



RECURSO PARA QUESTÃO

# OBJETIVA

SCM-BH - 2026

**SCM-BH - 2026**

medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Cirurgia Geral**

#### **Questão: 6**

Um homem melanodérmico, com 61 anos de idade, sem manifestações clínicas ou uso de medicamentos, procurou o médico para avaliação de controle. Ao exame físico, na palpação cervical, percebeu-se um pequeno nódulo na parte superior do lobo direito da tireoide. Solicitou-se punção biópsia aspirativa por agulha fina orientada por ultrassonografia. A citologia revelou carcinoma folicular no nódulo que media 21 mm, sem outras alterações morfológicas da tireoide, cuja função era normal. Qual é a conduta CORRETA nesse paciente?

- A. Tratamento com iodo radioativo apenas.
- B. Lobectomia direita e iodoterapia.
- C. Lobectomia direita e istmectomia.
- D. Tireoidectomia total e iodoterapia.

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

venho, por meio deste, apresentar recurso referente à questão número 06 do processo seletivo do Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que aconteceu em 29/11/2025. A questão apresenta um caso clínico de um paciente masculino, de 61 anos, com um nódulo tireoidiano de 21 mm (2,1 cm), cuja citologia por Punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF) sugeriu "carcinoma folicular". O gabarito preliminar indicou como correta a alternativa D (Tireoidectomia total e iodoterapia), contudo, tal conduta representa um erro de conduta médica frente às diretrizes atuais, configurando tratamento excessivo (overtreatment) e exposição do paciente a riscos desnecessários, devendo o gabarito ser alterado para a alternativa C (Lobectomia direita e istmectomia).

Ainda que assumíssemos, hipoteticamente, que o diagnóstico de Carcinoma Folicular já estivesse confirmado (o que o enunciado sugere erroneamente pela PAAF), a conduta da alternativa D continuaria incorreta à luz da Medicina Baseada em Evidências. Segundo a diretriz da American Thyroid Association (ATA) de 2015, que rege a conduta mundial, tumores diferenciados da tireoide entre 1 cm e 4 cm (T2), sem extensão extratireoidiana e sem evidência clínica de linfonodos metastáticos (cN0) – exatamente o caso da questão, que descreve um nódulo de 2,1 cm sem outras alterações –, podem ser tratados de forma segura e oncológica apenas com lobectomia tireoidiana (Recomendação 35 da ATA 2015). A lobecto-



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

mia oferece taxas de sobrevida e recorrência semelhantes à tireoidectomia total para esse perfil de paciente, com morbidade significativamente menor.

Além disso, a alternativa D sugere "iodoterapia" (radioiodo). A indicação de radioiodo (RAI) para um carcinoma folicular de 2,1 cm, minimamente invasivo (como se pressupõe na ausência de dados de alta agressividade), é contraindicada ou, no mínimo, não recomendada rotineiramente. A ATA classifica esse tumor como de Baixo Risco ou Risco Intermediário-Baixo, onde o benefício do RAI é inexistente ou controverso, não justificando a irradiação sistêmica do paciente. Portanto, indicar tireoidectomia total somada à iodoterapia para um nódulo de 2 cm sem estadiamento patológico definitivo é uma conduta iatrogênica e desatualizada.

Em contrapartida, a alternativa C (Lobectomia direita e istmectomia) preenche todos os requisitos da boa prática médica atual: serve como tratamento definitivo caso a lesão seja benigna (adenoma), serve como tratamento oncológico suficiente caso seja um carcinoma de baixo risco (o que engloba a maioria dos foliculares desse tamanho) e permite o diagnóstico histológico correto. Apenas após a análise da peça cirúrgica da lobectomia, se forem identificados critérios de alto risco (como invasão vascular extensa), proceder-se-ia à totalização, mas nunca como primeira escolha baseada apenas na PAAF.

Dessa forma, apoiado nas diretrizes da American Thyroid Association e do National Comprehensive Cancer Network (NCCN), a única conduta que respeita os princípios de necessidade diagnóstica e proporcionalidade terapêutica é a descrita na alternativa C.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133. (Especificamente: Recomendação 35 sobre a extensão da cirurgia para nódulos de 1-4cm e Recomendação 51 sobre o uso de Radioiodo).
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Thyroid Carcinoma. Version 3.2024. National Comprehensive Cancer Network. Disponível em: NCCN.org. (Diretriz que corrobora a lobectomia como tratamento inicial suficiente para carcinoma folicular minimamente invasivo ou indeterminado).



