



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FAMEMA - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 38

Pré-escolar, sexo feminino, 2 anos e 6 meses de idade, previamente hígida, chega ao pronto atendimento com quadro de febre de até 39,5 °C, tosse e coriza iniciados há 36 horas, com vômitos e hiporresponsividade nas últimas 3 horas. Ao exame clínico: regular estado geral; descorada 2+/4+; FC: 170 bpm; PA: 78/44 mmHg; FR: 42 irpm; SpO2: 90% em ar ambiente; tempo de enchimento capilar: 4 segundos; extremidades frias; pulsos filiformes. Exame pulmonar com presença de tiragem subdiafragmática leve, ausculta com murmúrios vesiculares presentes bilateralmente com sopro tubário em ápice direito. Sem outras alterações relevantes. Administrado oxigênio em máscara não reinalante com aumento da SpO2 para 95% e resolução do desconforto respiratório. Após duas tentativas, obtém-se acesso venoso periférico, sendo também colhida hemocultura. Entre as condutas listadas a seguir, qual é a primeira a ser realizada?

- A. Iniciar antibiótico endovenoso de amplo espectro (ceftriaxone).
- B. Iniciar sedação para instalação de dispositivo de ventilação não invasiva (VNI).
- C. Realizar punção torácica de alívio em 2º espaço intercostal (linha hemiclavicular).
- D. Realizar expansão com cristalóide 20 mL/kg endovenosa em 5-10 min.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: A criança descrita no enunciado apresenta quadro de choque séptico com hipoperfusão e instabilidade hemodinâmica, corroborado pelos sinais vitais e exame físico. A questão indaga qual deve ser a "primeira conduta". No entanto, o gabarito (letra D) torna-se controverso, pois existem duas intervenções que são simultaneamente prioritárias e mandatórias neste cenário: a antibioticoterapia de amplo espectro e a ressuscitação volêmica (bolus de cristalóide).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Fundamentação técnica: As diretrizes do *Surviving Sepsis Campaign* (SSC) 2020 recomendam, de fato, o bolus de cristalóide (10 a 20 mL/kg em 5–10 min) na ressuscitação inicial de crianças com choque séptico. Contudo, ao analisar o algoritmo oficial do próprio *Surviving Sepsis Campaign*, observa-se a indicação de iniciar a antibioticoterapia de amplo espectro (descrita como passo 3) antes ou concomitantemente à administração de bolus de fluidos (descrita sequencialmente no passo 5).

Na prática clínica de emergência pediátrica, essas medidas não são excludentes ou puramente sequenciais, mas sim simultâneas, compondo o *bundle* da primeira hora. Ambas impactam diretamente na redução da mortalidade quando realizadas precocemente. Portanto, não é correto afirmar que a administração de fluidos no choque séptico deva, obrigatoriamente, ocorrer antes do antibiótico — que é a terapêutica etiológica (curativa) para o paciente. Diante da impossibilidade de dissociar a prioridade dessas duas condutas vitais, solicita-se a anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

FAMEMA - 2026

Segue abaixo o algoritmo retirado da plataforma do SSC:



@medway.residenciamedica



Medway

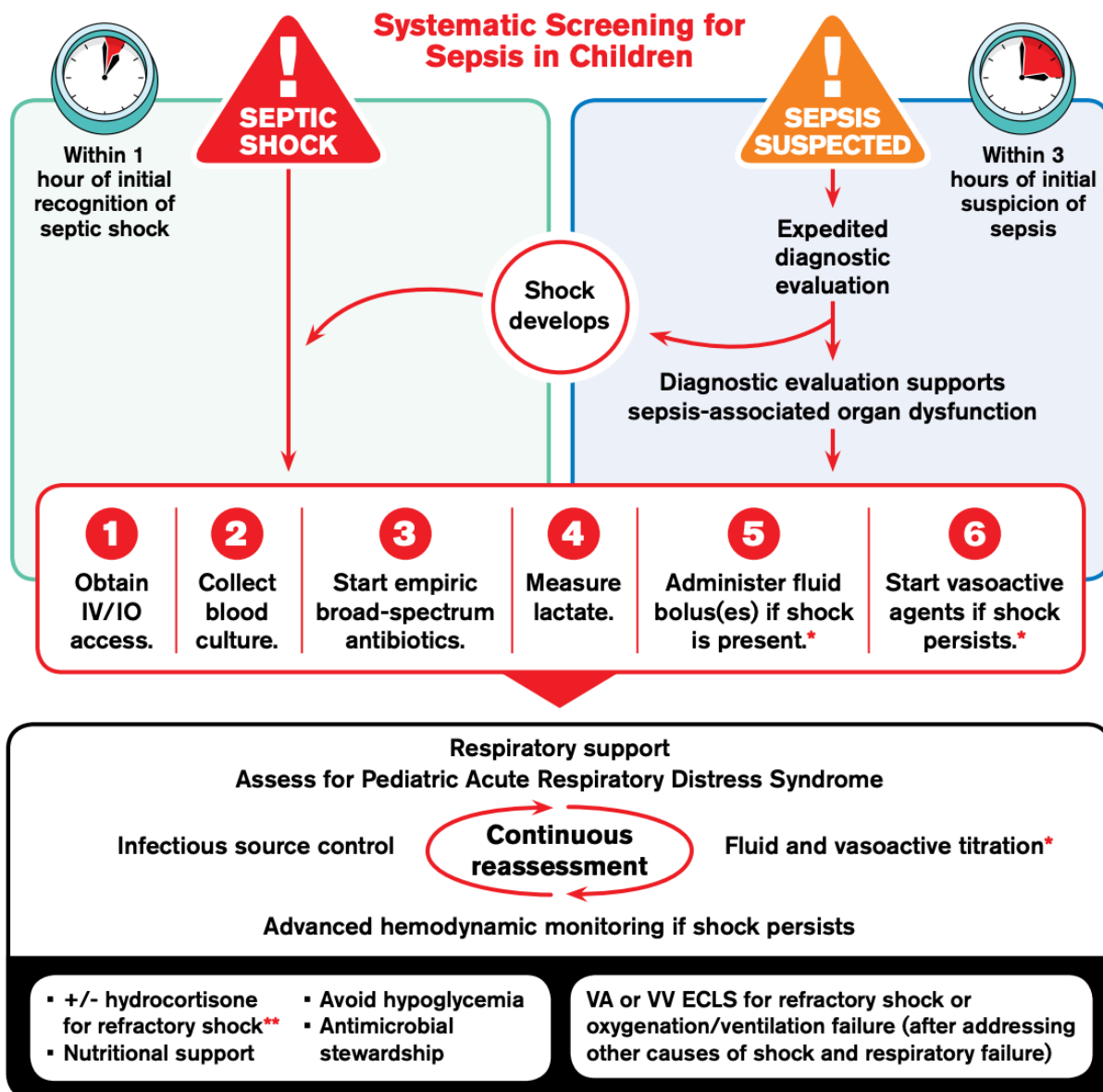


RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Initial Resuscitation Algorithm for Children

Surviving Sepsis
Campaign®



*See fluid and vasoactive algorithm. Note: Fluid bolus should be omitted from bundle if a) fluid overload is present or b) it is a low-resource setting without hypotension. Fluid in mL/kg should be dosed as ideal body weight.

**Hydrocortisone may produce benefit or harm.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Conclusão e pedido:

Diante da comprovada simultaneidade das condutas terapêuticas representadas pelas alternativas A e D, ambas imprescindíveis e sem hierarquia temporal rígida nos protocolos atuais, a questão não apresenta uma resposta única inequívoca. Desta forma, solicita-se a **anulação da questão**. Subsidiariamente, caso a banca opte pela manutenção do item, requer-se a alteração do gabarito oficial para considerar também a **alternativa A** como correta.

Referências:

- Surviving Sepsis Campaign — Surviving Sepsis Campaign, 2020

Fonte para consulta do algoritmo: <https://sccm.org/SCCM/media/SCCM/PDFs/Initial-Resuscitation-Algorithm-for-Children.pdf>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 50

Adolescente de 17 anos, menarca aos 16, refere ter apresentado sete menstruações em um ano, com quadro de acne, hirsutismo e queda de cabelo. Com base no quadro descrito, assinale a alternativa que apresenta corretamente o diagnóstico mais provável.

