

TOP 10

Questões da Prova

de Residência Médica

Domine os assuntos mais recorrentes das últimas edições e aprimore seu raciocínio clínico para garantir sua vaga na residência.



INTRODUÇÃO

A prova do SUS-SP é um divisor de águas na carreira médica, amplamente reconhecida por sua intensa competitividade e seu papel central na formação de novos residentes no Brasil. Com milhares de aspirantes disputando poucas centenas de vagas, o sucesso não se baseia apenas no vasto conhecimento teórico, mas exige também uma estratégia de estudo afiada, foco inabalável e uma compreensão aprofundada do estilo da banca examinadora.

Para otimizar sua preparação, uma das estratégias mais eficazes é a análise aprofundada das questões que se repetem. A banca do SUS-SP tem um histórico de priorizar temas essenciais, frequentemente abordados com um viés clínico e contextualizado à realidade do Sistema Único de Saúde. Dominar esses tópicos recorrentes e, mais importante, entender a lógica por trás das perguntas, pode ser o fator decisivo para você garantir sua vaga.

Com o intuito de impulsionar sua jornada de aprimoramento, este e-book foi meticulosamente elaborado para compilar as 10 questões mais relevantes das últimas edições da prova do SUS-SP. Mais do que apresentar gabaritos, cada questão é detalhadamente comentada, explicando o raciocínio por trás da resposta correta, os conceitos-chave e os erros mais comuns.

Nosso objetivo é proporcionar a você uma experiência de estudo prática, direcionada e estratégica, aprimorando seu julgamento clínico e sua capacidade de análise crítica.

Este e-book pode ser usado de várias formas:

- Como revisão ativa de temas centrais;
- Como simulado temático com autocorreção;
- Como base para flashcards e resumos.

Independentemente da sua estratégia de estudo, saiba que aqui você encontrará conteúdo de qualidade e foco total na sua aprovação.

Boa leitura e bons estudos.

Questão 1 – Clínica Médica

Tema: Hipertensão e nefropatia diabética

Base: Questão adaptada da SUS-SP 2018 e similar à abordagem em IAMSPE e UNIFESP. Tema recorrente em protocolos clínicos de urgência.

Enunciado:

Homem de 58 anos, obeso, hipertenso e diabético, em uso de atenolol, hidroclorotiazida e metformina. Apresenta microalbuminúria e bradicardia sinusal (mínima de 45 bpm no Holter). No momento da consulta, a frequência cardíaca é de 50 bpm.

Qual a melhor opção medicamentosa para esse paciente?

Alternativas:

- A) Anlodipino
- B) Espironolactona
- C) Furosemida
- D) Enalapril
- E) Hidralazina



Gabarito: D) Enalapril

O paciente tem hipertensão e diabetes tipo 2, com microalbuminúria (sinal precoce de lesão renal) e bradicardia importante. O tratamento deve focar em três pontos: controlar a pressão (<130x80 mmHg), proteger os rins e não piorar a bradicardia. A melhor opção é o Enalapril (IECA), pois reduz a pressão intraglomerular, protege a função renal e permite suspender o atenolol, que está relacionado à bradicardia.

Questão 1 – Clínica Médica

Raciocínio clínico:

Trata-se de um paciente com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2, que apresenta microalbuminúria — marcador precoce de lesão renal. Além disso, o Holter evidenciou bradicardia sinusal significativa, com frequência mínima de 45 bpm. Nesse cenário, é fundamental ajustar o tratamento anti-hipertensivo com base em três objetivos principais:

- Controlar a pressão arterial dentro das metas recomendadas para diabéticos (menor que 130x80 mmHg).
- Promover nefroproteção, evitando a progressão da doença renal.
- Corrigir ou ao menos não agravar o distúrbio do ritmo cardíaco (bradicardia).

A escolha mais adequada é o Enalapril, um inibidor da enzima conversora da angiotensina (IECA), amplamente reconhecido por sua capacidade de reduzir a pressão intraglomerular, diminuir a excreção urinária de proteínas e preservar a função renal em pacientes com nefropatia diabética inicial. Além disso, permite a suspensão segura do betabloqueador (atenolol), que está provavelmente contribuindo para a bradicardia.

Fundamentos técnicos:

Os IECAs e os BRAs são a base do tratamento da nefropatia diabética, especialmente quando há microalbuminúria.

