**Especialidade: Clínica Médica**
**Questão: 1**

## Enunciado da Questão

Mulher, 81a, foi trazida à Unidade de Emergência após apresentar, há duas horas, episódio de hemiparesia direita com predomínio braquial e afasia de expressão, de instalação súbita e duração de 90 minutos. Encontra-se assintomática no momento da avaliação. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, diabete melito tipo 2. Medicações em uso: losartana, hidroclorotiazida, anlodipina e metformina. Exame físico: bom estado geral, corada, hidratada e eupneica; escala de coma de Glasgow=15; PA=172/90mmHg; FC=96bpm; FR=16irpm; temperatura axilar=36,7°C e oximetria de pulso=96% (ar ambiente). Exame neurológico: National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)=0, sem déficits focais. Escore Age, Blood pressure, Clinical features, Duration, Diabetes ($ABCD^2$)=7. Glicemia capilar=142mg/dL. Eletrocardiograma: imagem abaixo. Tomografia de crânio sem contraste: ausência de hemorragia intracraniana e de sinais de isquemia aguda. Angiotomografia de vasos intracranianos e cervicais: estenose menor que 50% na origem da artéria vertebral esquerda; ausência de estenoses hemodinamicamente significativas na circulação anterior. Ressonância magnética sem lesões restringindo à difusão.
A PROFILAXIA MEDICAMENTOSA QUE DEVE SER IMEDIATAMENTE INTRODUZIDA NESTE CASO É:




## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

Prezada banca examinadora, venho respeitosamente solicitar a ampliação do gabarito da Questão 1, que considera correta a “anticoagulação plena, com heparina ou enoxaparina em dose plena”. O caso descreve uma paciente de 81 anos com AIT, fibrilação atrial ao ECG, $CHA_2DS_2$-VASc de 7, NIHSS 0 e ressonância sem lesão restringindo à difusão, e a pergunta é qual **profilaxia medicamentosa** deve ser introduzida. Trata-se de prevenção secundária de novo evento cardioembólico, que pressupõe anticoagulação de longo prazo, e a resposta esperada é, em essência, a anticoagulação plena.

As diretrizes vigentes recomendam, nesse contexto, a **anticoagulação oral com anticoagulantes orais diretos (DOACs)**, em preferência à varfarina, salvo estenose mitral reumática moderada a grave ou prótese valvar mecânica, ausentes no caso (Classe 1, nível A na diretriz AHA/ASA 2021 [1]; mesma orientação nas diretrizes ACC/AHA 2023 [2] e na Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial da SBC [3]).

Como os DOACs têm início de ação em poucas horas, a introdução “imediata” também é atendida por essa via, que corresponde à conduta adotada na prática clínica para o tratamento prolongado da FA.

Diante do exposto, requer-se que a resposta **“anticoagulação plena por via oral, com DOAC”** seja aceita como correta, juntamente com a anticoagulação com heparina já prevista no gabarito, e que seja atribuída a pontuação aos candidatos que a indicaram. Nestes termos, pede deferimento.

**Referências**

[1] Kleindorfer DO, et al. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Stroke.* 2021;52(7):e364-e467.
[2] Joglar JA, et al. 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation. *Circulation.* 2024;149(1):e1-e156.
[3] Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial – 2025. *Arq Bras Cardiol.*

**Especialidade: Cirurgia Geral**
**Questão: 14**

## Enunciado da Questão

Homem, 45a, é atendido na Unidade Básica de Saúde referindo uma lesão em terço distal da perna esquerda, de longa duração. Já cicatrizou várias vezes, com reaparecimento há dois meses. Exame físico (imagem Q14): O DIAGNÓSTICO SINDRÔMICO ASSOCIADO A ESTA LESÃO É:



## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

**Solicitação de ampliação do gabarito – Questão 14**

Solicito a ampliação das respostas aceitas na questão 14, incluindo o termo “insuficiência venosa crônica”, além de “hipertensão venosa crônica” e “síndrome pós-flebítica”, já contemplados no gabarito preliminar.

