



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

Feluma - 2026

Feluma - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 7

Um médico está sozinho de plantão em um hospital com poucos recursos, quando chega um paciente do sexo masculino, 79 anos de idade, leucodérmico, com queixa de que não consegue urinar desde o dia anterior e que é portador de problema prostático. Relata ter sido submetido a cateterização vesical de alívio outras vezes. À palpação abdominal, ele percebe uma massa no hipogástrio até a região da cicatriz umbilical, que diagnostica como bexiga repleta de urina. Imediatamente, introduz um cateter pela uretra, mas encontra obstáculo e sangue começa a fluir pelo cateter. Com relação ao quadro clínico descrito acima, tendo por base essa situação em que o médico se encontra, a conduta CORRETA é:

- A. procurar um urologista para auxiliá-lo.
- B. realizar cistostomia na sala de curativo.
- C. puncionar a bexiga na região suprapúbica.
- D. insistir na cateterização vesical até conseguir.

Recurso:

Ilustre Banca Examinadora,

A questão 7 da prova de Cirurgia Geral descreve paciente idoso, portador de hiperplasia prostática, com retenção urinária aguda e sangramento após tentativa de cateterização uretral, contexto no qual está indicada a drenagem vesical suprapúbica.

A banca considerou como correta apenas a alternativa **C (puncionar a bexiga na região suprapúbica)**.

Contudo, a alternativa **B (realizar cistostomia na sala de curativo)** também descreve a conduta adequada, visto que **a punção suprapúbica constitui uma forma de cistostomia suprapúbica percutânea**, conforme a literatura médica atual.

De acordo com diretrizes e revisões recentes, a conduta indicada na impossibilidade de passagem do cateter uretral — especialmente em casos de obstrução prostática e sangramento após tentativa de sondagem — é a **realização de cistostomia suprapúbica percutânea (também chamada de punção suprapúbica)**, técnica segura e eficaz para alívio da retenção urinária, inclusive em ambientes com recursos limitados.[1-3]





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

O termo “cistostomia” refere-se genericamente a qualquer forma de drenagem vesical suprapúbica, seja **por punção percutânea (minimamente invasiva)** ou **por via aberta (cirúrgica)**, conforme descrito por Flynn et al. (2022).[4]

Portanto, as alternativas **B e C expressam o mesmo conceito clínico** e descrevem condutas adequadas e equivalentes à luz da prática médica atual.

Dessa forma, solicita-se que ambas as alternativas (B e C) sejam consideradas corretas.

Referências:

1. Wessells H, Morey A, Souter L, Rahimi L, Vanni A. *Urethral Stricture Disease Guideline Amendment (2023)*. The Journal of Urology. 2023;210(1):64–71.
2. Patel AB, Osterberg EC, Satarasinghe PN, et al. *Urethral Injuries: Diagnostic and Management Strategies for Critical Care and Trauma Clinicians*. J Clin Med. 2023;12(4):1495.
3. Fletke KJ, Jeong DH, Herrera AV. *Urinary Catheter Management*. Am Fam Physician. 2024;110(3):251–258.
4. Flynn KJ, Schlaepfer CH, Khawaja F, Erickson BA. *Nephrostomy Balloon and Sheath Suprapubic Tube Placement — a Minimally Invasive Approach to Large Caliber Suprapubic Tube Placement*. Urology. 2022;164:e302.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 12

Paciente do sexo feminino, 62 anos de idade, melanodérmica, procurou o serviço de cirurgia com queixa de disfagia progressiva durante 3 anos, porém sem emagrecimento. Ao exame de imagem contrastado do esôfago, identificou-se o esôfago dilatado, com um diâmetro de três centímetros. De acordo com a Classificação de Rezende, essa acalasia esofágica pertence ao:

- A. grupo I.
- B. grupo II.
- C. grupo III.
- D. grupo IV.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Venho, por meio desta, solicitar mudança de gabarito da questão 12 de Cirurgia Geral para **Alternativa A** (Grupo I), com base na definição original de Rezende et al.

Trata-se de paciente melanodérmica, 62 anos, com disfagia progressiva há 3 anos e ausência de emagrecimento. Em radiografia contrastada do esôfago, verificou-se dilatação de 3 cm de diâmetro. A questão solicita a classificação dessa acalasia segundo Rezende.