O uso prolongado de betabloqueadores como o atenolol pode induzir ou agravar a bradicardia sinusal.

A bradicardia sintomática ou com frequência sustentada abaixo de 50 bpm é uma contraindicação relativa ao uso de betabloqueadores.

Questão 2 – Cirurgia Geral

Tema: Hérnias inguinais e crurais

Base: Questão adaptada da IAMSPE 2021 e presente em provas como SUS-SP 2019, com foco em condutas conservadoras frente a lesões de baixo grau.

Enunciado:

Sobre hérnias inguinocrurais em adultos, analise as afirmações:

- I. Homens sintomáticos devem ser submetidos à cirurgia.
- II. Mulheres, mesmo assintomáticas, devem ser operadas.
- III. O diagnóstico é predominantemente clínico.
- IV. O ultrassom pode auxiliar quando o exame físico é inconclusivo.
- V. Os principais diagnósticos diferenciais são linfonodomegalia, lipomas e aneurismas.

Assinale a alternativa correta.



E) Todas estão corretas

A questão aborda o manejo das hérnias inguinais e femorais. Nos homens, quando há sintomas, a cirurgia é indicada para aliviar desconfortos e prevenir complicações como encarceramento. Já nas mulheres, mesmo sem sintomas, recomenda-se a correção cirúrgica, pois a hérnia femoral é mais comum nelas e tem alto risco de estrangulamento, mesmo quando pequena ou silenciosa.

Questão 2 – Cirurgia Geral

Raciocínio clínico:

Essa questão avalia o conhecimento sobre o diagnóstico e a conduta frente às hérnias inguinais e femorais, que são condições comuns na prática cirúrgica.

O tratamento das hérnias depende de fatores como sintomatologia, tipo anatômico e risco de complicações.

Em homens sintomáticos, a indicação de cirurgia é clara — o objetivo é aliviar sintomas e prevenir encarceramento.

Já em mulheres, mesmo assintomáticas, a recomendação atual é realizar a correção cirúrgica, uma vez que a hérnia femoral é mais frequente nas mulheres e apresenta maior risco de estrangulamento, mesmo quando pequena ou clinicamente silenciosa.

Fundamentos técnicos:

O diagnóstico é predominantemente clínico, feito com inspeção e palpação de abaulamento inguinal, que pode aumentar com manobras de esforço (Valsalva).

Quando o exame físico é inconclusivo, especialmente em pacientes obesos, o ultrassom de partes moles é o exame complementar de escolha por ser acessível, não invasivo e de boa acurácia.

Os principais diagnósticos diferenciais incluem:

- Linfadenopatia inguinal
- Lipomas subcutâneos
- Aneurismas da artéria femoral
- Abscessos ou tumores locais

Questão 3 – Pediatria

Tema: Suplementação de ferro

Base: Tema recorrente em SUS-SP, UNIFESP e IAMSPE, com questões similares aplicadas entre 2018 e 2022, incluindo esquema com dTpa e Influenza.

Enunciado:

Recém-nascido a termo, com peso adequado e em aleitamento materno exclusivo. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a conduta correta em relação à suplementação de ferro?

Alternativas:

- A) 2 mg/kg/dia dos 6 aos 12 meses
- B) 1 mg/kg/dia dos 3 meses até 2 anos
- C) 2 mg/kg/dia dos 3 meses até 2 anos
- D) 1 mg/kg/dia dos 6 aos 24 meses
- E) 2 mg/kg/dia dos 3 aos 12 meses



Gabarito: D) 1 mg/kg/dia dos 6 aos 24 meses

A suplementação de ferro é essencial na infância, pois, após os 6 meses, as reservas naturais do bebê se esgotam e o leite materno não supre a demanda. Assim, a SBP recomenda 1 mg/kg/dia de ferro elementar dos 6 aos 24 meses em lactentes a termo, saudáveis e em aleitamento materno exclusivo, como forma de prevenir anemia e déficits no desenvolvimento.

Questão 3 – Pediatria

Raciocínio clínico:

Essa questão avalia o conhecimento sobre o diagnóstico e a conduta frente às hérnias inguinais e femorais, que são condições comuns na prática cirúrgica.

O tratamento das hérnias depende de fatores como sintomatologia, tipo anatômico e risco de complicações.

Em homens sintomáticos, a indicação de cirurgia é clara — o objetivo é aliviar sintomas e prevenir encarceramento.

