O caso abaixo é referente às **questões 01 a 04**.

João, 78 anos, foi admitido em pronto-atendimento com relato de tosse produtiva e dispneia de início há 04 dias. Esposa também refere preocupação sobre inapetência – tem ofertado comida liquidificada através de seringa. Paciente tem histórico de comprometimento cognitivo e funcional progressivos nos últimos 10 anos, especialmente após episódio de acidente vascular cerebral. Familiares negam comorbidades e referem uso apenas de ácido acetilsalicílico. Em avaliação geriátrica, paciente totalmente dependente para atividades básicas de vida diária, com comprometimento cognitivo grave, desnutrição. Vive em zona rural, a 100 quilômetros de hospital onde está sendo atendido, sem cobertura da atenção primária, com esposa analfabeta e idosa. Ao exame físico, paciente taquipneico, respondendo perguntas simples. Ausculta pulmonar com roncos difusos. Também notadas contraturas e lesões em calcâneos com capa necrótica. Em região sacral, também apresenta lesão com exposição óssea.

01. Sobre a condução deste caso, é CORRETO afirmar:

(A) O uso de antimicrobianos pode ser considerado uma medida sustentadora à vida, assim como a ventilação mecânica ou o uso de drogas vasoativas. Do ponto de vista bioético, não há distinção entre a decisão de não iniciar ou suspender essas medidas.

(B) Para conduzir o paciente com uma abordagem paliativa neste momento, a investigação diagnóstica da síndrome demencial é necessária, com, pelo menos, realização de neuroimagem.

(C) O estabelecimento de metas de cuidado deverá ser realizado após avaliação do serviço social por possível negligência (já que paciente desnutrido com várias lesões de pele), que configura uma violência contra a pessoa idosa.

(D) O uso de antimicrobianos em pacientes com demência avançada é relacionado com melhora de sobrevida e controle de sintomas estressantes.

---

02. Sobre o mesmo paciente acima, é CORRETO afirmar:

(A) A desprescrição deve ser considerada nos cuidados paliativos, porém, neste caso, a manutenção do ácido salicílico é importante.

(B) A lesão sacral provavelmente é a Úlcera de Kennedy.

(C) A lesão em calcâneo pode ser classificada em estágio 4.

(D) PACSLAC e PMID são instrumentos para avaliação de dor em pacientes com demência.

---

03. Durante o internamento de João, sua esposa Maria fica progressivamente mais angustiada com a inapetência e recusa alimentar. Após 48 horas sem aceitação alimentar, ela pede para que o médico de plantão “faça alguma coisa”, chorando porque foi proibida de “dar alimento” na seringa. O médico pergunta o que ela quer que seja feito e ela diz que quer uma “sonda para alimentação”. Sobre esta situação, é CORRETO afirmar:

(A) Medidas farmacológicas podem ajudar nesta situação. O uso de anticolinesterásicos, medicações utilizadas em demências, pode melhorar aceitação alimentar e parâmetros nutricionais.

(B) A solicitação de uma medida desproporcional pode ser traduzida como medo e sensação de abandono. O acolhimento é essencial nessa situação. Para o estabelecimento de uma parceria no cuidado, o pedido da esposa deve ser acatado.

(C) A oferta de alimentação através de uma seringa não caracteriza uma dieta de conforto, já que o volume ofertado pode não ser tolerado pelo paciente com disfagia avançada.

(D) O uso de vias alternativas em pacientes com demência avançada não melhora sobrevida, incidência de pneumonias aspirativas ou estado nutricional. Dessa forma, deve ser considerada uma medida fútil.

---

04. Ainda sobre João, é CORRETO afirmar:

(A) A *Palliative Performance Scale* (PPS) pode ajudar na prognosticação em pacientes como João, já que ela tem melhor performance em pacientes com sobrevida curta.

(B) Não há instrumento prognóstico validado no Brasil para ser utilizado neste cenário.

(C) A ocorrência de complicações alimentares marca a fase avançada da demência, mas não tem relação com seu prognóstico.

(D) O ADEPT/índice de Mitchel é um instrumento americano que prevê mortalidade em 6 meses em pacientes com demência avançada atendidos ambulatorialmente.

05. Paciente de 65 anos com diagnóstico de câncer de pulmão avançado, apresentando Escala de Desempenho Paliativo (PPS) 60%. Interna por hemoptise recorrente e volumosa (mais de 100mL nas últimas 24h), refratária a medidas de conforto locais (e.g., compressão fria), porém sem desconforto respiratório no momento. O paciente e a família relatam angústia intensa pela hemorragia visível e desejam controle sintomático rápido, evitando internações prolongadas ou procedimentos invasivos. A combinação terapêutica que oferece o equilíbrio mais eficaz entre o controle sintomático sistêmico rápido e a obtenção de um controle mais duradouro e localizado é:

(A) Iniciar doses elevadas de ácido tranexâmico IV (para garantir a inibição não-competitiva da plasmina), mas evitar a radioterapia devido ao risco de mielossupressão e náuseas graves.

(B) Iniciar imediatamente radioterapia hemostática com dose única, por ser o tratamento mais eficaz para consolidar o controle local de longo prazo.

(C) Iniciar ácido tranexâmico por via intravenosa, seguido por manutenção oral, e considerar a radioterapia hemostática se a resposta inicial for parcial ou temporária.

(D) Realizar broncoscopia de emergência para cauterização, e reservar o ácido tranexâmico apenas para sangramento gastrointestinal.

---

06. Sobre a Equipe Matricial de Cuidados Paliativos (EMCP) de acordo com a portaria GM/MS nº 3.681, relativa à Política Nacional de Cuidados Paliativos, é CORRETO afirmar:

(A) Deve ser implantada na proporção de uma equipe para até 200.000 habitantes.

(B) Atua exclusivamente em assistência direta ao paciente até o óbito.

(C) Possui gestão municipal e atuação restrita a um único estabelecimento.

(D) É equipe interdisciplinar de gestão estadual, com atuação matricial sobre a Rede de Atenção à Saúde.

---

07. O financiamento da Política Nacional de Cuidados Paliativos ocorre, segundo a Portaria GM/MS nº 3.681/2024:

(A) Por financiamento bipartite entre estados e municípios.

(B) De forma tripartite, pactuada entre as três esferas de gestão.

(C) Exclusivamente por recursos federais.

(D) Sem critérios populacionais ou territoriais.

---

08. João Carlos está no 10º dia de internação na UTI, encontra-se hemodinamicamente estável, porém com dor refratária, mesmo após otimização do esquema analgésico, incluindo analgesia peridural e infusão contínua de cetamina. Esse quadro tem impedido sua alta para a enfermaria. Apesar de a doença ser avançada e sem possibilidade de cura, a equipe reconhece que, embora não se surpreendesse com um eventual óbito durante esta internação, também não descarta a possibilidade de alta da UTI, caso a dor seja controlada. Dessa forma, é CORRETO afirmar:

(A) A doença é tão avançada que o bloqueio neurolítico do plexo celíaco não teria utilidade para o controle da dor.

