



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

PUC - 2026

**PUC - 2026**

medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**PUC - 2026**

### **Especialidade: Pediatria**

#### **Questão: 5**

Criança, com 2 anos de idade, apresentando febre, hiperemia conjuntival bilateral, exantema maculopapular na face, tronco e membros, linfonodomegalia (1,5/1,5cm), móveis, fibroelásticos, indolores nas regiões cervicais, submandibulares e inguinais. Qual o diagnóstico mais provável? Referência Bibliográfica: Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 6. ed. São Paulo: Editora Manole, 2024.

- A. Rubéola.
- B. Exantema Súbito.
- C. Mononucleose Infecciosa.
- D. Sarampo.
- E. Eritema Infeccioso.

#### **Recurso:**

À Banca Examinadora,

O enunciado descreve criança de 2 anos com febre, hiperemia conjuntival bilateral, exantema maculopapular em face, tronco e membros, além de linfonodomegalias cervicais, submandibulares e inguinais, móveis e indolores.

O gabarito inicial indica a hipótese diagnóstica de sarampo como a mais provável, entretanto, o enunciado carece de dados clínicos fundamentais para sustentar essa hipótese, como tosse, coriza intensa e febre alta, sintomatologia clássica necessária para a suspeição seja realizada, conforme descrito no Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (6ª ed., 2024).

Em contrapartida, a presença de linfonodomegalia generalizada, móvel e indolor, especialmente em regiões cervicais e submandibulares, são sinais mais característicos da rubéola. Contudo, mesmo assim, não há informações suficientes no caso para afirmar, com maior precisão, que se trata de rubéola — apenas que essa hipótese é a mais provável diante dos dados apresentados.





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

Assim, a questão apresenta ambiguidade diagnóstica e insuficiência de informações clínicas para determinação inequívoca do diagnóstico, **solicita-se a anulação da questão.**

**Referências**

- Sociedade Brasileira de Pediatria — Tratado de Pediatria. 6. ed. 2024.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**PUC - 2026**

### **Especialidade: Pediatria**

#### **Questão: 13**

Menino, com 13 anos e 9 meses de idade, consulta com queixa que é o menor entre os seus amigos. Não faz uso de medicação crônica. Mãe informa que com 12 anos e 3 meses de idade a estatura era de 157 cm. Pai com 181 cm (percentil 75) e mãe com 172 cm (percentil 90). Ao exame, paciente com 161 cm (percentil 50), 56 kg (percentil 75), IMC 22 (percentil 85), pubarca estágio 2 pela escala de Tanner e testículos com 2 ml pelo Orquidômetro de Prader. Qual o diagnóstico do caso? Referência: Erick J, Richmond Padilla, Alan D Rogol, Crianças e adolescentes com baixa estatura: Abordagem diagnóstica, UpToDate, <https://www.uptodate.com>

- A. Retardo constitucional de crescimento e puberdade.
- B. Doença celíaca.
- C. Síndrome de Klinefelter.
- D. Deficiência de hormônio de crescimento.
- E. Paciente não apresenta falha de crescimento, pois a estatura está no percentil 50.

#### **Recurso:**

À Banca Examinadora,

O enunciado descreve adolescente de 13 anos e 9 meses, pubarca em estágio 2 de Tanner e testículos com 2 mL, com crescimento de apenas 4 cm em 18 meses (~2,6 cm/ano) — valor inferior ao esperado para o estadiamento puberal ( $\geq 5$  cm/ano), configurando crescimento patológico.

Tal achado indica necessidade de investigação, que, conforme o Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (6ª ed., 2024), deve iniciar-se pela exclusão de doenças crônicas sistêmicas, como a doença celíaca, antes de se considerar diagnósticos mais raros, como deficiência de hormônio do crescimento (GH).

No entanto, o caso não apresenta elementos clínicos ou laboratoriais que confirmem deficiência de GH (idade óssea, IGF-1, IGFBP-3, teste de estímulo de GH) ou que excluam doença celíaca (anti-transglutaminase IgA e dosagem de IgA).





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

Dessa forma, o enunciado não permite afirmar, com precisão, qual é o diagnóstico do paciente. Tanto doença celíaca quanto deficiência de GH são hipóteses possíveis, configurando ambiguidade diagnóstica.

Solicita-se, portanto, a **anulação da questão**.

**Referências**

- Tratado de Pediatria (6ª Edição) - Sociedade Brasileira de Pediatria



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**PUC - 2026**

### **Especialidade: Pediatria**

#### **Questão: 14**

Em uma consulta de uma criança com falha de crescimento, uma pergunta frequente é a previsão de estatura do paciente na fase adulta. Quais são os parâmetros principais para estimativa da provável estatura na fase adulta? Referência: Erick J. Richmond Padilla, Alan D Rogol, Crianças e adolescentes com baixa estatura: Abordagem diagnóstica, UpToDate, <https://www.uptodate.com>

- A. Estatura dos pais, estatura da criança e etiologia da falha de crescimento.
- B. Estatura de criança, etiologia da falha do crescimento e idade de início da doença.
- C. Estatura dos pais, idade óssea e etiologia da falha de crescimento.
- D. Idade do início da falha de crescimento, etiologia da falha de crescimento e idade óssea.
- E. Estatura dos pais, estatura de criança e idade óssea.

#### **Recurso:**

Excelentíssima Banca Examinadora,

O enunciado solicita os **parâmetros principais para estimativa da estatura final na fase adulta**, o que corresponde à **previsão de estatura** e não à **investigação etiológica da baixa estatura**.

