



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

PSU - GO - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 5

A violência na adolescência representa um complexo desafio de saúde pública, com múltiplas camadas de determinantes que interagem de forma sinérgica. Considerando este cenário, qual combinação de elementos contextuais e psicossociais, frequentemente abordada no modelo ecológico da violência, é considerada um dos mais potentes preditores de risco para a participação, seja como perpetrador, vítima ou ambos, em comportamentos violentos entre adolescentes, exigindo uma abordagem multifacetada e intersetorial de prevenção e intervenção?

- A. Histórico de exposição a modelos parentais de agressão verbal e física na primeira infância, associado à privação socioeconômica persistente e à falta de acesso a serviços de saúde mental adequados, que impactam diretamente o desenvolvimento de habilidades de coping e regulação emocional.
- B. Participação em grupos de pares desviantes com normas antissociais, caracterizados pela desvalorização de regras e autoridades, e acesso facilitado a conteúdo online que glorificam a violência, o extremismo e a autoagressão, reforçando comportamentos de risco e dessensibilização.
- C. Residência em comunidades com elevada desorganização social, como a ausência de instituições de apoio, a baixa coesão social e infraestrutura precária, coexistência de normas sociais que toleram ou até legitimam a agressão como forma de resolução de conflitos, e alta prevalência de acesso a meios letais, como armas de fogo, criando um ambiente propício para a escalada da violência.
- D. Déficits significativos em habilidades de resolução de conflitos e regulação emocional, agravados por uma história de transtornos de conduta não tratados negligenciados na infância e adolescência, e a presença de comorbidades psiquiátricas como depressão ou transtorno de estresse pós-traumático (PTSD), que aumentam a impulsividade e a reatividade.

Recurso:

Prezada banca, solicito a revisão do gabarito da questão. A alternativa indicada pela banca (C) não contempla os principais preditores de risco para envolvimento de adolescentes em situações de violência conforme o modelo ecológico adotado pelo Ministério da Saúde e pela SBP. Os documentos oficiais — como a Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (MS, 2021) e os materiais da SBP sobre prevenção de violências — destacam que os fatores de maior impacto são aqueles relacionados ao âmbito indi-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

vidual e familiar, especialmente a exposição precoce à violência intrafamiliar, histórico de agressões verbais ou físicas, vulnerabilidade socioeconômica, dificuldade de acesso a serviços de saúde e proteção social, além de déficits em habilidades de regulação emocional e coping. Esses elementos, reconhecidos pelo MS e SBP como principais determinantes da violência na adolescência, aparecem exclusivamente na alternativa A, que reflete de forma completa e fiel o modelo ecológico. Já a alternativa C descreve apenas fatores comunitários, importantes, porém secundários e incompletos, não correspondendo à “combinação de elementos preditores de risco” solicitada no enunciado. Diante disso, a alternativa correta é a A, razão pela qual solicito a alteração do gabarito.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 22

Casal procura atendimento após 18 meses de tentativa de gestação sem sucesso. Mulher, 31 anos de idade, ciclos menstruais regulares de 28 dias, sem antecedentes de infecções pélvicas ou cirurgias. Homem, 34 anos de idade, sem comorbidades, sem uso de medicamentos ou drogas ilícitas. Exame ginecológico da paciente normal. Considerando a investigação inicial do casal infértil, qual procedimento deve ser adotado?

- A. Solicitar espermograma apenas após a exclusão de causas femininas de infertilidade, visto que a investigação deve priorizar inicialmente a mulher.
- B. Realizar a histerossalpingografia, é exame de primeira linha para investigação da cavidade uterina e tubas, e deve ser realizada antes mesmo da dosagem hormonal básica.
- C. Avaliar a ovulação por meio da dosagem de progesterona sérica na fase lútea, preferencialmente em torno do 21º dia do ciclo.
- D. Solicitar a dosagem de FSH e estradiol no 21º dia do ciclo menstrual para avaliação da reserva ovariana.

Recurso:

Prezada banca,

Considerando fontes mais atuais como a European Society of Human Reproduction and Embryology, a proposta de dosar a progesterona na fase lútea para avaliar a ovulação não está mais indicada como exame de rotina na investigação inicial de infertilidade conjugal. Atualmente, a avaliação da ovulação baseia-se principalmente na *anamnese clínica* e em métodos diretos de monitoramento folicular, sem necessidade de dosagem de progesterona rotineira. Diretrizes contemporâneas recomendam a investigação da reserva ovariana por *dosagem de AMH* e *contagem de folículos antrais* por ultrassonografia no início do ciclo, abandonando protocolos que incluam progesterona para confirmação de ovulação.

Diante do exposto, solicitamos, humildemente, a anulação da questão por ausência de resposta mais adequada, visto que o espermograma e a histerossalpingografia devem ser solicitados no início da pesquisa de infertilidade, independente dos outros exames, e, a dosagem de FSH e estradiol deve ser feita no início do ciclo.