O gabarito aceita duas respostas relacionadas a diferentes aspectos da doença venosa: o mecanismo fisiopatológico (hipertensão venosa crônica) e uma de suas possíveis causas (síndrome pós-flebítica ou pós-trombótica). A insuficiência venosa crônica, por sua vez, constitui uma manifestação clínica

reconhecida da doença venosa crônica, decorrente da hipertensão venosa sustentada, frequentemente associada ao refluxo valvar e/ou à obstrução do retorno venoso. A síndrome pós-trombótica é uma das condições que podem resultar nesse quadro clínico.

Dessa forma, considerando que a banca aceita tanto o mecanismo fisiopatológico quanto uma das condições etiológicas associadas, é coerente admitir também a denominação clínica consagrada na literatura, quando compatível com o quadro apresentado.

O termo encontra respaldo nas principais referências da especialidade:

- A Diretriz Brasileira de Doença Venosa Crônica da SBACV (2023) foi elaborada para orientar o atendimento ao paciente com insuficiência venosa crônica, emprega expressamente essa terminologia e recomenda a classificação CEAP para caracterização da doença.
- A atualização de 2020 da classificação CEAP, padrão internacional para doenças venosas crônicas, organiza as manifestações clínicas em classes. Edema (C3), alterações cutâneas (C4) e úlceras cicatrizadas ou ativas (C5–C6) representam manifestações avançadas da doença venosa crônica, tradicionalmente associadas ao conceito de insuficiência venosa crônica. A etiologia pós-trombótica pode ser classificada como secundária (Es).
- As diretrizes da European Society for Vascular Surgery (ESVS, 2022) reconhecem a hipertensão venosa como mecanismo fisiopatológico central da doença venosa crônica, incluindo as manifestações decorrentes da síndrome pós-trombótica.
- As diretrizes norte-americanas SVS/AVF/AVLS (2023) também utilizam a classificação CEAP e reconhecem as manifestações clínicas da insuficiência venosa no contexto da doença venosa dos membros inferiores.

Assim, considerando que “insuficiência venosa crônica” é uma terminologia clínica reconhecida pelas principais sociedades da especialidade e diretamente relacionada às respostas já aceitas, solicita-se sua inclusão entre as respostas consideradas corretas, preservando-se o gabarito originalmente divulgado.

**Referências:**

1. Kikuchi R, Nhuch C, Drummond DAB, et al. Diretriz brasileira de doença venosa crônica da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular. J Vasc Bras. 2023;22. doi: 10.1590/1677-5449.202300641.
2. Lurie F, Passman M, Meisner M, et al. The 2020 update of the CEAP classification system and reporting standards. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2020;8(3):342-352. doi:10.1016/j.jvsv. 2019.12.075.
3. De Maeseneer MG, Kakkos SK, Aherne T, et al. European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2022 Clinical Practice Guidelines on the Management of Chronic Venous Disease of the Lower Limbs. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2022;63(2):184-267. doi:10.1016/j.ejvs.2021.12.024.
4. Gloviczki P, Lawrence PF, Wasan SM, et al. The 2023 Society for Vascular Surgery, American Venous Forum, and American Vein and Lymphatic Society Clinical Practice Guidelines for the Management of Varicose Veins of the Lower Extremities. Part II: Endorsed by the Society of Inter-

ventional Radiology and the Society for Vascular Medicine. J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2024;12(1):101670. doi:10.1016/j.jvsv.2023.08.011.

**Especialidade: Pediatria**
**Questão: 28**

## Enunciado da Questão

Recém-nascido com 40 semanas de idade gestacional nasceu com 3.450 gramas, sem intercorrências. Com 15horas de vida está em alojamento conjunto em aleitamento materno em livre demanda, diurese clara e evacuação normal. Apresenta icterícia moderada até região umbilical. A CAUSA A SER INICIALMENTE INVESTIGADA É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

**Solicitação:** que o gabarito oficial seja ampliado para aceitar também a resposta **"Doença hemolítica por incompatibilidade sanguínea materno-fetal (ABO ou Rh)"**.