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Cirurgia Geral**

#### **Questão: 8**

Um homem leucodérmico e com idade de 61 anos, etilista e tabagista por mais de 40 anos, emagrecido, mas sem uso de medicamentos, procurou o seu consultório com queixa de dificuldade para engolir alimentos sólidos. Entre os exames solicitados, a endoscopia mostrou uma lesão de quatro centímetros, dois centímetros distalmente ao esfíncter esofágico superior. A biópsia confirmou a suspeita de carcinoma espinocelular. Com base apenas nessas informações, entre os itens seguintes, qual o tratamento INDICADO nesse caso?

- A. Neoadjuvância com quimio e radioterapia, seguida de esofagectomia e esofagogastroplastia.
- B. Neoadjuvância com quimio e radioterapia, seguida de esofagectomia e esofagocoloplastia.
- C. Somente quimioterapia e radioterapia em ciclos completos e sem esofagectomia.
- D. Introdução de prótese esofágica por endoscopia para nutrir e depois tratar o paciente.

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

venho, por meio deste, apresentar recurso referente à questão número 08 do processo seletivo do Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que aconteceu em 29/11/2025, a questão apresenta um caso clínico de um paciente com Carcinoma Espinocelular de esôfago cervical, distando apenas dois centímetros do Esfíncter Esofágico Superior, com uma lesão volumosa de quatro centímetros. Embora o gabarito oficial tenha indicado a alternativa C, que preconiza a quimiorradioterapia exclusiva, como a resposta correta, a literatura médica oncológica e cirúrgica de alta complexidade respalda solidamente a conduta descrita na alternativa B, referente à terapia trimodal com reconstrução colônica, tornando a questão passível de ampliação de gabarito.

Inicialmente, é imperioso destacar que, embora o protocolo de preservação de órgãos seja uma prática comum, ele não representa a única via curativa aceita, especialmente para tumores volumosos como o descrito. A literatura demonstra que lesões T3 ou de grande extensão no esôfago cervical submetidas à quimiorradioterapia exclusiva apresentam taxas de recorrência local significativas e falha terapêutica em uma parcela considerável dos pacientes. Neste contexto, diretrizes internacionais, incluindo as do National Comprehensive



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

Cancer Network (NCCN) e evidências derivadas de estudos como o CROSS, reconhecem a esofagectomia após neoadjuvância como uma estratégia curativa robusta, indicada para maximizar o controle local e garantir margens livres (R0) em pacientes com bom performance status ou naqueles que não apresentam resposta clínica completa à terapia inicial. Portanto, afirmar que a cirurgia não é "indicada" contradiz princípios fundamentais da cirurgia oncológica que visam a cura definitiva através da ressecção do tumor primário.

Ademais, a alternativa B distingue-se por oferecer um refinamento técnico superior em relação à alternativa A no que tange à reconstrução do trânsito para a topografia específica apresentada. Tratando-se de um tumor situado a apenas dois centímetros do esfíncter superior, a margem de segurança proximal exigiria uma anastomose extremamente alta, frequentemente na região hipofaríngea. Nessas situações anatômicas limítrofes, a gastroplastia (uso do estômago) frequentemente apresenta limitações severas de alcance e vascularização em sua extremidade cranial, elevando o risco de isquemia e deiscência da anastomose. Em contrapartida, a esofagocoloplastia, proposta na alternativa B, utiliza o cólon como conduto, o qual, devido à sua arcada vascular longa e móvel, é considerado por diversos autores renomados como o substituto de escolha para reconstruções cervicais altas, garantindo um alcance livre de tensão que o estômago muitas vezes não pode prover.

Dessa forma, ao restringir o gabarito exclusivamente à alternativa C, a banca desconsidera a complexidade da decisão terapêutica em tumores de grande volume e ignora a validade técnica e oncológica da reconstrução colônica em lesões cervicais altas, descrita corretamente na alternativa B. Solicita-se, portanto, a revisão da questão para considerar a alternativa B como correta, ampliando o gabarito, tendo em vista que ela descreve uma conduta curativa, embasada e tecnicamente precisa para o cenário anatômico proposto.