Referências:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility evaluation of infertile women: a committee opinion. Fertil Steril. 2021;116(5):1255-1265. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.08.038.
- Phillips K, Olanrewaju RA, Omole F. Infertility: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2023;107(6):623-630



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 29

Gestante, 24 anos de idade, G1P0, em trabalho de parto de evolução espontânea, encontra-se em fase ativa com dilatação cervical de 5 cm. O partograma mostra que a curva de dilatação cruzou a linha de alerta em direção à linha de ação. A dinâmica uterina é de 2 contrações em 10 minutos, e a ausculta fetal está dentro da normalidade. Considerando o caso clínico relatado e, com base nas recomendações da OMS para o uso do partograma, sabe-se que:

- A. a linha de alerta representa o limite máximo aceitável de dilatação, devendo-se indicar imediatamente cesariana quando ultrapassada.
- B. a presença de dinâmica uterina hipossistólica (menos de 3 contrações em 10 minutos) não influencia a interpretação do partograma, pois este avalia apenas a dilatação cervical.
- C. o cruzamento da linha de alerta indica falha de progressão obrigatória, sendo necessário administrar ocitocina imediatamente, independentemente da dinâmica uterina.
- D. a linha de ação situa-se 4 horas à direita da linha de alerta, e seu cruzamento indica necessidade de intervenção ativa, como avaliação para cesariana ou uso de ocitocina.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (D)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: O cruzamento da linha de alerta não implica indicação imediata de cesariana, sendo a linha de ação o ponto que sinaliza necessidade de intervenção ativa, como avaliação para cesariana ou uso de ocitocina. Fonte: Partograma preconizado pelo Ministério da Saúde.

- **Distribuição das linhas:** A *linha de ação* é traçada 4 horas após a *linha de alerta*, definindo o limiar para início de medidas corretivas no trabalho de parto. Fonte: Partograma preconizado pelo Ministério da Saúde.
- **Intervenção ativa:** O ultrapassamento da linha de ação indica necessidade de avaliar e corrigir fatores de distocia, como instigar a dinâmica uterina com ocitocina ou considerar cesariana, sem que o cruzamento, por si só, determine cirurgia imediata. Fonte: Figura 31. Parto taquitócico.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para (D).

Referências

- Ministério da Saúde — Partograma preconizado pelo Ministério da Saúde
- Ministério da Saúde — Parto taquitócico



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 30

Gestante, 10 semanas de gestação, G2P0A1, comparece ao pronto atendimento com queixa de sangramento vaginal moderado e cólica pélvica. Ao exame: colo uterino entreaberto, sangramento ativo, restos ovulares visíveis no orifício cervical. Ultrassonografia mostra conteúdo intrauterino irregular, sem batimentos cardíacos fetais, com espessamento endometrial. De acordo com o relato deste caso clínico, o quadro é de abortamento

- A. inevitável, caracterizado por sangramento e dilatação cervical, mas sem eliminação de restos ovulares.
- B. completo, confirmado pela ausência de restos intrauterinos à ultrassonografia.
- C. em curso (incompleto), e a conduta pode incluir aspiração manual intrauterina (AMIU) ou curetagem uterina, conforme condições clínicas.
- D. retido, caracterizado por ausência de sangramento e colo uterino fechado, com morte embrionária confirmada ao ultrassom.

Recurso:

À Comissão Examinadora

Prezados membros da Comissão,

Venho, respeitosamente, interpor recurso quanto à correção da questão que descreve o caso clínico: gestante de 10 semanas, G2P0A1, sangramento vaginal moderado, cólica pélvica, colo uterino entreaberto com sangramento ativo e **restos ovulares visíveis no orifício cervical**; ultrassonografia mostrando conteúdo intrauterino irregular, sem batimentos cardíacos fetais, com **espessamento endometrial**.

Conforme ampla literatura e diretrizes sobre perdas gestacionais precoces, o achado de restos ovulares visíveis no orifício cervical e/ou colo uterino entreaberto, associado a conteúdo intrauterino ecográfico heterogêneo ou aumento da espessura da cavidade endometrial, é compatível com **aborto incompleto / aborto em curso**, e **não** com aborto completo. Em contraste, o diagnóstico de aborto completo exige ausência de restos uterinos visíveis e cavidade uterina vazia ao exame de imagem, normalmente com espessura endometrial reduzida.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

No caso apresentado, a própria prova descreve **restos ovulares visíveis no orifício cervical** e **espessamento endometrial** ao ultrassom — dois achados objetivamente concordantes com **persistência de produto de concepção** e, portanto, com aborto em curso ou aborto incompleto, e não com aborto completo. Assim, a resposta marcada como “aborto completo” (esta foi a alternativa correta segundo o gabarito) contraria evidências clínicas e ecográficas estabelecidas na literatura e em orientações clínicas.