(B) A cetamina atua como antagonista do receptor NMDA apenas quando administrada em altas doses. Doses de manutenção baixas (0,05–0,4 mg/kg/h) atuam em receptores dopaminérgicos e monoaminérgicos, sendo incapazes de promover analgesia.

(C) Caso o paciente não apresente melhora da dor com o uso de morfina peridural, é improvável que a adição de anestésico local à solução resulte em alívio adicional.

(D) A sedação paliativa seria uma medida legítima a ser considerada para o alívio do sofrimento, caso mantenha dor refratária apesar de todo o arsenal terapêutico disponível ter sido utilizado.

09. Marina, 29 anos, e Rafael, 32 anos, aguardam o nascimento de Lucas, diagnosticado durante a gestação com malformação cerebral grave associada a anomalias estruturais múltiplas, consideradas incompatíveis com sobrevida prolongada. Após avaliação pela obstetrícia e neonatologia, o casal é encaminhado para consulta com a equipe de cuidados paliativos perinatais ainda no período antenatal. Durante os encontros, Marina expressa o desejo de "segurar o filho no colo enquanto ele estiver vivo" e Rafael verbaliza preocupação com sofrimento, questionando se será necessário "fazer tudo o que a tecnologia permite". O casal pede apoio para construir um plano de nascimento que respeite seus valores, sua fé e minimize o sofrimento de Lucas no momento do parto e após o nascimento.

A opção que melhor reflete os componentes centrais de um plano de nascimento no contexto de cuidado paliativo perinatal é:

(A) Definição obrigatória de reanimação neonatal avançada ao nascimento, com posterior reavaliação após estabilização inicial.

(B) Planejamento prévio do local do parto, limites de reanimação, estratégias de conforto (contato pele a pele, analgesia), considerações espirituais e possibilidades de fotos e registros simbólicos.

(C) Priorização de intervenções tecnológicas para garantir sinais vitais estáveis antes de qualquer contato parental.

(D) Elaboração do plano após o nascimento, para evitar sofrimento antecipatório dos pais.

---

10. No contexto da Atenção Primária à Saúde, uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) realiza o acompanhamento domiciliar de uma paciente em fase final de vida devido a uma síndrome demencial avançada. A cuidadora principal, sua filha única, apresenta sinais objetivos de exaustão física e emocional, episódios frequentes de choro e negligência com o próprio autocuidado, o que começa a comprometer a segurança da assistência à paciente. Com base na abordagem do sofrimento multidimensional, a estratégia que a equipe deve implementar prioritariamente é:

(A) Integrar a avaliação das dimensões psicológicas e sociais ao manejo clínico, utilizando ferramentas de abordagem familiar para identificar precocemente vulnerabilidades e pontos de apoio, compreendendo que o suporte à unidade de cuidado (paciente-família) é indissociável da eficácia do controle de sintomas e da qualidade da assistência.

(B) Priorizar a transferência da paciente para uma unidade de cuidados paliativos hospitalares, sob a premissa de que a exaustão da cuidadora configura uma claudicação familiar irreversível que inviabiliza a manutenção da dignidade no fim de vida e a segurança dos procedimentos técnicos necessários no ambiente domiciliar.

(C) Priorizar o suporte psicossocial à cuidadora como estratégia de viabilização da adesão terapêutica, utilizando o acolhimento das demandas emocionais como ferramenta para garantir que a execução do plano de cuidados biológicos da paciente não sofra interrupções ou falhas decorrentes da instabilidade afetiva da família.

(D) Orientar a cuidadora a adotar estratégias de distanciamento afetivo e supressão de expectativas com relação ao prognóstico, visando mitigar os riscos de luto patológico e garantir que a execução das tarefas de higiene e medicação não seja prejudicada pelo componente emocional do sofrimento existencial.

---

11. Paciente, sexo feminino, 58 anos, com diagnóstico de câncer de mama com metástase óssea, hepática e em sistema nervoso central, apresentando severa restrição funcional e dependência total para atividades de vida diária. Durante visita domiciliar, o esposo e cuidador principal relata episódios frequentes de choro, insônia de manutenção e uma sensação de "vazio antecipado", afirmando que sente estar perdendo a esposa progressivamente a cada nova perda funcional observada. Ele demonstra dificuldade em realizar planos para o mês seguinte e refere intensa angústia ao visualizar a evolução da doença. Diante do quadro clínico e da vivência do cuidador, a alternativa que descreve corretamente o fenômeno identificado é:

(A) Caracteriza o início de um luto complicado, definido pela persistência de sintomas depressivos e prejuízo funcional severo que ultrapassa o esperado para o período de finitude, indicando a necessidade de intervenção psicoterapêutica imediata para evitar que o colapso emocional do cuidador comprometa a segurança da assistência.

(B) Configura um quadro de luto não autorizado ou não reconhecido, no qual o sofrimento do cuidador é negligenciado pela rede social em favor da priorização dos sintomas físicos da paciente, resultando em uma marginalização da dor existencial do esposo e na ausência de suporte interdisciplinar adequado para o manejo da crise familiar.

(C) Trata-se do luto antecipatório, processo que expressa rompimentos de relações significativas antes da perda efetiva, podendo ser desencadeado pelo diagnóstico e progressão de uma doença incurável, exigindo que a equipe de cuidados paliativos valide esse sofrimento como parte da assistência integral à unidade de cuidado.

(D) Indica a presença de luto inibido ou retardado, manifestado pela dificuldade de projeção futura e pelo foco obsessivo na deterioração funcional, exigindo a introdução precoce de suporte farmacológico com ansiolíticos e antidepressivos para estabilizar a rede de apoio e garantir a continuidade da prestação de cuidados domiciliares.

12. Sobre as diretrizes da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), analise as sentenças:

1. Ampliação dos cuidados paliativos e acesso universal a eles em todos os pontos da Rede de Atenção à Saúde; promoção da regionalização dos serviços de cuidados paliativos; regulação assistencial baseada em diretrizes clínicas; fortalecimento da atenção primária como subordinada ao hospital polo.

2. Estímulo às ações de sensibilização para o uso racional de opioides; fomento ao autocuidado e diagnóstico precoce das doenças; estímulo ao uso da telessaúde para assegurar continuidade do cuidado; estímulo à autonomia do paciente.

3. Estímulo a atividades educacionais em cuidados paliativos; assegurar sigilo das ações à sociedade, preservando, assim, risco de más interpretações.

4. Combate à criação de comunidades compassivas; respeito às diversidades socioculturais e os diversos modos de vida.

Considerando-se as afirmativas como verdadeiras (V) ou falsas (F), a alternativa CORRETA é:

(A) 1-V, 2-F, 3-V, 4-F.

(B) 1-F, 2-V, 3-V, 4-V.

(C) 1-V, 2-V, 3-F, 4-F.

(D) 1-F, 2-V, 3-F, 4-F.

---

13. Com relação à Reabilitação Paliativa, analise as sentenças:

1. A reabilitação em cuidados paliativos melhora a qualidade de vida através da facilitação da mobilidade, das atividades da vida diária, da resistência e do bem-estar psicológico da pessoa.

