



DIRETRIZES DE RESPOSTAS
PROVA PRÁTICA (CASOS CLÍNICOS)
(Data de aplicação: 7 de janeiro de 2026)

1 DIRETRIZES DE RESPOSTAS

As diretrizes de respostas apresentam sugestões de abordagens, entre outras possibilidades, que devem ser avaliadas conforme os princípios de adequação e pertinência ao tema e à questão proposta. De modo geral, espera-se que o candidato desenvolva os tópicos solicitados de forma correta, objetiva e coerente.

ESPECIALIDADES COM ACESSO DIRETO

400 CIRURGIA GERAL / 401 CLÍNICA MÉDICA / 402 GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA / 403 MEDICINA DE EMERGÊNCIA / 404 MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE / 405 OFTALMOLOGIA / 406 OTORRINOLARINGOLOGIA / 407 PEDIATRIA / 408 RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

QUESTÃO 1

Sim.

QUESTÃO 2

O diagnóstico é pneumotórax hipertensivo.

QUESTÃO 3

Essa localização reduz o risco de lesão do diafragma, reduz o risco de lesão vascular (feixe vaso-nervoso situado na borda inferior da costela) e facilita a inserção devido à menor espessura da parede torácica.

QUESTÃO 4

O exame indicado é a radiografia de tórax em projeção ântero-posterior, na qual devem ser avaliados a expansão pulmonar, o posicionamento adequado do dreno no espaço póstero-superior e a permanência de todos os orifícios do dreno dentro da cavidade torácica.

QUESTÃO 5

A conduta é o tratamento clínico com antibioticoterapia dirigida para germes gram-negativos e anaeróbios, podendo ser utilizada qualquer das seguintes combinações: ceftriaxona com metronidazol, ciprofloxacino com metronidazol ou levofloxacino com metronidazol.

QUESTÃO 6

Após seis semanas ou mais do término da crise.

QUESTÃO 7

Os diagnósticos diferenciais incluem tumor de cólon, doença inflamatória intestinal, colite infecciosa, colite isquêmica, perfuração por corpo estranho e apendicite em posição anômala.

QUESTÃO 8

As complicações que indicam cirurgia eletiva incluem estenose, formação de fístulas como colo-cutânea, colo-vesical, colo-entérica ou colo-uterina, além de crises recorrentes ou dor abdominal crônica.

QUESTÃO 9

Uso de digoxina e diltiazem. (Obs.: obrigatório a presença de digitálico na resposta.)

QUESTÃO 10

Intoxicação digitálica.

QUESTÃO 11

Suspensão de diltiazem e digoxina. Outras medidas, como suporte clínico, tratamento da bradicardia, monitorização contínua, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e eventual uso de anticorpo antidigoxina, são adequadas, porém não constituem a principal conduta necessária no momento.

QUESTÃO 12

Abaixo cinco possíveis alterações.

Suspender definitivamente digoxina (1) e diltiazem (2), evitando reintrodução conforme recomendações da American Geriatrics Society Beers Criteria. Considerar manter e otimizar enalapril, dapagliflozina, espironolactona e furosemida, ajustando doses para função renal (3). Para controle de frequência cardíaca na fibrilação atrial, considerar introdução cautelosa de beta-bloqueador (ex.: bisoprolol, metoprolol) (4) se não houver contraindicação, monitorando bradicardia e tolerância. Garantir anticoagulação adequada para prevenção de AVC (5).

QUESTÃO 13

Trombose venosa cerebral.

QUESTÃO 14

Os fatores de risco são sexo feminino em idade fértil, uso de anticoncepcional oral combinado e histórico de perdas gestacionais recorrentes, que sugerem possível trombofilia hereditária ou adquirida, especialmente a síndrome do anticorpo antifosfolípide (SAF).

QUESTÃO 15

Abaixo 8 exames possíveis, a resposta deve investigar trombofilia e contemplar pelo menos um exame de SAF.

Anticoagulante lúpico (1), anticardiolipina IgG/IgM (2), anti-beta2-glicoproteína I (3), dosagem de proteína C (4), proteína S (5), antitrombina III (6), pesquisa de fator V Leiden (7), mutação da protrombina G20210A (8).

QUESTÃO 16

A prescrição de alta deve contemplar anticoagulação oral (preferencialmente varfarina, com alvo de INR 2-3) ou DOACs e suspensão do anticoncepcional oral combinado devido ao risco trombótico.

QUESTÃO 17

Sim. Deve ser realizada histeroscopia com biópsia em razão do eco endometrial estar espessado.

QUESTÃO 18

Sim. Os fatores de risco presentes são nuliparidade, diabetes mellitus e hipertensão arterial.

QUESTÃO 19

Não. As medicações utilizadas para diabetes e hipertensão não estão associadas a sangramento genital.

QUESTÃO 20

A causa mais frequente de sangramento genital na pós-menopausa é a atrofia endometrial, e o diagnóstico é feito por ultrassonografia com eco endometrial igual ou menor que 4 mm e, se realizada, pela histeroscopia com biópsia endometrial.