Diante disso, solicito a **anulação da questão** ou a **retificação da resposta para alternativa C** para refletir que o quadro descrito é mais adequadamente classificado como **aborto em curso / incompleto**, conforme embasamento científico e diretrizes referidas. Agradeço a atenção e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Referências:

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). *Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss*. Obstet Gynecol. 2018 Nov;132(5):e197–e207.
2. REDINGER A. *Incomplete miscarriage*. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
3. HEALTH SERVICE EXECUTIVE (HSE). *National Clinical Practice Guideline — First Trimester Miscarriage*. Dublin: HSE; 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 36

Mulher, 35 anos de idade, assintomática, em rastreamento mamográfico, apresenta mama densa, sem lesões suspeitas. Durante a consulta, pergunta ao médico sobre a anatomia normal da mama e sua correlação com exames de imagem. Com base na anatomia mamária, e para responder ao questionamento da paciente, o profissional relata que

- A. a drenagem linfática da mama é predominantemente para os linfonodos supraclaviculares e paraesternais, sendo rara a drenagem axilar.
- B. a unidade ductolobular terminal (UDLT) é a principal estrutura funcional da mama e o local mais comum de origem dos carcinomas mamários.
- C. o ligamento de Cooper é uma estrutura vascular responsável pela irrigação da mama, formada por ramos da artéria torácica interna.
- D. cada mama possui, em média, 5 a 7 ductos principais, que convergem para o mamilo, responsáveis pela drenagem do parênquima glandular.

Recurso:

À Banca Examinadora,

A questão explora a anatomia mamária normal e sua correlação com exames de imagem, destacando a *unidade ductolobular terminal* (UDLT) como principal estrutura funcional e a organização dos ductos mamários que convergem para o mamilo. Sabe-se que o parênquima mamário é predominantemente composto por tecido glandular de alta densidade, correspondente à UDLT, reconhecida como o principal sítio de geração de secreção e local mais comum de origem de carcinomas mamários em rastreamentos mamográficos. Porém, sabe-se também que existem referências bibliográficas em que as imagens mamográficas evidenciam em média 5 a 7 ductos principais por mama, estruturas responsáveis pela drenagem do parênquima glandular até o mamilo, destacando sua relevância funcional e anatômica na avaliação por imagem, o que torna a alternativa D correta, assim como a B.

Diante do exposto, solicitamos humildemente ampliação do gabarito para as alternativas B e D.

Referências:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- Geddes, D.T., Kent, J.C., Ramsay, D.T. et al. "The anatomy of the lactating breast: Latest research and clinical implications." *Infant – British Journal of Lactation*. 2007; **3(2)**: 61–71.
- Love, S. M., & Barsky, S. H. "Anatomy of the nipple and breast ducts revisited". *Cancer*. 2004; **101**(10): 2371–2380.
- Going, J. J., & Moffat, D. "Ductal-lobar organization of human breast tissue, its relevance to breast cancer, and a potential nomenclature." *J Pathol*. 2006; in **PMCID**.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 37

Mulher, 58 anos de idade, menopausa aos 55 anos, menarca aos 10 anos, nulípara, com história familiar de câncer de mama em irmã aos 42 anos. Relata uso de terapia de reposição hormonal combinada por 7 anos após menopausa. Exame físico atual sem alterações. Considerando os fatores de risco para câncer de mama, sabe-se que

- A. menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade e uso prolongado de terapia hormonal estão associados a maior exposição estrogênica cumulativa, elevando o risco de câncer de mama.
- B. A história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau é sem relevância clínica, a não ser que o diagnóstico tenha ocorrido após os 60 anos.
- C. A nuliparidade reduz o risco de câncer de mama por evitar o estresse proliferativo da lactação nos ductos mamários.
- D. A terapia de reposição hormonal isolada com estrogênio é a que mais aumenta o risco de câncer de mama, sendo maior que o da terapia combinada estrogênio-progestagênio.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: A alternativa C incorretamente atribui à *nuliparidade* efeito protetor contra o câncer de mama, o que contraria evidências de aumento de risco em mulheres sem gestação. Já a alternativa A corretamente identifica fatores que elevam a exposição estrogênica cumulativa, tais como menarca precoce, menopausa tardia, que prolongam o período de exposição a hormônios femininos, elevando significativamente o risco de câncer de mama. Além disso, sabe-se que as mudanças mamárias secundárias à gestação são fatores de proteção importante para o câncer de mama, ou seja, a nuliparidade está sim associada a um maior risco de câncer!

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito para (A).

