



RECURSO PARA QUESTÃO

# OBJETIVA

FAMERP - 2026

**FAMERP - 2026**

medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 16**

Paciente proveniente do Maranhão, com 11 anos de idade, masculino, com emagrecimento importante há 5 meses e aumento do volume abdominal. Refere episódios de fezes amolecidas, sem muco, sangue ou pus, que frequentemente melhora somente com medicação caseira. No exame físico, apresenta-se descorado (2+/4+), astênico, com pele seca e descamativa, com fígado palpável a 6 cm do rebordo costal direito e 8 cm do apêndice xifoide e, baço a 7 cm do rebordo costal esquerdo. O hemograma mostra hemoglobina de 8,0 g/dl, hematócrito de 27%, leucócitos de 2.500/mm<sup>3</sup>, plaquetas de 60.000/mm<sup>3</sup> e o parasitológico de fezes positivo para ovos de *Schistosoma mansoni*. A conduta mais adequada neste caso é:

- A. Medicar com Praziquantel e observar.
- B. Solicitar a esplenoportografia para investigar uma possível hipertensão portal.
- C. Solicitar mielograma com biópsia da medula óssea, para elucidar o diagnóstico.
- D. Proceder a esplenectomia, para impedir um sequestro ainda maior de elementos sanguíneos.

#### **Recurso:**

À Banca Examinadora,

**Resumo da atividade:** Anulação.

#### **Síntese técnica do problema:**

Trata-se de paciente pediátrico, residente em área endêmica, com quadro clássico de esquistossomose mansônica na forma hepatoesplênica, em evolução há meses, cursando com hipertensão portal pré-sinusoidal, hepatoesplenomegalia acentuada e pancitopenia explicável por hiperesplenismo – sem qualquer dado clínico ou laboratorial que obrigue, de imediato, a suspeita de doença medular primária. A alternativa apontada como correta (mielograma) não se sobrepõe, em termos de plausibilidade clínica, às demais; ao contrário, conflita com a fisiopatologia bem estabelecida da forma hepatoesplênica, tornando a questão passível de anulação.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### Fundamentação técnica:

- **Quadro clínico compatível com esquistossomose hepatoesplênica com hipertensão portal e hiperesplenismo**

O enunciado descreve:

- criança de 11 anos, de área endêmica (Maranhão);
- emagrecimento e aumento de volume abdominal há meses;
- hepatomegalia e esplenomegalia importantes ao exame físico;
- exame parasitológico de fezes positivo para *Schistosoma mansoni*;
- hemograma com anemia, leucopenia e plaquetopenia.

Esse conjunto é altamente sugestivo de **forma hepatoesplênica da esquistossomose**, cuja definição inclui fibrose periportal, hipertensão portal, esplenomegalia e **citopenias periféricas associadas**. Estudos brasileiros de hepatosplenomegalia esquistossomótica descrevem que pacientes com essa forma apresentam, com frequência, **citopenias (anemia, trombocitopenia e leucopenia)** associadas à esplenomegalia e hipertensão portal. O achado do exame parasitológico de fezes positivo para *Schistosoma mansoni*, embora não seja o mais comum na forma hepatoesplênica, pode sim ocorrer - então esse quadro clínico de 5 meses de evolução pode sim ser da forma hepatoesplênica da esquistossomose.

Há ainda publicações nacionais que destacam que, em esquistossomose com hipertensão portal, a **pancitopenia decorre do hiperesplenismo**, por estase sanguínea intra-esplênica e aumento da destruição de células sanguíneas, e não de falência medular.

Assim, o hemograma da questão é plenamente compatível com o diagnóstico de **hiperesplenismo secundário à esquistossomose hepatoesplênica**, sem necessidade obrigatória de, imediatamente, se supor doença hematológica primária e realizar mielograma com biópsia de medula óssea.



