



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

PUC - Sorocaba - 20

PUC - Sorocaba - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 12

Homem de 48 anos, tabagista, deu entrada no PS, conduzido pelo SAMU, com quadro de palpitações há duas horas aproximadamente. Foi encaminhado à sala de emergência para monitorização, acesso venoso e oxigenioterapia. O ritmo apresentado, no monitor é uma taquicardia com complexo QRS largo (0,12s), a PA está 110x70 e a oximetria de 90%. Não houve resposta à manobra vagal. Diante disso, qual a intervenção farmacológica mais apropriada?

- A. Adenosina.
- B. Amiodarona.
- C. Atropina.
- D. Adrenalina.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito, por gentileza, a revisão do gabarito da questão referente ao tratamento farmacológico da taquicardia com complexo QRS largo, especificamente quanto à escolha entre adenosina e amiodarona. Solicito a troca do gabarito liberado da letra A (Adenosina) para a letra B (Amiodarona).

Segundo as diretrizes do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) da American Heart Association, o manejo da taquicardia com QRS largo depende da estabilidade hemodinâmica e da morfologia do ritmo. Em pacientes estáveis com taquicardia regular e monomórfica, a adenosina pode ser utilizada tanto como diagnóstico quanto como terapia, pois pode interromper arritmias supraventriculares com aberrância. No entanto, a adenosina não é indicada para suspeita de taquicardias de origem ventricular (TV) ou para ritmos irregulares, pois pode precipitar instabilidade hemodinâmica ou fibrilação ventricular, especialmente em casos de pré-excitação ou fibrilação atrial com via acessória. Gostaria de destacar que em nenhum momento, no enunciado, é exposto se a taquiarritmia é regular e se tem aspecto monomórfico, portanto, a escolha da adenosina se torna uma opção de risco e não a medida mais apropriada. Se isso fosse adequadamente exposto, adenosina poderia ser uma opção, mas, como esses dados não são fornecidos em enunciado, pelo risco intrínseco e pela estatística dos ritmos de taquiarritmia com QRS largo, é mais seguro e mais apropriado a condução como taquicardia ventricular.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Para casos de taquicardia com QRS largo de provável origem ventricular, a recomendação da American Heart Association é o uso de amiodarona como agente antiarrítmico de escolha, principalmente quando a adenosina não é eficaz ou quando há suspeita de taquicardia ventricular. Como no caso, não pode se afastar essa suspeita pelos dados do enunciado, a opção da adenosina é inapropriada. Amiodarona apresenta maior espectro de ação e eficácia na reversão de taquicardias ventriculares, sendo preferida em situações em que a etiologia ventricular não pode ser descartada. A dose recomendada para adultos é de 150 mg IV em 10 minutos, podendo ser repetida conforme resposta clínica e tolerância hemodinâmica.

Ressalta-se que a administração de adenosina em taquicardias ventriculares pode ser ineficaz e, em alguns cenários, perigosa. Por outro lado, amiodarona é indicada para o tratamento de taquicardias ventriculares estáveis e também pode ser utilizada em casos refratários ou recorrentes.

Portanto, a alternativa correta para o tratamento farmacológico da taquicardia com complexo QRS largo sem informações adicionais acerca de tratar-se de risco monomórfico e regular, é amiodarona, conforme as recomendações atuais da American Heart Association. Solicito, assim, a alteração do gabarito da questão da letra A (Adenosina) para a letra B (Amiodarona) para refletir a conduta baseada em evidências e diretrizes internacionais.

1. Part 9: Adult Advanced Life Support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Wigginton JG, Agarwal S, Bartos JA, et al. Circulation. 2025;152(16_suppl_2):S538-S577. doi:10.1161/CIR.0000000000001376. Practice Guideline Leading Journal New Research

2. Part 3: Adult Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Panchal AR, Bartos JA, Cabañas JG, et al. Circulation. 2020;142(16_suppl_2):S366-S468. doi:10.1161/CIR.0000000000000916. Practice Guideline Leading Journal

3. Evaluation and Initial Treatment of Supraventricular Tachycardia. Link MS. The New England Journal of Medicine. 2012;367(15):1438-48. doi:10.1056/NEJMcpl111259. Leading Journal



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

4. Part 8: Pediatric Advanced Life Support: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Lasa JJ, Dhillon GS, Duff JP, et al. Circulation. 2025;152(16_suppl_2):S479-S537. doi:10.1161/CIR.0000000000001368. Practice Guideline Leading Journal New Research

5. 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society.

Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, et al. Heart Rhythm. 2018;15(10):e73-e189. doi:10.1016/j.hrthm.2017.10.036. Practice Guideline



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

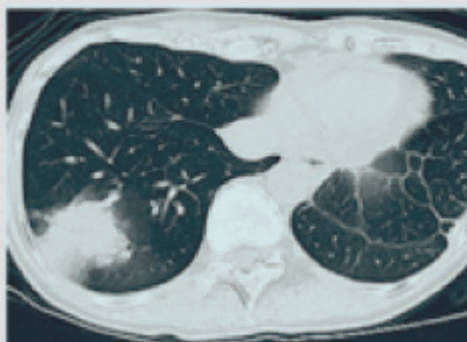
OBJETIVA

PUC - Sorocaba - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 16

Paciente de 59 anos, assistente social, aparentemente saudável, queixou-se de febre e tosse produtiva. Três dias após o início dos sintomas, foi admitida na Unidade de pronto atendimento com sinais vitais estáveis, exceto por febre alta. Apresentava palidez cutaneomucosa acentuada, palpitação e cansaço fácil aos mínimos esforços. A investigação sequencial mostrou: radiografia de tórax e tomografia computadorizada de tórax com consolidação subsegmentar no lobo inferior direito (ver imagens). Anemia macrocítica, com hemoglobina = 5,9 g/dl, reticulócitos = 17,8%, leucocitose com neutrofilia e desvio à esquerda, Coombs direto positivo, IgM e Complemento (policlonal), bilirrubina indireta = 2,3 mg/dl e DHL = 1.670 mg/dl. Qual das alternativas seria a conduta mais adequada?



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

- A. Transfusão de concentrado de hemácias e antibioticoterapia.
- B. Transfusão de concentrado de hemácias e pulsoterapia.
- C. Transfusão de concentrado de hemácias fenotipadas em alíquotas, antibioticoterapia e plasmaferese.
- D. Transfusão de concentrado de hemácias fenotipadas em alíquotas, antibioticoterapia e pulsoterapia.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a anulação da questão sobre conduta terapêutica em provável anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios (doença dos aglutininas frias), pois nenhuma das alternativas propostas está alinhada com as diretrizes atuais.

A suspeita de anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios neste caso fundamenta-se em um conjunto de achados clínicos e laboratoriais característicos: anemia macrocítica grave, reticulocitose, hiperbilirrubinemia indireta, elevação de DHL, teste de Coombs direto positivo para IgM e complemento, além de quadro infeccioso agudo. O padrão de hemólise extravascular, associado à presença de IgM e complemento no teste de Coombs, é típico da doença dos aglutininas frias, especialmente em adultos com quadro infeccioso ou linfoproliferativo subjacente. A literatura destaca que a cold agglutinin disease resulta da produção de autoanticorpos IgM, levando à ativação do complemento e destruição eritrocitária, frequentemente desencadeada por infecções respiratórias, como no caso ou doenças linfoproliferativas.

A literatura médica é clara ao afirmar que corticoterapia não é indicada para o tratamento da anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios. Diversos consensos internacionais e revisões sistemáticas demonstram que os corticoides apresentam baixa taxa de resposta e, quando há resposta, exigem doses elevadas e prolongadas, consideradas inaceitáveis devido ao perfil de efeitos adversos. O uso de corticosteroides permanece restrito à anemia hemolítica autoimune por anticorpos quentes, sendo ineficaz e potencialmente prejudicial na forma fria.

Da mesma forma, plasmaférese não é recomendada como conduta rotineira. Seu efeito é transitório, não há benefício sustentado em estudos sistemáticos e só pode ser considerada



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

em situações críticas, como medida temporária e de exceção, nunca como tratamento definitivo. O manejo de casos graves deve priorizar terapias específicas, como rituximabe ou agentes quimioterápicos, conforme tolerância e perfil do paciente.

O tratamento de escolha para casos sintomáticos de anemia hemolítica autoimune por anticorpos frios é a terapia dirigida ao clone B-linfocitário, principalmente com rituximabe, isolado ou em combinação com agentes quimioterápicos. Novas opções, como inibidores de complemento (ex: sutimlimabe, aprovado pelo FDA nos EUA), podem ser consideradas em casos específicos, mas não constituem conduta padrão universal.

Portanto, nenhuma das alternativas propostas representa a conduta mais adequada segundo o consenso atual, justificando a anulação da questão.

