01. 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.

---

02. 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.

---

03. 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.

04. 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.

---

05. 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.

---

06. 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).

---

07. 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.

08. 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.

---

09. 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.

---

10. 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.

---

11. 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.

12. 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.

---

13. 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.

O caso abaixo é referente às **questões 14 a 15**.

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.

14. 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.

---

15. 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.

16. 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.

---

17. 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.

---

18. 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.

---

19. 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.

20. 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.

---

21. 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.

---

22. 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.

23. 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.

24. 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.

25. 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.

26. 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.

---

27. 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.

---

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.

O caso abaixo é referente às **questões 29 a 30**.

29. 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).

30. 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.

31. Adolescente de 12 anos, portador de cardiopatia congênita complexa, evoluiu com insuficiência cardíaca terminal. Foi submetido previamente à implantação de Dispositivo de Assistência Ventricular (VAD) como ponte para transplante. Após meses de suporte mecânico, apresentou complicações graves, incluindo eventos trombóticos recorrentes, infecção associada ao dispositivo e deterioração neurológica progressiva. A equipe conclui que não há mais possibilidade de transplante e que o VAD passou a prolongar o processo de morrer, sem benefício proporcional. Em reunião ampliada, a família questiona se a retirada do VAD é eticamente aceitável, expressando receio de que "desligar a máquina" seja equivalente a causar a morte do filho. A equipe de cuidados paliativos é acionada para apoiar a decisão. A afirmativa que melhor fundamenta eticamente a decisão nesse contexto é:

(A) A retirada do VAD é eticamente permissível quando o suporte passou a impor ônus desproporcionais, não oferece benefício clínico significativo, e a decisão é tomada por processo compartilhado focado no melhor interesse da criança, sendo a proximidade temporal da morte irrelevante para essa permissibilidade.

(B) A retirada do VAD só é eticamente aceitável quando existe manifestação prévia explicitando paciente com capacidade decisória, pois tecnologias de suporte vital contínuo não devem ser interrompidas apenas com base no julgamento clínico.

(C) A retirada do VAD é moralmente distinta da retirada de ventilação mecânica, pois o dispositivo assume função circulatória essencial, o que torna sua interrupção eticamente mais restritiva.

(D) A retirada do VAD só deve ser considerada após esgotadas todas as possibilidades tecnológicas disponíveis, independentemente do sofrimento imposto, para evitar a caracterização de abandono terapêutico.

32. 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.

33. Criança de 9 anos com neuroblastoma em progressão, em acompanhamento pela equipe de cuidados paliativos, apresenta dor óssea intensa e contínua. Está em uso de morfina oral de liberação prolongada, associada a doses frequentes de resgate. Nas últimas 48 horas, evoluiu com mioclonias, confusão mental e alucinações visuais, apesar de função renal preservada. A equipe decide realizar rotação de opioide visando melhora do controle da dor e redução de efeitos adversos. Considerando os princípios de rotação de opioides em pediatria, a estratégia mais adequada nesse cenário é:

(A) Trocar a morfina oral por oxicodona mantendo equivalência direta, por se tratar de opioide do mesmo grupo farmacológico.

(B) Converter a morfina oral para fentanil transdérmico utilizando dose equianalgésica plena, pois a equivalência direta reduz o risco de dor de rebote.

(C) Aumentar progressivamente a dose de morfina, associando benzodiazepínico para controle das mioclonias.

(D) Substituir a morfina por metadona, calculando a dose equianalgésica e aplicando redução adicional devido à tolerância cruzada incompleta.

34. 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.

35. Ana Clara, 7 anos, em acompanhamento por doença neuromuscular progressiva, apresenta piora clínica com necessidade crescente de suporte ventilatório não invasivo. Os pais solicitam à equipe que não converse com a criança sobre a gravidade da doença, alegando que “ela é muito nova para entender” e que desejam protegê-la do sofrimento. Durante as consultas, Ana Clara faz perguntas diretas sobre por que precisa “de máquinas para respirar” e demonstra ansiedade quando percebe conversas interrompidas na sua presença. A equipe de cuidados paliativos é acionada para apoiar a condução da comunicação. Considerando os princípios éticos, o desenvolvimento infantil e as estratégias de comunicação em cuidados paliativos pediátricos, a conduta mais adequada é:

(A) Respeitar o pedido dos pais, evitando comunicação direta com a criança, uma vez que a autoridade parental é central nas decisões em pediatria.

(B) Negociar com os pais uma estratégia comunicacional progressiva, que respeite o nível de desenvolvimento da criança, responda às perguntas que ela formula de forma honesta e proporcional, e preserve o vínculo de confiança entre criança, família e equipe.

(C) Estabelecer comunicação direta e completa com a criança sobre diagnóstico e prognóstico, apesar da posição dos pais, para garantir a centralidade do cuidado.