2. O foco na reabilitação paliativa não é baseado em metas terapêuticas, como na reabilitação convencional.

3. A segurança do paciente é um dos pilares na reabilitação paliativa.

4. A melhora nutricional, inclusive em condições de caquexia, é cientificamente inaceitável em pacientes com condições crônicas graves, como o câncer.

Considerando-se as afirmativas como verdadeiras (V) ou falsas (F), a alternativa CORRETA é:

(A) 1-F, 2-F, 3-V, 4-V.

(B) 1-V, 2-V, 3-V, 4-V.

(C) 1-V, 2-F, 3-V, 4-F.

(D) 1-F, 2-V, 3-F, 4-F.

---

14. Os fármacos empregados nos controles de sintomas associados ao final da vida podem induzir distintos efeitos adversos, incluindo a mioclonia. O grupo de fármacos, entre os listados abaixo, que está associado à ocorrência de mioclonia é:

(A) Opioides, antiparkisonianos e antivirais.

(B) Opioides, anticonvulsivantes e gabapentinoides.

(C) Relaxantes musculares, barbitúricos e bloqueadores H2.

(D) Bloqueadores de canal de sódio, anti-histamínicos e antifúngicos.

15. Na dor aguda e crônica, a eficácia dos antagonistas de receptores de NMDA ocorre pela redução de ações neuronais e comportamentais já demonstradas tanto em modelos animais como em clínicos. Como exemplo dessa classe de medicamentos, temos a:

(A) Lidocaína.

(B) Cetamina.

(C) Clonidina.

(D) Dexmedetomidina.

O caso abaixo é referente às **questões 16 a 17.**

16. Como médico paliativista, você foi chamado para avaliar Sra. Joana, 86 anos, previamente independente e autônoma, internada em unidade de terapia intensiva com um quadro de insuficiência cardíaca descompensada por uma estenose aórtica grave. A equipe da Cardiologia (composta por clínicos, hemodinamicistas e cirurgiões) gostaria de avaliação especializada sobre a proporcionalidade terapêutica de um Implante Transvalvar De Valva Aórtica (TAVI). Sobre esta situação, é CORRETO afirmar:

(A) O processo de tomada de decisão deve ser feito na presença de familiares ou representantes devido à possibilidade de comprometimento cognitivo nesta faixa etária.

(B) O TAVI tem risco de complicações elevadas em pacientes idosos, especialmente frágeis, e geralmente deve ser contraindicado.

(C) Para análise correta da proporcionalidade, é preciso entender a sobrevida estimada da paciente e o prognóstico da doença de base. O cálculo da sobrevida estimada livre da Estenose Aórtica ajuda a entender o impacto de outras doenças e da funcionalidade.

(D) A Estenose aórtica, apesar da carga de sintomas elevada, não muda mortalidade em pacientes muito idosos (acima de 80 anos).

---

17. Sobre o Planejamento Antecipado de Cuidados (PAC), especialmente em situações como a da Sra. Joana, é CORRETO afirmar:

(A) O principal objetivo do PAC é a elaboração de Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV). As DAV foram abordadas na resolução 1.995/2012 do Conselho Federal de Medicina. Esta resolução determina que todo médico deve considerar as DAV nas decisões sobre cuidados e tratamentos.

(B) O PAC, em situações como a da sra. Joana, envolve a designação de um representante (de saúde) no período pré-operatório e a discussão de metas de cuidado, caso um desfecho negativo aconteça.

(C) Em momentos chave, como na avaliação pré-operatória, ou, como no caso da Sra. Joana, pré-procedimento, o PAC deve ser evitado porque potencialmente traz estresse e ansiedade para os pacientes.

(D) No PAC, o modelo de tomada de decisão consumista/informativo é o mais adequado.

---

18. Paciente, sexo masculino, 68 anos, diagnóstico de Insuficiência Cardíaca (NYHA IV) e Doença Renal Crônica, assistido em ambiente domiciliar (com suporte para internação domiciliar). O paciente encontra-se em processo ativo de morte, apresentando quadro de agitação psicomotora terminal e dispneia refratária a medidas não farmacológicas. A via oral não é mais viável devido à disfagia grave e redução do nível de consciência. Considerando as recomendações para a prescrição de fim de vida e a segurança na administração de fármacos por via subcutânea, a estratégia farmacológica de primeira linha recomendada é:

(A) Utilizar metadona para controle da dispneia, associada a diazepam via retal para manejo da agitação terminal.

(B) Prescrever midazolam em dose única, visando sedação paliativa imediata, com necessidade de acompanhamento de sintomas após a dose inicial.

(C) Administrar clorpromazina em intervalos fixos, mantendo hidratação vigorosa com solução salina (2.000 mL/dia) para evitar toxicidade renal.

(D) Iniciar Morfina associada a haloperidol, com intervalos fixos e utilizando resgates, se necessário, para controle da dispneia e agitação.

19. Sobre a Política Nacional de Cuidados Paliativos no Brasil, analise as sentenças:

1. Seu foco de atuação é tanto no Sistema Único de Saúde quanto no Sistema Suplementar de Saúde.
2. Oferece cuidados paliativos assim que alcançar o estágio final de vida, sem discriminação.
3. Incentiva o início dos cuidados paliativos precoce, assim que terminar a etapa dos cuidados curativos.
4. A prestação do cuidado paliativo deve ser através de equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Considerando-se as afirmativas como verdadeiras (V) ou falsas (F), a alternativa CORRETA é:

(A) 1-F, 2-F, 3-F, 4-V.

(B) 1-V, 2-F, 3-F, 4-V.

(C) 1-V, 2-V, 3-F, 4-F.

(D) 1-F, 2-V, 3-F, 4-V.

---

20. Paciente, sexo feminino, 40 anos, com câncer de mama e metástases ósseas extensas, é admitida com letargia e cálcio sérico corrigido de 13,8 mg/dL. Após iniciar hidratação vigorosa com solução salina, a terapia antirreabsortiva de primeira linha deve ser administrada. A conduta CORRETA com relação ao ácido zoledrônico neste cenário é:

(A) O ácido zoledrônico (4 mg IV em 15-30 minutos) é a escolha, mas sua administração é contraindicada se a depuração de creatinina (CrCl) for inferior a 30 mL/min, exigindo avaliação de alternativas.

(B) O ácido zoledrônico (4 mg IV em 15 minutos) pode ser administrado, mas requer suspensão da hidratação para evitar sobrecarga volêmica.

(C) A dose padrão de ácido zoledrônico deve ser reduzida para 2 mg IV, independentemente da função renal, devido ao prognóstico reservado em cuidados paliativos.

(D) Deve-se iniciar calcitonina, pois seu efeito é mais rápido e sustentado que o ácido zoledrônico, sendo o tratamento de escolha após a hidratação.