Referências:

1. Autoimmune Hemolytic Anemias. Berentsen S, Barcellini W. The New England Journal of Medicine. 2021;385(15):1407-1419. doi:10.1056/NEJMr2033982.
2. How I Treat Cold Agglutinin Disease. Berentsen S. Blood. 2021;137(10):1295-1303. doi:10.1182/blood.2019003809.
3. The Choice of New Treatments in Autoimmune Hemolytic Anemia: How to Pick From the Basket?. Berentsen S, Fattizzo B, Barcellini W. Frontiers in Immunology. 2023;14:1180509. doi:10.3389/fimmu.2023.1180509.
4. How I Manage Patients With Cold Agglutinin Disease. Berentsen S. British Journal of Haematology. 2018;181(3):320-330. doi:10.1111/bjh.15109.
5. Cold AIHA and the Best Treatment Strategies. Despotovic JM, Kim TO. Hematology. American Society of Hematology. Education Program. 2022;2022(1):90-95. doi:10.1182/hematology.2022000369.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

PUC - Sorocaba - 2026

6. Updates on the Diagnosis and Management of Cold Autoimmune Hemolytic Anemia. Gertz MA. Hematology/Oncology Clinics of North America. 2022;36(2):341-352. doi:10.1016/j.hoc.2021.11.001.
7. How I Treat Autoimmune Hemolytic Anemias in Adults. Lechner K, Jäger U. Blood. 2010;116(11):1831-8. doi:10.1182/blood-2010-03-259325.
8. Treatment of Autoimmune Hemolytic Anemias. Zanella A, Barcellini W. Haematologica. 2014;99(10):1547-54. doi:10.3324/haematol.2014.114561.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral **Questão: 25**

As questões 25 a 27 se referem ao caso abaixo: Uma paciente em uma casa de repouso com demência leve é internada com obstrução intestinal de alto grau. Ela é internada para repouso intestinal e monitoramento. Nas 24 horas seguintes, seu débito por sonda nasogástrica permanece bilioso, sua dor abdominal piora e seu lactato aumenta. Você determina que ela precisa ir urgentemente para o centro cirúrgico, mas quando ela é informada sobre a cirurgia, diz: "Não quero cirurgia, quero ir para casa e preparar o jantar com meu marido" e afirma que vai melhorar sozinha, sem cirurgia. Ela insiste em deixar o hospital e continua falando com o marido como se ele estivesse presente. Quando você liga para a casa de repouso, eles informam que o marido dela faleceu há décadas, que ela não possui Diretiva Antecipada de Vontade registrada, já que todos os seus irmãos faleceram e que ela não tem filhos. Qual é o próximo passo no tratamento dela?

- A. Obter uma ordem judicial para prosseguir com a cirurgia.
- B. Obter a opinião de um segundo médico e prosseguir com a cirurgia, se ele concordar com sua avaliação.
- C. Respeitar a vontade verbal da paciente e devolvê-la à unidade de enfermagem com cuidados paliativos.
- D. Prosseguir com a cirurgia, pois ela não pode recusar neste momento e trata-se de uma emergência.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

venho, por meio deste, apresentar recurso referente à questão número 25 do processo seletivo da PUC-SP, que aconteceu em 16/11/2025. Na questão temos uma paciente idosa, com um quadro de emergência cirúrgica, com necessidade de tratamento cirúrgico. Paciente se mostra incapaz de tomar decisões sobre o próprio cuidado, sem condições de autonomia própria por um quadro demencial. A banca nos pede para próxima conduta, dando como gabarito a alternativa B.

A paciente apresenta uma emergência cirúrgica com refratariedade ao tratamento clínico e piora laboratorial, sem diretrizes antecipadas de vida, com a paciente sem condições plenas de decisão de autocuidado. Segundo o Código de Ética Médica, no seu Art. 22, estabe-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

lece que “Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.”, e segundo a Resolução 2.232/2019 Art. 11: “Em situações de urgência e emergência que caracterizam iminente perigo de morte, o médico deve adotar todas as medidas necessárias e reconhecidas para preservar a vida do paciente, independentemente da recusa terapêutica.”

Tendo em vista os argumentos acima, em situação de emergência, a recusa do paciente (que não tem capacidade para um autocuidado apropriado) não prevalece, e a prioridade ética e legal é salvaguardar a vida. Além disso, o caso clínico mostra clara piora clínica e laboratorial, com refratariedade ao tratamento clínico, sendo indicação clara de tratamento cirúrgico, não sendo necessária a indicação de outro profissional, é uma indicação médica e que neste caso é preponderante.