A questão descreve um RN de termo, adequado para a idade gestacional, sem intercorrências, em aleitamento materno exclusivo, com diurese e evacuações normais. Com 15 horas de vida, ele apresenta icterícia até a região umbilical (zona III de Kramer). Pela literatura, a icterícia que surge nas primeiras 24 horas é sempre patológica, e a principal hipótese é a hemólise.

O gabarito oficial ("hemólise") descreve o **mecanismo fisiopatológico** da hiperbilirrubinemia. A questão, porém, pergunta pela **causa a ser inicialmente investigada**. A resposta proposta não contradiz o gabarito: ela é mais específica e está contida nele. Ela nomeia a etiologia hemolítica mais prevalente e que, segundo as referências, é a que se investiga primeiro no RN com icterícia nas primeiras 24 horas: a doença hemolítica por incompatibilidade ABO ou Rh.

As referências oficiais confirmam essa conduta:

- **Ministério da Saúde – Atenção à Saúde do Recém-Nascido, vol. 2:** coloca a doença hemolítica por incompatibilidade Rh e ABO entre as principais causas de icterícia nas primeiras 24 horas. A investigação inicial recomendada é a tipagem sanguínea da mãe e do RN e o Coombs direto.
- **Sociedade Brasileira de Pediatria – Tratado de Pediatria e documento científico "Icterícia no RN com idade gestacional ≥ 35 semanas":** associam a icterícia precoce sobretudo à doença hemolítica por isoimunização ABO e Rh.
- **American Academy of Pediatrics – Clinical Practice Guideline (Kemper et al., Pediatrics, 2022):** considera a icterícia nas primeiras 24 horas um sinal de alerta para hemólise. Recomenda dosar a bilirrubina e verificar o tipo sanguíneo e o teste de antiglobulina direta (DAT/Coombs), que investigam justamente a doença hemolítica isoimune.

Portanto, quem responde "doença hemolítica por incompatibilidade ABO/Rh" mostra que reconhece a hemólise e identifica corretamente a causa a ser investigada primeiro, que é exatamente o que a

questão pede. Considerar errada uma resposta mais completa e precisa que o gabarito prejudicaria o candidato que mostrou maior domínio do tema.

**Pedido:** pelo exposto, solicita-se que o gabarito seja ampliado para aceitar como correta, além de "hemólise", a resposta "Doença hemolítica por incompatibilidade sanguínea materno-fetal (ABO ou Rh)", e respostas equivalentes.

**Referências:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Atenção à Saúde do Recém-Nascido: guia para os profissionais de saúde*, vol. 2. 2ª ed. Brasília, 2014.
2. Sociedade Brasileira de Pediatria. *Icterícia no recém-nascido com idade gestacional ≥ 35 semanas*. Documento científico – Departamento de Neonatologia.
3. Kemper AR et al. Clinical Practice Guideline Revision: Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or More Weeks of Gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):e2022058859.
4. Burns DAR et al. (org.). *Tratado de Pediatria – Sociedade Brasileira de Pediatria*. 5ª ed. Barueri: Manole, 2022.

**Especialidade: Medicina Preventiva e Social**
**Questão: 41**

## Enunciado da Questão

Um estudo epidemiológico, descritivo, retrospectivo, longitudinal e observacional avaliou a associação entre mortalidade por infarto agudo do miocárdio e temperatura média em cidades brasileiras, entre 2005 e 2025. Os pesquisadores coletaram dados de saúde do Sistema de Informações sobre Mortalidade e a temperatura média mensal das cidades junto ao Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. O TIPO DE ESTUDO É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

**PEDIDO DO RECURSO:** Solicitação de ampliação do gabarito oficial da questão, atualmente divulgado como *"ecológico"*, para que seja igualmente aceita como correta a resposta **"série temporal"** (bem como suas variações equivalentes: *"séries temporais"*, *"estudo de série temporal"* e *"estudo ecológico de série temporal"*).