Já em mulheres, mesmo assintomáticas, a recomendação atual é realizar a correção cirúrgica, uma vez que a hérnia femoral é mais frequente nas mulheres e apresenta maior risco de estrangulamento, mesmo quando pequena ou clinicamente silenciosa.

Fundamentos técnicos:

O diagnóstico é predominantemente clínico, feito com inspeção e palpação de abaulamento inguinal, que pode aumentar com manobras de esforço (Valsalva).

Quando o exame físico é inconclusivo, especialmente em pacientes obesos, o ultrassom de partes moles é o exame complementar de escolha por ser acessível, não invasivo e de boa acurácia.

Os principais diagnósticos diferenciais incluem:

- Linfadenopatia inguinal
- Lipomas subcutâneos
- Aneurismas da artéria femoral
- Abscessos ou tumores locais

Questão 4 – Ginecologia

Tema: Rastreamento de massas anexiais

Base: Questão baseada em diretrizes da SBC (2020), frequentemente cobradas em provas como SUS-SP 2021 e IAMSPE 2020.

Enunciado:

É indicado o rastreamento de massas anexiais em mulheres assintomáticas?

Alternativas (implícitas na estrutura da questão):

- A) Sim, com ultrassonografia transvaginal anual
- B) Sim, se idade superior a 40 anos
- C) Sim, se houver história de infertilidade
- D) Não é indicado rastreamento de rotina
- E) Sim, com marcadores tumorais e imagem



Gabarito: D) Não é indicado rastreamento de rotina

O rastreamento de câncer de ovário ou massas anexiais não é indicado em mulheres assintomáticas de risco habitual, pois exames como ultrassonografia transvaginal e CA-125 não reduzem mortalidade e geram muitos falsos-positivos, levando a procedimentos desnecessários. A investigação só é recomendada em grupos de alto risco, como portadoras de mutações BRCA1/2 ou com histórico familiar relevante.

Questão 4 – Ginecologia

Raciocínio clínico:

O rastreamento de câncer de ovário ou massas anexiais em mulheres assintomáticas e de risco habitual não é recomendado pelas principais diretrizes nacionais e internacionais, como FEBRASGO, USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force), ACOG e NICE.

Apesar de o câncer de ovário ter alta letalidade, a triagem populacional com métodos como ultrassonografia transvaginal ou marcadores tumorais (CA-125) não demonstrou redução na mortalidade e está associada a altos índices de falso-positivo, o que leva a cirurgias desnecessárias e aumento da morbidade.

A conduta correta, portanto, é não rastrear mulheres assintomáticas, exceto quando fazem parte de grupos de risco elevado, como portadoras de mutações BRCA1/2 ou história familiar importante.

Fundamentos técnicos:

- O câncer de ovário epitelial é a principal neoplasia maligna anexial, com início insidioso e sintomas vagos em fases iniciais.
- A prevalência da doença em mulheres de risco habitual é muito baixa, o que compromete o valor preditivo positivo dos exames de rastreio.
- O CA-125 pode estar elevado em condições benignas como endometriose, miomas e até na menstruação.
- O ultrassom transvaginal, embora útil para avaliação de massas sintomáticas, não se justifica como rastreamento populacional.

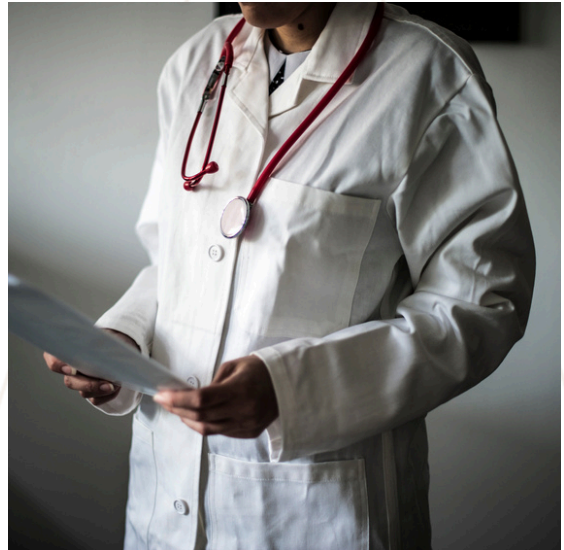
Questão 5 – Medicina Preventiva

Tema: Coeficientes de mortalidade

Base: Questão inspirada em provas como SUS-SP 2020 e UNIFESP, com cobrança da curva epidemiológica brasileira de transição.