- **Classificação de Rezende et al. (1982):** subdivide o megaesôfago em quatro grupos com base no diâmetro esofágico medido na radiografia contrastada.
 - **Grupo I** – diâmetro < 4 cm: leve dilatação.
 - **Grupo II** – diâmetro entre 4 e 7 cm: moderada dilatação.
 - **Grupo III** – diâmetro entre 7 e 10 cm: acentuada dilatação.
 - **Grupo IV** – diâmetro > 10 cm: megaesôfago avançado.
- No caso apresentado, o esôfago de 3 cm enquadra-se **inequívoca** e **quantitativamente** no **Grupo I**. (Fonte: Clínica Cirúrgica – FMUSP, 2008)
- O gabarito oficial (Alternativa B – Grupo II) contraria os critérios originais da classificação de Rezende, uma vez que admite erroneamente diâmetros < 4 cm no Grupo II.





RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

Feluma - 2026

Referências:

- Clínica Cirúrgica – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2ª edição, 2008.
- Instituto Evandro Chagas – “Classificação Radiológica de Megaesôfago” (Rezende et al.), 2016.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 19

Paciente do sexo masculino, 46 anos de idade, assintomático, é encaminhado após aferições de pressão arterial elevadas em consultas de rotina. Nega comorbidades, tabagismo ou uso de medicamentos. Relata que seu pai teve infarto aos 72 anos de idade. Exame físico normal. Pressão arterial média em 3 consultas: 144 × 92 mmHg. Exames laboratoriais: creatinina 0,9 mg/dL, sódio e potássio normais, glicemia de jejum 95 mg/dL, colesterol total 190 mg/dL, HDL 52, LDL 112. Eletrocardiograma: sem alterações. Com relação ao quadro clínico descrito acima, segundo as diretrizes atuais, assinale a conduta CORRETA nesse caso.

- A. Solicitar angiotomografia de coronárias para estratificar risco.
- B. Iniciar mudanças de estilo de vida e reavaliar em 6 a 12 meses.
- C. Iniciar tratamento farmacológico de imediato com IECA associado a diurético tiazídico.
- D. Confirmar o diagnóstico com Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) antes de iniciar qualquer conduta.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Tipo de Recurso: Mudança de Gabarito.

Tanto pela diretriz brasileira de HAS de 2020 ("Quando utilizadas as medidas de consultório, o diagnóstico de HA deverá ser sempre validado por medições repetidas; Define-se a classificação de acordo com a PA do consultório e pelo nível mais elevado de PA, sistólica ou diastólica) quanto pela de 2025 ("Para validar o diagnóstico de HA, é necessário realizar medidas repetidas, em duas ou mais visitas médicas, com intervalos de dias ou semanas; A PA fora do consultório pode ser obtida por meio da MAPA e/ou da MRPA") temos descrito que a aferição de PA em ambiente de consultório em > 2 medidas é suficiente como método diagnóstico. O paciente do caso descrito já tinha 3 medidas em consultório, fechando diagnóstico para HAS. Segundo a diretriz atual de 2025, página 49, item 5, "Com base em tais dados, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado junto com o tratamento não medicamentoso quando a PA no consultório for $\geq 140/90$ mmHg" e na página 66, item 7.6.2, "Para a maioria dos pacientes, é recomendado o início do tratamento da HA com associação dupla de medicamentos; As associações preferidas devem incluir um bloqueador do SRAA (IECA ou BRA) com um BCC ou com um diurético tiazídico ou simi-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

lar;A associação de dois medicamentos em doses baixas, em um único comprimido ou não, é a estratégia inicial recomendada para a maioria dos hipertensos, utilizada pela manhã ou à noite, permitindo controle da PA em mais de 60% dos pacientes". Mesmo que considerada a diretriz de 2020, na página 577, a mesma traz a recomendação concordante sobre este ponto "O tratamento da HA pode ser iniciado com associação de duas classes de fármacos desde a HA estágio 1;O início do tratamento com combinação de dois fármacos deve ser feito com um IECA, ou BRA, associado a DIU tiazídico ou similar ou BCC". Desta forma, por ambas as diretrizes estarem de acordo, solicito a alteração de gabarito para item C, pois o caso traz paciente com HAS estágio 1 confirmada em consultório, sendo indicada terapia combinada para reduzir inércia terapêutica. Atenciosamente.

Referências:

- Sociedade Brasileira de Cardiologia — VIII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2025.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia — VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 46

Um recém-nascido a termo, com 4 horas de vida de idade, é avaliado na UTI (Unidade de Terapia Intensiva) neonatal por apresentar cianose central e taquipneia. A ausculta cardíaca revela um sopro sistólico em borda esternal esquerda. O ecocardiograma de urgência mostra um defeito de septo ventricular e um ventrículo direito com sobrecarga de volume e pressão, sem evidência de hipoplasia ventricular esquerda. A gasometria arterial inicial demonstra hipoxemia refratária à oxigenoterapia. Com relação ao quadro clínico descrito acima, assinale a alternativa que apresenta o diagnóstico CORRETO para o paciente.