### Fundamentação Técnica e Bibliográfica

Venho, respeitosamente, requerer à Banca Examinadora a **ampliação do gabarito oficial** da presente questão, de modo a contemplar também a resposta **"série temporal"**, pelos fundamentos metodológicos e epidemiológicos expostos a seguir:

**1. Classificação epidemiológica dos estudos ecológicos quanto à dimensão temporal:** Na epidemiologia clássica (Medronho *et al.*, 2009; Rouquayrol; Gurgel, 2018; Morgenstern, 1995), os delineamentos que utilizam agregados populacionais e dados secundários dividem-se conforme o eixo de comparação em:

- **Estudos ecológicos de grupos múltiplos (exploratórios/espaciais):** comparam taxas entre diferentes regiões em um mesmo recorte transversal;
- **Estudos de séries temporais (ou ecológicos de tendência temporal):** avaliam a evolução de um desfecho agregado e de uma exposição ambiental ou populacional ao longo de múltiplos pontos consecutivos no tempo.

Portanto,
**todo estudo de série temporal com dados agregados é, por natureza metodológica, um subtipo específico de estudo ecológico**, sendo amplamente designado na literatura e nas provas de residência médica diretamente como **"série temporal"**.

**2. Elementos explícitos do enunciado que apontam para "Série Temporal":** O comando da questão fornece descritores específicos que não apenas permitem, mas induzem o candidato técnico à classificação de série temporal:

- Descreve o delineamento explicitamente como **"longitudinal"**;
- Define um acompanhamento prolongado de duas décadas (**"entre 2005 e 2025"**);
- Utiliza medidas repetidas em intervalos regulares (**"temperatura média mensal"** correlacionada à mortalidade mensal no SIM/IBGE).

Enquanto um estudo ecológico puramente espacial prescinde do caráter longitudinal e da mensuração mensal sequencial, a análise da variação mensal da temperatura e da mortalidade por infarto agudo do miocárdio ao longo de 20 anos constitui a definição exata de um **estudo de série temporal** (Antunes; Cardoso, 2015).

**3. Consolidação na literatura de Epidemiologia Ambiental e Saúde Pública:** Na produção científica nacional e internacional em epidemiologia ambiental, a denominação padrão adotada pelos autores e periódicos do Ministério da Saúde é **"estudo de série temporal"** (ou *"estudo ecológico de séries temporais"*). Ambos os termos (*"ecológico"* e *"série temporal"*) descrevem com precisão o mesmo desenho metodológico apresentado no enunciado, mantendo relação de gênero e espécie.

## Requerimento

Diante do exposto, solicita-se o deferimento do presente recurso com a **ampliação do gabarito oficial**, passando a considerar como corretas tanto a resposta **"ecológico"** quanto **"série temporal"** (e suas variações *"séries temporais"* / *"estudo de série temporal"*).

## Referências Bibliográficas


- ANTUNES, J. L. F.; CARDOSO, M. R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 565-576, jul./set. 2015.
- MEDRONHO, R. A. *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.
- MORGENSTERN, H. Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, v. 16, p. 61-81, 1995.
- ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2018.

**Especialidade: Pediatria**
**Questão: 76**

## Enunciado da Questão

Menina, 3 meses, previamente saudável, em aleitamento materno exclusivo. Mãe refere quadro de febre alta e inchaço no joelho direito há dois dias. Exame físico: FC=152bpm; FR=54irpm; temperatura axilar=38,9°C; pulsos periféricos cheios; perfusão capilar=3 segundos. Joelho direito: incapacidade funcional, aumento de volume, calor local e rubor. Punção articular: líquido turvo, com inúmeros leucócitos (predomínio de polimorfonucleares). Bacterioscopia=pequenos cocobacilos Gram-negativos pleomórficos. O AGENTE ETIOLÓGICO É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

**Solicitação:** ampliação do gabarito, para aceitar também ***Kingella kingae*** como agente etiológico, além de *Haemophilus influenzae* tipo b.

A questão descreve uma lactente com artrite séptica aguda do joelho. O líquido sinovial é purulento, com predomínio de polimorfonucleares, e a bacterioscopia mostra “pequenos cocobacilos Gram-negativos pleomórficos”.

Essa morfologia não é exclusiva do *H. influenzae*. A *Kingella kingae* também é um cocobacilo Gram-negativo, de morfologia variável, que aparece em pares ou cadeias curtas e pode resistir parcialmente à descoloração. Os dois agentes não se distinguem com segurança apenas pela bacterioscopia.