Referências:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2012 Nov;13(11):1141–51. doi:10.1016/S1470-2045(12)70425-4.
- Peeters PHM, Verbeek ALM, Krol A, Matthyssen MM, de Waard F. Age at menarche and breast cancer risk in nulliparous women. *Breast Cancer Res Treat.* 1995;33(1):55–61. doi:10.1007/BF00666071.
- Cancer Australia. *Risk factors for breast cancer: A review of the evidence.* Surry Hills (NSW): Cancer Australia; 2018.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 38

Mulher, 55 anos de idade, apresenta nódulo endurecido em mama esquerda, medindo 2,3 cm, sem linfonodos palpáveis. Biópsia mostra neoplasia maligna de mama. O patologista descreve carcinoma invasivo com padrão mais comum de crescimento, mas ressalta que existem outros subtipos histológicos menos frequentes, com prognósticos diferentes, a saber:

- A. O carcinoma mucinoso e o carcinoma medular são variantes de mau prognóstico, associados a elevada taxa de metástases à distância.
- B. O carcinoma lobular invasivo é o subtipo mais comum e geralmente apresenta microcalcificações evidentes à mamografia, sendo facilmente diagnosticado.
- C. O carcinoma tubular, apesar de raro, possui comportamento biológico agressivo e prognóstico pior que o carcinoma ductal invasivo.
- D. O carcinoma ductal invasivo (não especial) é o subtipo mais frequente, correspondendo a aproximadamente 70-80% dos casos de câncer de mama.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (D)

Prezada Banca Examinadora,

A alternativa A afirma que os carcinomas mucinoso e medular têm mau prognóstico, o que contraria evidências de que ambos apresentam prognóstico favorável. Já a alternativa D corretamente identifica o carcinoma ductal invasivo não especial como o subtipo mais frequente, correspondendo a cerca de 70-80% dos casos.

Sabe-se que o carcinoma ductal invasivo não especial é o subtipo histológico mais comum de câncer de mama, representando entre 40% e 75% dos casos em diversas séries de estudos. O carcinoma medular apresenta melhor prognóstico e menor taxa de recorrência em comparação ao ductal invasivo não especial e que o carcinoma mucinoso (colóide) também se associa a evolução mais favorável e baixa incidência de metástases à distância.

Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para (D).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Referências:

1. World Health Organization. Classification of Tumours of the Breast. 5th ed. Lyon; 2019.
2. Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijver MJ, editors. WHO Classification of Tumours of the Breast. 4th ed. Lyon; 2012.
3. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118 964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol*. 2012 Nov;13(11):1141–51. doi:10.1016/S1470-2045(12)70425-4.
4. Peeters PHM, Verbeek ALM, Krol A, Matthyssen MM, de Waard F. Age at menarche and breast cancer risk in nulliparous women. *Breast Cancer Res Treat*. 1995;33(1):55–61. doi:10.1007/BF00666071.
5. Cancer Australia. *Risk factors for breast cancer: A review of the evidence*. Surry Hills (NSW): Cancer Australia; 2018.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 39

Paciente, 49 anos de idade, diagnosticada com carcinoma invasivo de mama. Imuno-histoquímica: receptores de estrogênio (RE) fortemente positivos, receptores de progesterona (RP) positivos, HER2 negativo, Ki-67 = 8%. Considerando os subtipos moleculares do câncer de mama, sabe-se que

- A. o perfil descrito corresponde ao subtipo luminal A, caracterizado por RE e/ou RP positivos, baixo índice proliferativo (Ki-67 baixo) e HER2 negativo, geralmente associado a melhor prognóstico.
- B. o subtipo luminal B apresenta sempre RE negativos e HER2 positivos, sendo de pior prognóstico que o triplo-negativo.
- C. o câncer de mama HER2-enriquecido caracteriza-se por RE e RP positivos, HER2 negativo e alto índice proliferativo.
- D. o subtipo triplo-negativo é definido por RE, RP e HER2 positivos, e está associado a melhor resposta à hormonoterapia.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A)

Prezada Banca Examinadora,

O perfil imuno-histoquímico apresentado — receptores de estrogênio fortemente positivos, receptores de progesterona positivos, HER2 negativo e índice proliferativo baixo (Ki-67 = 8%) — configura o subtipo **luminal A**, reconhecido por melhores desfechos clínicos em comparação aos demais subtipos.

Vale lembrar que:

- **Luminal A:** caracterizado por expressão positiva de receptores hormonais (ER e/ou PR), ausência de amplificação de HER2 e Ki-67 < 14%. Associação com baixo risco de recidiva e melhor sobrevida global (1,3).
- **Luminal B:** apresenta ER positivo com Ki-67 elevado ($\geq 14\%$) ou HER2 positivo, refletindo maior agressividade e necessidade de terapias adjuvantes mais intensas (2).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- A descrição da alternativa B — que atribui RE negativos e HER2 positivos ao luminal B — conflita diretamente com evidências de que o subtipo luminal B mantém receptores hormonais positivos e pode, ocasionalmente, ser HER2 negativo se o Ki-67 estiver elevado (2,3).