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) for Esophageal and Esophagogastric Junction Cancers. Version 3.2024.
- Orringer MB. Esophageal replacement with the colon. In: Sabiston Textbook of Surgery. 21st ed. Elsevier; 2021.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Cirurgia Geral**

#### **Questão: 9**

Um homem feodérmico, com 59 anos de idade e obeso, queixando dor intensa no flanco direito, febre termometrada de 37,9°C, vômitos e queda do estado geral, procurou o serviço de urgência hospitalar. Os exames complementares revelaram anemia, leucocitose e distensão de íleo e ceco, não sendo possível identificar o apêndice, sem outras alterações. Com a hipótese diagnóstica de apendicite aguda, foi indicada laparoscopia para apendicectomia. Durante a operação, verificou-se o apêndice normal, mas foi encontrado um grande tumor no cólon ascendente. Tendo por base apenas esses dados, qual deve ser a CONDUÇÃO nesse paciente entre as apresentadas a seguir?

- A. Realizar ileostomia, seguida de colonoscopia para biopsiar o tumor e decidir a conduta correta.
- B. Realizar ileocectomia direita com linfadenectomia regional e ileotransversostomia lateral.
- C. Retirar o tumor com margem de cinco centímetros, linfadenectomia regional e anastomose colônica.
- D. Realizar cecostomia descompressiva, colonoscopia com biópsia, quimioterapia redutora e cirurgia.

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

venho, por meio deste, apresentar recurso referente à questão número 09 do processo seletivo do Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, que aconteceu em 29/11/2025. A questão apresenta um cenário crítico de urgência cirúrgica envolvendo um paciente de 59 anos, obeso, com quadro de abdome agudo, febre de 37,9°C, vômitos, queda do estado geral, anemia e distensão de alças, especificamente íleo e ceco. O achado intraoperatório foi incidental, descrito genericamente como um "grande tumor" no cólon ascendente, com apêndice normal. Embora o gabarito preliminar tenha indicado a alternativa B como correta, sugerindo uma ileocectomia direita com anastomose primária, uma análise rigorosa baseada nos princípios de Cirurgia de Controle de Danos, Oncologia e Bioética Médica demonstra que a alternativa A, que propõe a realização de ileostomia seguida de investigação, é a conduta mais adequada, segura e tecnicamente correta para o momento agudo apresentado.







## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

Inicialmente, deve-se considerar a instabilidade clínica e o risco proibitivo de uma anastomose primária no cenário descrito. O paciente apresenta sinais claros de Resposta Inflamatória Sistêmica e comprometimento metabólico, evidenciado pela febre e pela explícita "queda do estado geral", associados a uma obstrução intestinal com distensão de alças. A realização de uma ressecção oncológica extensa seguida de uma anastomose primária em um paciente séptico, com alças distendidas, edemaciadas e sem preparo de cólon, eleva drasticamente o risco de deiscência da anastomose e evolução para fístula fecal e óbito. Neste contexto, a alternativa A alinha-se aos conceitos de cirurgia de damage control (controle de danos), priorizando a descompressão intestinal via ileostomia para resolver o risco iminente de vida, sem expor o paciente à morbidade de uma sutura intestinal em um peritônio hostil e infectado.

Ademais, existe uma incerteza diagnóstica que torna a conduta da alternativa B uma temeridade oncológica. O cirurgião deparou-se com uma "massa" sem confirmação histológica prévia. O diagnóstico diferencial de tumores do cólon ascendente inclui não apenas o Adenocarcinoma, mas também Linfoma, Tumor Estromal Gastrointestinal (GIST), Tuberculose Intestinal ou Doença de Crohn. Caso a lesão se trate de um Linfoma, o tratamento é primariamente quimioterápico, tornando a cirurgia radical proposta na alternativa B uma mutilação desnecessária. Se for um GIST, a linfadenectomia regional indicada na alternativa B não traz benefício oncológico e apenas aumenta o tempo e o risco cirúrgico. Portanto, assumir intraoperatoriamente que a lesão é um adenocarcinoma e realizar o tratamento padrão para tal, sem biópsia, configura erro de conduta por presunção, enquanto a alternativa A permite a biópsia posterior e o planejamento terapêutico correto baseado na histologia definitiva.