A *K. kingae* é hoje reconhecida como a principal causa de infecção osteoarticular em crianças menores de 4 anos em diversos países. Com o diagnóstico molecular (PCR), ela passou a ser identificada em grande parte dos casos que antes tinham cultura negativa. O joelho é a articulação mais acometida. Já o *H. influenzae* tipo b se tornou causa rara de artrite séptica depois da vacinação universal com a vacina conjugada.

O enunciado não traz a situação vacinal da paciente, o resultado da cultura nem outro dado que permita excluir um dos dois agentes. Assim, as duas respostas são compatíveis com as informações fornecidas. A ocorrência de *K. kingae* abaixo dos 6 meses é menos frequente, mas é descrita na literatura e não torna essa hipótese inválida.

Diante disso, solicita-se que o gabarito seja ampliado para considerar corretas as respostas ***Haemophilus influenzae*** e ***Kingella kingae***.

**Referências:**

- Kliegman RM et al. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 22ª ed. Elsevier; capítulos sobre artrite séptica e *Kingella kingae*.
- American Academy of Pediatrics. *Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases*. Edição vigente; seções *Kingella kingae* e *Haemophilus influenzae*.
- Krogstad P. Bacterial arthritis in infants and children: Epidemiology, pathogenesis, and microbiology. UpToDate. Acesso em 15/11/2026.

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia**
**Questão: 82**

## Enunciado da Questão

Mulher, 25a, com atraso menstrual de oito semanas procura o Pronto Atendimento trazendo resultado de exames realizados há dois dias: hormônio gonadotrófico humano (HCG)=1.750mUI/mL e ultrassonografia transvaginal=saco gestacional intraútero, embrião não visibilizado. Exame ginecológico: colo impérvio, ausência de sangramento. Repetida a dosagem de HCG=1.250 mUI/mL. A HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PROVÁVEL É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

# Ampliação do gabarito para "gestação não evolutiva"

Prezada banca,

solicita-se a ampliação do gabarito para aceitar também a resposta "gestação não evolutiva" (e expressões equivalentes, como "gestação inviável") , além de "aborto retido" e "gestação anembrionada".

O enunciado descreve gestante com atraso menstrual de oito semanas, saco gestacional intrauterino sem embrião visível, colo impérvio, ausência de sangramento e queda do hCG de 1.750 para 1.250 mUI/mL em dois dias. Esse conjunto de dados permite afirmar, com segurança, que se trata de uma gestação intrauterina que não está evoluindo: a queda do hCG em 48 horas é incompatível com gestação viável, e a presença de saco gestacional intrauterino torna improvável a gestação ectópica.

Entretanto, os dados fornecidos não permitem caracterizar formalmente a gestação anembrionada pelos critérios ultrassonográficos vigentes. Segundo os critérios de Doubilet e colaboradores (New England Journal of Medicine, 2013), adotados pelo ACOG (Practice Bulletin nº 200, 2018) e pela FEBRASGO, o diagnóstico de gestação inviável sem embrião exige saco gestacional com diâmetro médio igual ou maior que 25 mm sem embrião, ou ausência de embrião com batimentos cardíacos em exame repetido após intervalo definido (2 semanas ou mais quando o primeiro exame mostrou saco sem vesícula vitelina; 11 dias ou mais quando mostrou saco com vesícula vitelina). O enunciado não informa o diâmetro do saco gestacional, a presença de vesícula vitelina nem a realização de exame seriado. Assim, o termo mais preciso para o que os dados efetivamente demonstram é gestação não evolutiva.

Além disso, a Comissão Nacional Especializada em Ultrassonografia em Ginecologia e Obstetrícia da FEBRASGO recomenda evitar as expressões "aborto retido" e "gestação anembrionada", preferindo "gestação inviável" ou "gestação não evolutiva", por descreverem com mais exatidão a situação clínica e terem implicação direta na conduta. Na prática clínica e nos protocolos assistenciais, os termos são

usados como equivalentes e levam ao mesmo manejo: conduta expectante, tratamento medicamentoso com misoprostol ou esvaziamento uterino, em decisão compartilhada com a paciente.