---

21. Paciente de 72 anos com câncer de bexiga metastático. Apresenta ECOG Performance Status (PS) 3 e prognóstico estimado em 4 a 8 semanas. Está internado com caquexia e sinais de insuficiência renal crônica (TFG < 30 mL/min). O paciente completou 6 meses de tratamento para Trombose Venosa Profunda (TVP) prévia (associada ao câncer) com Apixabana. Houve um episódio de hematúria macroscópica autolimitada há 2 meses. O objetivo principal do tratamento, discutido e acordado com a família, é o conforto e a qualidade de vida. A conduta mais apropriada com relação à anticoagulação neste momento é:

(A) Continuar o Apixabana, pois o risco de recorrência de tromboembolismo venoso (especialmente no primeiro ano após interrupção) supera o risco de sangramento, e o tratamento padrão sugere manutenção da anticoagulação em câncer ativo.

(B) Interromper a anticoagulação imediatamente, uma vez que o paciente apresenta múltiplos fatores de risco para sangramento e prognóstico de vida muito limitado, tornando o benefício da prevenção de recorrência pouco significante.

(C) Mudar a terapia para Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM), pois os anticoagulantes orais de ação direta são contraindicados em tumores uroteliais/GI devido ao alto risco de sangramento, mantendo a profilaxia com um agente mais seguro.

(D) Reduzir a dose de Apixabana pela metade, ajustando-a para a Taxa de Filtração Glomerular (TFG) baixa e reavaliando em 30 dias se o Performance Status (PS) melhorar.

O caso abaixo é referente às **questões 22 a 24.**

Luiza, 90 anos, tem diagnóstico de Doença Renal Crônica (DRC) terminal, relacionada ao diabetes de longa data. Paciente independente, com cognição preservada. Tem pequena limitação motora na marcha, devido osteoartrose, com uso inadvertido de anti-inflamatório não esteroidal prévio e de tramadol. Na avaliação geriátrica, também é evidenciado sarcopenia, desnutrição e suporte social frágil. Devido a sintomas, foi encaminhada pela Nefrologia para avaliação de equipe de Cuidados Paliativos para construção de plano de cuidados e controle de sintomas. Atualmente, a queixa principal é fadiga. Paciente também refere náuseas frequentes, com redução importante de aceitação alimentar. Queixa-se também de prurido, difuso. No exame físico, paciente emagrecida, com lesões relacionadas à coçadura em abdome e membros superiores. Em última avaliação ambulatorial, tem Taxa de Filtração Glomerular estimada em 15 mL/min / 1,73 m2.

22. Sobre o manejo da DRC avançada em idosos, é CORRETO afirmar:

(A) Idade avançada e doença cardíaca grave são contraindicações absolutas para o transplante renal.

(B) Hemodiálise incremental, mesmo que hemodiálise paliativa, foca em adaptações na diálise tradicional com objetivo de controle de sintomas.

(C) A terapia renal substitutiva com hemodiálise está relacionada a uma taxa anual de mortalidade maior que 50% em idosos frágeis.

(D) Os sintomas relatados da paciente devem ser incluídos no manejo da DRC. A fadiga, entretanto, está relacionada à fragilidade e deve ser abordada com medidas não farmacológicas.

---

23. Para ajudar Luiza no controle do prurido, é CORRETO afirmar:

(A) O prurido relacionado a opioide é comum e relacionado primariamente à liberação de histamina, no caso do tramadol.

(B) A gabapentina é uma opção farmacológica segura por não haver necessidade de ajuste de dose para disfunção renal.

(C) O uso de anti-histamínico de primeira geração é a primeira escolha para Luiza devido à predominância de componente histamínico na gênese do prurido da DRC.

(D) O tratamento de xerose cutânea é essencial no manejo do prurido da DRC em pessoas idosas.

---

24. Sobre o manejo da náusea de Luiza, é CORRETO afirmar:

(A) Haloperidol e metoclopramida são medicamentos utilizados no manejo empírico de náuseas e vômitos em Cuidados Paliativos. Na DRC, não necessitam de ajuste de dose pela função renal.

(B) O uso de bicarbonato pode ser efetivo. O controle da acidose pode reduzir a ativação da zona quimiorreceptora.

(C) A náusea na DRC tem origem essencialmente multifatorial: envolve gastroparesia, estímulo da zona quimiorreceptora pela uremia, efeito adverso de medicamentos etc. A ondasentrona é a primeira escolha na terapia farmacológica.

(D) O tramadol deve ser suspenso: pode contribuir com as náuseas, além de outros efeitos colaterais, especialmente em pessoas idosas, como diminuição de limiar convulsivo e hipoglicemia, em associação com outros efeitos adversos típicos de opioides. Não há necessidade de ajuste por função renal.

25. As demências geralmente possuem evolução crônica. O planejamento antecipado de cuidados é uma estratégia muito útil para facilitar profissionais e familiares na tomada de decisão do paciente em estágio avançado de demência. A partir disso, é CORRETO afirmar:

(A) Os profissionais de saúde devem garantir que os pacientes e seus familiares compreendam bem o diagnóstico, o prognóstico e a provável evolução da doença antes de discutir o planejamento antecipado de cuidados, o que corresponde ao modelo consumista do processo de tomada de decisão.

(B) O ideal é estabelecer o planejamento antecipado de cuidados em estágios mais avançados da doença, pois assim é preservado o paciente de maior sofrimento.

(C) Incentiva-se que os médicos que acompanham pacientes com demência escolham um representante legal, para tomar decisões em seu nome, quando em situação de vulnerabilidade.

(D) Aspectos específicos do cuidado, como nutrição artificial, podem ser discutidos logo após o diagnóstico, enquanto ainda há capacidade decisória documentada. Dessa, forma, diretivas antecipadas de vontade só podem ser construídas na fase leve da demência.

---

26. Das opções abaixo, a combinação farmacológica mais eficaz para o manejo da obstrução intestinal maligna completa é:

(A) Dexametasona e octreotida; pode-se usar laxativos osmóticos, desde que em baixa dose.

(B) Haloperidol e butilbrometo de hioscina; deve-se evitar a prescrição de laxativos osmóticos.

(C) Butilbrometo de hioscina e metoclopramida; deve-se adicionar solução salina IV.

(D) Dexametasona e ondansetrona; a via oral é preferível, pois a absorção não está totalmente comprometida.

---

27. Um paciente em cuidados paliativos com câncer de próstata metastático apresenta dor lombar intensa que o acorda à noite, associada a nova fraqueza nas pernas e dificuldade em iniciar a micção. A suspeita clínica é de Síndrome de Compressão Medular. A conduta farmacológica inicial e urgente mais recomendada é:

(A) Administrar Dexametasona 10 mg IV imediatamente, seguido por 4 a 6 mg a cada 6-8 horas, e solicitar ressonância magnética de coluna total em caráter de urgência.

(B) Administrar Dexametasona 4 mg IV imediatamente, seguido por 4 mg quatro vezes ao dia, e aguardar confirmação diagnóstica por ressonância magnética de coluna lombar.

(C) Iniciar Metadona oral 10 mg a cada 8 horas para controle da dor e agendar ressonância magnética em 48 horas.