Por fim, a ausência de estadiamento e o respeito à autonomia do paciente reforçam a necessidade da conduta conservadora. O paciente foi admitido para uma apendicectomia e submetê-lo a uma hemicolectomia radical oncológica sem prévio estadiamento tomográfico para avaliar metástases hepáticas ou carcinomatose viola os preceitos da cirurgia oncológica moderna. As diretrizes da World Society of Emergency Surgery para obstrução maligna de cólon direito reconhecem a derivação intestinal como uma "ponte para a cirurgia" ou "ponte para a oncologia" válida e segura em pacientes com comorbidades graves ou instabilidade clínica, servindo a prudência da alternativa A para evitar cirurgias fúteis em cenários de doença potencialmente avançada ou irressecável. Diante do exposto, a alternativa A é a única que respeita a segurança imediata do paciente, evita iatrogenias em patologias não-cirúrgicas e permite o estadiamento adequado, devendo ser considerada a resposta correta.





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Pisano M, et al. 2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies: obstruction and perforation. World Journal of Emergency Surgery, 2018.
- Townsend CM, et al. Sabiston Textbook of Surgery: The Biological Basis of Modern Surgical Practice. 21st ed. Elsevier; 2021. Capítulo: Neoplasias do Cólon e Reto.



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 16**

Em um plantão na UPA, você atende um paciente do sexo masculino, 67 anos, previamente hígido, com cefaleia holocraniana em pressão há, aproximadamente, 24 horas, relato de febre termometrada acima de 38 graus e relatos de vômitos. Sem outras alterações à avaliação inicial. Ao exame físico, apresenta abertura ocular ao chamado, movimenta-se ativamente e mantém diálogo organizado. Apresenta-se com rigidez de nuca discreta, sem papiledema à avaliação de fundo de olho e sem déficit focal. PA 138×78mmHg, FC: 105bpm, SatO<sub>2</sub>: 99% aa Exames iniciais: Hb:13.3 GL:15800 (12% de células imaturas – bastonetes e meta) n: 9800 Plaq: 168000 Cr:1,1 Ur:42 Na:138 K:3,5 Glicemia:132 Qual a PRÓXIMA conduta, considerando as alternativas a seguir?

- A. TC de crânio.
- B. Iniciar ceftriaxona + vancomicina + dexametasona e aguardar imagem para punção lombar.
- C. Punção lombar imediata, e logo Ceftriaxona EV + Ampicilina EV + dexametasona.
- D. Aguardar painel viral de LCR para decidir terapia.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Anulação

À Banca Examinadora,

**Síntese técnica do problema:** Paciente com quadro clínico compatível com meningite bacteriana não apresenta sinais de hipertensão intracraniana ou déficit focal que justifique exame de neuroimagem prévio à punção lombar. A antibioticoterapia deve ser iniciada o mais cedo possível, inclusive antes do exame de imagem, e contemplar cobertura para cepas de pneumococo potencialmente resistentes.

#### **Fundamentação técnica:**

- Não há indicação de tomografia de crânio prévia à punção lombar na ausência de déficits neurológicos focais, convulsões recentes ou alterações do nível de consciência. Fonte: Practice guidelines for the management of bacterial meningitis, 2004.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

- A antibioticoterapia empírica deve incluir *ceftriaxona* e *vancomicina*, associadas à *dexametasona* antes ou concomitante à primeira dose, visando reduzir mortalidade e complicações, sem aguardar resultados de imagem.
- Segundo o Documento Informação da vigilância das pneumonias e meningites bacterianas do Instituto Adolfo Lutz 2024, 17,6% das meningites por pneumococo são resistentes à ceftriaxone (página 34)
- A Vancomicina deve ser utilizada empiricamente em associação com ceftriaxona no tratamento da meningite quando há suspeita de infecção por *Streptococcus pneumoniae* resistente a penicilina e/ou cefalosporinas, especialmente em regiões onde a prevalência de resistência à ceftriaxona é  $\geq 1\%$

**Conclusão e pedido:** Diante do exposto, solicitamos a **anulação** da questão, por não existir alternativa que preveja iniciar imediatamente ceftriaxona + vancomicina + dexametasona e realizar punção lombar sem aguardar exame de imagem.

### Referências

- Practice guidelines for the management of bacterial meningitis, 2004.
- Informação da vigilância das pneumonias e meningites bacterianas do Instituto Adolfo Lutz 2024 (página 34)
- Progress and Challenges in Bacterial Meningitis: A Review. Hasbun R. JAMA. 2022;328(21):2147-2154. doi:10.1001/jama.2022.20521.
- Community-Acquired Bacterial Meningitis. van de Beek D, Brouwer MC, Koedel U, Wall EC. Lancet (London, England). 2021;398(10306):1171-1183. doi:10.1016/S0140-6736(21)00883-7.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 17**

Paciente atendida em unidade básica de saúde, estudante do sexo feminino, 22 anos, sem comorbidades, apresenta disúria e polaciúria, há 24 horas, sem febre ou dor lombar. Nuligesta e sem uso recente de medicamentos. EAS: leucócito-esterase positiva, nitrito positivo e hematúria microscópica. Qual o tratamento MAIS adequado?