QUESTÃO 21

O diagnóstico mais provável é incompetência ou insuficiência istmocervical.

QUESTÃO 22

A paciente apresenta como fatores de risco perdas gestacionais tardias, dilatação cervical assintomática, antecedente de conização e tabagismo.

QUESTÃO 23

A conduta imediata apropriada é a realização de cerclagem de emergência (resgate).

QUESTÃO 24

Após a cerclagem, recomenda-se manter progesterona vaginal até 36–37 semanas, reduzir atividade física com abstinência sexual, realizar vigilância para trabalho de parto prematuro e retirar os pontos da cerclagem com 36 semanas.

QUESTÃO 25

Trauma craniano abusivo ou síndrome do bebê sacudido ou *shaken baby syndrome* / *shaking baby* ou síndrome dos maus-tratos infantis / violência física ou trauma não acidental / lesão não acidental.

QUESTÃO 26

Entre os 3 exames complementares, seguem 4 opções:

Tomografia computadorizada de crânio sem contraste (“TC de crânio”, “neuroimagem”, “tomografia craniana”).

Exame de fundo de olho / oftalmoscopia indireta.

Radiografias do esqueleto completo (Rx de corpo inteiro, Rx de tórax, Rx de braços, Rx de membros superiores).

Coagulograma / TP e TTPA.

QUESTÃO 27

Fundo de olho / oftalmoscopia: hemorragias retinianas bilaterais, em múltiplas camadas, indicativas de trauma por aceleração-desaceleração; hemorragias retinianas extensas.

TC de crânio sem contraste: hematoma subdural bilateral ou hematoma subdural ou coleções subdurais ou múltiplos hematomas de diferentes idades; edema cerebral difuso.

Radiografias de esqueleto: fraturas de arcos costais, fratura de metáfises longas ou múltiplas fraturas em diferentes estágios de consolidação.

Coagulograma (TP, TTPA): normal, auxiliando a excluir coagulopatias como causa dos sangramentos.

QUESTÃO 28

Entre as 2 condutas ético-legais, seguem 3 opções:

Notificação compulsória imediata de suspeita de maus-tratos às autoridades competentes (Conselho Tutelar, Serviço Social e Vigilância em Saúde) ou “comunicar suspeita de violência”, “fazer denúncia formal”, “seguir protocolo de notificação”, “notificar maus-tratos”.

Internação hospitalar imediata para proteção e monitorização clínica da criança (“garantir segurança da criança”, “não liberar para responsáveis suspeitos”).

Registro detalhado no prontuário médico de todos os achados clínicos, relatos dos responsáveis e resultados de exames, garantindo documentação adequada para fins legais e proteção da criança (“anotar no prontuário de forma completa”, “documentar lesões e conduta”).

QUESTÃO 29

Pneumonia bacteriana com padrão lobar à direita, pneumonia lobar direita, broncopneumonia, pneumonia consolidativa em lobo inferior direito, PAC bacteriana (pneumonia adquirida na comunidade) com foco lobar direito, pneumonia bacteriana comunitária do lobo inferior direito.

QUESTÃO 30

O principal agente é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo). O mecanismo de resistência mais comum aos beta-lactâmicos ocorre por alterações nas proteínas ligadoras de penicilina (PBPs), que reduzem a afinidade pelas penicilinas e cefalosporinas.

QUESTÃO 31

Derrame pleural parapneumônico.

QUESTÃO 32

Não há necessidade de troca do antibiótico. O *Streptococcus pneumoniae* isolado apresenta sensibilidade intermediária à penicilina para infecção não meningea, significando “sensível com aumento da exposição”, com alta probabilidade de sucesso terapêutico usando ampicilina/penicilina em dose plena e adequada concentração no sítio pulmonar.

QUESTÃO 33

Além da hipertensão arterial e do diabetes mellitus tipo 2, identificam-se obesidade grau I (IMC 31,64 kg/m²), dislipidemia mista (triglicérides acima de 150 mg/dl, colesterol total acima de 190 mg/dl e LDL acima de 70 mg/dl) e síndrome metabólica (circunferência abdominal acima de 94 cm associada a hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus e/ou triglicérides acima de 150 mg/dl e/ou HDL abaixo de 50 mg/dl).

QUESTÃO 34

A meta pressórica é inferior a 130×80 mmHg e superior a 110×70 mmHg. A meta individualizada de HbA1c para idosos saudáveis é inferior a 7,5%.

QUESTÃO 35

O LDL-colesterol estimado pela fórmula de Friedewald é 159 mg/dl. O risco cardiovascular é alto porque a paciente é mulher diabética acima de 56 anos, com LDL acima de 190 mg/dl e lipoproteína-A acima de 180 mg/dl.

QUESTÃO 36

O plano não medicamentoso inclui aumentar ingestão de potássio, reduzir ingestão de sódio, reduzir de 3 a 5% do peso corporal e realizar 150 minutos semanais de atividade física aeróbica. O plano medicamentoso consiste em acrescentar espirolactona 25 mg/dia, prescrever estatina (sinvastatina 40 mg, rosuvastatina 20 mg, atorvastatina 80 mg ou equivalentes) e iniciar insulina bedtime com 10 a 12 UI à noite ou prescrever uma quarta droga antidiabetogênica.