(D) Administrar Paracetamol 1000 mg IV e iniciar heparina de baixo peso molecular para tromboprofilaxia.

---

28. Uma viúva de 42 anos comparece à consulta de acompanhamento de luto seis meses após o falecimento do cônjuge, que esteve sob cuidados paliativos domiciliares por neoplasia metastática. Durante a anamnese, ela relata que, embora a tristeza ainda esteja presente, sente-se orgulhosa por ter aprendido a dirigir e por ter assumido a gestão financeira da casa, atividades que eram delegadas exclusivamente ao marido. Ela afirma: "Sinto que estou reconstruindo minha identidade e descobrindo capacidades que eu não sabia que possuía sem ele aqui para decidir por mim". De acordo com o modelo de tarefas de Worden descrito na literatura sobre Luto, as declarações da paciente e as mudanças de comportamento observadas exemplificam a execução prática da tarefa:

(A) Tarefa I (Aceitar a realidade da perda), que se fundamenta na compreensão da irreversibilidade da morte como elemento crucial para o entendimento de que o ente não retornará, sendo catalisada por rituais que auxiliam na conexão direta com a natureza definitiva da perda física.

(B) Tarefa II (Trabalhar a dor da perda), que foca no contato profundo com sentimentos evocados pelas memórias, utilizando a reconstrução da rotina e a assunção de novas responsabilidades como mecanismos de enfrentamento para elaborar o sofrimento e evitar a negação sistemática do afeto.

(C) Tarefa III (Ajustar-se a um ambiente onde falta a pessoa que faleceu), que exige disposição para vivenciar a ausência dos papéis desempenhados pelo falecido e o desenvolvimento de novas habilidades para ocupar lacunas práticas, sociais e identitárias no novo mundo.

(D) Tarefa IV (Reposicionar emocionalmente o falecido e continuar a vida), que envolve acolher a pessoa que morreu em um local apropriado no ambiente afetivo, permitindo que o enlutado continue a viver bem no mundo e abra-se para novas relações sem sentimento de culpa.

29. São considerados tratamentos de segunda e terceira linha, respectivamente, para dor neuropática, de acordo com as recomendações da *Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation (GRADE)*:

(A) Inibidores da recaptação de serotonina e noradrenalina e opioide potente.

(B) Lidocaína transdérmica 5% e Toxina Botulínica tipo A.

(C) Gabapentina e Lidocaína transdérmica 5%.

(D) Toxina Botulínica tipo A e Capsaicina transdérmica a 8%.

---

30. Sobre a dispneia, é CORRETO afirmar:

(A) O tratamento não medicamentoso deve ser a intervenção de escolha, uma vez que apresenta baixo risco de efeito colateral, ocorre de maneira integrativa e evita a polifarmácia.

(B) A Escala de Sintomas de Edmonton (ESAS) é uma escala ordinal de oito itens projetada para medir a presença e intensidade de desconforto respiratório em pacientes não verbais.

(C) A frequência respiratória, cardíaca e saturação periférica de oxigênio apresentam alta associação com a percepção de dispneia do paciente.

(D) Diante da subjetividade dos sintomas, recomenda-se que a avaliação não seja feita por meio de autorrelato do paciente.

---

31. Sobre o manejo das feridas tumorais, é CORRETO afirmar:

(A) Utilizar metronidazol tópico (gel, creme ou pós) para prevenção e tratamento de infecção.

(B) Trocas regulares de curativos para evitar acúmulo de material orgânico são desencorajadas.

(C) É necessário administrar analgesia prévia à manipulação da ferida. No caso de administração por via oral, é necessário aguardar o período de 5 minutos para manipulação do curativo.

(D) Nunca utilizar princípios ativos com intensão de cicatrização, pois isso pode estimular o crescimento tumoral.

---

32. Com base em uma classificação em três níveis para diagnóstico de dor neuropática a partir de um conjunto de achados, a condição que sustenta com maior consistência o diagnóstico de dor neuropática definitiva é:

(A) Presença de dor em queimação com irradiação visceral e piora aos movimentos respiratórios.

(B) Histórico de lesão neurológica associada a déficit sensitivo em território neuroanatômico compatível.

(C) Teste neurofisiológico ou de imagem confirmando lesão nervosa.

(D) Presença de dor neuropática com duração superior a 3 meses.

---

33. Um paciente com metástases ósseas múltiplas está prestes a iniciar a terapia com denosumabe (inibidor de RANKL) para prevenção de Eventos Esqueléticos Relacionados (SREs). A toxicidade grave comparativamente mais comum com denosumabe do que com bisfosfonatos intravenosos (como o ácido zoledrônico) e que requer vigilância e suplementação proativa é:

(A) Cardiomiopatia induzida pelo tratamento, manifestada como insuficiência cardíaca.

(B) Reações de fase aguda (mialgia e febre) após a infusão inicial.

(C) Piora da função renal e nefrotoxicidade aguda.

(D) Hipocalcemia grave, necessitando potencialmente de reposição intravenosa e hospitalização.

34. João Carlos, 50 anos, com diagnóstico de adenocarcinoma de cabeça de pâncreas irressecável, interna na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) devido à sepse secundária a infecção urinária. Faz uso diário de morfina oral 60 mg e dipirona 4 g. A equipe de enfermagem solicita avaliação médica devido a queixa de dor. No momento da avaliação, o paciente relata dor abdominal em pontada, com irradiação para as costas, atribuída como 10 na escala numérica de dor. Os sinais vitais são: PA 100/50 mmHg, FC 80 bpm, FR 12 irpm. Neste cenário, é CORRETO afirmar:

(A) Considerando a possibilidade de dor com componente misto, o ideal seria ajustar o esquema analgésico de forma multimodal. Para melhor controle da dor neuropática, pode-se associar antidepressivos e/ou anticonvulsivantes com efeito analgésico.

(B) Considerando que os sinais vitais estão dentro da normalidade, é improvável que o paciente esteja com dor. Trata-se, possivelmente, de um caso de adição a opioides.

(C) Na UTI, as escalas mais indicadas para avaliação de dor são a Escala Comportamental de Dor (*Behavioral Pain Scale* – BPS) e a Ferramenta de Observação da Dor Crítica (*Critical Care Pain Observation Tool* – CPOT). A escala numérica não pode ser utilizada, pois o paciente pode não ser fidedigno quanto à intensidade da dor.

(D) A metadona apresenta como desvantagens sua meia-vida variável e potencial efeito cumulativo, não sendo considerada uma opção superior à morfina ou ao fentanil para o tratamento da dor neuropática.

---

35. Alfredo, 9 anos, com encefalopatia crônica grave e importante comprometimento oromotor, é acompanhado pela equipe de cuidados paliativos por sialorreia persistente, com impacto relevante na qualidade de vida, risco de aspiração e sobrecarga familiar. Já foram realizadas intervenções não farmacológicas, sem resposta satisfatória. A equipe discute início de tratamento medicamentoso e pondera possíveis efeitos adversos, especialmente sedação, espessamento de secreções e piora da disfagia. Considerando esse cenário, a conduta abaixo que representa a opção terapêutica mais adequada, quando o objetivo é controle mais duradouro da sialorreia, com menor risco de efeitos sistêmicos contínuos, é:

(A) Propantelina em uso regular, com titulação progressiva conforme resposta.

