações. Diretrizes recomendam internação e antibióticos intravenosos nos seguintes casos: presença de febre alta (>38,5°C) ou sinais de infecção sistêmica. Comorbidades significativas, como diabetes ou insuficiência renal, idade avançada ou incapacidade de tolerar dieta oral ou se a dor abdominal é intensa. Antibióticos intravenosos de amplo espectro (ex.: ciprofloxacino + metronidazol ou piperacilina-tazobactam) são indicados para cobrir bactérias gram-negativas e anaeróbicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 22

Diante do quadro apresentado, A biópsia renal é o exame mais indicado para confirmar o diagnóstico e determinar o tipo de glomerulopatia subjacente, sendo crucial para o manejo da síndrome nefrótica.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

A primeira medida terapêutica recomendada é a infusão de soluções cristaloides para estabilizar o paciente hemodinamicamente, garantindo a segurança e a viabilidade das intervenções diagnósticas e terapêuticas subsequentes.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 32

A tuberculose é uma causa clássica de lesões cavitárias pulmonares, especialmente em pacientes sintomáticos respiratórios, com ou sem hemoptise. A dor torácica pode ocorrer em casos de acometimento pleural ou inflamação adjacente. Compatibilidade: altamente sugestiva, especialmente considerando a lesão cavitária, o contexto clínico apresentado e no princípio de prevalência.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 36

A Prednisona oral, com base na prática clínica e nas diretrizes para o manejo de exacerbações da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a alternativa correta. Isto porque o quadro descrito (aumento súbito de dispneia e sibilos) é característico de uma exacerbação da DPOC. Corticosteroides sistêmicos são recomendados em casos de exacerbação aguda de DPOC para reduzir a inflamação das vias aéreas, melhorar a função pulmonar e diminuir a duração da exacerbação. Prednisona oral (ou equivalente) é geralmente administrada em doses de 30-40 mg/dia por 5 a 7 dias, conforme diretrizes da Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD).

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 38

A disfagia progressiva é um sintoma de alarme, particularmente em um paciente idoso (65 anos) com antecedente de tabagismo, um fator de risco significativo para neoplasias, incluindo o câncer de esôfago. A progressão da disfagia sugere uma lesão que está aumentando de tamanho ou gravidade, como ocorre no câncer de esôfago.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 40

A paciente tem doença renal crônica (DRC), que é uma causa conhecida de anemia associada à redução da produção de eritropoietina pelos rins. A anemia de doença crônica (ADC) é a causa mais comum de anemia em pacientes com DRC, devido à combinação de: redução da produção de eritropoietina e inflamação crônica levando a alterações no metabolismo do ferro e à supressão da eritropoiese.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: MASTOLOGIA

QUESTÃO 23

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 26

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: NEFROLOGIA

QUESTÃO 1

A alternativa indicada é a base do manejo inicial no IAMSSST ou angina instável. Anticoagulantes, como heparina não fracionada ou enoxaparina, previnem a formação de novos trombos. Terapia antiplaquetária dupla (aspirina + inibidor de P2Y12, como clopidogrel ou ticagrelor) estabiliza o trombo.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 8

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 3

O uso preferencial no manejo da frequência cardíaca em FA e ICC: são betabloqueadores, como carvedilol, isoprolool ou metoprolol, são a terapia de primeira linha para controle da frequência cardíaca em pacientes com FA e ICC. Mesmo em descompensação cardíaca, se o paciente já estiver em uso de betabloqueadores, a recomendação é ajustar a dose (frequentemente reduzir, mas não suspender completamente).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 4

Ao considerar as diretrizes mais recentes e as práticas clínicas no manejo de abdome agudo, o gabarito oficial é o mais apropriado. O caso clínico sugere uma dor epigástrica intensa irradiada para o dorso, associada a náuseas e vômitos, indicando uma possível pancreatite aguda ou outras condições de abdome agudo em andar superior, como: colecistite aguda, doença ulcerosa péptica complicada, pancreatite aguda, aneurisma de aorta abdominal. Dentre esses diagnósticos diferenciais, a ultrassonografia abdominal é preferida como exame inicial, devido à sua capacidade de identificar com maior sensibilidade: litíase biliar ou dilatação do ducto biliar comum, frequentemente associada à pancreatite, colecistite aguda e exclusão de outras causas inflamatórias abdominais.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 8

A elastografia hepática é amplamente recomendada como primeira linha em pacientes com suspeita de cirrose e doença hepática crônica. Seu uso inclui: avaliação da gravidade da doença hepática (grau de fibrose): mede a rigidez hepática e ajuda a estratificar o risco de complicações, como hipertensão portal; evitar a biópsia hepática quando o diagnóstico clínico é evidente: É uma ferramenta não invasiva, especialmente em pacientes com sinais clínicos claros de cirrose (como no caso descrito); prognóstico: identifica fibrose avançada e auxilia no manejo clínico. Conforme as diretrizes da Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e da European Association for the Study of the Liver (EASL), a elastografia é o exame de escolha inicial para avaliar a fibrose hepática, pois: minimiza o risco de complicações associadas à biópsia e fornece informações prognósticas rápidas e confiáveis.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 16

Com base no quadro clínico (dor torácica aguda irradiada para o dorso, hipertensão grave e ausência de pulsos periféricos) e na necessidade de diagnóstico rápido e preciso, o exame mais indicado é a Tomografia computadorizada de tórax com contraste.