Dessa forma, a alternativa D, que propõe prosseguir com a cirurgia urgente apesar da recusa verbal da paciente, é a que melhor reflete os preceitos éticos e legais vigentes no Brasil, preservando a vida e atuando na melhor conduta para a paciente quando ela não tem capacidade decisória. Por conta disso, solicito troca de gabarito da alternativa B para alternativa D. Agradeço a atenção.

Referências:

* BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica: aprovado pela Resolução CFM nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Brasília: CFM, 2009. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.

* BRASIL. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução CFM nº 2.232, de 17 de julho de 2019. Estabelece normas éticas para a recusa terapêutica por pacientes e objeção de consciência na relação médico-paciente. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 set. 2019. Disponível em: [https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2232_2019.pdf](https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/resolucoes/BR/2019/2232_2019.pdf).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral **Questão: 31**

Uma mulher de 58 anos apresenta uma história de longa data de doença do refluxo gastroesofágico. Ela toma um inibidor da bomba de prótons duas vezes ao dia e reclama de crescente regurgitação nos últimos 6 meses. Ela tem um histórico de diabetes mellitus, obesidade mórbida e hipertensão. Ela nega o uso de álcool, atualmente fuma 1/2 pacote de cigarros por dia e é independente para todas as atividades da vida diária. No mais, ela está com boa saúde sem outros problemas. Seus sinais vitais são normais, o índice de massa corpora é de 39 kg/m² e o exame físico é normal. A paciente, na sequência, passou pela correção da hérnia com funduplicatura a Nissen, sem intercorrências. Dois anos depois, a paciente apresenta azia recorrente e regurgitação. Na avaliação, nota-se que a funduplicatura de Nissen migrou para o tórax. Qual é a melhor alternativa neste momento?

- A. Gastroplastia a Collis.
- B. Esofagectomia de Ivor-Lewis.
- C. Bypass Gástrico em Y de Roux.
- D. Esofagomiotomia.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

venho, por meio deste, apresentar recurso referente à questão número 31 do processo seletivo da PUC-SP, que aconteceu em 16/11/2025. A questão nos coloca uma paciente com recidiva de refluxo após funduplicatura de Nissen com obesidade mórbida (IMC 39 kg/m²) e migração intratorácica da válvula. O gabarito preliminar aponta a alternativa A (Gastroplastia de Collis). Entretanto, esta alternativa não representa a melhor conduta de acordo com a literatura e diretrizes atuais.

A gastroplastia de Collis é um procedimento indicado exclusivamente em casos de esôfago verdadeiramente curto, condição anatômica específica que impede a realização de uma funduplicatura sem tensão. A migração da válvula para o tórax, por si só, não significa esôfago curto, e a questão não fornece qualquer evidência que sustente esta indicação. Portanto, a Collis não é, neste contexto, o tratamento de escolha.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Além disso, a paciente apresenta obesidade grau II, fator reconhecido como um dos principais responsáveis pela falha da funduplicatura devido ao aumento da pressão intra-abdominal. A Collis não aborda esse mecanismo fisiopatológico e não reduz o risco de nova recorrência, configurando intervenção anatomicamente direcionada, porém insuficiente frente à etiologia predominante.

Diretrizes e consensos modernos, como SAGES e ASMBS-IFSO, recomendam a conversão para bypass gástrico em Y de Roux (RYGB) como a melhor abordagem em pacientes obesos com refluxo refratário ou falha de funduplicatura. O RYGB reduz a exposição ácida e biliar ao esôfago, diminui a pressão intra-abdominal e tem superior taxa de resolução de sintomas quando comparado a reoperações antirrefluxo convencionais, incluindo procedimentos como Collis + refundo. Revisões recentes também reforçam que o RYGB apresenta melhores desfechos funcionais e menor taxa de recorrência na população obesa.

Importante destacar que a Collis, além de não corrigir o fator causal (obesidade), pode gerar complicações funcionais por alongamento gástrico tubularizado, como estase, sintomas persistentes e necessidade contínua de IBP. Por isso, sua indicação deve ser restrita ao esôfago curto verdadeiro — cenário que não está presente neste caso clínico.