(B) Aplicação de toxina botulínica em glândulas salivares, realizada por equipe experiente.

(C) Associação de escopolamina oral e propantelina para potencializar o efeito anticolinérgico.

(D) Escopolamina oral em dose fixa, com manutenção contínua.

---

36. Quanto aos índices prognósticos no paciente crítico, é CORRETO afirmar:

(A) Fragilidade do paciente crítico representa um estado de vulnerabilidade relacionado exclusivamente à idade e a doença crônica que precede a internação na UTI.

(B) Escores prognósticos como APACHE IV, SAPS III e SOFA apresentam especificidade para embasar isoladamente uma decisão clínica em UTI.

(C) A Doença Crônica Crítica (DCC) é uma síndrome que tem como marcador um tempo de ventilação mecânica maior que 2 semanas associado a outras manifestações.

(D) A questão surpresa é fator preditivo que orienta de forma isolada a tomada de decisão.

---

37. Sobre o uso de agentes antimuscarínicos no tratamento da sororoca, é CORRETO afirmar que:

(A) Tem eficácia limitada, sendo mais útil no tipo I do que no tipo II.

(B) É altamente eficaz, mas apenas em pacientes previamente desidratados.

(C) Deve ser evitado pelo elevado risco de ocorrência de efeitos adversos.

(D) Somente deve ser empregado nas últimas horas de vida.

38. Para utilizar de forma adequada a via subcutânea, é necessário entender fatores que podem influenciar a absorção e a tolerância de medicamentos ou substâncias. Dessa forma, é CORRETO afirmar:

(A) Medicamentos com moléculas de alto peso molecular atingem facilmente a circulação.

(B) Medicamentos de baixo peso molecular geralmente têm tolerabilidade menor.

(C) A hipoderme, camada da pele onde é inserido o cateter na utilização da via subcutânea, é predominantemente constituída de gordura, o que facilita a absorção de medicamentos lipossolúveis.

(D) Pelas características físico-químicas da hipoderme, em geral, substâncias de carga negativa são mais rapidamente absorvidas.

---

39. Com relação ao tratamento medicamentoso de náusea e vômitos em Cuidados Paliativos, correlacione a doença ao medicamento de primeira escolha e marque a alternativa correta:

1. Dimenidrinato	A. Origem vestibular
2. Metoclopramida	B. Quimioterapia e radioterapia
3. Ondansetrona	C. Hipertensão Intracraniana
4. Haloperidol	D. Obstrução intestinal
5. Corticoide	E. Estase gástrica

(A) 1A - 2D - 3B - 4E - 5C.

(B) 1A - 2E - 3B - 4D - 5C.

(C) 1E - 2B - 3A - 4C - 5D.

(D) 1B - 2E - 3A - 4D - 5C.

---

40. Os gabapentinoides (gabapentina e pregabalina) exercem sua atividade analgésica através dos:

(A) Receptores GABA.

(B) Canais de sódio.

(C) Canais de cálcio.

(D) Receptores NMDA.

---

41. Em Pediatria, as situações nas doenças crônicas com dependência de tecnologia que podem se beneficiar de Cuidados Paliativos são distintas das dos adultos, pois são múltiplas e abrangentes. Acerca disso, analise as sentenças:

1. A morte pode acontecer a qualquer momento e as crianças e adolescentes deverão ficar internados em Unidade de Tratamento Intensivo, pois muitos são dependentes de ventilação mecânica.

2. A morte é exceção devido à grande capacidade de recuperação dos pacientes e isso pode exigir atendimentos domiciliares de saúde e educação, mesmo nos casos de ventilação mecânica.

3. O controle de sintomas nas doenças crônicas é necessário e o paciente deve ser estimulado a repousar, uma vez que é impossível ter uma rotina adequada de alimentação, sono, higiene e atividade física pela sua condição de base.

4. O pediatra deve informar ao paciente e à família a gravidade da doença e definir que, em caso de piora clínica e terminalidade, deve ser indicada a internação em Unidade de Tratamento Intensivo.

Considerando-se as afirmativas como verdadeiras (V) ou falsas (F), a alternativa CORRETA é:

(A) 1-V, 2-F, 3-V, 4-F.

(B) 1-F, 2-V, 3-F, 4-V.

(C) 1-V, 2-F, 3-V, 4-V.

(D) 1-F, 2-V, 3-F, 4-F.

42. Paciente J.S.M., 74 anos, portador de adenocarcinoma de próstata metastático para esqueleto axial e parênquima pulmonar, em seguimento domiciliar de cuidados de fim de vida. Apresenta quadro de dor óssea persistente (Escala Visual Analógica - EVA 8/10), apesar da otimização de opioides e fármacos adjuvantes. Durante a consulta interdisciplinar, paciente expressa: "Minha dor não passa porque minha alma está pesada; não consigo aceitar que meus filhos já estão em conflito pela minha herança antes mesmo da minha partida". Considerando os princípios dos cuidados paliativos, a diretriz fundamental para a condução do caso pela equipe é:

(A) Estruturar uma intervenção multiprofissional pautada na divisão de competências, encaminhando o sofrimento espiritual e o conflito sucessório a especialistas externos, por entender que a abordagem técnica segmentada dessas dimensões assegura maior resolutividade e preserva a autonomia da equipe clínica no foco estrito do controle dos sintomas físicos.

(B) Priorizar a otimização do escalonamento analgésico e a rotação de opioides como intervenção soberana, reservando a mediação de conflitos familiares e as demandas espirituais para o suporte ao luto após o óbito, de modo a evitar que o estresse psicossocial do paciente interfira na estabilização biológica necessária para a manutenção do cuidado em domicílio.

(C) Implementar uma abordagem interdisciplinar que integre as dimensões psicossociais e espirituais ao plano terapêutico clínico, partindo da premissa de que a negligência de qualquer uma dessas esferas biográficas resulta em uma avaliação incompleta e, consequentemente, em uma abordagem menos efetiva e eficaz para o controle da dor e do sofrimento.

(D) Recomendar a transferência para o nível hospitalar de alta complexidade, visto que o sofrimento espiritual refratário e a gravidade dos conflitos familiares configuram uma instabilidade assistencial que extrapola o escopo da atenção domiciliar, exigindo vigilância contínua e intervenções de suporte psicossocial e jurídico indisponíveis no domicílio.

---

43. A Reabilitação Paliativa pode ser adotada em pacientes com doenças graves. São todos exemplos de ações dentro dessa abordagem, EXCETO:

(A) Técnicas de massagem e uso de diuréticos para minimizar edema.

(B) Exercício de fortalecimento muscular em idosos.

(C) Estratégias para uso de banheiro de forma mais independente possível.

(D) Priorizar restauração da função.