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

**- Investigação da hipertensão portal: método proposto na alternativa B é antiquado, mas conceitualmente alinhado ao quadro**

A alternativa B propõe **esplenoportografia** para investigação de hipertensão portal. Ainda que, na prática atual, métodos **não invasivos** como ultrassonografia com Doppler e avaliação endoscópica de varizes sejam preferidos e amplamente recomendados como primeira escolha na avaliação de portal hipertensão em esquistossomose, a intenção clara da alternativa é justamente **investigar a hipertensão portal**, que está fortemente sugerida pelo caso clínico.

Trata-se, portanto, de uma alternativa tecnicamente imperfeita pela escolha do método (angiografia/esplenoportografia, hoje reservada a situações muito específicas), mas **conceitualmente coerente** com o diagnóstico sindrômico (hepatosplênica com portal hipertensão e hiperesplenismo). Já a alternativa C (mielograma), embora possa ser cogitada em outros contextos de pancitopenia, **não é mais correta nem mais alinhada ao quadro descrito do que a alternativa B**, tornando ambas discutíveis.

### **Conclusão com pedido:**

Diante do exposto – em especial da compatibilidade da pancitopenia com hiperesplenismo esquistossomótico, da inexistência de indicação obrigatória de mielograma como “exame principal” nesse contexto e da ambiguidade gerada por alternativas tecnicamente discutíveis – **solicitamos a anulação da questão**, por não apresentar uma única resposta correta de forma clara, atual e inequivocamente sustentada pela literatura.

### **Referências:**

Leite LAC et al. Relationship between splenomegaly and hematologic findings in patients with hepatosplenic schistosomiasis. Rev Bras Hematol Hemoter. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. *Vigilância da esquistossomose mansoni: diretrizes técnicas* [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. 116 p. Disponível em: Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

Lambertucci JR et al. Hepatosplenic schistosomiasis in field-based studies: a combined clinical and sonographic definition. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2001;96(Suppl):147-150.

Cooper AJR, Dholakia S, Holland CV, Friend PJ. Helminths in organ transplantation. Lancet Infect Dis. 2017;17(6):e166-e176. doi:10.1016/S1473-3099(16)30533-3.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 19**

Homem, 27 anos, 2º dia de febre alta, mialgia intensa e náuseas. PA 110×70 mmHg, FC 96 bpm, sem sangramento. Hemograma: Ht 41% (prévio 40%), plaquetas 80.000/mm<sup>3</sup>, leucócitos 4.200/mm<sup>3</sup>. NSI positivo sem outros achados. Vive em área com surtos de dengue. Qual a conduta inicial mais apropriada?

- A. Confirmar dengue provável; orientar hidratação oral, analgésico seguro, antiemético e retorno diário com sinais de alarme claros.
- B. Internar diretamente em unidade intensiva, apesar da estabilidade clínica e ausência de choque ou sangramento significativo ativo.
- C. Indicar ácido acetilsalicílico para analgesia e anticoagulação, mesmo no contexto típico de dengue aguda sem contraindicações aparentes.
- D. Solicitar apenas sorologia IgM/IgG e aguardar resultado, aguardando para o manejo clínico e orientação imediata ao paciente quando diagnóstico confirmado

#### **Recurso:**

À Banca Examinadora,

**Resumo da atividade:** Anulação

**Síntese técnica do problema:** Paciente com teste NSI positivo configura *dengue* confirmada, e não “provável dengue”. A alternativa A utiliza classificação inadequada, evidenciando fragilidade conceitual na questão. Fonte: Protocolo do MS para manejo da dengue, 2023.

#### **Fundamentação técnica:**

- O **fluxograma do Ministério da Saúde** distingue claramente *dengue suspeita/provável* de *dengue confirmada*; o diagnóstico confirmado por NSI afasta o uso do termo “provável” na conduta inicial.

A alternativa A, que constitui o gabarito, orienta conduta absolutamente condizente com as diretrizes para **dengue sem sinais de alarme**: manejo ambulatorial com hidratação oral,



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

analgésico seguro, antiemético e orientação de sinais de alarme/retorno. Esse é, de fato, o cuidado correto.