- A. Nitrofurantoína 100 mg a cada 12 horas por 5 dias.
- B. Ciprofloxacino 500 mg a cada 12 horas por 7 dias.
- C. Urocultura e iniciar Ceftriaxona 1g endovenosa dose única.
- D. Urocultura e iniciar Fosfomicina 3g a cada 48 horas por 3 doses.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Anulação

À Banca Examinadora,

**Síntese técnica do problema:** Paciente jovem sem comorbidades apresenta quadro típico de *cistite* aguda não complicada, que requer tratamento empírico oral sem necessidade de exame complementar imediato visando *Escherichia coli*. As alternativas propostas apresentam doses ou durações discordantes das diretrizes nacionais. Embora algumas diretrizes internacionais indiquem 100 mg a cada 12 horas, essa forma farmacológica é monohidratada, e não está disponível no Brasil.

#### **Fundamentação técnica:**

- **Nitrofurantoína:** a posologia recomendada é de 5–7 mg/kg/dia dividida em quatro tomadas (a cada 6 horas), correspondendo a 100 mg a cada 6 horas para adultos; não há suporte para 100 mg a cada 12 horas em comprimidos no tratamento agudo. Apenas a formulação de nitrofurantoína monohidratada/macrocristalina pode ser utilizada a cada 12 horas para tratamento agudo de infecção urinária; as demais formulações em comprimido devem ser administradas a cada 6 horas. Nitrofurantoína em comprimidos de macrocristais (macrocrystals) e suspensão oral deve ser administrada quatro vezes ao dia (a cada 6 horas) para o tratamento de infecção urinária aguda, conforme as recomendações das bulas oficiais



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

- **Ciprofloxacino:** o esquema de escolha é de curta duração (3 dias) em cistite não complicada; a terapia por 7 dias não é respaldada em mulheres sem fatores de risco.
- **Fosfomicina:** recomendada como primeira linha em dose única de 3 g para infecção urinária aguda; não há evidência para administração repetida a cada 48 horas.
- Não há necessidade de coleta de urocultura em mulher jovem em idade fértil com cistite não complicada.

**Conclusão e pedido:** Diante da inconsistência de todas as alternativas com as recomendações oficiais Nacionais, requeremos a anulação da questão.

### **Referências:**

- [Ministério da Saúde] — Manual Ministério da Saúde - gestação de alto risco, 2022
- Nitrofurantoin macrocrystals. Food and Drug Administration. Updated date: 2025-10-16.
- Nitrofurantoin. Food and Drug Administration. Updated date: 2025-11-11.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 19**

Paciente do sexo masculino, 59 anos, tabagista e hipertenso, procura o pronto atendimento por dor torácica opressiva, iniciada há cerca de 60 minutos, irradiando para o braço esquerdo, associada à sudorese fria e náuseas. Relata episódio semelhante há 6 meses, mas de curta duração. No exame físico, encontra-se ansioso, corado, PA 132x78 mmHg, FC 92 bpm, SatO<sub>2</sub> 96% em ar ambiente, FR 18 irpm. Ausculta cardíaca com ritmo regular, sem sopros. Laboratório inicial: curva de troponina positiva, glicemia 128 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL. Considerando o diagnóstico, qual conduta, entre as abaixo, NÃO reduz mortalidade na fase aguda?



- A. Iniciar imediatamente AAS e inibidor de P2Y<sub>12</sub>.
- B. Realizar reperfusão mecânica imediata por angioplastia primária.
- C. Administrar oxigênio suplementar.
- D. Monitorizar e manter analgesia com morfina, se necessário.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Anulação



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

À Banca Examinadora,

**Síntese técnica do problema:** A questão indaga qual conduta não reduz a mortalidade na fase aguda do infarto agudo do miocárdio. Identificamos que tanto o *oxigênio suplementar* quanto a *analgesia com morfina* são medidas voltadas ao alívio de sintomas, sem impacto comprovado na mortalidade.