- A. Síndrome dos ovários policísticos.
- B. Hiperaldosteronismo primário.
- C. Hipogonadismo hipogonadotrófico.
- D. Normalidade dentro dos dois primeiros anos da menarca.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A presente questão aborda adolescente de 17 anos, com apenas um ano após a menarca, apresentando ciclo menstrual ainda irregular e sinais de hiperandrogenismo, sendo solicitado ao candidato que identifique o diagnóstico mais provável.

Diante disso, seguindo as principais diretrizes bibliográficas atuais, solicito humildemente a anulação da presente questão, uma vez que **as principais sociedades internacionais e nacionais (Endocrine Society, ESHRE e FEBRASGO) são unânimes em afirmar que o diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos (SOP) em adolescentes deve ser retrospectivo, só podendo ser estabelecido após pelo menos dois anos da menarca, e requer obrigatoriamente anovulação crônica persistente associada a hiperandrogenismo persistente.

No primeiro e segundo anos após a menarca, irregularidades menstruais são consideradas fisiológicas, e sinais clínicos como acne, queda de cabelo e hirsutismo podem ocorrer sem significar SOP. Assim, o enunciado descreve um quadro compatível com normalidade do período pós-menarca, e não com SOP.

Dessa forma, o gabarito apresentado pela banca (SOP) contradiz diretamente as recomendações vigentes das diretrizes especializadas, prejudicando o julgamento técnico da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Atenciosamente,

Referências bibliográficas:

1. LEGRO, RS. et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 98, n. 12, p. 4565–4592, 2013. Disponível em: <https://academic.oup.com/jcem/article/98/12/4565/2834744>. Acesso em: 10 dez. 2025.
2. ESHRE; ASRM. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. European Society of Human Reproduction and Embryology, 2018. Disponível em: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/PCOS-guideline>. Acesso em: 10 dez. 2025.
3. FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Síndrome dos Ovários Policísticos. Comissão Nacional Especializada em Endocrinologia Ginecológica, 2023. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br>. Acesso em: 10 dez. 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 98

Com relação à capnografia com forma de onda durante as manobras de RCP, é correto afirmar que valores inferiores a

- A. 10 mmHg indicam a realização de compressões torácicas adequadas.
- B. 20 mmHg se correlacionam a sinais de obstrução de via aérea.
- C. 10 mmHg se correlacionam a prognósticos menos favoráveis.
- D. 15 mmHg indicam provável quadro de tamponamento cardíaco.

Recurso:

Prezada banca,

Venho, respeitosamente, interpor recurso em face do gabarito preliminar da questão 96, que indica a alternativa **B** como correta. Contudo, a **alternativa C é a única que se encontra cientificamente correta**, ao correlacionar ETCO_2 baixo com **pior prognóstico**.

A questão aborda a interpretação da **capnografia com forma de onda durante a Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP)**, especificamente a correlação entre valores do **ETCO_2 (end-tidal CO_2)** e sua implicação clínica.

A alternativa **B** afirma que valores de ETCO_2 em torno de 20 mmHg “se correlacionam a sinais de obstrução de via aérea”. No entanto, o consenso atual, incluindo as diretrizes da American Heart Association, é claro ao afirmar que **valores baixos de ETCO_2 durante a RCP refletem principalmente baixo débito cardíaco, baixa perfusão pulmonar e qualidade inadequada das compressões torácicas**, sendo um **marcador indireto de prognóstico desfavorável e baixa chance de retorno da circulação espontânea**, e **não um achado específico de obstrução de vias aéreas**.

A obstrução de vias aéreas pode, eventualmente, provocar ausência ou alteração importante do traçado da capnografia, mas isso exige **avaliação morfológica do capnograma**, não se deduzindo apenas do valor numérico de ETCO_2 . Estudos recentes reforçam que padrões específicos do traçado podem sugerir fechamento intratorácico das vias aéreas, mas não estabelecem correlação direta entre valores de 20 mmHg e obstrução.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Por outro lado, a alternativa **C**, ao relacionar valores de ETCO_2 em torno de 10 mmHg a **prognósticos menos favoráveis**, está alinhada às diretrizes da AHA, que associam valores persistentemente baixos de ETCO_2 durante a RCP a **baixa perfusão e pior desfecho**. Assim, a alternativa **C** é a única compatível com a literatura atual e com as recomendações de prática avançada em ressuscitação.