Enunciado:

Quais os coeficientes usados para análise de mortalidade proporcional e como se organizam nas curvas de Nelson de Moraes?



Gabarito: Curvas de Nelson de Moraes classificam os perfis de mortalidade proporcional por faixa etária.

As curvas de Nelson de Moraes mostram a distribuição de óbitos por faixa etária, permitindo avaliar o nível de desenvolvimento sanitário de uma região. São usadas em estudos de transição epidemiológica e no planejamento em saúde.

Questão 5 – Medicina Preventiva

Raciocínio epidemiológico:

Essa questão cobra a compreensão de um dos modelos clássicos da epidemiologia brasileira: as curvas de Nelson de Moraes, utilizadas para classificar o perfil epidemiológico de mortalidade de uma população com base na proporção de óbitos por faixa etária. Ao invés de analisar a taxa bruta ou específica de mortalidade, essas curvas analisam a distribuição relativa dos óbitos, ou seja, em que fase da vida morrem mais pessoas naquela população. A ideia é reconhecer o nível de desenvolvimento sanitário e socioeconômico de determinada região.

Esse modelo é frequentemente utilizado em estudos de transição epidemiológica, planejamento em saúde e monitoramento de impacto de políticas públicas.

Fundamentos técnicos:

As curvas de Nelson de Moraes são divididas em três tipos principais:

- Tipo I – Países subdesenvolvidos
- Predomínio de óbitos na infância e adolescência. Indica alta prevalência de doenças infecciosas, desnutrição e mortalidade perinatal.
- Tipo II – Países em desenvolvimento (transição)
- Distribuição mais equilibrada dos óbitos entre todas as faixas etárias. Indica redução da mortalidade infantil, mas ainda presença relevante de mortes em adultos jovens (violência, acidentes, doenças infecciosas e crônicas).
- Tipo III – Países desenvolvidos
- Predomínio de óbitos em idosos, reflexo de controle eficaz de doenças transmissíveis, melhores condições sanitárias e predominância de causas crônicas e degenerativas.

Esses perfis permitem inferir o estágio sanitário da população e orientar ações específicas de vigilância e prevenção.

Questão 6 – Cirurgia Geral

Tema: Trauma abdominal fechado

Base: Questão baseada em protocolos ATLS e amplamente explorada em provas como SUS-SP 2019 e IAMSPE 2020.

Enunciado:

Paciente vítima de colisão automobilística apresenta trauma abdominal fechado. Está hemodinamicamente estável. Qual fator mais importante para indicar tratamento não operatório?

Alternativas:

- A) Tipo de veículo envolvido
- B) Nível de dor abdominal
- C) Grau da lesão nos órgãos sólidos
- D) Idade do paciente
- E) Necessidade de analgesia



Gabarito: C) Grau da lesão nos órgãos sólidos

No trauma abdominal fechado, a conduta depende da estabilidade clínica e do grau da lesão em órgãos sólidos.

Pacientes estáveis com lesões de grau I a III podem ser tratados de forma conservadora, enquanto lesões mais graves (graus IV e V) geralmente exigem cirurgia. O tratamento não operatório é hoje o padrão na maioria dos casos.

Questão 6 – Cirurgia Geral

Raciocínio cirúrgico:

O trauma abdominal fechado é uma condição comum nos serviços de emergência e exige avaliação criteriosa para evitar intervenções desnecessárias e identificar precocemente casos que exigem cirurgia.

Nas últimas décadas, o tratamento não operatório (TNO) tornou-se o padrão para muitos pacientes com trauma fechado, principalmente quando envolvem lesões de órgãos sólidos (fígado, baço e rins), desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.

Dentro dessa abordagem, o grau da lesão dos órgãos sólidos é o fator mais importante para guiar a decisão. Lesões classificadas como grau I a III (em geral menores e com sangramento limitado) são passíveis de manejo conservador com monitoramento clínico e exames seriados. Já lesões de grau IV e V podem exigir cirurgia, especialmente se houver instabilidade ou falha no tratamento clínico.