QUESTÃO 37

A dependência química à nicotina é elevada, justificada pela pontuação da Escala de Fagerström igual a 7 (3-0-1-2-1-0). Pontuações de 6 a 7 indicam dependência elevada.

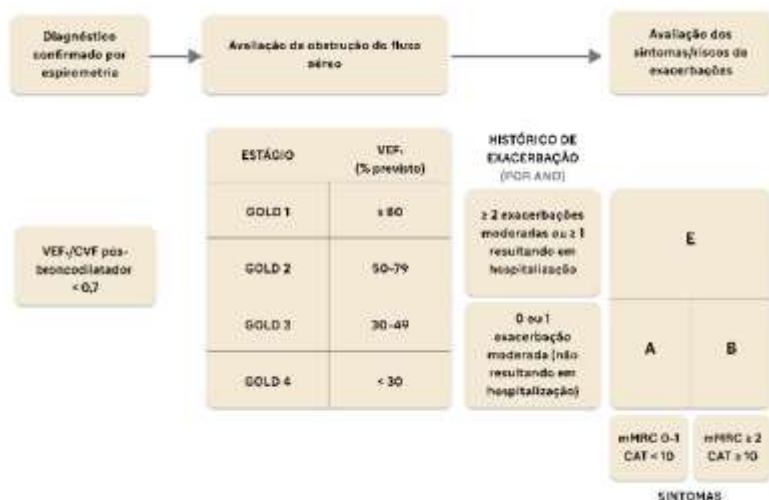
Imagem ilustrativa

Teste de Fagerström*		
Quanto tempo depois de acordar fuma o seu primeiro cigarro?	Nos primeiros 5 minutos	3
	Após 6-30 minutos	2
	Após 31-60 minutos	1
	Após 60 minutos	0
É difícil para si não fumar em áreas onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?	Sim	1
	Não	0
Qual o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?	0 primeiro da manhã	1
	Outros	0
Quantos cigarros fuma habitualmente por dia?	<= 10	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	> 31	3
Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que durante o resto do dia?	Sim	1
	Não	0
Fuma, mesmo quando está doente e acamado?	Sim	1
	Não	0

QUESTÃO 38

Sim, apresenta DPOC pelo critério diagnóstico de VEF1/CVF pós-BD inferior a 0,7. A classificação é GOLD 2E, pois teve uma hospitalização no último ano, dispneia aos médios esforços (MRCm2) e VEF1 entre 50 e 70% do previsto.

Imagem ilustrativa



QUESTÃO 39

O tratamento recomendado inclui abandono do tabagismo, vacinação (Influenza, Covid, VSR, Herpes Zoster, Pneumo18/23 e Pertussis), reabilitação respiratória e terapia tripla com dupla broncodilatação inalatória (LABA + LAMA) associada a corticoide.

QUESTÃO 40

O tratamento recomendado é terapia de reposição de nicotina com adesivos de 21 mg + 7 mg, reduzindo-se 7 mg por semana, e bupropiona: do 1º ao 3º dia 150 mg pela manhã; do 4º ao 84º dia 150 mg pela manhã e 150 mg oito horas após a primeira dose.

2 RECURSOS CONTRA AS DIRETRIZES DE RESPOSTAS

Os candidatos poderão interpor recurso contra as diretrizes de respostas da prova prática entre as **10h do dia 8 de janeiro de 2026 e as 18h do dia 9 de janeiro de 2026**, horário oficial de Brasília, exclusivamente por meio do Sistema Eletrônico de Interposição de Recurso, disponível no [ambiente do candidato](#). Não haverá prorrogação do prazo e, após esse período, pedidos de revisão não serão aceitos.

O **INSTITUTO QUADRIX** não se responsabiliza por problemas técnicos de computadores, falhas de comunicação ou quaisquer outros fatores de responsabilidade exclusiva do candidato que inviabilizem a interposição de recurso. É necessário que o candidato seja claro, consistente e objetivo ao formular seu recurso. Recursos inconsistentes ou que não atendam às regras deste comunicado ou dos editais relacionados ao processo seletivo serão indeferidos. Não será aceito recurso fora do prazo, via postal, via e-mail, via requerimento administrativo e/ou em desacordo com o Edital FMJ - 046/2025.

Os recursos contra as diretrizes de respostas da prova prática devem ser enviados de forma individualizada, ou seja, um recurso para cada questão. Não será permitido, em nenhuma hipótese, o envio de arquivos anexos durante o período de interposição de recurso.

Os gabaritos definitivos e o resultado preliminar da prova objetiva serão divulgados na data provável de **29 de dezembro de 2025**.

As respostas de recursos interpostos contra as diretrizes de respostas da prova prática e o resultado preliminar da prova prática serão divulgados na data provável de **26 de janeiro de 2026**.

São Paulo/SP, 7 de janeiro de 2026.

INSTITUTO QUADRIX