Diante do exposto, solicita-se:

1. **A alteração do gabarito da letra B para a letra C**, por ser esta a única alternativa de acordo com as diretrizes e evidências científicas atuais;
2. Subsidiariamente, **a anulação da questão**, caso não se entenda pela alteração do gabarito, em razão da inadequação técnica da alternativa apontada como correta.

Referências

1. Meaney PA, Bobrow BJ, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital: A Consensus Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2013;128(4):417-35. doi:10.1161/CIR.0b013e31829d8654.
2. Wigginton JG, Agarwal S, Bartos JA, et al. Part 9: Adult Advanced Life Support: 2025 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2025;152(16_suppl_2):S538-S577. doi:10.1161/CIR.0000000000001376.
3. Lesimple A, Fritz C, Hutin A, et al. A Novel Capnogram Analysis to Guide Ventilation During Cardiopulmonary Resuscitation: Clinical and Experimental Observations. *Critical Care*. 2022;26(1):287. doi:10.1186/s13054-022-04156-0.
4. Grieco DL, Brochard L, Drouet A, et al. Intrathoracic Airway Closure Impacts CO_2 Signal and Delivered Ventilation During Cardiopulmonary Resuscitation. *Am J Respir Crit Care Med*. 2019;199(6):728-737. doi:10.1164/rccm.201806-1111OC.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 99

A sepse deve ter seu tratamento iniciado precocemente, uma vez que contribui na diminuição da mortalidade. Várias escalas são utilizadas para triagem de risco no departamento de emergência. Assim, é correto afirmar que

- A. SIRS ≥ 2 apresenta baixa especificidade e alta sensibilidade para o diagnóstico da sepse.
- B. qSOFA ≥ 2 apresenta baixa sensibilidade, mas alta especificidade para o diagnóstico da sepse, por isso, seu uso deve ser evitado no departamento de emergência.
- C. SOFA apresenta a melhor relação sensibilidade/especificidade para o diagnóstico da sepse.
- D. NEWS ≥ 4 apresenta a pior acurácia para o diagnóstico da sepse.

Recurso:

Prezada banca,

venho por meio deste recurso e com base no **Consenso Internacional Sepse-3**, solicitar a **ALTERAÇÃO DO GABARITO DA LETRA B PARA LETRA A**, por ser a única alternativa plenamente correta do ponto de vista técnico-científico.

A questão aborda a utilização de diferentes escalas na triagem de pacientes com suspeita de sepse no departamento de emergência. Contudo, o gabarito preliminar indica como correta a alternativa **B**, o que não encontra respaldo no **Consenso Internacional Sepse-3**.

A alternativa **A** afirma que o **SIRS ≥ 2 apresenta baixa especificidade e alta sensibilidade para o diagnóstico da sepse**, o que está **plenamente correto**. O Sepse-3 reconhece que os critérios de SIRS são **sensíveis para triagem**, embora pouco específicos, razão pela qual deixaram de definir sepse isoladamente, mas **não perderam seu valor como ferramenta de rastreio inicial**.

A alternativa **B** descreve corretamente que o **qSOFA possui baixa sensibilidade e alta especificidade**, porém incorre em erro ao afirmar que, “por isso, seu uso deve ser evitado no



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

FAMEMA - 2026

departamento de emergência". O **Sepse-3 não contraindica o uso do qSOFA**, apenas orienta que **ele não seja utilizado como critério isolado para diagnóstico**, mas sim como **ferramenta rápida de estratificação de risco de desfechos graves**. Portanto, a conclusão da alternativa B é **conceitualmente incorreta**.

A alternativa **C** é incorreta, pois o **SOFA não é ferramenta de triagem**, sendo um escore para avaliar disfunção orgânica em pacientes já internados. A alternativa **D** também é incorreta, visto que o **NEWS apresenta boa acurácia na detecção precoce de deterioração clínica e sepse**, inclusive com desempenho superior ao qSOFA em diversos cenários.

Assim, a **única alternativa plenamente correta, de acordo com o Sepse-3, é a letra A.**

Referências:

- 1- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. *The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. N Engl J Med. 2016;374:801–810.
- 2- Seymour CW, Liu VX, Iwashyna TJ, et al. *Assessment of Clinical Criteria for Sepsis: For the Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)*. JAMA. 2016;315(8):762–774.
- 3- Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. *Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock*. Intensive Care Med. 2017.



@medway.residenciamedica



Medway