---

44. A paciente Ivete Maria, 82 anos, é admitida na UTI por sepse de foco pulmonar associada à exacerbação de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Na admissão, encontrava-se sonolenta, em uso de máscara não reinalante a 10 L/min, com dispneia não controlada. Antecedentes e funcionalidade: DPOC em uso de oxigênio domiciliar, três internações no último ano (sendo a última há 10 dias), hipertensão arterial sistêmica e Escore de Performance Paliativa (PPS) de 50%. Sobre esse caso, é CORRETO afirmar:

(A) A paciente apresenta diversos fatores indicativos de DPOC em fase avançada, com alta probabilidade de morte na UTI. Neste caso está indicada a programação de conferência familiar e avaliação do contexto para a tomada de decisão.

(B) A idade cronológica deve ser sempre considerada na decisão de admissão em UTI, independentemente das comorbidades e do estado funcional.

(C) O PPS é uma escala útil de funcionalidade para a tomada de decisões em cuidados paliativos. Avalia deambulação, atividade e evidência de doença, autocuidado, ingestão alimentar e nível de consciência, organizados em cinco colunas, sendo que as colunas mais à direita representam características mais marcantes e prioritárias.

(D) A Sra. Ivete Maria está em fase de terminalidade e em processo ativo de morte. Nesse contexto, a intubação orotraqueal seria considerada uma medida fútil, cabendo apenas comunicar os familiares sobre as decisões médicas e o plano de cuidados voltado exclusivamente para o conforto.

45. Podem ser apontados como gatilhos para que seja deflagrada a discussão sobre cuidados de fim de vida em UTI:

(A) Score APACHE II de 9 pontos, múltiplas comorbidades com doença crônica avançada, procedimentos médicos específicos como gastrostomia, e insulto neurológico traumático.

(B) Idade maior que 80 anos, múltiplas comorbidades com doença crônica avançada, procedimentos médicos específicos como traqueostomia, e tempo de internação em UTI maior que 5 dias.

(C) Score APACHE II de 8 pontos, múltiplas comorbidades com doença crônica avançada, procedimentos médicos específicos como gastrostomia, e insulto neurológico traumático.

(D) Idade maior que 80 anos, múltiplas comorbidades com doença crônica avançada, tempo de internação em UTI maior que 2 dias, e paciente em pós-operatório de qualquer doença neoplásica.

---

46. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma doença que pode causar deficiências incapacitantes e levar à morte. A incerteza prognóstica pode dificultar a definição de metas precoces. Sobre as estratégias de comunicação e metas terapêuticas diante de uma pessoa acometida por AVC Agudo Grave, é CORRETO afirmar:

(A) Recomenda-se fornecer, de forma empática, um roteiro com as próximas etapas na evolução clínica e tratamento previstos, evitando-se rediscutir sobre plano terapêutico e metas previamente acordadas.

(B) Recomenda-se abordar diretamente o paciente sobre metas terapêuticas desde a chegada na emergência. Caso ele não consiga expressar-se verbalmente, é necessário chamar responsável legal para assinar documento de ciência da comunicação recebida.

(C) Uma boa estratégia de comunicação é descrever o pior e o melhor cenário previstos à pessoa acometida por AVC Agudo Grave, alinhando a compreensão sobre expectativas e perspectivas do paciente e seus familiares.

(D) Diante da incerteza prognóstica entre profissionais e familiares, a melhor forma de prevenir falsas esperanças é evitar medidas como *trial* terapêutico de duração limitada (ex.: cuidados intensivos por tempo pré-determinado).

---

47. Paciente, sexo masculino, 85 anos, internado há duas semanas por Acidente Vascular Cerebral (AVC) Isquêmico com comprometimento do hemisfério cerebral esquerdo. Possui história prévia de insuficiência cardíaca com sintomas de *cor pulmonale* e quadro demencial com comprometimento da fala e senso de orientação temporal e especial. Vem perdendo função renal e foi compartilhado com os filhos a não indicação de hemodiálise. Usando antibiótico para pneumonia grave, sem resposta eficaz, inclusive no volume de secreção traqueobrônquica. Encontra-se em cuidados de fase final de vida. A respeito desse quadro, é CORRETO afirmar:

(A) Os familiares devem ser orientados sobre o que pode ocorrer, como redução da ingestão de alimentos e líquidos, diminuição da capacidade de tossir, ruídos respiratórios e alterações na respiração, redução das funções circulatória e renal, redução do nível de consciência, agitação.

(B) Por tratar-se de um momento de maior vulnerabilidade da pessoa, recomenda-se que o paciente fique no quarto com familiares, com o mínimo de avaliações e questionamentos possível sobre controle de sintomas.

(C) Os sintomas mais comumente documentados após uma pessoa acometida por AVC em fase final de vida incluem dor e dispneia, para os quais o uso de analgésicos simples (como dipirona ou paracetamol gotas) e aerossol (nebulização) com salbutamol e soro fisiológico, respectivamente são, mais eficazes.

(D) Nessa fase, associado a disfagia, o paciente possui facilidade em desidratar, sendo necessário mantê-lo hidratado com soro fisiológico ou ringer lactato, de forma contínua, por via endovenosa ou hipodermóclise.

48. Durante a discussão sobre a retirada da ventilação mecânica após um ensaio terapêutico por tempo limitado sem benefício clínico, um membro da equipe afirma ser eticamente aceitável não iniciar suporte de vida, mas eticamente inaceitável retirar um suporte já instituído. À luz da análise bioética ocidental apresentada, a alternativa que expressa o argumento mais consistente para sustentar a equivalência moral entre a não instituição (*withholding*) e a retirada (*withdrawing*) de terapias de suporte de vida é:

(A) A retirada de terapias de suporte de vida é equivalente à eutanásia, por envolver um ato deliberado, devendo ser eticamente proibida, ainda que a não instituição seja permitida.

(B) Não há fundamento moral consistente para diferenciar a não instituição da retirada de terapias de suporte de vida, pois os mesmos princípios bioéticos que justificam a não implementação de suportes invasivos validam também sua retirada.

(C) A distinção é moralmente essencial porque a retirada de terapias de suporte de vida causa a morte imediata, ao passo que a não instituição não influencia o desfecho clínico.

(D) A equivalência moral entre não instituição e retirada de terapias de suporte de vida só existe quando há concordância familiar; na ausência de consenso, a retirada torna-se eticamente distinta da não instituição.

---

49. A principal alteração cognitiva que deve ser considerada para confirmar o diagnóstico de delirium é:

(A) Alucinações.

(B) Déficit de memória de curto prazo.

(C) Déficit de atenção.

(D) Comprometimento da linguagem.

---

50. À luz da Resolução CFM nº 1.995/2012, a alternativa que corretamente descreve uma situação em que o médico pode deixar de considerar as diretivas antecipadas de vontade do paciente é:

(A) Quando o médico discordar pessoalmente do conteúdo das diretivas, mesmo sem conflito ético-normativo.

(B) Quando as diretivas não estiverem formalizadas por escrito em documento registrado em cartório.