Diante do exposto, a alternativa que melhor reflete a conduta recomendada pelas diretrizes atuais é a alternativa C (Bypass Gástrico em Y de Roux), e não a gastroplastia a Collis. Solicito, portanto, a retificação do gabarito. Agradeço pela atenção.

Referencias:

- BRASIL. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES). Guidelines for the Surgical Treatment of Gastroesophageal Reflux Disease. Disponível em: <https://www.sages.org>.
- BRASIL. American Society for Metabolic and Bariatric Surgery (ASMBS); International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). ASMBS-IFSO Indications for Metabolic and Bariatric Surgery – 2022. Disponível em: <https://asmbs.org>.
- CASTILLO-LARIOS, R. et al. Laparoscopic conversion of failed fundoplication to Roux-en-Y gastric bypass: outcomes and indications. 2023.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

PUC - Sorocaba - 2026

- NASON, K. et al. Quality of life after Collis gastroplasty: evaluation of functional outcomes. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 92

Gestante tabagista, com 40 anos de idade e gestação de 36 semanas, com 2 cesáreas prévias, busca atendimento na maternidade com sangramento vaginal indolor de coloração vermelho-viva, imotivado, com início súbito há 15 dias, reincidente desde então, de gravidade progressiva. Tem algumas discretas contrações uterinas quando o sangue jorra em quantidades maiores nos episódios hemorrágicos. O médico que a admitiu procedeu o toque vaginal que desencadeou hemorragia abundante. Com relação a essa situação clínica, assinale a alternativa INCORRETA:

- A. Considera-se choque moderado, ou Estágio II quando o Índice de choque se encontra entre 1,4 a 1,9, há sangramento contínuo, perda sanguínea entre 26 e 35% (1,5 a 2 L), PAS = 70 a 79 ou FC = 101 a 120 ou agitação/sonolência ou perfusão comprometida (palidez, frieza e sudorese).
- B. A hipotermia pode impactar negativamente na coagulação, uma vez que interfere na geração de trombina, na agregação plaquetária e na formação de trombos de fibrina, exacerbando a coagulopatia.
- C. Está recomendada a infusão fixa de 2 L de cristaloides em bólus ao se diagnosticar sangramento, com a proporção de 3 L de fluido para cada litro de sangue perdido.
- D. A suspeita é de que seja uma situação de distopia placentária (placenta prévia) e este diagnóstico deve ser confirmado pela ultrassonografia transvaginal.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliação do gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: A alternativa A adota o **Índice de Choque** (IC) entre 1,4 e 1,9 para estimar choque moderado (Estágio II), porém o mais recente protocolo assistencial da FEBRASGO lançado em 2025 - coloca como moderado o choque com índice entre 1,3 e 1,7 e grave aqueles com IC acima de 1,7.

- **Definição de Índice de Choque:** razão entre frequência cardíaca e pressão sistólica arterial.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

· Classificação atualizada

Tabela 6. Correlação do grau de choque, sinais vitais, índice de choque e necessidade transfusional

Grau de choque*	Perda volêmica em % e mL*	Nível de consciência	Perfusão	Pulso	PAS (mmHg)	Índice de choque	Transfusão
Compensado	10-15% 500-1.000 mL	Normal	Normal	60-90	90	0,7-1,0	Usualmente não
Leve	16-25% 1.000-1.500 mL	Normal e/ou agitada	Palidez, frieza	91-100	80-90	1,0-1,3	Possível
Moderado	26-35% 1.500- 2.000 mL	Agitada	Palidez, frieza, sudorese	101-120	70-79	1,3-1,7	Usualmente exigida
Grave	> 35% > 2.000 mL	Letárgica ou inconsciente	Palidez, frieza, sudorese, perfusão capilar superior a 3 minutos	> 120	< 70	> 1,7	Possível transfusão maciça

Fonte: adaptado de OPAS.⁽²⁾

O parâmetro clínico que estiver mais alterado (indicando maior gravidade) definirá o grau do choque hipovolêmico.

Em contraste, a alternativa A considera valores de índice de choque entre 1,4 a 1,9 como choque moderado.

A atualização alinha-se à recomendação de intensificar suporte hemodinâmico e transfusões em IC elevados, reduzindo morbimortalidade materna.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos ampliação do gabarito para considerar também a alternativa **A** como INCORRETA.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PUC - Sorocaba - 2026

Referências

- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Hemorragia pós-parto. 3ª ed. São Paulo: FEBRASGO; 2025 (Protocolo FEBRASGO- obstetrícia, n. 52/Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas).



@medway.residenciamedica



Medway