



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

AMP - 202

AMP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 3

Erica, 42 anos, diabética e hipertensa bem controlada há 2 anos, em uso de anticoncepcional oral contínuo, assintomática, traz exames de rotina: colesterol= 230mg/dL; HDL colesterol= 31mg/dL; triglicerídios= 125 mg/dL; glicemia de jejum= 102 mg/dl; TSH= 1,5 UI/mL; HbA1C=6,4; ácido úrico= 4,5mg/dL; vitamina D= 30 ng/mL. Qual atitude medicamentosa seria mais adequada nesta consulta?

- A. Considerar terapia com estatina de intensidade alta para obter níveis de colesterol LDL < 70 mg/d.
- B. Considerar terapia com estatina de intensidade moderada para obter níveis de colesterol LDL < 100 mg/dL.
- C. Considerar terapia com estatina de intensidade alta, associada a ezetimiba para obter níveis de colesterol LDL < 50 mg/dL.
- D. Considerar tratamento combinado com estatina de intensidade alta intensidade, ezetimiba e fenofibrato também visando elevação do HDL e diminuição do risco CV.
- E. Considerar terapia com ômega 3 [ácido eicosapentaenoico (EPA) e ácido docosaexaenoico (DHA)] evitando, no início, o uso da estatina que pode aumentar discretamente o risco de descompensação do diabetes.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A).

Síntese técnica do problema: Paciente com diabetes e hipertensão configura-se como *alto risco cardiovascular*, exigindo meta de LDL < 70 mg/dL. Fonte: Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.

Fundamentação técnica:

- Diabetes associado a hipertensão classifica o indivíduo em **alto risco cardiovascular**, recomendando-se alvo de LDL < 70 mg/dL. Fonte: Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

- Em alto risco, a terapia inicial deve ser com **estatina de alta intensidade** visando redução $\geq 50\%$ do LDL e meta absoluta < 70 mg/dL. Fonte: Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose.
- Não há indicação de associação rotineira com ezetimiba ou fenofibrato na ausência de doença aterosclerótica estabelecida. Fonte: Diretrizes de Diabetes.

Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para a alternativa A.

Referências

- Sociedade Brasileira de Cardiologia — Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose
- Sociedade Brasileira de Diabetes — Diretrizes de Diabetes



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 5

Sra. Rita, 65 anos, diabética, obesa, em tratamento com metformina 2 g ao dia, vem a consulta solicitando informações. Relata ter ouvido uma entrevista sobre as complicações crônicas do diabetes e ficou preocupada, pois nunca fora orientada a consultar-se com um nefrologista. Seus últimos exames mostraram glicemia 2 horas após o almoço de 165 mg/dL; H_{A1c} de 6,3; ureia de 40 mg/dl e creatinina de 1,12 mg/dl. Após analisar o caso você informa que o encaminhamento será realizado em caso de

- A. hipertensão arterial resistente ao controle com 2 ou mais drogas antihipertensivas.
- B. desejo de transplante de células beta (ilhotas) com ou sem transplante renal simultâneo.
- C. necessidade de orientação sobre acesso vascular para a hemodiálise ou diálise peritoneal.
- D. inclusão no sistema SUS para recebimento de medicação contínua de inibidores do SGLT-2.
- E. a taxa de filtração glomerular estimada for $< 30 \text{ mL/min por } 1,73 \text{ m}^2$ ou a proteinúria se mostrar $> 3 \text{ g/dia}$.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente diabética tipo 2 em estadiamento inicial da nefropatia, sem albuminúria significativa ou redução da TFG, enquadrando-se em Estágio 1, sem indicação de consulta especializada.

Fundamentação técnica:

- O rastreio e estadiamento da nefropatia diabética no DM2 é realizado no diagnóstico e renovado anualmente, incluindo dosagem de creatinina sérica e albuminúria ("Estágio 4 – nefropatia estabelecida: aqui já observamos uma albuminúria na sua clas-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

se superior (A3), além de redução da função renal e elevação da PA.") Fonte: American Journal of Nephrology, 2005

- O encaminhamento ao nefrologista é indicado a partir do Estágio 4, com TFG < 30 mL/min/1,73 m² e albuminúria classe A3 (≥ 300 mg/g), critério não atendido no caso apresentado. Fonte: American Journal of Nephrology, 2005
- A paciente apresenta TFG estimada > 60 mL/min/1,73 m² e albuminúria < 30 mg/g, correspondendo ao Estágio 1, sem requisitos para encaminhamento. Fonte: Endocrinologia Clínica

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão, pois nenhuma das alternativas contempla critério de encaminhamento ao nefrologista conforme diretrizes vigentes.