Contudo, ao usar a expressão **“confirmar dengue provável”**, conflita com a nomenclatura oficial da vigilância, que reserva o termo “provável” ao caso ainda não confirmado laboratorialmente. Como o enunciado já informa NS1 positivo, o que se confirma é **dengue**, e não “dengue provável”.

Esse descompasso entre o texto da alternativa e a classificação oficial pode gerar dúvida no candidato que conhece a definição de caso confirmado, abrindo espaço para questionamentos sobre a precisão técnica do item, embora não haja outra opção com conduta clínica correta.

### **Conclusão com pedido:**

Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão técnica, uma vez que as alternativas não contemplam corretamente a classificação de *dengue confirmada* e geram ambiguidade na escolha da conduta inicial.

### **Referências:**

- Brasil. Ministério da Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. Brasília: MS; 2023.
- Diretoria de Vigilância Epidemiológica de Santa Catarina (DIVE/SC). **Protocolo de vigilância epidemiológica de casos suspeitos de dengue**. Florianópolis; 2019.
- Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. **Vigilância em saúde: dengue – orientações técnicas**. Goiânia; 2019.



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 58**

Um jovem vem encaminhado à Emergência pela equipe médica pré-hospitalar após intoxicação exógena. Durante o atendimento, apresentava rebaixamento do nível de consciência, sendo rapidamente inserido cânula orofaríngea. Na chegada à emergência, o médico assistente resolve realizar intubação orotraqueal. Com relação à técnica, podemos afirmar que:

- A. A posição correta da lâmina curva (Macintosh) é acima da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em abdução
- B. A posição correta da lâmina reta (Miller) é abaixo da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em adução
- C. A posição correta da lâmina curva (Macintosh) é abaixo da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em adução
- D. A posição correta da lâmina reta (Miller) é acima da epiglote e a passagem da cânula com as cordas vocais em abdução

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a **anulação da questão referente às técnicas de laringoscopia direta**, uma vez que **nenhuma das alternativas apresenta a combinação correta de informações**, contendo erros técnicos claros sobre o posicionamento das lâminas Macintosh e Miller e sobre a fisiologia das pregas vocais durante a intubação. De acordo com as principais referências internacionais, a lâmina **Macintosh (curva)** deve ser posicionada **na valécula** (logo, abaixo da epiglote), realizando **elevação indireta da epiglote**, enquanto a lâmina **Miller (reta)** deve ser posicionada **sob a epiglote**, realizando **elevação direta**. Entretanto, **nenhuma alternativa corresponde a essas técnicas sem apresentar outro erro associado**, o que inviabiliza a escolha de uma resposta correta.

A alternativa **A** erra ao afirmar que a lâmina curva deve ser posicionada **acima da epiglote**, o que contradiz a técnica clássica, que exige sua colocação **na valécula**. A alternativa **B** erra ao afirmar que o tubo deve passar com “cordas em adução”, o que significaria cordas



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

fechadas, dificultando ou impedindo a intubação. A alternativa **C** descreve corretamente o posicionamento da lâmina curva **abaixo da epiglote**, mas volta a cometer erro fisiológico ao mencionar “cordas em adução”, novamente incompatível com a mecânica da intubação sob paralisia neuromuscular. Por fim, a alternativa **D** erra ao afirmar que a lâmina **reta** deve ser posicionada **acima da epiglote**, o que é incorreto.

Diante do exposto, considerando que **todas as alternativas possuem erros conceituais** e nenhuma representa a técnica correta descrita nos manuais clássicos de via aérea, solicito a **anulação da questão** por ausência de alternativa válida.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 65**

Uma paciente feminina de 58 anos, obesa ( $IMC = 33 \text{ kg/m}^2$ ), com diabetes tipo 2 de 8 anos de evolução, faz aferição ambulatorial com média de PA de 134/86 mmHg e já apresenta retinopatia diabética, qual a melhor abordagem inicial?