De acordo com o *Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria* (6ª ed., 2024) e o *UpToDate – Evaluation of short stature in children* (2025), o método de **Bayley-Pinneau**, utilizado para essa finalidade, baseia-se **exclusivamente na estatura atual e na idade óssea** da criança, podendo associar-se ao padrão genético (estatura dos pais) para refinamento da predição.

A alternativa **C**, indicada como correta, inclui o item **“etiologia da falha de crescimento”**, que **não faz parte dos parâmetros utilizados para estimar a estatura final**, representando confusão conceitual entre avaliação diagnóstica e cálculo preditivo.





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

Assim, a questão apresenta **erro conceitual** e **ambiguidade de interpretação**, devendo ser **anulada** ou ter como resposta aceita a alternativa **E (Estatura dos pais, estatura da criança e idade óssea)**, que reflete os parâmetros corretos segundo a literatura médica atual.

**Referências:**

- Tratado de Pediatria ed 2024 vol 1 SBP — Tratado de Pediatria (edição de 2024, Volume 1)
- UpToDate – *Evaluation of short stature in children* (2025)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

**Especialidade: Cirurgia Geral**

**Questão: 81**

Os locais no osso escafoide em que ocorre a maioria das fraturas são

- A. Terço proximal e terço médio.
- B. Tubérculo e colo.
- C. Colo e terço médio.
- D. Terço proximal e tubérculo.
- E. Tubérculo e terço médio.

**Recurso:**

Ilustríssima Banca Examinadora,

a questão 81 solicita ao candidato os locais de maior incidência das fraturas do osso escafoíde. A definição estrita e consensual sobre os limites anatômicos do “colo” do escafoíde não é uniforme, de modo que sua separação em relação ao terço proximal ou ao terço médio torna-se arbitrária, não sendo consensual a definição de uma zona chamada colo e outra chamada terço médio, sendo muitas vezes sinônimos na prática médica, tornando a alternativa C até de certa forma redundante.

De qualquer maneira, segundo a literatura, estudos anatômicos e clínicos mostram que cerca de 70% das fraturas ocorrem no terço médio, 20% no terço proximal e apenas 10% no terço distal/tubérculo, deixando evidente que a alternativa C seria a melhor resposta, já que representa a topografia mais afetada em quadros de fratura do escafoíde.

Portanto, perante os fatos expostos, solicito a alteração do gabarito da alternativa A para a alternativa C, que seria mais adequada e compatível com a literatura médica disponível. Grato pela atenção.

Referências:

- Gelberman RH, Menon J. The vascularity of the scaphoid bone. J Hand Surg Am. 1980;5(5):508-13.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

- Sellei RM, et al. Fractures of the scaphoid: epidemiology, pathophysiology, and treatment. *Hand Clin.* 2011;27:341–353.
- Tóth K, et al. Scaphoid fractures: Epidemiology, diagnosis, and management. *Ortop Traumatol Rehabil.* 2014;16(6):523–531.
- Tratado de Ortopedia e Traumatologia — Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, 2020



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**PUC - 2026**

### **Especialidade: Cirurgia Geral**

#### **Questão: 93**

Paciente de 30 anos, gestante com 20 semanas, apresentou queixa de dor e edema de membro inferior esquerdo. Após consulta teve diagnóstico de Trombose venosa profunda. Das opções abaixo, qual tratamento está contraindicado para esta paciente:

- A. Heparina EV até o final da gestação de forma exclusiva.
- B. Enoxaparina Intravenosa até o final da gestação de forma exclusiva.
- C. Repouso complementar a terapia anticoagulante.
- D. Rivaroxabana 15mg a cada 12 horas por 21 dias.
- E. Enoxaparina com ponte para warfarina.

#### **Recurso:**

Prezada banca examinadora,

O caso trazido pela questão nos apresenta uma paciente de 30 anos, gestante com 20 semanas, diagnosticada com trombose venosa profunda (TVP), e a banca solicita qual seria o tratamento contraindicado a ser prescrito. A banca apresenta como gabarito a alternativa E, o que faz sentido, considerando que os antagonistas da vitamina K (warfarina) atravessam a barreira placentária e estão associados à teratogenicidade, sobretudo no primeiro trimestre, sendo contraindicados durante toda a gestação, o que de fato torna a alternativa E inadequada.

No entanto, a rivaroxabana é um anticoagulante oral direto (DOAC) e também é contraindicada na gestação, pois atravessa a placenta e está associada a risco de hemorragia fetal e malformações, sendo considerada absolutamente contraindicada em gestantes. Além disso, a alternativa D recomenda o tratamento com anticoagulante por apenas 21 dias, o que é totalmente inadequado, uma vez que gestantes devem manter a anticoagulação por toda a gestação ou pelo menos até 6 semanas após o parto. Portanto, a alternativa D também está equivocada, sendo uma resposta possível para a questão.

Frente aos argumentos apresentados, solicitamos a ampliação do gabarito para que as alternativas D e E sejam consideradas corretas na questão.

Grato pela atenção.





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**PUC - 2026**

**Fontes:**

- Bates SM, et al. VTE, Thrombophilia, Antithrombotic Therapy in Pregnancy: CHEST Guidelines, Chest. 2012;141(2 Suppl):e195S–e226S.
- ACOG Practice Bulletin No. 196: Thromboembolism in Pregnancy, Obstet Gynecol. 2018;132:e18–e34.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes de Tromboembolismo Venoso na Gestação, Arq Bras Cardiol. 2020;115(5):1023–1045.
- American College of Obstetricians and Gynecologists — Practice Bulletin: Anticoagulation Therapy in Pregnancy



@medway.residenciamedica



Medway