



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

AMRIGS - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 15

Em relação à dengue, analise as seguintes assertivas: I. Na febre hemorrágica da dengue, a trombocitopenia com plaquetas abaixo de 100.000 células/ml e alargamento do tempo de protrombina são característicos. II. A leucopenia desenvolve-se no segundo dia de febre, caindo para 1.000 a 2.000 células/ml no quinto ou sexto dia. III. O anticorpo IgM surge de 3 a 5 dias após a infecção, e o IgG, de 9 a 10 dias após. Quais estão corretas?

- A. Apenas I e II.
- B. Apenas I e III.
- C. Apenas II e III.
- D. I, II e III.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (C)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Na febre hemorrágica da dengue, embora plaquetopenia seja característica, o prolongamento significativo do tempo de protrombina ocorre raramente e de forma discreta, não sendo "característico". Por outro lado, a leucopenia costuma manifestar-se no decorrer do quadro febril, e os marcadores sorológicos apresentam cronologia bem estabelecida.

- **Prolongamento do tempo de protrombina:** Não é achado característico; ocorre de forma discreta em parcela de pacientes com dengue grave. Fonte: *Coagulation abnormalities in Dengue fever infection: A systematic review and meta-analysis*, 2021.
- **Leucopenia:** Manifesta-se progressivamente ao longo dos dias de febre, com queda de leucócitos para valores de 1.000–2.000 células/μl entre o quinto e o sexto dia. Fonte: *Protocolo do Ministério da Saúde para manejo clínico de dengue*.
- **Sorologia:** O anticorpo IgM surge entre 3 e 5 dias após o início dos sintomas, e o IgG torna-se detectável em torno de 9 a 10 dias. Fonte: *Protocolo do Ministério da Saúde para manejo clínico de dengue*.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos a **mudança do gabarito para a alternativa C**, considerando que apenas as assertivas II e III estão corretas.

Referências

- PLoS Negl Trop Dis — Coagulation abnormalities in Dengue fever infection: A systematic review and meta-analysis, 2021
- Ministério da Saúde — Protocolo do MS para manejo clínico de dengue, 2016



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 16

Em relação ao Acidente Vascular Cerebral (AVC), é correto afirmar que:

- A. Pressão arterial superior a 185/110 mmHg, a despeito do tratamento, não é contraindicação à trombólise.
- B. O ácido acetilsalicílico é o único agente antiplaquetário que se mostrou eficaz no tratamento agudo do acidente vascular cerebral isquêmico.
- C. A anticoagulação de rotina faz parte do tratamento primário da isquemia cerebral aterotrombótica.
- D. A combinação de ácido acetilsalicílico e clopidogrel após um AVC minor não se mostrou benéfica na prevenção de um segundo AVC.

Recurso:

Solicito a ANULAÇÃO da questão ou alteração do gabarito, pois a alternativa B apresenta informação FACTUALMENTE INCORRETA.

Fundamentação:

A alternativa afirma que "O ácido acetilsalicílico é o único agente antiplaquetário que se mostrou eficaz no tratamento agudo do acidente vascular cerebral isquêmico."

Esta afirmação está INCORRETA pelas seguintes razões, todas baseadas em evidências de alto nível (UpToDate):

1. Dupla antiagregação plaquetária (DAPT) com AAS + Clopidogrel: Múltiplos estudos randomizados de alta qualidade demonstraram SUPERIORIDADE da combinação AAS + Clopidogrel sobre AAS isolado no tratamento agudo de AVC minor/AIT:

- Meta-análise 2018 (>10.400 pacientes): DAPT reduziu AVC recorrente em 30% vs AAS isolado (RR 0.70, IC95% 0.61-0.80)
- POINT trial: Redução de eventos isquêmicos maiores (5.0% vs 6.5%; HR 0.75, IC95% 0.59-0.95)
- CHANCE trial: Redução de todos os AVCs (8.2% vs 11.7%; HR 0.68, IC95% 0.57-0.81)
- INSPIRES trial: Redução de novos AVCs (7.3% vs 9.2%; HR 0.79, IC95% 0.66-0.94)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

2. Ticagrelor:

- THALES trial (11.016 pacientes): Ticagrelor + AAS reduziu AVC ou morte vs placebo + AAS (5.5% vs 6.6%; HR 0.83, IC95% 0.71-0.96)

FDA aprovou ticagrelor em combinação com aspirina para tratamento de curto prazo de AVC isquêmico menor agudo ou AIT de alto risco

CHANCE-2 trial: Demonstrou superioridade do ticagrelor + AAS vs clopidogrel + AAS

3. Tirofiban:

- RESCUE BT2 trial (1.177 pacientes): Tirofiban resultou em melhor desfecho funcional que AAS (29.1% vs 22.2%; RR ajustado 1.26, IC95% 1.04-1.53)

Conclusão: O termo "único" torna a alternativa B objetivamente FALSA, pois há evidência robusta de eficácia de outros agentes antiplaquetários (clopidogrel, ticagrelor, tirofiban) no tratamento agudo do AVC isquêmico. Embora o AAS seja o antiplaquetário de primeira escolha em monoterapia e tenha evidência histórica consolidada (IST e CAST trials), ele NÃO É O ÚNICO com eficácia demonstrada.