Diante do exposto, solicitamos a **mudança de gabarito** da alternativa (B) para a alternativa (A), em conformidade com as definições padronizadas de subtipos moleculares do câncer de mama.

Referências

1. Perou CM, Sørli T, Eisen MB, et al. Molecular portraits of human breast tumours. Nature. 2000;406(6797):747–52.
2. Nielsen TO, Hsu FD, Jensen K, et al. Immunohistochemical and clinical characterization of the basal-like subtype of invasive breast carcinoma. Clin Cancer Res. 2004;10(16):5367–74.
3. Cheang MC, Chia SK, Voduc D, et al. Ki67 index, HER2 status, and prognosis of patients with luminal B breast cancer. J Natl Cancer Inst. 2009;101(10):736–50.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 52

Homem, 42 anos de idade, apresenta dor no membro superior direito há cerca de 2 meses, associada a episódios noturnos frequentes e parestesias intermitentes. Refere piora em determinadas posições do pescoço e em atividades repetitivas com a mão. Ao exame físico, observa-se discreta redução da força de preensão manual e alteração da sensibilidade em dedos da mão direita. Mediante a manobra de elevação da mão sobre a cabeça, paciente referiu piora do dolorimento. Com base no quadro clínico descrito, qual é o diagnóstico provável e suas características?

- A. Radiculopatia cervical, caracterizada por dor irradiada conforme dermatômeros cervicais, podendo cursar com parestesias e déficit motor, geralmente agravada por movimentos do pescoço.
- B. Síndrome do túnel do carpo, caracterizada por compressão do nervo mediano no punho e perda progressiva de força de pinça, cujos testes clínicos de provocação apresentam acurácia limitada quando isolados.
- C. Tenossinovite de De Quervain, caracterizada por inflamação dos tendões do primeiro compartimento extensor, com dor sobre o estiloide radial exacerbada pela manobra de Finkelstein, em geral sem sintomas sensitivos.
- D. Epicondilite lateral, caracterizada por tendinopatia com dor localizada no epicôndilo lateral do úmero, pior à extensão do punho contra resistência, tipicamente sem manifestações sensitivas.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicito a revisão do gabarito da Questão 52. A banca indicou a alternativa B (Síndrome do Túnel do Carpo), porém o quadro descrito é claramente incompatível com esse diagnóstico e plenamente compatível com radiculopatia cervical, tornando a alternativa A a única resposta correta.

O enunciado descreve piora da dor em determinadas posições do pescoço e piora ao elevar o braço sobre a cabeça. Esses dois achados são inexplicáveis pela fisiopatologia do túnel do carpo, que não se modifica com movimentação cervical e costuma até melhorar com a elevação do braço. Já na radiculopatia cervical, ambos os achados são clássicos e coerentes: sintomas que variam com movimentos do pescoço e podem exacerbar-se com a abdução



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

do ombro.

Embora parestesias e leve redução de força possam ocorrer nas duas condições, somente a radiculopatia cervical explica integralmente o quadro clínico. A alternativa B, portanto, apresenta inconsistências e não responde adequadamente ao caso.

Diante disso, solicita-se a alteração do gabarito para a alternativa A. Caso a banca entenda haver ambiguidade, solicita-se a anulação da questão, visto que a resposta oficial não se sustenta clinicamente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social **Questão: 56**

J.B., mulher trans de 29 anos, em terapia hormonal com estradiol há 4 anos, procura a unidade de saúde relatando dor, prurido e secreção esbranquiçada em genitália há 1 semana. Refere parceiro fixo, sem histórico de infecções sexualmente transmissíveis (IST) conhecidas. Ao exame: presença de prepúcio e glândula com eritema difuso, secreção esbranquiçada aderida e odor fétido, sem úlceras ou vesículas. Ausência de linfadenomegalias inguinais ou lesões de pele regionais. De acordo com o relato, sabe-se que