Referências:

- American Journal of Nephrology (Volume 25, 2005)
- Endocrinologia Clínica (Edição do Kindle)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 6

Paciente sexo masculino, acorda com déficit motor à direita e fala arrastada. Há 5 horas do último momento assintomático conhecido. Realizou tomografia computadorizada de crânio com ausência de hemorragia, e no estudo da perfusão demonstra uma área de penumbra significativa. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Iniciar anticoagulação oral imediata.
- B. Apenas suporte clínico e posteriormente investigação da etiologia do AVE.
- C. Craniectomia descompressiva, a fim de reduzir a hipertensão intracraniana.
- D. Não indicar trombólise, pois acima de 4,5 horas sempre está contraindicado.
- E. Considerar trombólise, uma vez que protocolos avançados permitem trombolisar se houver ressonância magnética de crânio com DWI/FLAIR mismatch (restrição da difusão sem alteração no FLAIR) .

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A questão 6 do concurso da AMP específico Clínica Médica versa sobre um paciente visto bem pela última vez há 5 horas que cursa com evento sugestivo de AVC. A questão não diz há quanto tempo o paciente foi reconhecido. Traz ainda que há área de penumbra significativa no estudo de perfusão.

Esse paciente seria candidato a trombólise endovenosa pelos estudos EXTEND (2019) e HOPE (2025) que avaliaram janela estendida (4,5-9h no EXTEND e até 24h no HOPE) em casos com penumbra ampla na perfusão. Vale citar que essa conduta é endossada pelo guideline da European Stroke Organisation (ESO) de 2021 sobre trombólise em AVC.

Esse paciente não se encaixa no protocolo do estudo WAKE-UP visto que para esse estudo seria necessário que o paciente tivesse sido reconhecido com o déficit há menos que 4,5 horas e o enunciado não cita há quanto tempo o paciente foi reconhecido.

Assim, não há item completamente correto:

O item A traz iniciar anticoagulação imediata, o que está incorreto, visto que não há mecanismo claro ainda e iniciar anticoagulação precoce no AVC aumenta muito o risco de sangramento.

O item B sugere realizar apenas suporte, o que está errado visto que há indicação de trombólise, conforme visto acima.

O item C sugere craniectomia, sendo que não há indicação clara visto que sequer há defini-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

ção da área do AVC.

O item D está incorreto tendo em vista as indicações de aumento de janela de trombólise descritas acima.

O item E, por sua vez, item considerado correto no gabarito inicial, erra ao citar que a indicação de trombólise desse paciente seria pelo mismatch DWI/FLAIR. Esse mismatch seria útil em caso de protocolo WAKE-UP, para o qual o paciente não é candidato, conforme afirmado acima. Esse paciente seria candidato a trombólise simplesmente pela imagem com perfusão trazida no enunciado.

Dessa forma, solicito anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 8

Paciente dá entrada na sala de emergência referindo dispneia intensa e desconforto torácico. Ao monitorar paciente percebemos PA 160/70, FC 160bpm, FR 32, sat 88%, na ausculta pulmonar presença de estertores crepitantes até terço médio bilateral. Realizado eletrocardiograma, percebemos ausência da onda P e ritmo irregular. Diante do quadro clínico e da interpretação eletrocardiográfica, qual a melhor conduta a ser tomada?

- A. Cardioversão elétrica com 50J no desfibrilador monofásico
- B. Cardioversão elétrica com 200J no desfibrilador monofásico.
- C. Realizar manobra vagal se o paciente não responder infusão de adenosina 6mg EV.
- D. Investigar causas secundárias que possam estar levando ao aumento da frequência cardíaca.
- E. Amiodarona dose de ataque, seguido da dose manutenção 1mg/min nas primeiras 6 horas e 0,5mg/min nas próximas 18h.

Recurso:

Prezada banca,

Ao analisar a questão referente ao manejo de fibrilação atrial com instabilidade hemodinâmica na emergência, observamos que a questão apresenta inconsistências técnicas em relação às recomendações mais recentes do Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) da American Heart Association de 2025 e das Diretrizes Europeias de Fibrilação Atrial da ESC de 2024.