(D) Manter a comunicação clínica centrada nos pais, respondendo às perguntas da criança apenas de forma simbólica ou metafórica, para evitar danos emocionais decorrentes de informações potencialmente angustiantes.

O caso abaixo é referente às **questões 36 a 37**.

Isabel, 16 anos, é portadora de doença oncológica metastática para sistema musculoesquelético com dor de intensidade progressiva em quadril, pior à esquerda. A dor se iniciou há 8 semanas e, inicialmente, foi controlada com uso de tramadol 50 mg a cada 6 horas. Ela retorna à consulta referindo que nos últimos dias a dor piorou significativamente, apesar da mudança do opioide para morfina 15mg VO 4/4h. Paciente vem à consulta referindo que tem sentido que a dor começa três horas após a ingestão da morfina. No momento, a dor é constante, bem localizada e sem irradiações.

36. O aumento da dor na paciente provavelmente representa:

(A) Tolerância ao opioide.

(B) Vício ao opioide prescrito.

(C) Progressão da metástase.

(D) Comportamento de pseudo-vício.

37. A dor da paciente é melhor descrita como:

(A) Dor de origem nociceptiva.

(B) Dor de origem neuropática.

(C) Dor de origem vascular.

(D) Dor de origem psicogênica.

38. Paciente de 15 anos com osteossarcoma em tratamento com quimioterapia, recidiva local, em uso de morfina oral 10 mg via oral a cada 4 horas, com alívio satisfatório da dor nas últimas semanas. Em consulta há 3 dias, refere ter iniciado há 7 dias dor lombar com irradiação para membro inferior esquerdo, em "queimação", que dificultava a deambulação. Na investigação, foi solicitada tomografia que mostrava metástase em vértebra L5. Foi feito o ajuste do opioide e introduzido gabapentina com controle da dor. Retorna hoje ao pronto-socorro com parestesia em membro inferior esquerdo. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

(A) O aumento da dose de opioide e fisioterapia motora são condutas prioritárias.

(B) A conduta imediata depende da solicitação especificamente de Ressonância Magnética de coluna lombar e sacral.

(C) A otimização do tratamento com terapêutica não-farmacológica é a medida inicial.

(D) Fica caracterizada uma emergência em Cuidados Paliativos.

39. Paciente de 15 anos em fase final de vida evolui com perda de consciência. A genitora questiona a equipe sobre a possibilidade de hidratação parenteral. Sobre o caso, é CORRETO afirmar:

(A) Prescrever hidratação parenteral melhora o controle da dor.

(B) Não prescrever hidratação parenteral reduz o risco de dispneia.

(C) Prescrever hidratação parenteral evita o ressecamento da mucosa oral.

(D) Não prescrever hidratação parenteral é uma conduta antiética.

40. Raissa, 9 anos, é portadora de bronquiolite obliterante em fim de vida. Dentre as alternativas abaixo, o melhor tratamento da dispneia terminal é/são:

(A) Anti-histamínicos.

(B) Antidepressivos.

(C) Opioides.

(D) Oxigenioterapia.

41. 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.

---

42. Paciente, 9 anos, com encefalopatia crônica evolutiva sem possibilidade de acesso venoso. Na internação foi feita indicação de hipodermóclise. Com relação ao uso de medicamentos pela via subcutânea, é CORRETO afirmar:

(A) Soro glicosado 5% é uma opção de fluido a ser usado por essa via.

(B) A morfina pode ser infundida, em uma mesma solução, com haloperidol e dexametasona diluídos em soro fisiológico.

(C) Não é necessário fazer rodízio do sítio de punção.

(D) Midazolam e morfina não são compatíveis na mesma solução.

---

43. Quanto à sedação paliativa em pediatria, é CORRETO afirmar:

(A) Quando prescrita de forma intermitente, é considerada má prática médica.

(B) Promove alívio dos sintomas refratários quando o paciente está inconsciente.

(C) Pode ser indicada para pacientes com mioclonia ou agitação, mas não está indicada nos casos de dor ou dispneia.

(D) Induz rebaixamento do nível de consciência e alivia sofrimento físico ou psíquico intolerável.

---

44. Um paciente de 16 anos com osteossarcoma metastático em estágio avançado lhe pergunta: "Há algo que você possa prescrever para melhorar meu apetite?". Nesse caso, o fármaco indicado é:

(A) Ciproeptadina.

(B) Dexametasona.

(C) Duloxetina.

(D) Morfina.

---

45. 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.

46. Maria Elisa, 8 anos, em cuidados paliativos por doença oncológica metastática avançada, é internada por obstrução intestinal maligna. Sobre esse diagnóstico, é CORRETO afirmar:

(A) Os resultados de uma intervenção cirúrgica são melhores em pacientes com uma causa benigna de obstrução, sendo observados poucos benefícios nos casos de carcinomatose peritoneal.