Recurso indeferido. Gabarito mantido.

QUESTÃO 34

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 35

Enunciado oferece duas alternativas de resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 43

Enunciado insuficiente para se chegar à resposta correta.

Recursos deferidos. Questão anulada.

QUESTÃO 50

Características clínicas descritas: dor nas articulações das mãos: A artrite reumatoide (AR) tipicamente afeta articulações pequenas, como as das mãos, especialmente as metacarpofalângicas (MCF) e interfalângicas proximais (IFP), poupando geralmente as interfalângicas distais (IFD), rigidez matinal: um achado clássico da AR, frequentemente durando mais de 30 minutos e sendo indicativo de uma doença inflamatória e fator reumatoide positivo: O fator reumatoide (FR) é um marcador sorológico frequentemente associado à AR, embora não seja específico.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

ENTRADA COM PRÉ-REQUISITO: UROLOGIA

QUESTÃO 1

O quadro clínico é mais compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal devido à tríade clássica de: dor abdominal ou lombar intensa e súbita; hipotensão ou choque; e massa abdominal pulsátil (não descrita no caso, mas compatível).

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 13

O paciente no pós-operatório de colectomia apresenta febre e dor abdominal, sinais que sugerem uma complicação intra-abdominal, como: abscesso intra-abdominal, fístula, deiscência anastomótica e peritonite. Estes achados clínicos requerem uma investigação detalhada, e a tomografia computadorizada (TC) de abdome é o exame mais indicado por sua alta sensibilidade e especificidade para identificar essas complicações. A tomografia computadorizada de abdome é o exame de escolha para investigar febre e dor abdominal no contexto pós-operatório de colectomia por diverticulite complicada.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 14

A presença de um abscesso peri-apendicular indica uma complicação inflamatória localizada, geralmente secundária à perfuração do apêndice. O tratamento imediato deve priorizar a estabilização do quadro infeccioso e inflamatório, sendo antibioticoterapia e drenagem do abscesso as primeiras medidas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 16

A descrição de dor em fossa ilíaca direita, febre e náuseas é sugestiva de apendicite aguda complicada, confirmada pelo achado de líquido purulento durante a laparoscopia. Esse líquido purulento indica uma peritonite localizada, frequentemente decorrente de perfuração apendicular. O tratamento padrão envolve a apendicectomia, que é o tratamento definitivo para apendicite, mesmo em casos complicados, como perfuração com abscesso ou líquido purulento. Além disso, a lavagem da cavidade abdominal é essencial para remover o líquido purulento, reduzir a carga bacteriana e prevenir complicações, como abscessos residuais ou peritonite difusa.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 18

História clínica sugestiva: idade avançada e tabagismo: são os dois fatores de risco mais importantes para aneurisma de aorta abdominal (AAA). A perda de peso e dor lombar: embora possam ser associados a neoplasias, também são sintomas clássicos de AAA complicado, como quando há expansão ou risco de ruptura. Massa abdominal palpável: É um achado característico de aneurisma de aorta abdominal, geralmente descrita como pulsátil no exame físico. Embora compreensível a argumentação para considerar o câncer de pâncreas, o aneurisma de aorta abdominal é o diagnóstico mais provável com base nos dados fornecidos pelo enunciado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 26

Trauma contuso com lesão hepática e líquido livre em um paciente com trauma abdominal, a presença de líquido livre na cavidade abdominal associada à lesão hepática indica alta probabilidade de hemorragia significativa, especialmente em trauma contuso. Esse quadro sugere que há ruptura de vasos sanguíneos, o que pode levar rapidamente à instabilidade hemodinâmica. A presença de líquido livre abdominal após trauma contuso e lesão hepática aponta para a necessidade de cirurgia exploratória (laparotomia de emergência) como a conduta inicial mais adequada.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 27

Paciente com dor no flanco, febre e hematúria macroscópica e que apresenta no exame de imagem cálculos em pelve renal. Os sintomas indicam litíase urinária complicada com infecção. A melhor resposta é a letra A (Antibióticos e analgesia), pois trata-se do manejo inicial mais indicado para o quadro clínico apresentado.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 28

Embora a presença de dor lombar seja relevante para considerar o manejo mais agressivo de um AAA, ela não substitui o critério amplamente aceito do diâmetro (>5,5 cm). A indicação cirúrgica apenas com base na dor seria considerada caso o paciente apresente sinais de complicação iminente, como instabilidade hemodinâmica ou evidências radiológicas de expansão acelerada. Portanto, o gabarito reflete o critério objetivo mais amplamente utilizado para a indicação cirúrgica.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 30