Por se tratar de prova discursiva, em que o candidato expressa o diagnóstico com suas próprias palavras, a resposta "gestação não evolutiva" demonstra o raciocínio esperado (reconhecer gestação intrauterina inviável com colo fechado) e condiz tecnicamente com os dados apresentados. Por esses motivos, solicita-se que esta também seja considerada correta.

Referências: DOUBILET, P. M. et al. N Engl J Med, 2013;369:1443-1451. ACOG Practice Bulletin nº 200: Early pregnancy loss, 2018. FEBRASGO. Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta, 2025.

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia**
**Questão: 83**

## Enunciado da Questão

Mulher, 51a, G2P2, teve sua última menstruação há cerca de 13 meses. Refere fogachos intensos, especialmente durante a noite, que interferem na qualidade do sono. Queixa-se de redução da lubrificação vaginal e dispareunia, associada à redução do desejo sexual. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial, controlada com medicação. Realiza atividade física cinco vezes por semana e considera sua alimentação bastante saudável. Exame físico: PA=120/80 mmHg; IMC=21kg/m²; exame de mamas sem anormalidades e exame ginecológico com mucosa vaginal hipotrófica. DE ACORDO COM O PROTOCOLO FEBRASGO, O TRATAMENTO MAIS ADEQUADO PARA OS SINTOMAS CLIMATÉRICOS DESTA MULHER É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

# Ampliação do gabarito para "terapia com estrogênio e progestagênio"

Prezada banca,

solicita-se a ampliação do gabarito, que exige "terapia estroprogestativa transdérmica", para aceitar também a resposta "terapia hormonal com estrogênio e progestagênio" e suas expressões equivalentes, sem a **especificação obrigatória da via transdérmica.**

O enunciado descreve mulher de 51 anos, com amenorreia há 13 meses, fogachos intensos que prejudicam o sono e síndrome geniturinária da menopausa, com útero presente. Os elementos centrais da resposta são dois: há indicação de terapia hormonal sistêmica, porque os sintomas vasomotores são moderados a intensos e a paciente está dentro da janela de oportunidade (menos de 60 anos e menos de 10 anos de pós-menopausa), e o esquema deve ser estroprogestativo, porque a paciente não é histerectomizada e o progestagênio é obrigatório para proteção endometrial. O candidato que responde "terapia hormonal com estrogênio e progestagênio" demonstra exatamente esse raciocínio.

A via transdérmica é uma preferência, e não uma exigência, neste caso. A hipertensão arterial controlada não é contraindicação à terapia hormonal, nem à via oral, segundo o Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério (SOBRAC, 2024) e o posicionamento da The North American Menopause Society (2022). A preferência pela via transdérmica é recomendada sobretudo quando há maior risco tromboembólico ou cardiovascular, como obesidade, tabagismo, hipertrigliceridemia, antecedente de trombose ou risco cardiovascular elevado. A paciente do enunciado, porém, tem pressão arterial controlada (120/80 mmHg), IMC de 21 kg/m², pratica atividade física cinco vezes por semana e não tem outros fatores de risco descritos, o que a coloca em baixo risco cardiovascular, situação em que ambas as vias são consideradas aceitáveis e a escolha é individualizada.

Assim, a resposta "terapia hormonal com estrogênio e progestagênio" contempla a indicação e o esquema corretos e não contraria nenhuma recomendação das diretrizes vigentes, enquanto a via de administração representa um refinamento da prescrição, que pode ser definido em conjunto com a paciente. Nesse caso, sem contraindicacao a via oral. Solicita-se, portanto, que essa resposta também seja considerada correta.

Referências: MACHADO, R. B.; POMPEI, L. M. (ed.). Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. 3. ed. SOBRAC, 2024. FEBRASGO. Terapêutica hormonal: benefícios, riscos e regimes terapêuticos, 2025. The 2022 Hormone Therapy Position Statement of The North American Menopause Society. Menopause, 2022;29(7):767-794.