- A. Considerar PA normal; monitorar sem intervenção e manter acompanhamento ambulatorial.
- B. Classificar como pré-hipertensão; iniciar com mudanças de estilo de vida por 6 meses e reavaliar.
- C. Classificar como hipertensão (estágio 1) e iniciar tratamento farmacológico combinado de duas drogas em dose baixa.
- D. Classificar como pré-hipertensão; iniciar mudanças de estilo de vida e considerar medicação se após 3 meses não houver controle.

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

Solicito anulação da questão. Conforme a Diretriz Brasileira de HAS de 2025, temos que na Figura 3.3 – Triagem e diagnóstico de hipertensão arterial, frente a pré hipertensão, deve-se considerar hipertensão mascarada e portanto, solicitar MAPA/ MRPA. Visto que se anormal, a hipertensão deve ser tratada.

#### **Referência:**

Bran-  
dão AA, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Armstrong AC, Mulinari RA, Feitosa ADM, Mota-Gomes MA, et al. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial – 2025. Arq. Bras. Cardiol. 2025;122(9):e20250624.



@medway.residenciamedica



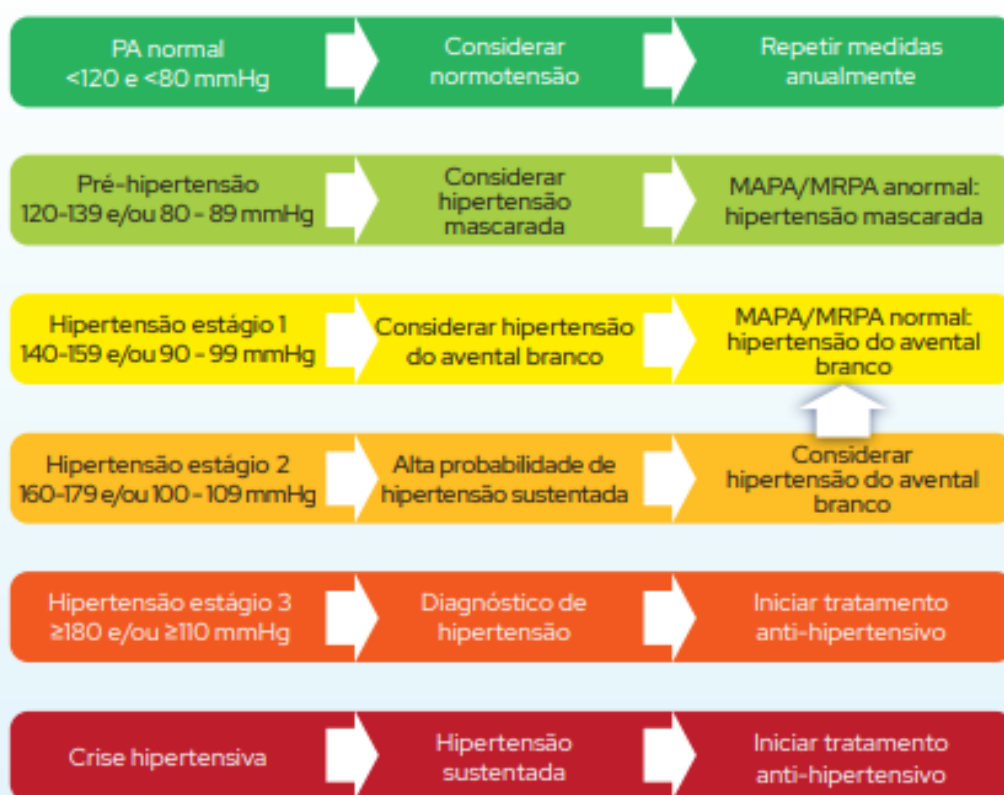
Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**FAMERP - 2026**

### PRESSÃO ARTERIAL DE CONSULTÓRIO



#### ABREVIATURAS:

PA: pressão arterial; MAPA: monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA: monitorização residencial da pressão arterial.



@medway.residenciamedica



Medway