Fundamentos técnicos:

A decisão de conduzir um trauma abdominal fechado de forma conservadora depende de:

- Estabilidade hemodinâmica
- Ausência de sinais peritoneais
- Grau da lesão dos órgãos sólidos, segundo a classificação da American Association for the Surgery of Trauma (AAST)
- Capacidade de vigilância clínica e recursos hospitalares disponíveis
- A tomografia computadorizada é o exame padrão para avaliar o trauma abdominal em pacientes estáveis e permite identificar grau da lesão, presença de líquido livre e sangramento ativo.
- A dor abdominal, tipo de acidente ou necessidade de analgesia são dados clínicos complementares, mas não determinam isoladamente a conduta cirúrgica.

Questão 7 – Clínica Médica / Infectologia

Tema: Dispneia em imunossuprimido

Base: Questão real da SUS-SP 2019, que apresentou caso clínico com dispneia, hipoxemia e lesões pulmonares em paciente imunossuprimido.

Enunciado:

Paciente com lúpus em uso de imunossupressores apresenta febre, tosse seca, dispneia progressiva, hipoxemia e esplenomegalia. Quais as principais hipóteses diagnósticas?

Alternativas:

- A) Sarcoidose ou aspergilose
- B) Linfoma ou lúpus pulmonar
- C) Pneumocistose ou histoplasmose
- D) Endocardite ou tuberculose
- E) Aspergilose ou candidíase



Gabarito: C) Pneumocistose ou histoplasmose

Paciente com lúpus em uso de imunossupressores, com febre, dispneia progressiva, hipoxemia e hepatoesplenomegalia. Nesse cenário, os principais diagnósticos diferenciais são pneumocistose, caracterizada por tosse seca, infiltrado intersticial difuso e hipoxemia desproporcional, e histoplasmose disseminada, que cursa com febre prolongada, perda de peso e envolvimento sistêmico, típica em imunodeprimidos.

Questão 7 – Clínica Médica / Infectologia

Raciocínio clínico:

Esta questão avalia a capacidade do candidato de reconhecer padrões sindrômicos em pacientes imunossuprimidos. O quadro descrito é de uma paciente com lúpus ativo, em uso de imunossupressores, com sintomas respiratórios e sinais de comprometimento sistêmico (hepatosplenomegalia).

Em pacientes imunocomprometidos, infecções oportunistas são causas frequentes de insuficiência respiratória progressiva. Duas condições se destacam pelo quadro apresentado:

- Pneumocistose (*Pneumocystis jirovecii*): Causa dispneia progressiva, febre e tosse seca. Associada ao uso prolongado de corticoides ou imunossupressores. A tomografia pode revelar infiltrado intersticial difuso. A hipoxemia é desproporcional ao exame físico e o quadro tende a piorar insidiosamente.
- Histoplasmose disseminada: Mais comum em áreas endêmicas e em pacientes com imunossupressão celular. Causa febre prolongada, perda de peso, hepatosplenomegalia e sintomas pulmonares. A forma disseminada é típica em imunodeprimidos, como pacientes com LES ou HIV.

A associação de febre, dispneia, hipoxemia e hepatoesplenomegalia aponta fortemente para essas duas infecções como os principais diagnósticos diferenciais.

Fundamentos técnicos:

- *Pneumocystis jirovecii* é um fungo oportunista. A infecção não é transmissível de pessoa para pessoa, mas sim por reativação endógena.
- A histoplasmose é causada pelo fungo *Histoplasma capsulatum*, encontrado no solo contaminado com fezes de aves ou morcegos. A forma disseminada pode ocorrer mesmo sem sintomas pulmonares proeminentes.
- Pacientes com LES, principalmente em uso de imunossupressores (como corticoides e azatioprina), têm maior risco de infecções fúngicas e bacterianas graves.

Questão 8 – Pediatria

Tema: Níveis de prevenção

Base: Questão real da SUS-SP 2020, com associação entre intervenções clínicas e os níveis da classificação PALM-COEIN.

Enunciado:

Lactente de 1 ano com febre alta há 3 dias e, após sua defervescência, surgimento de exantema máculo-papular em tronco e pescoço. Qual o diagnóstico mais provável?

Alternativas:

- A) Rubéola
- B) Sarampo
- C) Exantema súbito (roséola)
- D) Eritema infeccioso
- E) Escarlatina



Gabarito: C) Exantema súbito (roséola)

Esta questão avalia a associação entre intervenções clínicas e os quatro níveis clássicos de prevenção em saúde pública. Cada nível atua em uma fase da história natural da doença, da promoção à reabilitação. Dominar essas distinções é essencial para provas de residência, sobretudo em bancas como o SUS-SP.