### **Fundamentação técnica:**

- O **oxigênio suplementar** em pacientes normóxicos tem efeito sintomático, sem redução de eventos adversos ou de mortalidade no IAM agudo.
- A **morfinoterapia** promove alívio da dor torácica, mas não está associada à diminuição da mortalidade em curto ou longo prazo em estudos clínicos.
- A evidência atual, composta por meta-análises, estudos observacionais e ensaios clínicos, demonstra que a administração de morfina em pacientes com IAM não está associada à diminuição da mortalidade, tanto em curto quanto em longo prazo. Alguns estudos sugerem até possível associação com aumento de eventos cardiovasculares adversos ou mortalidade, embora esses achados sejam limitados por viés e fatores de confusão.
- Além disso, a morfina pode atrasar a absorção e o efeito dos inibidores orais de P2Y12, aumentando o risco de reinfarto e eventos cardiovasculares adversos, sem benefício claro em mortalidade. Logo, mesmo quando indicada por refratariedade álgica, essa é uma intervenção que não terá respaldo sobre redução da mortalidade sendo contrária à voz de comando da questão.
- Essas intervenções diferem de medidas como AAS, inibidores de P2Y12 e reperfusão mecânica, que demonstram redução clara de mortalidade.

### **Conclusão com pedido:**

Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão, pois apresenta duas alternativas corretas (oxigênio suplementar e morfina) que não reduzem a mortalidade na fase aguda do IAM.

### **Referências:**



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

- Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP — Clínica Médica da Faculdade de Medicina da USP.
- Morphine in Acute Coronary Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. Duarte GS, Nunes-Ferreira A, Rodrigues FB, et al. BMJ Open. 2019;9(3):e025232. doi:10.1136/bmjopen-2018-025232.
- Opioids in Critically Ill Acute Myocardial Infarction Patients: A Retrospective Analysis of the MIMIC-IV Database. Xie S, Sasmita BR. Journal of General Internal Medicine. 2025;:10.1007/s11606-025-09643-y. doi:10.1007/s11606-025-09643-y.
- Morphine and Clinical Outcomes in Patients With ST Segment Elevation Myocardial Infarction Treated With Fibrinolytic and Antiplatelet Therapy: Insights From the TREAT Trial. Cantor WJ, Tan M, Berwanger O, et al. American Heart Journal. 2022;251:1-12. doi:10.1016/j.ahj.2022.05.005.
- Impact of Periprocedural Morphine Use on Mortality in STEMI Patients Treated With Primary PCI. Domokos D, Szabo A, Banhegyi G, et al. PloS One. 2021;16(1):e0245433. doi:10.1371/journal.pone.0245433.
- Correlates of Pre-Hospital Morphine Use in ST-elevation Myocardial Infarction Patients and Its Association With in-Hospital Outcomes and Long-Term Mortality: The FAST-MI (French Registry of Acute ST-elevation and Non-St-Elevation Myocardial Infarction) Programme. Puymirat E, Lamhaut L, Bonnet N, et al. European Heart Journal. 2016;37(13):1063-71. doi:10.1093/eurheartj/ehv567.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 25**

Paciente do sexo masculino, 61 anos, previamente hígido, é levado ao pronto-socorro por febre alta e rebaixamento progressivo do nível de consciência. Ao exame: PA 124x78 mmHg, FC 104 bpm, FR 22 irpm, temperatura 39,1 °C, Glasgow 12. Rigidez de nuca presente, sem papiledema nem déficit focal. Punção lombar: pressão de abertura 360 mmH<sub>2</sub>O; 1800 células/mm<sup>3</sup> (90% PMN); glicose 28 mg/dL (relação liquor/soro 0,35); proteína 320 mg/dL. Coloração de Gram com diplococos gram-positivos. País com baixa taxa de resistência à ceftriaxona. Qual o tratamento direcionado e conduta adjuvante?

- A. Penicilina G endovenosa associada à dexametasona.
- B. Ampicilina e gentamicina, sem corticoide.
- C. Cefepime e vancomicina, sem corticoide.
- D. Ceftriaxona e mantendo dexametasona.

#### **Recurso:**

À Banca Examinadora,

**Resumo da atividade:** Mudança de gabarito para D.

*Síntese técnica do problema:* Paciente com meningite bacteriana por diplococos gram-positivos apresenta resistência crescente à penicilina. Dados recentes nacionais indicam que mais de 37% dos isolados não são sensíveis à penicilina. Quando o enunciado fala sobre a prevalência do pneumococo resistente à ceftriaxone, isso não garante que ele seja sensível à penicilina.