- A. Tetralogia de Fallot, devido à cianose central e sopro sistólico em borda esternal esquerda
- B. Transposição das grandes artérias, devido à cianose, taquipneia e hipoxemia refratária à oxigenação.
- C. Coarctação da aorta, devido à hipoxemia e sopro sistólico sem diminuição de pulsos em membros inferiores.
- D. Síndrome de Hipertensão Pulmonar Persistente, devido à cianose central sem hipoplasia ventricular esquerda ou outro defeito estrutural.

Recurso:

À Banca Examinadora,

O caso descreve recém-nascido com cianose central precoce, sopro sistólico em borda esternal esquerda e ecocardiograma mostrando **defeito de septo ventricular (CIV)** e **sobrecarga de pressão e volume de ventrículo direito, sem sinais hipoplasia de VE**.

Esses achados indicam **cardiopatía congênita cianótica estrutural**, compatível com **Tetralogia de Fallot (TF)**. A sobrecarga de pressão do VD sugere obstrução à via de saída direita, característica da tetralogia de Fallot, bem como o sopro apresentado, sugestivo de estenose pulmonar.

A alternativa apresentada como gabarito inicial (D - **Hipertensão Pulmonar Persistente**) é **incompatível com o caso**, pois essa síndrome ocorre em **coração estruturalmente normal**, o que não se aplica ao enunciado. Além disso, a própria alternativa descreve a ausên-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

Feluma - 2026

cia de defeito estrutural, o que contrapõe o próprio enunciado que descreve um defeito de septo ventricular no ecocardiograma.

Dessa forma, **solicitamos a mudança do gabarito para a alternativa A (Tetralogia de Fallot).**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 52

Paciente do sexo masculino, 5 anos de idade, é diagnosticado com Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), com início da doença em sua forma sistêmica. O pediatra, em conjunto com o reumatologista pediátrico, decide iniciar o tratamento, visando ao controle da inflamação e da dor, bem como a prevenção de danos articulares e de sequelas em longo prazo. Com relação ao quadro clínico descrito acima, assinale a alternativa CORRETA que apresenta o fármaco utilizado como primeira linha de tratamento na artrite idiopática juvenil.

- A. Metotrexato.
- B. Agentes biológicos.
- C. Glicocorticoide em pulsoterapia.
- D. Anti-inflamatórios não hormonais (AINHs).

Recurso:

À Banca Examinadora,

O enunciado descreve um paciente com artrite idiopática juvenil sistêmica, forma distinta das demais variantes de AIJ, com patogênese **autoinflamatória** mediada por **IL-1 e IL-6**, e **não classicamente autoimune**.

Segundo diretrizes recentes da **American College of Rheumatology (ACR, 2021)** e da **Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR, 2022)**, o tratamento de **primeira linha para AIJ sistêmica** é o uso de **agentes biológicos direcionados a IL-1 (anakinra, canakinumabe) ou IL-6 (tocilizumabe)**.

O uso de **glicocorticoides** deve ser reservado para **controle temporário da inflamação aguda** ou em associação inicial, mas **não é considerado terapia de primeira linha isolada**, devido a seus efeitos adversos e ao caráter crônico da doença.

O uso precoce desses agentes biológicos, idealmente como monoterapia, é recomendado para aproveitar a “janela de oportunidade” terapêutica, prevenindo a progressão para artrite crônica e minimizando os efeitos adversos dos glicocorticoides. O metotrexato e outros





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

DMARDs sintéticos convencionais não são recomendados como primeira linha na AIJs sistêmica, sendo reservados para casos com resposta insuficiente aos biológicos.

Dessa forma, **solicitamos a alteração do gabarito para a alternativa B (agentes biológicos)**

Referências:

- ACR 2021 Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis (Ringold et al., Arthritis Rheumatol, 2021);
- Sandborg CI, Schulert GS, Kimura Y. Juvenile idiopathic arthritis. N Engl J Med. 2025 Jul 10;393(2):162-174. doi:10.1056/NEJMra2402073



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 53

Paciente do sexo feminino, 10 anos de idade, previamente hígida, apresenta dor abdominal que se iniciou em região periumbilical e migrou para a fossa ilíaca direita nas últimas 12 horas. A paciente também relata febre de 38,5 C e vômitos. A mãe informa que a criança tem tido episódios de dor abdominal, que se iniciam da mesma forma, há 3 dias. Com relação ao quadro clínico descrito acima e em relação ao diagnóstico dessa paciente, assinale a alternativa que apresenta a conduta e o diagnóstico CORRETOS.