Questão 8 – Pediatria

Raciocínio clínico:

O quadro apresentado é clássico de exantema súbito, também conhecido como roséola infantil, uma das doenças exantemáticas mais comuns da pediatria, geralmente causada pelo Herpesvírus humano tipo 6 (HHV-6) e, ocasionalmente, pelo HHV-7.

O sinal mais característico — e altamente cobrado em provas — é o aparecimento do exantema logo após a queda da febre, ou seja, quando o paciente parece estar “melhorando”. Essa inversão da ordem típica (primeiro febre, depois manchas) é praticamente patognomônica.

A criança tem cerca de 6 meses a 2 anos, apresenta febre alta, persistente por 3 dias, sem sinais aparentes de infecção. Assim que a febre desaparece, surge um exantema máculo-papular róseo, não pruriginoso, inicialmente em tronco e pescoço, com discreta progressão para extremidades.

Fundamentos técnicos:

- O exantema súbito é autolimitado e raramente associado a complicações.
- O HHV-6 permanece latente no organismo e pode reativar em situações de imunossupressão.
- A febre alta pode assustar os responsáveis, mas o quadro é benigno. A principal complicação é a convulsão febril durante o pico de temperatura.

Questão 8 – Pediatria

Doenças	Ordem típica dos sintomas	Características do exantema
Exantema súbito	Febre → exantema com defervescência	Róseo, tronco e pescoço, não pruriginoso
Sarampo	Exantema com febre persistente	Progressão crânio-caudal, sintomas intensos
Rubéola	Febre baixa ou ausente, linfadenopatia	Discreto, pode afetar face e membros
Eritema infeccioso	Face esbofeteada, depois extremidades	Padrão rendilhado em membros
Escarlatina	Febre + exantema áspero + faringite	Descamação e textura “lixa”

Questão 9 – Medicina Preventiva

Tema: Doenças exantemáticas

Base: Questão clássica presente em provas como SUS-SP 2016, UNIFESP e IAMSPE, com padrão clínico típico (febre alta seguida por exantema).

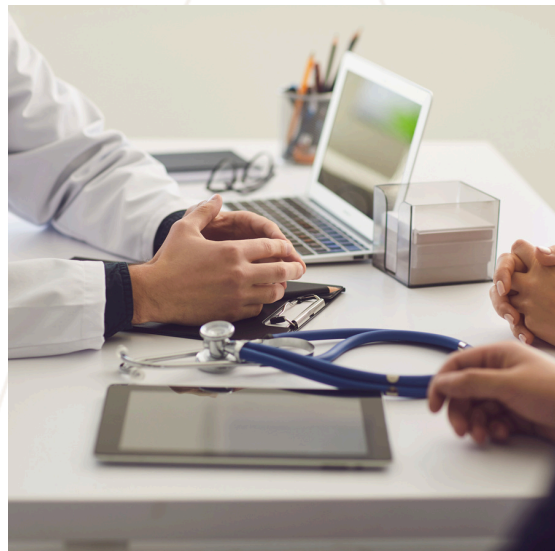
Enunciado:

Associe os exemplos às categorias dos níveis de prevenção:

1. Vacinação contra HPV
2. Rastreamento de câncer de colo uterino
3. Tratamento de lesões precursoras
4. Reabilitação pós-AVC

Alternativas:

- A) 1-Primária, 2-Secundária, 3-Terciária, 4-Quaternária
- B) 1-Primária, 2-Secundária, 3-Secundária, 4-Terciária
- C) 1-Secundária, 2-Terciária, 3-Quaternária, 4-Primária
- D) 1-Primária, 2-Secundária, 3-Terciária, 4-Terciária
- E) 1-Terciária, 2-Secundária, 3-Primária, 4-Quaternária



Gabarito: B) 1-Primária, 2-Secundária, 3-Secundária, 4-Terciária

Esta questão avalia a associação entre intervenções clínicas e os quatro níveis clássicos de prevenção em saúde pública. Cada nível atua em uma fase da história natural da doença, da promoção à reabilitação. Dominar essas distinções é essencial para provas de residência, sobretudo em bancas como o SUS-SP.

Questão 9 – Medicina Preventiva

Raciocínio em saúde coletiva:

Essa questão avalia a correta associação entre intervenções clínicas e os quatro níveis clássicos de prevenção em saúde pública. É uma das mais cobradas nas provas de residência médica, especialmente em bancas que valorizam políticas públicas, como o SUS-SP.