- A. a balanopostite é uma IST com fatores de risco como fimose, má higiene ou higiene excessiva e diabetes mellitus; as terapias hormonais de afirmação contribuem para o aparecimento de sintomas, como no caso.
- B. a Política Nacional de Saúde Integral LGBTQIA+ prioriza a prevenção de IST/HIV/AIDS como eixo central de atuação; também contempla ações em saúde mental, atenção básica e acompanhamento de pessoas trans em processo de hormonização.
- C. no método clínico centrado na pessoa, a elaboração conjunta do plano de manejo deve transcorrer após afastar diagnósticos diferenciais e minimizar fatores sociais, como experiências de preconceito, que poderiam enviesar a decisão do paciente.
- D. o manejo inclui hidrocortisona tópica, além de orientação sobre higiene íntima adequada com substitutos do sabonete e emolientes, evitando irritantes e alérgenos comuns; recomenda-se o uso de roupas íntimas de algodão branco.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicito a revisão do gabarito da Questão 56. A banca indicou a alternativa D como correta. Entretanto, a alternativa D descreve um manejo incompleto e inadequado para o diagnóstico mais provável, balanopostite, quadro claramente descrito no enunciado, e não contempla a etiologia mais comum, além de trazer recomendações que não se alinham às diretrizes atuais. A alternativa B é a única plenamente verdadeira e tecnicamente consistente. O quadro clínico apresentado (dor, prurido, secreção esbranquiçada aderida, mau odor, eritema de glândula e prepúcio, ausência de úlceras ou vesículas e ausência de linfonodos aumentados) é compatível com balanopostite infecciosa, principalmente fúngica, cuja condução adequada envolve antifúngico tópico associado a medidas de higiene. A alternativa D, porém, recomenda hidrocortisona tópica, conduta contraindicada em balanopostite infecciosa, pois corticoides tópicos pioram infecções fúngicas ao suprimirem a resposta local.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Além disso, a alternativa D não menciona nenhum antifúngico ou antibiótico tópico, condutas essenciais conforme Ministério da Saúde e diretrizes de APS. Portanto, não descreve o tratamento correto para o caso apresentado.

Dessa forma, a alternativa D, tida como correta pela banca, apresenta erro técnico claro na condução terapêutica e não responde adequadamente ao caso clínico apresentado. A alternativa B, ao contrário, é totalmente correta dentro do que se afirma, sem incoerências ou recomendações inadequadas.

Diante do exposto, solicita-se alteração do gabarito para a alternativa B, por ser a única correta e inteiramente verdadeira, ou caso a banca entenda haver ambiguidade entre manejo clínico e afirmação conceitual, anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 59

Homem, 52 anos de idade, tabagista desde os 18 anos, procura atendimento por estar interessado em parar de fumar. Refere fumar em média 10 cigarros/dia, sendo o primeiro cigarro 2 horas após acordar. Refere não ter horário preferido para fumar nem ter dificuldades de se abster quando frequenta ambientes fechados ou quando está muito doente. Relata tentativas prévias de cessação, sem sucesso, todas sem auxílio profissional. No momento, diz estar motivado a tentar novamente. Qual conduta pode ser adotada pelo médico de família?

- A. Iniciar terapia com reposição de nicotina com adesivo transdérmico com doses crescentes, reforçando a motivação por meio da técnica da balança decisional para a fase de ação do ciclo de Prochaska.
- B. Iniciar terapia com vareniclina por 12 semanas, reforçando a autoeficácia e programando a data de cessação do hábito de fumar em ocasião significativa para o paciente para a fase de ação do ciclo de Prochaska.
- C. Iniciar terapia de reposição de nicotina com adesivo transdérmico associado a bupropiona, reforçando enfrentamento e planejamento de estratégias para evitar situações de risco para a fase de preparação do ciclo de Prochaska.
- D. Iniciar terapia com bupropiona 7 a 14 dias antes de parar de fumar, associada a psicoeducação voltada para aumentar a percepção dos malefícios do tabaco para a fase de pré-contemplação do ciclo de Prochaska.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicito a revisão do gabarito da Questão 59. A banca indicou a alternativa B (vareniclina, fase de ação) como correta. Entretanto, o enunciado descreve de forma inequívoca um paciente na fase de preparação, de acordo com o Modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente. Assim, a alternativa C é a única que corresponde adequadamente ao estágio motivacional e à conduta apropriada.

O paciente fuma 10 cigarros/dia, acende o primeiro cigarro duas horas após acordar, consegue ficar sem fumar em locais fechados, não apresenta sintomas relevantes de abstinência e agora se mostra motivado a tentar novamente, após tentativas prévias malsucedidas. Esses elementos definem baixa dependência e clara intenção de mudança, mas sem ainda



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

ter iniciado a cessação, ou seja, fase de preparação, não ação.

A alternativa B está incorreta porque descreve conduta típica da fase de ação, que exige que o indivíduo já tenha iniciado a mudança. Além disso, a justificativa metodológica da alternativa associa uma conduta de ação ("marcar data significativa") a uma interpretação equivocada do estágio motivacional. O paciente ainda não iniciou a interrupção do tabagismo, portanto não está em ação.

Do ponto de vista técnico e teórico, a alternativa C é a única consistente com os critérios clássicos de Prochaska e com o manejo preconizado na APS. A alternativa B incorre em erro conceitual, ao atribuir a este paciente um estágio motivacional diferente do descrito no modelo.