#### **Fundamentação técnica:**

- A **ceftriaxona** na dose de 2 g a cada 12 h atinge concentrações adequadas no líquido e garante cobertura eficaz contra *Streptococcus pneumoniae*, incluindo cepas com resistência moderada à penicilina.
- A **dexametasona** (0,15 mg/kg a cada 6 h por 2–4 dias), administrada antes ou concomitantemente ao antibiótico (até 4 horas), reduz mortalidade e sequelas em meningite pneumocócica.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

- Penicilina G não é confiável em regiões com alta taxa de resistência de *S. pneumoniae*, comprometendo o tratamento direcionado.
- O reconhecimento da sensibilidade à ceftriaxone no enunciado, não garante sensibilidade à penicilina.
- Apesar de a penicilina ser um bom antibiótico para tratamento do pneumococo, sabe-se que na população com mais de 60 anos - 37,8% das cepas foram resistentes.

**Conclusão com pedido:** Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito para a alternativa D (ceftriaxona e manter dexametasona), após realização do antibiograma, o antibiótico poderia ser descalonado com segurança, caso fosse de fato sensível à penicilina.

### **Referências:**

- Practice guidelines for the management of bacterial meningitis (2004)
- Informação da vigilância das pneumonias e meningites bacterianas, Adolf Lutz (2024) - página 27



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 26**

Paciente é atendido, sexo masculino, 66 anos, diabético e portador de hiperplasia prostática, internado por febre, calafrios e dor em flanco direito há cinco dias. Iniciado antibiótico endovenoso com cobertura para bacilos gram-negativos. Não tem história prévia de uso de ATB. Após 72 horas de tratamento, permanece febril e com dor lombar. Diurese preservada. Qual a sua PRÓXIMA conduta?

- A. Manter ATB e solicitar imagem para avaliação de trato urinário.
- B. Ampliar esquema de ATB.
- C. Manter ATB e realizar toque retal para avaliação de prostatite.
- D. Ampliar esquema de ATB e solicitar imagem para avaliação de trato urinário.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Mudança de gabarito para a alternativa A

À Banca Examinadora,

*Síntese técnica do problema:* Paciente com pielonefrite apresenta febre e dor lombar persistentes após 72 horas de antibioticoterapia adequada, situação que sugere complicações mecânicas como obstrução ou abscesso renal.

#### **Fundamentação técnica:**

- Em pacientes com pielonefrite que permanecem febris após 48–72 horas de antibiótico, não há indicação para escalonar empiricamente o antibiótico sem antes descartar complicações mecânicas, como obstrução urinária ou abscesso renal.
- Em casos de pielonefrite não responsiva em 48–72 horas, a simples persistência de febre não justifica mudança empírica do antibiótico sem excluir fatores associados de falha terapêutica.
- A investigação de complicações mecânicas requer exames de imagem, preferencialmente ultrassonografia ou tomografia computadorizada, para diagnóstico de obstrução urinária, abscesso ou cálculo, que são causas frequentes de demora na resolução clínica.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

- O escalonamento de antibioticoterapia deve ser orientado por resultados de culturas e perfil de sensibilidade, reservando-se a troca empírica apenas a pacientes com sinais de sepse, piora clínica ou alto risco de infecção por microrganismos multirresistentes. O próprio surviving sepsis suporta essa cautela no escalonamento (tolerância de 3h) em cenários de estabilidade clínica-hemodinâmica (e considerando que o tempo de realização de um exame de imagem é curto, imediatamente após o exame descartar complicações mecânicas, esse escalonamento poderia ser feito (especialmente se cultura disponível)

**Conclusão e pedido:** Diante do exposto, solicitamos mudança de gabarito para a alternativa A, recomendando manter o antibiótico instituído e solicitar exame de imagem para avaliação de complicações mecânicas.