Cada nível de prevenção atua em um ponto da história natural da doença, da promoção da saúde até a reabilitação. Saber distinguir essas fases é essencial para responder a questões com associações múltiplas, como essa.

1. Vacinação contra HPV → Prevenção Primária

- Atua antes do início da doença, prevenindo a infecção pelo vírus do papiloma humano (HPV), principal causa do câncer de colo do útero.
- Exemplo clássico de ação primária: evita o surgimento da doença.

2. Rastreamento de câncer de colo uterino → Prevenção Secundária

- O Papanicolau é um exame de rastreio populacional, voltado para detecção precoce de lesões pré-malignas ou câncer inicial, em pessoas ainda assintomáticas.
- Objetivo: diagnosticar precocemente para facilitar a cura.

3. Tratamento de lesões precursoras → Prevenção Secundária

- Ainda se insere na lógica da prevenção secundária, pois as lesões precursoras (como NIC I/II/III) são detectadas por rastreamento e tratadas antes da evolução para câncer invasivo.
- Evita a progressão da doença já detectada precocemente.

4. Reabilitação pós-AVC → Prevenção Terciária

- O AVC já ocorreu. O foco agora é na recuperação funcional, prevenção de incapacidades e melhora da qualidade de vida.
- Exemplo clássico de prevenção terciária: limitar sequelas.

Questão 10 – Ginecologia e Obstetrícia

Tema: Sangramento uterino anormal (PALM-COEIN)

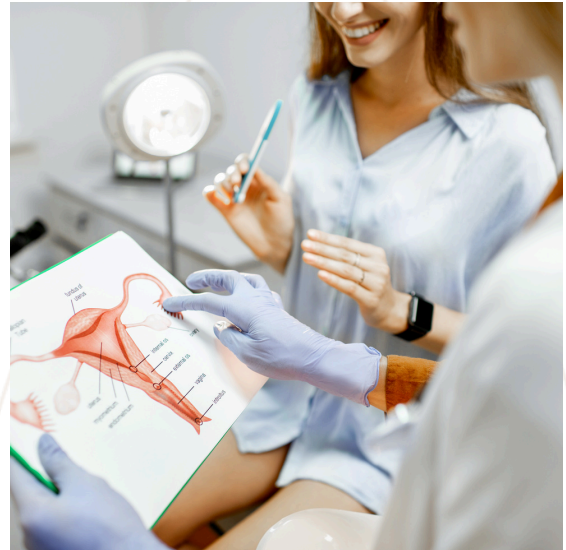
Base: Questão adaptada da IAMSPE 2021 e amplamente presente em provas como SUS-SP. A classificação PALM-COEIN é conteúdo obrigatório em ginecologia.

Enunciado:

Mulher de 35 anos com menorrragia há 3 ciclos, sem dor. Qual a abordagem inicial mais adequada?

Alternativas:

- A) Histeroscopia diagnóstica imediata
- B) Iniciar contraceptivo oral combinado sem investigação
- C) Ultrassonografia pélvica + avaliação laboratorial
- D) Biópsia endometrial ambulatorial
- E) Anticoncepcional injetável trimestral



Gabarito: C) Ultrassonografia pélvica + avaliação laboratorial

O sangramento uterino anormal (SUA) é frequente na prática ginecológica e nas provas, sendo classificado pela FIGO através do sistema PALM-COEIN. No caso descrito, a paciente apresenta menorrragia crônica, sem dor, sugestiva de causa estrutural como miomas ou pólipos. A investigação inicial deve incluir ultrassonografia transvaginal e exames laboratoriais básicos.