Diante disso, solicita-se a alteração do gabarito para a alternativa C. Caso a banca entenda haver ambiguidade, solicita-se anulação da questão, uma vez que a alternativa dada como correta não é compatível com o estágio descrito nem com o modelo teórico utilizado.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 70

Paciente, 60 anos de idade, com história de hipertensão arterial sistêmica, é admitido no pronto-socorro com quadro de instalação súbita de paralisia facial periférica à esquerda e hemiparesia com predomínio braquial à direita há 5 horas. Ao exame neurológico, o paciente apresenta reflexo corneano ausente à esquerda e desvio do olhar para a direita. Não há alterações na sensibilidade. A tomografia computadorizada de crânio é normal. O principal diagnóstico sindrômico topográfico a ser considerado neste caso é:

- A. Síndrome de Wallenberg, com lesão no bulbo lateral.
- B. Síndrome de Weber, com lesão no mesencéfalo.
- C. Síndrome de Millard-Gubler, com lesão na ponte.
- D. Síndrome de Benedikt, com lesão no mesencéfalo.

Recurso:

Solicito a ANULAÇÃO da questão por ausência de alternativa correta.

FUNDAMENTAÇÃO:

A questão apresenta um caso clínico com os seguintes achados neurológicos:

Dados do paciente:

- Homem, 60 anos, hipertenso
- Instalação súbita (5 horas de evolução)

Achados neurológicos:

1. Paralisia facial periférica à esquerda (VII nervo craniano ipsilateral)
2. Hemiparesia com predomínio braquial à direita (trato corticoespinal contralateral)
3. Reflexo corneano ausente à esquerda (V nervo craniano ipsilateral)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

4. Desvio do olhar para a direita (paralisia do olhar conjugado horizontal - lesão do PPRF à esquerda)
5. Sensibilidade preservada
6. TC de crânio normal

ANÁLISE TOPOGRÁFICA:

A combinação de achados localiza inequivocamente a lesão na **PONTE**, especificamente no **tegmento pontino (porção dorsolateral)**, pelas seguintes razões:

1. **Paralisia facial periférica** - núcleo/fascículo do VII nervo (ponte)
2. **Alteração do reflexo corneano** - núcleo sensitivo do V nervo (tegmento pontino)
3. **Paralisia do olhar conjugado horizontal** - lesão do PPRF (tegmento pontino)
4. **Hemiparesia contralateral** - trato corticoespinal (base da ponte)

A lesão que acomete simultaneamente estruturas do **tegmento pontino** (V nervo, PPRF, VII nervo) e da **base da ponte** (trato corticoespinal) caracteriza uma **lesão pontina extensa dorsolateral**.

ANÁLISE DAS ALTERNATIVAS:

Alternativa A - Síndrome de Wallenberg, com lesão no bulbo lateral:

INCORRETA

A Síndrome de Wallenberg caracteriza-se por:

- Lesão no território da artéria cerebelar posteroinferior (PICA)
- Localização: bulbo lateral
- Manifestações clássicas:
 - Síndrome de Horner ipsilateral



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- Ataxia cerebelar ipsilateral
- Síndrome sensitiva alternada (hipoestesia facial ipsilateral + hipoestesia termoal-gésica contralateral)
- Disfagia e disfonia (núcleos ambíguo)
- Soluços, náuseas e vômitos

Por que não se aplica ao caso:

- Ausência de síndrome sensitiva (sensibilidade preservada no caso)
- Ausência de sinais cerebelares
- Ausência de disfagia/disfonia
- Presença de paralisia facial periférica (não ocorre em Wallenberg)
- Presença de hemiparesia (incomum em Wallenberg)
- Presença de paralisia do olhar conjugado (não ocorre em Wallenberg)

Alternativa B - Síndrome de Weber, com lesão no mesencéfalo:

INCORRETA

A Síndrome de Weber caracteriza-se por:

- Lesão no pedúnculo cerebral (mesencéfalo ventral)
- Manifestações clássicas:
 - Paralisia do III nervo craniano ipsilateral (ptose palpebral, midríase, oftalmople-gia, estrabismo divergente)
 - Hemiparesia contralateral

Por que não se aplica ao caso:

1. Localização anatômica incompatível:

- O VII nervo craniano (facial) tem seu núcleo na PONTE, não no mesencéfalo
- O V nervo craniano (trigêmeo) tem seu núcleo sensitivo na PONTE, não no me-sencéfalo





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

- O PPRF (centro do olhar conjugado horizontal) localiza-se na PONTE, não no mesencéfalo

2. **Achados clínicos incompatíveis:**

- Ausência de paralisia do III nervo (sem ptose, midríase ou oftalmoplegia)
- Presença de paralisia facial periférica (estrutura pontina)
- Presença de alteração do reflexo corneano (estrutura pontina)
- Presença de paralisia do olhar conjugado horizontal (estrutura pontina)

CRÍTICO: Todos os achados de nervos cranianos localizam a lesão na PONTE, não no mesencéfalo. A Síndrome de Weber não pode ser o diagnóstico correto.