- A. Apendicite aguda, sendo indicada cirurgia imediata.
- B. Adenite mesentérica, sendo indicado tratamento sintomático.
- C. Intussuscepção intestinal, sendo indicada ultrassonografia abdominal.
- D. Gastroenterite viral, sendo indicada hidratação oral e medicamentos sintomáticos.

Recurso:

Prezada banca,

A questão de número 53 descreve uma paciente de 10 anos, com dor abdominal que **se iniciou em região periumbilical e migrou para fossa ilíaca direita**, acompanhada de febre baixa e vômitos. Entretanto, a **história de episódios semelhantes nos últimos 3 dias**, com **sintomas que se iniciam e cessam de forma recorrente**, **não é compatível com o curso clínico típico da apendicite aguda**, que tende a ser **progressiva e contínua**, com piora gradual e sinais de irritação peritoneal persistentes.

Esse padrão evolutivo descrito é **mais característico de adenite mesentérica**, diagnóstico diferencial frequente em crianças, especialmente do sexo feminino, e que **pode simular apendicite**, porém **com curso mais arrastado, febre baixa e melhora espontânea**.

A conduta nesses casos é **conservadora e sintomática**, diferindo da **cirurgia imediata** indicada na apendicite.

De acordo com o *Nelson Textbook of Pediatrics* (21ª edição, 2020), a **adenite mesentérica apresenta-se com dor abdominal intermitente, geralmente precedida por quadro infeccioso viral, podendo mimetizar apendicite, mas com evolução mais benigna**.

O *Sabiston Textbook of Surgery* (21ª edição, 2022) reforça que **a história clínica é funda-**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

mental para diferenciar adenite mesentérica da apendicite, sendo a recorrência e a duração prolongada da dor elementos sugestivos de adenite.

Assim, diante da **incompatibilidade temporal com apendicite aguda típica** e da **compatibilidade com o quadro descrito de adenite mesentérica**, é **plausível considerar ambas as alternativas (A e B) como corretas**.

Referências:

1. Kliegman RM, St. Geme JW, Blum NJ, Shah SS, Tasker RC, Wilson KM. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
2. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice*. 21st ed. Philadelphia: Elsevier; 2022.
3. Brunicaardi FC et al. *Schwartz's Principles of Surgery*. 12th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2022.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

Feluma - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 59

Paciente lactente de 6 meses de idade é levado ao serviço de urgência com palidez, irritabilidade e febre baixa. Ao exame físico, apresenta discreta hepatoesplenomegalia. O hemograma revela Hb: 6,8 g/dL; Ht: 21%; VCM: 75 fL; Leucócitos: 25.000/mm³; Neutrófilos absolutos: 15.000/mm³; e Plaquetas: 400.000/mm³. Com relação ao quadro clínico descrito acima, assinale a alternativa que contém a suspeita diagnóstica CORRETA.

- A. Anemia falciforme.
- B. Mononucleose infecciosa.
- C. Doença onco-hematológica.
- D. Anemia hemolítica hereditária.

Recurso:

Excelentíssima Banca Examinadora,

O caso apresenta lactente de 6 meses com anemia moderada (Hb 6,8 g/dL), hepatoesplenomegalia discreta e leucocitose com neutrofilia. A idade é um dado essencial: aos 6 meses, ocorre a queda fisiológica da hemoglobina fetal (HbF) e o predomínio da hemoglobina S (HbS) nos portadores de anemia falciforme, momento em que surgem as primeiras manifestações clínicas da doença.

A presença de anemia, hepatoesplenomegalia e leucocitose reativa nesse contexto é muito sugestiva de anemia falciforme, ainda mais considerando a idade do paciente.

O VCM de 75 fL encontra-se dentro da normalidade para a faixa etária (limite inferior ~68 fL), afastando anemia ferropriva, e a leucocitose neutrofílica reflete processo inflamatório secundário comum nos episódios vaso-oclusivos da doença falciforme.

Já a alternativa C (doença onco-hematológica) é genérica e incompatível com o quadro descrito, pois não há blastos, trombocitopenia ou pancitopenia, achados esperados em leucemias agudas.

Dessa forma, solicitamos a alteração do gabarito para a alternativa A.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

Feluma - 2026

Referências.

- Tratado de Pediatria ed 2024 vol 1 SBP.



@medway.residenciamedica



Medway