Após cirurgias abdominais, especialmente procedimentos como colecistectomia, o abscesso subfrênico é uma complicação comum devido à contaminação local, coleções de bile ou formação de hematoma infectado. A resposta é a mais apropriada para o descrito no enunciado. O quadro clínico e a literatura respaldam a alta probabilidade dessa complicação em comparação com outras hipóteses diagnósticas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 37

A questão em análise apresenta um caso de cisto esplênico em uma paciente de 55 anos com dor abdominal e massa palpável no hipocôndrio esquerdo. Conforme o gabarito, a alternativa correta foi indicada como (B) Esplenectomia parcial. No entanto, com base em literatura médica atualizada e consenso clínico, gostaria de argumentar que a conduta inicial mais apropriada para este caso seria a observação clínica, representada pela alternativa (A).

Recurso deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 38

Dor abdominal difusa: sintoma típico da obstrução intestinal, geralmente causado por distensão abdominal e contrações peristálticas tentando superar o bloqueio; parada de eliminação de gases e fezes: conhecido como íleo obstrutivo, é um achado clássico na obstrução intestinal mecânica; e idade avançada (70 anos): fator de risco para obstrução intestinal, com causas comuns incluindo aderências, tumores, hérnias e volvo. Os sintomas são claros em relação à obstrução intestinal.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 41

O paciente apresenta uma lesão perfurada no intestino delgado secundária a trauma penetrante. Essa situação requer abordagem cirúrgica para evitar complicações como peritonite, sepse e abscesso intra-abdominal. A abordagem cirúrgica mais indicada é a sutura primária da lesão, que é a abordagem inicial padrão para lesões pequenas e localizadas no intestino delgado, com tecido saudável e viabilidade adequada ao redor da lesão. Realizar a sutura primária permite o reparo imediato da perfuração, restabelecendo a integridade do trato gastrointestinal. A lavagem peritoneal complementar é realizada para remover contaminação fecal ou de conteúdo intestinal, reduzindo o risco de infecção. A questão apresenta dados compatíveis com uma lesão focal pequena sem critérios para ressecção. A sutura primária é amplamente reconhecida como a abordagem inicial nesses casos.

Recurso parcialmente deferido. Gabarito Alterado para "A".

QUESTÃO 42

Apresentação clínica compatível com ruptura de aneurisma de aorta abdominal (AAA): dor abdominal intensa e súbita, que é o sintoma mais comum da ruptura de AAA, geralmente localizado no abdome ou com irradiação para o dorso/flanco; hipotensão, que é um achado característico, devido à perda significativa de sangue para o espaço retroperitoneal ou intraperitoneal; e líquido livre na cavidade abdominal. No ultrassom, a presença de líquido livre sugere hemorragia significativa, frequentemente associada a ruptura de aneurisma.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 45

Achados radiológicos característicos: a dilatação do esôfago é um achado muito mais típico de acalasia do que de câncer de esôfago. Na acalasia, a dilatação ocorre devido à falha do esfíncter esofágico inferior (EEI) em relaxar,

levando ao acúmulo de alimentos e líquidos no órgão. O espessamento da parede esofágica, embora também possa ser visto no câncer, na acalasia frequentemente reflete hipertrofia muscular resultante de anos de disfunção motora. A disfagia descrita no enunciado é inespecífica e comum a várias condições. No entanto, a associação com dor torácica sugere acalasia, que frequentemente apresenta esse sintoma devido ao esforço do esôfago em tentar propulsar o conteúdo alimentar através do EEI. O câncer de esôfago geralmente apresenta disfagia progressiva, que não é mencionada explicitamente no enunciado. A acalasia é relativamente comum em adultos de meia-idade e pode se manifestar com sintomas crônicos e progressivos. Embora o câncer de esôfago também seja uma possibilidade, especialmente em pacientes com fatores de risco como tabagismo ou alcoolismo, o enunciado não menciona esses fatores. A presença de dor torácica, mais característica da acalasia, e a ausência de sintomas típicos do câncer, como perda de peso significativa, favorecem o diagnóstico de acalasia.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

QUESTÃO 48

A alternativa indicada no gabarito reflete a conduta mais apropriada para a maioria dos casos de lesão do ducto biliar identificados intraoperativamente, conforme descrito na literatura médica padrão. As limitações mencionadas no recurso (falta de dados sobre a experiência da equipe ou grau de lesão) não inviabilizam a manutenção da alternativa, pois a reparação imediata continua sendo o manejo padrão na presença de condições adequadas. Portanto, a manutenção da alternativa (C) como gabarito é justificada e consistente com as melhores práticas clínicas e cirúrgicas.

Recursos indeferidos. Gabarito mantido.

Brasília/DF, 17 de dezembro de 2024.

Instituto de Acesso à Educação, Capacitação Profissional e Desenvolvimento Humano
Instituto – ACCESS