### **Referências**

- Prolonged Fever Is Not a Reason to Change Antibiotics Among Patients With Uncomplicated Community-Acquired Acute Pyelonephritis. Jang YR, Eom JS, Chung W, Cho YK. Medicine. 2019;98(43):e17720. doi:10.1097/MD.00000000000017720.
- Acute Pyelonephritis in Adults. James R. Johnson, M.D., Thomas A. Russo, M.D., C.M. The New England journal of medicine. 2018. 378(1). doi:10.1056/NEJMcp1702758.
- Acute Pyelonephritis in Adults: Rapid Evidence Review. Herness J, Buttolph A, Hammer NC. American Family Physician. 2020;102(3):173-180.
- Uncomplicated Urinary Tract Infection. Hooton TM. The New England Journal of Medicine. 2012;366(11):1028-37. doi:10.1056/NEJMcp1104429.
- Diagnosis and Treatment of Acute Pyelonephritis in Women. Colgan R, Williams M, Johnson JR. American Family Physician. 2011;84(5):519-26.



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

### **Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia**

#### **Questão: 41**

O conceito de neoplasia intraepitelial cervical (NIC) foi introduzido por Richart, que sugeriu o potencial de progressão das displasias e, desde então, o desenvolvimento do conhecimento dessas lesões e seu tratamento se tornaram uma forma efetiva de diminuir a incidência do câncer de colo uterino. Sendo uma profilaxia secundária. Sobre estas NICs, é CORRETO afirmar:

- A. Os tipos específicos de papilomavírus humano (HPV) de alto risco, como o tipo 16,18, 31, 33, 35, 39,45... são responsáveis por quase 70% das lesões de alto grau, por isso a eficácia moderada das vacinas desenvolvidas com partículas desses tipos.
- B. O teste para HPV de alto risco é um componente fundamental no rastreamento primário bem como coexame em casos de citologias indeterminadas (ASC-US).
- C. As mulheres com mais de 30 anos, com citologias sugestivas de lesões de alto grau, devem ter esse exame citológico confirmado em 6 meses antes de serem submetidas à colposcopia e biópsia dirigida.
- D. Pacientes jovens com citologia sugestiva de lesão de baixo grau, colposcopia satisfatório e teste de HPV positivo podem ser acompanhadas em regime de rastreamento apropriado para a idade, anual ou bianual com citologia oncológica.

#### **Recurso:**

Prezada banca examinadora,

A alternativa correta afirmava que “o teste para HPV de alto risco é um componente fundamental no rastreamento primário bem como coexame em casos de citologias indeterminadas (ASC-US)”. Porém, tivemos mudanças recentes nas principais diretrizes que trazem o DNA-HPV como rastreamento primário preferencial. Notem:

A World Health Organization (OMS) recomenda o uso de teste de DNA-HPV como método primário de rastreamento do câncer do colo do útero, em substituição à citologia ou à inspeção visual, sempre que disponível. A versão mais recente das diretrizes de rastreamento no Brasil confirma que o rastreamento organizado deve ser feito com teste de DNA-HPV oncogênico. Portanto, a recomendação atual não se limita a usar o HPV-DNA apenas como co-teste ou como complemento, mas sim como teste isolado (primário), o que invalida a premissa da questão que pressupõe o uso de co-teste como padrão.







## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**SCM-BH - 2026**

Além disso, a literatura mostra que teste de DNA-HPV isolado apresenta sensibilidade significativamente superior à citologia para detecção de lesões precursoras e câncer invasivo, com melhor relação custo-efetividade e longos intervalos entre exames. O coteste (HPV + citologia) não é mais considerado obrigatório ou preferencial em locais onde o teste de HPV-DNA está disponível — de fato, em muitos programas, o coteste tende a ser abandonado em favor do teste isolado.

Ao apresentar como certa a afirmação de que o DNA-HPV é “fundamental no rastreamento primário bem como coexame em citologias indeterminadas (ASC-US)”, a questão mistura duas abordagens distintas: rastreamento primário e manejo de resultados de citologia. Considerando que as diretrizes atuais convergem para o teste de DNA-HPV isolado como padrão, a premissa da questão se torna desatualizada ou incorreta, gerando uma ambiguidade conceitual grave. Com isso, a questão se torna tecnicamente incorreta ou passível de múltiplas interpretações, o que justifica sua anulação.

### **Referências:**

Brasil. Ministério da Saúde; Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer de Colo do Útero utilizando testes moleculares para detecção de DNA-HPV oncogênico*. 2025.

World Health Organization (WHO). *WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention*. Geneva: WHO; 2021.

American Cancer Society. *The American Cancer Society Guidelines for the Prevention and Early Detection of Cervical Cancer*. CA Cancer J Clin. 2020;70(4):273-289.



@medway.residenciamedica



Medway