Questão 10 – Ginecologia e Obstetrícia

Raciocínio ginecológico:

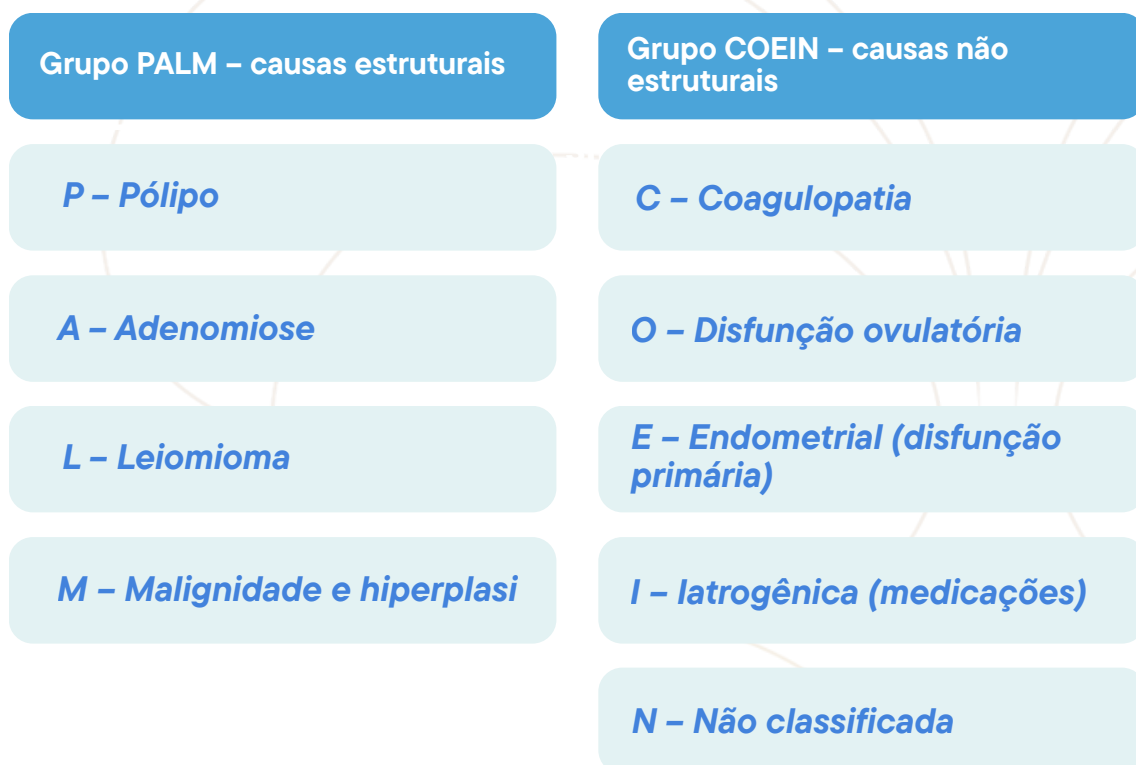
O sangramento uterino anormal (SUA) é uma das queixas mais comuns na prática ginecológica e também uma presença constante nas provas de residência. Para organizar as causas de forma sistemática, a FIGO desenvolveu a classificação PALM-COEIN, que separa as etiologias em causas estruturais e não estruturais.

A paciente em questão apresenta menorragia (sangramento excessivo) há três ciclos consecutivos, sem dor associada. Esse padrão é típico de SUA crônico. Em mulheres em idade reprodutiva, as causas estruturais como miomas ou pólipos são hipóteses diagnósticas frequentes.

Embora o enunciado não informe o resultado de exames de imagem, o primeiro passo na investigação é sempre confirmar ou excluir causas estruturais, por meio de ultrassonografia transvaginal associada à avaliação laboratorial (como hemograma, TSH, prolactina e função hepática).

Fundamentos técnicos:

A classificação PALM-COEIN divide as causas de SUA em dois grandes grupos:





SOBRE A FACULDADE **SÃO LEOPOLDO MANDIC**

A São Leopoldo Mandic se destaca como referência nacional na formação médica especializada, oferecendo uma combinação de excelência acadêmica e prática clínica intensiva. Com até 70% da carga horária dedicada ao atendimento supervisionado de pacientes, os alunos vivenciam casos reais desde o início, aprofundando o aprendizado em cada módulo.

Com unidades em São Paulo, Campinas e Brasília, a instituição conta com infraestrutura moderna e ambulatorios próprios, que proporcionam em média 2 a 3 atendimentos por hora durante as imersões. Essa experiência prática amplia a segurança e a autonomia do médico em formação.

Os cursos são voltados para o desenvolvimento em áreas específicas da medicina, garantindo ao profissional não apenas conhecimento técnico atualizado, mas também a vivência clínica necessária para se destacar e avançar na carreira.

📞 (19) 99928-1641

🌐 slmandic.edu.br/pos-graduacao-medica

✉ pgmedicina@slmandic.edu.br





SÃO LEOPOLDO
MANDIC