Solicito: Anulação da questão

Referências:

UpToDate: "Antiplatelet therapy for acute ischemic stroke and transient ischemic attack"



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 29

Mulher, 45 anos, sem comorbidades conhecidas, é admitida no pronto-socorro com queixa de dor abdominal intensa no quadrante inferior esquerdo, iniciada há 48 horas. Ao exame físico, apresenta febre baixa ($37,9^{\circ}\text{C}$), sensibilidade à palpação na fossa ilíaca esquerda e leucocitose leve ($11.500/\text{mm}^3$). A TC abdominal revela diverticulite sigmoide com espessamento da parede do cólon, inflamação da gordura pericólica e presença de pequenas bolhas de ar pericólicas ($<5\text{ cm}$ do segmento inflamado), sem evidência de abscesso ou líquido livre. A paciente está hemodinamicamente estável e tolerando dieta oral. Qual das seguintes condutas é a mais apropriada para o manejo inicial dessa paciente?

- A. Iniciar antibioticoterapia intravenosa de amplo espectro, manter a paciente em dieta zero e monitorizar a evolução clínica.
- B. Prescrever antibioticoterapia oral com cobertura para Gram-negativos e anaeróbios, associada à dieta líquida restrita e repouso no leito.
- C. Optar por tratamento sintomático com analgésicos e dieta oral liberada, sem antibioticoterapia, e reavaliar em 24-48 horas.
- D. Considerar tratamento não operatório, avaliar nível de PCR e monitorizar a evolução clínica.

Recurso:

Prezada banca examinadora. Venho respeitosamente apresentar recurso contra o gabarito preliminar da questão 29 do concurso de Acesso Direto, que aborda o manejo inicial de diverticulite aguda não complicada, solicitando a revisão da alternativa correta para a Letra B.

A questão descreve uma paciente de 45 anos com diverticulite sigmoide aguda, apresentando dor abdominal intensa, febre baixa ($37,9^{\circ}\text{C}$), sensibilidade em fossa ilíaca esquerda e leucocitose leve ($11.500/\text{mm}^3$). A TC abdominal revela diverticulite com espessamento da parede, inflamação pericólica e pequenas bolhas de ar pericólicas ($<5\text{ cm}$), sem abscesso ou líquido livre. A paciente está hemodinamicamente estável e tolerando dieta oral. A banca indicou a Letra D ("Considerar tratamento não operatório, avaliar nível de PCR e monitorizar a evolução clínica") como a conduta mais apropriada.

Entretanto, a presença de sinais de resposta inflamatória sistêmica (febre e leucocitose) na paciente, mesmo que leves, indica um quadro de diverticulite aguda que, embora não seja





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

classificado como complicado, ainda se beneficia da antibioticoterapia. A conduta de não iniciar antibióticos é geralmente reservada para casos muito leves, sem sinais sistêmicos de inflamação, e onde o diagnóstico é puramente clínico ou com achados mínimos na TC.

As principais diretrizes internacionais e literaturas renomadas sobre o manejo da diverticulite aguda corroboram a indicação de antibioticoterapia oral para pacientes com diverticulite aguda não complicada que apresentam sinais de inflamação sistêmica, como febre e leucocitose, e que podem tolerar a via oral.

Referências e Trechos Relevantes:

1. American Society of Colon and Rectal Surgeons (ASCRS) Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis (2020):

- "For patients with uncomplicated diverticulitis, **oral antibiotics are recommended for those with systemic signs of infection** (e.g., fever, leukocytosis) and who can tolerate oral intake." (Grau de Recomendação: Forte; Nível de Evidência: Moderado).
- A diretriz também menciona que "antibiotics may be safely withheld in select patients with uncomplicated diverticulitis who do not have systemic signs of infection." No entanto, a paciente da questão apresenta febre e leucocitose.