Essas diretrizes atualizadas trazem mudanças importantes em relação à cardioversão elétrica sincronizada em casos de fibrilação atrial e flutter atrial. No ACLS 2020, recomendava-se iniciar a cardioversão com energia entre 120 e 200 J em desfibriladores bifásicos, aumentando se necessário - já na alternativa dada como correta, a carga está como 200 J monofásico. Ainda, o ACLS 2025 passou a preferir energias iniciais mais altas (≥ 200 J bifásico) já no primeiro choque, baseando-se em evidências de que essa conduta aumenta significativamente as taxas de reversão e reduz o tempo em arritmia, especialmente em pacientes instáveis.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

O texto da atualização de 2025 esclarece que, para a cardioversão sincronizada de fibrilação atrial ou flutter atrial em adultos, é aceitável uma configuração de energia inicial de 200 J, podendo ser aumentada em caso de falha, de acordo com o tipo de desfibrilador bifásico utilizado. Assim, a diretriz deixa de recomendar energias mais baixas no primeiro choque e reforça que configurações mais altas (≥ 200 J) são preferíveis às baixas, tanto para fibrilação quanto para flutter atrial.

Essa atualização harmoniza o ACLS com as diretrizes europeias (ESC 2024), que também indicam energia inicial de 200 J bifásico na cardioversão de fibrilação atrial em pacientes instáveis. Dessa forma, não há alternativa correta.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 10

Os médicos costumam se referir a qualquer doença febril sem uma etiologia óbvia inicial como Febre de Origem Obscura (FOO). A maioria das doenças febris melhora antes que um diagnóstico possa ser feito ou que desenvolva características que possibilitem o diagnóstico. O termo FOO deve ser reservado para doenças febris prolongadas sem uma etiologia estabelecida apesar da avaliação e exames diagnósticos intensivos. Diante do exposto, analise as afirmativas abaixo I - Na população idosa três diagnósticos possíveis de FOO, arterite de células temporais associada à polimialgia reumática, doença de Still e neoplasia colon retal devem ser consideradas. II - A febre com sinais de endocardite e hemoculturas negativas representa um problema especial. A endocardite com culturas negativas pode ser causada por bactérias de difícil cultivo, como bactérias nutricionalmente variantes, os microrganismos do grupo HACEK. III - A febre de origem obscura é definida como febre > 37,8 em pelo menos duas ocasiões, duração de doença maior que 1 semana, presença de imunocomprometimento conhecido, diagnóstico que permanece incerto após anamnese e exame físico detalhados e os seguintes exames obrigatórios: determinação de VHS e proteína C reativa, contagem de plaquetas, contagem total e diferencial de leucócitos, medidas dos níveis de hemoglobina, eletrólitos, creatinina, proteínas totais, fosfatase alcalina, FAN, fator reumatoide, eletroforese de proteínas, parcial de urina com urocultura, hemoculturas, radiografia de tórax, ultrassonografia abdominal e teste cutâneo com tuberculina ou IGRA teste.

- A. As afirmativas I e II estão corretas, a III está incorreta.
- B. As afirmativas I e III estão corretas, a II está incorreta.
- C. As afirmativas II e III estão corretas, a I está incorreta.
- D. As afirmativas I, II e III estão corretas.
- E. As afirmativas I, II e III estão incorretas.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (C).

À Banca Examinadora,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Síntese técnica do problema: A assertiva I atribui à **Doença de Still** papel relevante em idosos, o que não tem respaldo epidemiológico sólido nessa faixa etária. Por outro lado, a endocardite de hemoculturas negativas e a definição de *Febre de Origem Obscura* expostas nas assertivas II e III estão alinhadas às diretrizes vigentes.

Fundamentação técnica:

- A **Doença de Still do Adulto** ocorre predominantemente em pacientes jovens, sendo excepcional em idosos; sua inclusão obrigatória em FOO nessa população não é recomendada.
Fonte: Sociedade Brasileira de Reumatologia.
- Na **endocardite de culturas negativas**, micro-organismos do grupo HACEK e bactérias nutricionalmente variantes são causas clássicas, requerendo abordagem especializada.
Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- A definição de *Febre de Origem Obscura* estabelece febre $> 38,3^{\circ}\text{C}$ por pelo menos três semanas e investigação inicial negativa (hemograma, VHS, PCR, hemoculturas, radiografia de tórax e bioquímica); não há recomendação de lista tão extensa em apenas uma semana.
Fonte: Sociedade Brasileira de Infectologia.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito para (C).