**Especialidade: Medicina Preventiva e Social**
**Questão: 97**

## Enunciado da Questão

Homem, 47a, com diagnóstico de esquizofrenia paranoide desde os 21 anos, histórico de múltiplas internações psiquiátricas. Há mais de uma década sem seguimento ambulatorial regular, obtendo antipsicóticos de forma intermitente em serviços de emergência. Residia sozinho em moradia precária em região urbana com elevados índices de criminalidade e violência. Ex- tabagista (40 maços-ano), sedentário, e relatava episódios recorrentes de "aperto no peito" aos grandes esforços. Foi encontrado morto em sua residência. Nas semanas que antecederam o óbito, vizinhos relataram que o paciente se apresentava progressivamente mais isolado, temeroso, e verbalizava ideias persecutórias, afirmando repetidamente que "não estava seguro em casa" e que "o fim estava próximo". Familiares referiam extrema preocupação com o risco de morte, atribuído por eles à gravidade da doença e ao ambiente vulnerável. CONSIDERANDO A EPIDEMIOLOGIA DA MORTALIDADE EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNOS MENTAIS GRAVES, A CAUSA DE MORTE MAIS PROVÁVEL NESTE CENÁRIO É:

## Alternativas

## Fundamentação do Recurso

**Pedido:** Solicitação de ampliação do gabarito oficial da questão, atualmente definido como *"cardiovascular"*, para que seja igualmente aceita como correta a resposta **"Infarto agudo do miocárdio"** (IAM).

### Fundamentação Técnica e Bibliográfica

Venho, respeitosamente, requerer à Banca Examinadora a **ampliação do gabarito oficial** da presente questão, de modo a contemplar a resposta **"Infarto agudo do miocárdio"**, pelos fundamentos epidemiológicos, clínicos e metodológicos expostos a seguir:

**1. Epidemiologia da mortalidade em transtornos mentais graves:** Pacientes com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia, apresentam redução da expectativa de vida de aproximadamente 10 a 20 anos em comparação à população geral. Conforme amplamente consolidado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e por metanálises de referência na literatura psiquiátrica e de saúde pública, embora causas externas (como suicídio e violência) recebam grande atenção clínica e social, **as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de óbito e de mortalidade prematura nessa população**, sendo a doença arterial coronariana e o infarto agudo do miocárdio seus principais representantes.

**2. Especificidade clínica do enunciado apontando para Infarto Agudo do Miocárdio:** O enunciado não descreve apenas um paciente com esquizofrenia de forma genérica, mas fornece dados semiológicos e de risco altamente específicos para doença isquêmica do miocárdio:

- Homem, 47 anos, sedentário e **ex-tabagista com elevada carga tabágica (40 maços-ano)**;
- Uso intermitente de antipsicóticos (associados a maior risco cardiometabólico);

- Histórico explícito de **"episódios recorrentes de 'aperto no peito' aos grandes esforços"**, descrição semiológica clássica de **angina *pectoris* típica** (doença arterial coronariana sintomática);
- Evolução para **óbito súbito em domicílio** (*"foi encontrado morto em sua residência"*).

Diante de um paciente portador de angina típica aos esforços e múltiplos fatores de risco maiores que evolui para morte súbita domiciliar, o **infarto agudo do miocárdio** representa exatamente a entidade nosológica aguda mais provável responsável pelo desfecho fatal.

**3. Relação lógica entre gênero ("cardiovascular") e espécie ("infarto agudo do miocárdio"):** Enquanto o gabarito oficial (*"cardiovascular"*) indica o **grupo etiológico geral (gênero)**, a resposta **"infarto agudo do miocárdio"** especifica o **evento fisiopatológico exato (espécie)** diretamente sustentado pela história de dor torácica típica aos esforços relatada no caso. Ambos os termos são plenamente corretos, complementares e coerentes com o comando da questão.

## Requerimento

Diante do exposto, solicita-se o deferimento do presente recurso com a **ampliação do gabarito oficial** para considerar correta também a resposta **"Infarto agudo do miocárdio"** (bem como sua sigla equivalente, **IAM**).

## Referências Bibliográficas

- CORRELL, C. U. et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. **World Psychiatry**, v. 16, n. 2, p. 163-180, 2017.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders**: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization, 2018.