2. European Society of Coloproctology (ESCP) Consensus Statement on the Management of Acute Diverticulitis (2020):

- "In patients with uncomplicated diverticulitis, **antibiotics are recommended if there are signs of systemic inflammation** (e.g. fever, leukocytosis)."
- "Oral antibiotics are appropriate for patients who are able to tolerate oral intake and do not require hospital admission."

3. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 11th Edition. Editors: Feldman, M. et al. Elsevier, 2021. (Capítulo sobre "Diverticular Disease"):

- "Patients with uncomplicated diverticulitis who have mild symptoms, are able to tolerate oral intake, and have no signs of systemic toxicity (e.g., high fever, significant leukocytosis) may be managed as outpatients with oral antibiotics and



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

a clear liquid diet." A paciente da questão apresenta febre e leucocitose, o que a coloca no grupo que se beneficia de antibióticos.

A alternativa B ("Prescrever antibioticoterapia oral com cobertura para Gram-negativos e anaeróbios, associada à dieta líquida restrita e repouso no leito") alinha-se perfeitamente com as recomendações das diretrizes para pacientes com diverticulite aguda não complicada, mas com sinais de inflamação sistêmica, que estão hemodinamicamente estáveis e toleram dieta oral. A cobertura para Gram-negativos e anaeróbios é padrão para infecções intra-abdominais. A dieta líquida restrita é uma medida de suporte comum no manejo inicial.

A alternativa D, ao sugerir "considerar tratamento não operatório, avaliar nível de PCR e monitorizar a evolução clínica" sem incluir antibioticoterapia, ignora os sinais de inflamação sistêmica presentes na paciente. Embora o tratamento seja de fato não operatório e a monitorização da PCR seja útil, a omissão do antibiótico para uma paciente com febre e leucocitose não é a conduta mais apropriada e segura de acordo com as evidências atuais.

Diante do exposto e com base nas diretrizes e literaturas médicas mais recentes e renomadas, solicito a revisão do gabarito para que a alternativa B seja considerada a resposta correta.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 35

Recentemente, houve um grande aumento da indicação da cirurgia bariátrica. Considerando esse contexto, analise as assertivas a seguir sobre a obesidade mórbida: I. Doença renal terminal está associada à obesidade mórbida. II. Obesidade mórbida está associada ao risco de câncer de próstata. III. A alteração mais frequente em obesos mórbidos é artrite com doença articular degenerativa. IV. Alterações epigenéticas são frequentes no desenvolvimento da obesidade mórbida. Quais estão corretas?

- A. Apenas I e IV.
- B. Apenas II e III.
- C. Apenas I, II e III.
- D. I, II, III e IV.

Recurso:

Prezada banca examinadora do concurso de residência médica da AMRIGS, edição de 2026,

Venho respeitosamente apresentar recurso contra o gabarito preliminar da questão 35 do concurso para Acesso Direto. A questão solicita a análise de assertivas sobre a obesidade mórbida e suas associações. O gabarito preliminar indica que todas as assertivas estão corretas. Contudo, a assertiva III ("A alteração mais frequente em obesos mórbidos é artrite com doença articular degenerativa.") está incorreta.

De fato, em obesos mórbidos, a principal alteração articular observada é a osteoartrite, caracterizada por dor, rigidez e perda funcional, com impacto significativo na qualidade de vida e necessidade precoce de intervenções cirúrgicas. No entanto, a alternativa não explicita "alterações articulares", ficando dúbia a interpretação.

Alterações cardiovasculares e metabólicas são mais comuns do que alterações articulares em pacientes com obesidade mórbida. A literatura médica demonstra que hipertensão, dislipidemia, resistência à insulina, diabetes tipo 2, remodelamento cardíaco adverso e in-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

suficiência cardíaca ocorrem com alta prevalência nesse grupo, frequentemente em padrão dose-dependente e já presentes em adolescentes e adultos jovens. O risco de eventos cardiovasculares e mortalidade por doença cardiovascular é significativamente elevado, mesmo em indivíduos considerados metabolicamente saudáveis dentro do espectro da obesidade.

Dado que as assertivas I, II e IV estão corretas, a questão não apresenta uma alternativa de resposta que contemple todas as afirmativas corretas.

Diante do exposto, solicito a anulação da questão.