Referências:

- Sociedade Brasileira de Reumatologia — Diretrizes para Doença de Still do Adulto, 2022
- Sociedade Brasileira de Cardiologia — Diretriz de Endocardite Infecciosa, 2018
- Sociedade Brasileira de Infectologia — Diretrizes para Febre de Origem Indeterminada, 2020



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 32

As terapias imunobiológicas para o tratamento das doenças inflamatórias intestinais estão cada vez mais sendo utilizadas no manejo de pacientes jovens e com doenças moderada-grave. Baseado nas classes de imunobiológicos disponíveis atualmente, assinale a alternativa que correlaciona a medicação com a sua respectivamente classe. I - Anti-TNF. II - Anti integrina. III - Pequenas moléculas. () Tofacitinibe. () Infliximabe. () Vedolizumabe. () Ustekinumabe. () Adalimumabe.

- A. I, III, II, II, III
- B. II, II, I, II, III
- C. II, I, II, I, I
- D. III, I, II, II, I
- E. III, II, I, I, III

Recurso:

Prezada Banca Examinadora, a questão apresentada sobre terapias imunobiológicas nas doenças inflamatórias intestinais contém um erro conceitual que compromete a validade do gabarito e justifica sua anulação. O enunciado solicita que se correlacionem diferentes fármacos utilizados no tratamento das doenças inflamatórias intestinais com suas respectivas classes terapêuticas, e o gabarito oficial indica a alternativa D como correta. No entanto, essa alternativa incorretamente classifica o Ustekinumabe como pertencente à classe das pequenas moléculas, o que contraria a literatura científica e as diretrizes internacionais mais recentes.

O Ustekinumabe é um anticorpo monoclonal humanizado, cujo mecanismo de ação consiste em bloquear a subunidade p40 comum às interleucinas IL-12 e IL-23, modulando a resposta imunológica envolvida na patogênese das doenças inflamatórias intestinais. Por essa razão, é classificado inequivocamente como um imunobiológico, e não como uma pequena molécula. Já as pequenas moléculas, como o Tofacitinibe, são compostos sintéticos de baixo peso molecular, administrados por via oral, que atuam intracelularmente sobre enzimas sinalizadoras, como as quinases JAK. Assim, a classificação do Ustekinumabe como pequena molécula é incorreta e demonstra um equívoco técnico relevante.

As principais referências internacionais corroboram essa distinção. As Diretrizes da European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO, 2023) descrevem o Ustekinumabe como "um anticorpo monoclonal totalmente humano direcionado à subunidade p40 das interleuci-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

nas 12 e 23". Da mesma forma, o estudo conduzido por Feagan et al. (2016) e publicado no New England Journal of Medicine caracteriza o Ustekinumabe como um anticorpo monoclonal humanizado utilizado na indução e manutenção da remissão em doença de Crohn, reforçando sua natureza biológica.

Dessa forma, ao classificar o Ustekinumabe como pequena molécula, a alternativa D incorre em erro técnico e científico. Considerando que, com a correção dessa classificação, nenhuma das alternativas apresentadas representa de modo integral a correlação correta entre os fármacos e suas classes, a questão não possui gabarito válido e deve ser anulada.

Referências bibliográficas:

1. Lamb CA, Kennedy NA, et al. ECCO Guidelines on the Management of Crohn's Disease and Ulcerative Colitis. J Crohns Colitis. 2023; 17(3): e145–e239.
2. Feagan BG, Sandborn WJ, et al. Ustekinumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease. N Engl J Med. 2016; 375: 1946–1960.
3. Malfertheiner P, et al. Maastricht VI/Florence Consensus Report. Gut. 2022.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 44

Paciente R.V., 48 anos, sexo feminino, com diagnóstico de Regurgitação Mitral (RM) primária (degenerativa) severa, confirmada por Ecocardiograma com Orifício Regurgitante Efetivo (ERO) de 0.42 cm² e Volume Regurgitante de 65 mL/batimento. A paciente está assintomática e normotensa, e sua função ventricular esquerda (VE) está preservada (Fração de Ejeção do VE (FEVE) de 68%; Diâmetro Sistólico Final do VE (ESD) de 34 mm). Como ela não preenche os critérios hemodinâmicos ou sintomáticos para intervenção cirúrgica imediata, o foco do manejo é a vigilância clínica e o tratamento não cirúrgico, visando evitar a progressão da disfunção ventricular. Qual é a conduta terapêutica clínica mais apropriada para este paciente assintomático com Regurgitação Mitral primária severa e função sistólica preservada?