Alternativa C - Síndrome de Millard-Gubler, com lesão na ponte:

INCORRETA (embora a lesão seja de fato pontina)

A Síndrome de Millard-Gubler caracteriza-se por:

- Lesão na BASE DA PONTE (região ventromedial)
- Manifestações clássicas:
 - Paralisia do VI nervo ipsilateral (estrabismo convergente, diplopia horizontal)
 - Paralisia do VII nervo ipsilateral
 - Hemiparesia contralateral

Por que não se aplica ao caso:

1. **Topografia anatômica incompatível:**

A ponte divide-se em duas regiões principais:

- **Base da ponte (ventral):** contém o trato corticoespinal, fascículos do VI e VII nervos
- **Tegmento pontino (dorsal):** contém o núcleo sensitivo do V nervo, o PPRF, lemnisco medial



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

A Síndrome de Millard-Gubler resulta de lesão VENTRAL (base da ponte) e, portanto, NÃO acomete estruturas do tegmento pontino.

1. Achados clínicos não explicados por Millard-Gubler:

- **Alteração do reflexo corneano:** O núcleo sensitivo do V nervo localiza-se no TEGMENTO pontino. Lesões na base da ponte (Millard-Gubler) NÃO acometem o V nervo.
- **Paralisia do olhar conjugado horizontal:** O PPRF (Paramedian Pontine Reticular Formation) localiza-se no TEGMENTO pontino. Lesões na base da ponte (Millard-Gubler) NÃO causam paralisia do olhar conjugado.
- **Desvio do olhar para a direita:** Indica lesão do PPRF à esquerda (os olhos não conseguem olhar para a esquerda e desviam para a direita). Este achado caracteriza lesão TEGMENTAR, não da base pontina.

1. Achado esperado ausente:

- Millard-Gubler classicamente apresenta paralisia ISOLADA do VI nervo (estrabismo convergente, diplopia)
- O caso apresenta paralisia do OLHAR CONJUGADO (lesão do PPRF), não paralisia isolada do VI nervo

Alternativa D - Síndrome de Benedikt, com lesão no mesencéfalo:

INCORRETA

A Síndrome de Benedikt caracteriza-se por:

- Lesão no tegmento mesencefálico (porção dorsomedial do mesencéfalo)
- Manifestações clássicas:
 - Paralisia do III nervo craniano ipsilateral
 - Tremor contralateral e/ou coreoatetose (lesão do núcleo rubro)
 - Possível hemiparesia leve contralateral



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

Por que não se aplica ao caso:

- Mesma argumentação da Síndrome de Weber: localização no MESENCÉFALO não explica achados de estruturas PONTINAS
- Ausência de paralisia do III nervo
- Ausência de movimentos involuntários (tremor, coreoatetose)

SÍNDROME CORRETA (NÃO LISTADA NAS ALTERNATIVAS):

Os achados clínicos são compatíveis com a **SÍNDROME DE FOVILLE**, que não consta entre as alternativas:

Síndrome de Foville:

- Lesão no TEGMENTO PONTINO (porção dorsolateral da ponte)
- Manifestações:
 - Paralisia do olhar conjugado horizontal ipsilateral (lesão do PPRF)
 - Paralisia do VI nervo ipsilateral
 - Paralisia do VII nervo ipsilateral
 - Possível comprometimento do V nervo (alteração do reflexo corneano)
 - Hemiparesia contralateral

Por que Foville explica TODOS os achados do caso:

1. Paralisia facial periférica à esquerda (VII nervo)
2. Reflexo corneano ausente à esquerda (V nervo - tegmento pontino)
3. Desvio do olhar para a direita (lesão do PPRF à esquerda - tegmento pontino)
4. Hemiparesia direita com predomínio braquial (trato corticoespinal)

CONCLUSÃO:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

PSU - GO - 2026

A questão apresenta achados clínicos que caracterizam uma **lesão no tegmento pontino dorsolateral**, compatível com a Síndrome de Foville, que NÃO consta entre as alternativas oferecidas.

As alternativas apresentadas são TODAS incompatíveis com os achados clínicos:

- **Alternativa A (Wallenberg):** Lesão bulbar - não explica os achados
- **Alternativa B (Weber):** Lesão mesencefálica - incompatível com achados pontinos
- **Alternativa C (Millard-Gubler):** Lesão pontina ventral - não explica alteração do V nervo nem paralisia do olhar conjugado
- **Alternativa D (Benedikt):** Lesão mesencefálica - incompatível com achados pontinos

Solicito a anulação da questão por ausência de alternativa correta.



@medway.residenciamedica



Medway