(B) O início do quadro costuma ser agudo e dramático, com presença de dor em cólica, distensão abdominal, náusea e vômito que não cedem espontaneamente.

(C) A radiografia simples de abdômen tem sensibilidade e especificidade altas na detecção da obstrução intestinal.

(D) Octreotide é usado como antisecretor e sua atividade farmacológica compreende redução do fluxo biliar, diminuição da produção de muco intestinal e aumento da vascularização esplâncnica.

---

47. Paciente, 6 anos, com neuroblastoma grau IV com emagrecimento acentuado que apresenta queixa de recusa alimentar e “empachamento” após a alimentação. Com relação à Síndrome de Anorexia Caquexia (SAC), é CORRETO afirmar:

(A) Reconhece-se que a SAC não seja uma situação clínica, mas sim um processo pelo qual passam todos os pacientes acometidos. É caracterizada por fases que vão desde a pré-clínica até a caquexia grave e irreversível.

(B) Em pacientes com retenção hídrica ou obesidade (IMC>30 Kg/m^2) prévias, recomenda-se que a avaliação da perda de peso seja feita com mais acurácia para o estabelecimento do diagnóstico de SAC.

(C) Existe uma relação direta entre os escores de gravidade da caquexia e a sua influência na prática clínica.

(D) Entre os componentes fundamentais e de grande valor para a avaliação clínica da caquexia está o declínio das funções físicas e psicossociais.

---

48. Maria Aparecida é uma adolescente de 16 anos na fase final de fibrose cística. Tem recebido suporte ventilatório na sua residência. Foi levada ao pronto-socorro ao evoluir com piora da dispneia e da cianose (apesar do alto fluxo de O2), cefaleia, aumento da sonolência e episódios intermitentes de agitação. Iniciada terapia com antibióticos, nebulização, ventilação não invasiva e fisioterapia. Maria Aparecida não consegue tolerar a fisioterapia devido à fadiga e ao desconforto. A conduta mais adequada é:

(A) Colher gasometria arterial.

(B) Associar morfina e benzodiazepínico.

(C) Transferir a paciente para UTI.

(D) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

---

49. Paciente de 9 meses de idade, apresenta atresia de vias biliares não operada com cirrose hepática em programação de transplante. Veio ao pronto-socorro devido a sonolência excessiva, inapetência e febre. Diagnosticada peritonite bacteriana espontânea e encefalopatia hepática. Iniciado tratamento com antibiótico e medidas para controle da encefalopatia. Após alguns dias, apresentou hematêmese com hipotensão, sendo transferido para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para estabilização. Em suas primeiras horas na UTI, evoluiu com choque refratário, insuficiência respiratória e piora da função renal. Diante da situação apresentada, é CORRETO afirmar:

(A) O paciente é portador de doença incurável, ameaçadora da vida e, portanto, tem indicação clássica de cuidados paliativos.

(B) Não há indicação de cuidado paliativo pois o paciente aguarda transplante.

(C) A abordagem paliativa não poderá ajudar nesse caso, pois trata-se das últimas horas de vida e o paciente está em ventilação mecânica.

(D) É fundamental aguardar a definição de ordens de não-ressuscitação antes de iniciar o acompanhamento para que a equipe tenha respaldo legal.

50. 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.

51. Com relação às doenças crônicas limitadoras da vida, é CORRETO afirmar:

(A) Após os 14 anos, os adolescentes devem estar no serviço dos adultos, principalmente se já tiverem atingido o estirão de crescimento.

(B) Não há necessidade de pensar em transição dos adolescentes entre 12 e 14 anos para o serviço de adultos por não se saber se conseguirão viver até a idade adulta e se serão dependentes de sua família.

(C) A transição de cuidados deve ser gradual com início do planejamento entre 14 e 15 anos.

(D) Pacientes com doenças crônicas amadurecem muito precocemente, devendo ser transferidos ao serviço de adultos aos 12 anos.

52. Em crianças com doença neuromuscular e comprometimento da deglutição, a escolha da via de alimentação deve considerar aspectos clínicos, risco de aspiração e qualidade de vida. Dessa forma, é CORRETO afirmar:

(A) Independentemente da idade, não há indicação de gastrostomia, pois se trata de doença crônica sem possibilidade de reversão do comprometimento muscular.

(B) A manutenção da dieta por via oral está associada ao risco de broncoaspiração, que deve ser esclarecido aos pais para que a decisão seja compartilhada levando em consideração o risco e o prazer de continuar alimentando o filho pela boca.