- A. Início de anticoagulação oral com um Agente Oral Direto (DOAC) devido à alta carga de volume atrial.
- B. Início de terapia vasodilatadora crônica (ex: Inibidores da ECA/ARA-II) para reduzir o volume regurgitante.
- C. Orientação para evitar exercícios isométricos e monitoramento ecocardiográfico periódico do VE.
- D. Recomendar profilaxia antibiótica para Endocardite Infecciosa (IE) antes de todos os procedimentos dentários.
- E. Início de um Betabloqueador (BB) em doses baixas para controle da frequência cardíaca e redução da pós-carga.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (D).

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente assintomática com regurgitação mitral primária severa e função sistólica preservada não preenche critérios cirúrgicos imediatos, mas apresenta valvopatia importante que impõe cuidado nas intervenções invasivas, especialmente dentárias. Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias, 2020.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Fundamentação técnica:

- Pacientes com *valvopatia* grave ou importante devem receber profilaxia antibiótica para endocardite infecciosa antes de procedimentos odontológicos de alta probabilidade de bacteremia. Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias, 2020.
- Procedimentos dentários com potencial de provocar sangramento gengival requerem antibioticoprofilaxia, usualmente amoxicilina 2 g via oral 30–60 min antes do ato, para reduzir o risco de colonização valvular. Fonte: Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias, 2020.
- A profilaxia não é indicada de rotina em pacientes sem valvopatia significativa; entretanto, na presença de regurgitação severa, a antibioticoprofilaxia é recomendada em todos os eventos dentários de alto risco. Fonte: Diretriz Brasileira de Valvopatias, 2020.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para (D).

Referências

- Sociedade Brasileira de Cardiologia — Diretriz Brasileira de Valvopatias, 2020
- Sociedade Brasileira de Cardiologia — Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias, 2020



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 47

Paciente M.A., 68 anos, com histórico de Diabetes Mellitus e dislipidemia, procura o pronto-socorro com dor torácica intensa em repouso, com duração superior a 10 minutos. O eletrocardiograma (ECG) inicial mostra infradesnívelamento do segmento ST. Os biomarcadores cardíacos (Troponina I) estão elevados, confirmando o diagnóstico de Infarto do Miocárdio sem Supradesnívelamento do Segmento ST (NSTEMI). Devido à idade, comorbidades (diabetes), e alterações no ECG, o paciente é classificado como de alto risco, sendo indicada a estratégia invasiva precoce (< 24 horas). O tratamento inicial visa estabilizar a lesão culpada e prevenir a progressão do quadro. Considerando o manejo farmacológico agudo e anti-trombótico para este paciente de alto risco com NSTEMI, qual é a combinação de terapia antiplaquetária e anticoagulante mais apropriada para ser iniciada imediatamente?

- A. Anticoagulação com Fondaparinux em monoterapia, aguardando a angiografia para iniciar a terapia antiplaquetária.
- B. Dose de ataque de Aspirina e um inibidor de P2Y12 mais potente (Prasugrel ou Ticagrelor), além de um anticoagulante parenteral.
- C. Início de terapia antiplaquetária tripla de rotina, utilizando Aspirina, Clopidogrel e um inibidor da Glicoproteína IIb/IIIa, devido ao alto risco.
- D. Monoterapia com Aspirina (75–100 mg/dia) combinada com um Beta-Bloqueador (BB) oral (ex: Metoprolol) para reduzir o consumo de oxigênio.
- E. Início de um Bloqueador de Canal de Cálcio não Di-hidropiridínico (ex: Diltiazem), pois os Beta-Bloqueadores são contraindicados em pacientes com diabetes.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora

Venho por meio desta, por gentileza, solicitar anulação da questão 47. A alternativa elencada como correta traz um erro conceitual. Conforme as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021, "Prasugrel (dose de ataque) na sala de hemodinâmica somente após a realização da angiografia se a intervenção coronariana for programada em pacientes sem história de AVC ou AIT prévios". Logo, prasugrel não pode ser administrado "imediatamente" conforme elencado no enunciado da questão. Ademais, o segundo antiagregante pode ser administrado na sala de hemodinâmica (conforme Figura 1.6)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMP - 2026

Referência bibliográfica: Nicolau JC, Feitosa Filho GS, Petriz JL, Furtado RHM, Précoma DB, Lemke W, Lopes RD, et al. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Angina Instável e Infarto Agudo do Miocárdio sem Supradesnível do Segmento ST – 2021. Arq. Bras. Cardiol. 2021;117(1):181-264.



@medway.residenciamedica



Medway