(C) Quando houver divergência entre os familiares quanto à interpretação das diretivas do paciente.

(D) Quando, após análise ética e técnica, as diretivas estiverem em desacordo com os preceitos do Código de Ética Médica.

---

51. Um paciente gravemente enfermo expressa a preferência de não receber integralmente as informações sobre sua condição clínica e opta por delegar a tomada de decisões a um familiar de sua confiança. À luz dos princípios do consentimento informado, da autonomia relacional e do conceito de autonomia voluntariamente reduzida, a alternativa que descreve de forma mais adequada a exigência ética e jurídica mínima para a documentação de um processo de decisão delegada, evitando a sua redução a um ato meramente formal ou burocrático, é:

(A) Documentar que o paciente foi considerado capaz e recebeu oferta explícita de informações, teve acesso apenas ao conteúdo que desejou conhecer e manifestou, de forma voluntária, a delegação da tomada de decisões a representante por ele indicado.

(B) Considerar que a delegação da decisão afasta a necessidade de fornecimento de informações clínicas ao representante, uma vez que a decisão deixa de ser clínica e passa a constituir escolha estritamente familiar.

(C) Exigir que, mesmo tendo recusado receber informações detalhadas, o paciente assine termo padrão de consentimento informado contendo descrição minuciosa de riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, como requisito formal de validade jurídica.

(D) Interpretar a recusa de informação como evidência de incapacidade decisória, autorizando automaticamente a substituição da decisão do paciente por conduta médica de caráter paternalista.

52. A Declaração de Óbito (DO) possui finalidade epidemiológica ao fornecer dados estatísticos relevantes sobre mortalidade, jurídica pela lavratura e emissão da Certidão de Óbito pelos cartórios e demográfica ao subsidiar dados epidemiológicos. Quando um paciente falece em domicílio em decorrência de progressão de uma doença crônica (em seguimento com equipe de Cuidados Paliativos), a conduta CORRETA é:

(A) O registro do óbito deve ser realizado pelo médico em prontuário de um serviço de atenção primária mais próximo.

(B) Após preenchimento da DO no local onde paciente foi encontrado, o médico entrega a via amarela (2ª via) aos familiares responsáveis.

(C) Independente da causa do óbito, deve orientar encaminhamento para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO).

(D) Pela Política Nacional de Cuidados Paliativos, o óbito deve ser constatado especificamente pela equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

---

53. Na triagem de leitos, paciente está em fase de terminalidade, sem possibilidade de recuperação. Pela Resolução CFM nº 2.156/2016, a classificação e o encaminhamento mais compatíveis são:

(A) Prioridade 3: admissão preferencial emunidade semi-intensiva.

(B) Prioridade 1: admissão imediata em UTI, sem exceções.

(C) Prioridade 5: em geral, não é apropriado para UTI, com possibilidade de exceção em casos específicos.

(D) Prioridade 2: admissão em UTI para monitorização intensiva.

---

54. Quanto aos aspectos bioéticos relacionados aos Cuidados Paliativos, é CORRETO afirmar:

(A) Na Resolução CFM/1995/2012 consta que no registro das Diretivas Antecipadas de Vontade, se considerar necessário, o paciente poderá nomear um representante legal para garantir o cumprimento de seu desejo.

(B) Diretivas antecipadas de vontade estão bem definidas pelo Conselho Federal de Medicina na Resolução 1995/2012, sendo descrita nesta resolução a necessidade de que haja assinatura de testemunhas para a validade da mesma.

(C) A Resolução CFM/2.232/2019 estabelece as normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes exigindo que o médico cumpra esse desejo independente de seus valores pessoais.

(D) Em observação aos princípios da bioética, o princípio da não maleficência jamais poderá preponderar sobre o da beneficência.

---

55. Sobre Cuidados Paliativos (CP) em doenças cardíacas avançadas, é CORRETO afirmar:

(A) Depressão é comum em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC). Os antidepressivos tricíclicos são a primeira escolha nesta população.

(B) Pacientes em fase final de vida devem ter o Cardioversor Desfibrilador Implantável (CDI) desligado, para evitar choques. Entretanto, a desativação pode trazer ansiedade e sofrimento.

(C) Digoxina pode ser considerada, no contexto da Insuficiência Cardíaca (IC), para pacientes que estão em uso de terapia medicamentosa otimizada e persistem sintomáticos, já que melhora sintomas, reduz hospitalizações e melhora sobrevida. Para evitar toxicidade, deve ser iniciada em baixas doses.

(D) Dor é comum em pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC), relacionada tanto à doença cardíaca (como angina), como a comorbidades. Quando há necessidade de opioides na terapia farmacológica, a metadona é a primeira escolha.

56. Quanto aos quadros de delirium nos pacientes internados em UTI, é CORRETO afirmar:

(A) Os antipsicóticos, como o haloperidol, reduzem o tempo de delirium dos pacientes críticos.

(B) A flexibilização do horário de visitas em UTI, embora seja aconselhada, não está associada à diminuição da incidência de delirium.

(C) O CAM-ICU, embora tenha sido desenvolvido para pacientes críticos, pelo perfil desses pacientes, não tem boa aplicabilidade nas UTIs.

(D) Pacientes que desenvolvem delirium na UTI, independentemente da idade, têm maior risco de morte.

---

57. Com relação ao padrão de melhor interesse no contexto pediátrico, é CORRETO afirmar:

(A) Pressupõe que a criança sempre possui capacidade decisória equivalente ao adulto.

(B) É um conceito apenas ético, sem respaldo normativo internacional.

(C) Substitui totalmente a necessidade de considerar contexto familiar e valores.

(D) Pode servir como critério para contestar decisões parentais.

---

58. Quanto à participação de crianças e adolescentes nas decisões, é CORRETO afirmar:

(A) Preferências de participação variam entre indivíduos e ao longo do tempo, podendo existir desejo legítimo de “não se envolver”.

(B) Recusar informação ou participação é sinal de “regressão” ou maturidade insuficiente.

(C) A participação deve aumentar linearmente com a idade, sempre culminando em autonomia decisória.

(D) Participar significa, necessariamente, assumir o comando final da decisão.

---

59. Um paciente em fase final de vida solicita sedação paliativa contínua. Do ponto de vista ético, a condição obrigatória para a indicação adequada dessa prática é:

(A) Prognóstico inferior a 72 horas.

(B) Consentimento da família, mesmo sem consentimento do paciente.

(C) Existência de sofrimento refratário, apesar de manejo proporcional adequado.

(D) Falha prévia de todos os tratamentos modificadores de doença.

---

60. Durante uma reunião de tomada de decisão compartilhada, a equipe percebe que o paciente concorda com todas as propostas médicas, sem expressar dúvidas ou preferências próprias. Do ponto de vista ético, a principal preocupação é:

(A) Ausência de consciência da escolha (“choice awareness”).

(B) Possível violação do princípio da justiça.

(C) Falta de adesão terapêutica futura.

(D) Risco aumentado de litígio médico-legal.