(C) A decisão de realizar a gastrostomia é feita pelo médico e deve levar em consideração a doença e a fase da mesma em que o paciente se encontra no momento do diagnóstico, o tempo de dieta prévia por sonda e a idade.

(D) A dieta deve ser administrada por sonda nasogástrica ou sonda nasoenteral para não submeter o paciente a procedimento cirúrgico invasivo, uma vez que a doença é incurável.

53. Crianças com doenças crônicas são beneficiadas quando submetidas a Cuidados Paliativos desde o diagnóstico. Com relação ao papel do pediatra, é CORRETO afirmar que:

(A) O pediatra assume papel importante no manejo dos sintomas agravantes das doenças crônicas, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança desde o diagnóstico, esclarecendo aos pais sobre prognóstico, opções terapêuticas e as limitações impostas pela doença.

(B) Cabe ao pediatra esclarecer aos pais/cuidadores responsáveis sobre prognóstico e condutas somente nas situações de agravamento do quadro clínico com risco de vida.

(C) Diante de criança com doença crônica ameaçadora da vida e pelo impacto emocional da morte do filho sobre os pais, a abordagem do assunto com a família deve ser feita pelo psicólogo acompanhado pelos especialistas que fecharam o diagnóstico.

(D) O pediatra assume papel importante no momento do encaminhamento do paciente aos cuidados paliativos, passando o caso para um especialista juntamente com um psiquiatra infantil para acompanhamento do paciente e de sua família.

---

54. Com relação à dor na criança, levando em consideração os protocolos da Organização Mundial de Saúde de 2011/2012, é CORRETO afirmar:

(A) A via preferencial para tratamento da dor é sempre parenteral e os intervalos devem ser regulares.

(B) A escala analgésica de 3 degraus deve ser respeitada de acordo com a intensidade da dor.

(C) A codeína é uma excelente opção terapêutica para crianças com dor de intensidade moderada a grave, sendo a primeira escolha nesta situação.

(D) A codeína é um opioide fraco e sabe-se que uma parcela da população (ao redor de 30%) não possui biodisponibilidade genética para sua transformação em metabólito ativo.

---

55. Sobre o tratamento da dor em neonatos, é CORRETO afirmar:

(A) A dose inicial de opioides é metade da dose sugerida para crianças maiores de 6 meses.

(B) A via subcutânea não é adequada para infusão de opioides em neonatos prematuros.

(C) Paracetamol não causa depressão respiratória, mas pode induzir tolerância.

(D) Se houve depressão respiratória induzida por morfina e fentanil revertida com naloxona, o neonato deve ser monitorizado por no mínimo 48 horas.

---

56. No que se refere às doses iniciais usualmente empregadas de opioides e adjuvantes para o tratamento da dor em crianças, a alternativa CORRETA é:

(A) Tramadol – 0,6 mg/kg/dose a cada 4-6 horas.

(B) Morfina – 0,5 a 0,8 mg/kg/dose a cada 4 horas.

(C) Gabapentina – 5 mg/kg/dose 2-3 vezes ao dia.

(D) Amitriptilina – 0,5 a 1,0 mg/kg 1 vez ao dia.

57. Com relação ao manejo dos efeitos colaterais dos opioides em pediatria, é CORRETO afirmar:

(A) Alguns dos efeitos colaterais se resolvem espontaneamente a partir da terceira semana de uso, à medida que se desenvolva tolerância a eles.

(B) Na ocorrência de mioclonias está indicado o uso de clonazepan na dose de 0,01 mg/kg/dia.

(C) Na ocorrência de alucinações ou pesadelos, está indicada a redução da dose ou rotação do opioide, sem o uso de neurolépticos.

(D) Para a depressão respiratória leve recomenda-se a redução da dose do opioide em 50% e titulação da dose com objetivo de manter boa analgesia sem este efeito colateral.

---

58. No contexto de doença grave em pediatria, o papel parental influencia significativamente o processo de tomada de decisão. A alternativa que melhor descreve as dimensões centrais desse papel é:

(A) Autonomia plena e decisão exclusiva do adolescente.

(B) Advocacia (buscar diagnóstico/conduta) e proteção (reduzir ameaças ao filho e à família).

(C) Neutralidade emocional e aceitação passiva do plano proposto.

(D) Delegação total ao médico e recusa de participação.

---

59. 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.

---

60. Quando a possibilidade de morte de uma criança é reconhecida como provável, é CORRETO afirmar:

(A) É comum que as famílias mantenham “metas duais” (esperar cura e, simultaneamente, desejar qualidade de vida).

(B) A maioria das famílias abandona totalmente qualquer esperança de cura.

(C) O foco em conforto implica, necessariamente, “desejar a morte” da criança.

(D) A associação “cuidados paliativos = fim de vida” é consensual e facilita encaminhamentos precoces.