Atenciosamente,

Referências:

1. Elmaleh-Sachs A, Schwartz JL, Bramante CT, et al. Obesity Management in Adults: A Review. JAMA logoJAMA. 2023;330(20):2000-2015. doi:10.1001/jama.2023.19897.
2. Shah AS, Dolan LM, Khoury PR, et al. Severe Obesity in Adolescents and Young Adults Is Associated With Subclinical Cardiac and Vascular Changes. The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2015;100(7):2751-7. doi:10.1210/jc.2014-4562.
3. Pratt JSA, Browne A, Browne NT, et al. ASMBS Pediatric Metabolic and Bariatric Surgery Guidelines, 2018. Surgery for Obesity and Related Diseases : Official Journal of the American Society for Bariatric Surgery. 2018;14(7):882-901. doi:10.1016/j.soard.2018.03.019.
4. Siurana JM, Ventura PS, Yeste D, et al. Myocardial Geometry and Dysfunction in Morbidly Obese Adolescents (BMI 35-40 Kg/M). The American Journal of Cardiology. 2021;157:128-134. doi:10.1016/j.amjcard.2021.07.026.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

5.Ortega FB, Lavie CJ, Blair SN. Obesity and Cardiovascular Disease. Circulation Research. 2016;118(11):1752-70. doi:10.1161/CIRCRESAHA.115.306883.

6. Caleyachetty R, Thomas GN, Toulis KA, et al. Metabolically Healthy Obese and Incident Cardiovascular Disease Events Among 3.5 Million Men and Women. Journal of the American College of Cardiology. 2017;70(12):1429-1437. doi:10.1016/j.jacc.2017.07.763



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 65

Menino, 9 meses, apresentou episódio de infecção urinária febril, com necessidade de internação e antibioticoterapia endovenosa. Esse é o segundo episódio com necessidade de internação. Na primeira internação, aos 6 meses, realizou ecografia de vias urinárias, com resultado normal. Da atual internação, recebeu alta com orientação de manter profilaxia antibiótica diária, até obtenção do resultado dos exames solicitados. Mãe traz o paciente à consulta com resultado de uretrocistografia miccional indicando refluxo vesicoureteral bilateral grau II (RVU-II). Considerando o caso apresentado, qual deve ser a conduta?

- A. Modificar profilaxia antibiótica para frequência de 3 vezes na semana.
- B. Solicitar uretrocistografias miccionais periódicas para controle.
- C. Indicar correção cirúrgica do refluxo vesicoureteral.
- D. Suspender profilaxia antibiótica.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicito a revisão da questão referente ao manejo do refluxo vesicoureteral (RVU) em lactentes, pois **nenhuma das alternativas apresentadas corresponde à conduta recomendada pelo Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)**, documento reconhecido como referência técnica nacional para a prática pediátrica.

O caso descreve lactente de 9 meses, com dois episódios de infecção urinária febril, ecografia de vias urinárias normal e uretrocistografia miccional mostrando refluxo vesicoureteral bilateral grau II. A alta hospitalar incluía indicação de profilaxia antibiótica contínua. Diante desse cenário, o *Tratado de Pediatria da SBP* é categórico ao afirmar que **a profilaxia está indicada nos casos de refluxo de graus I ou II quando há ITU de repetição ou cintilografia renal alterada**. O trecho correspondente estabelece:

“Na presença de refluxo vesicoureteral (RVU) de graus I ou II com ITU de repetição ou com cintilografia estática alterada, está indicada a profilaxia antibiótica contínua.”

Fonte: *Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria, capítulo de Nefrologia – Infecções do Trato Urinário e Refluxo Vesicoureteral*.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

O lactente descrito **cumpre exatamente o critério “RVU grau II + ITU de repetição”**, razão pela qual a conduta correta e recomendada pelo documento-base seria **manter a profilaxia antibiótica contínua**, visando reduzir risco de recorrência e proteger o parênquima renal. Nenhuma das alternativas apresentadas contempla essa conduta.

A alternativa considerada correta pela banca (“suspender profilaxia antibiótica”) **contraria frontalmente o texto do Tratado da SBP**, visto que a suspensão da profilaxia é indicada apenas para crianças sem refluxo, sem recorrência de ITU ou sem fatores de risco associados — o que não corresponde ao caso apresentado. Além disso, o próprio Tratado adverte que a profilaxia antibiótica contínua é recomendada justamente para evitar novos episódios e reduzir risco de cicatrizes renais, especialmente em lactentes.

Dessa forma, a alternativa tida como gabarito oficial incorre em **erro técnico**, pois recomenda conduta inconsistente com o documento utilizado como referência. As demais alternativas também não são válidas: não há indicação de cirurgia (correção apenas para RVU grave ou refratário), nem de alteração de esquema profilático, tampouco de solicitações complementares naquele momento. Assim, **nenhuma alternativa apresentada é correta**.

Diante disso, com fundamento explícito no *Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria*, solicito respeitosamente a **anulação da questão**, uma vez que **não há alternativa condizente com a conduta recomendada pela literatura pediátrica oficial**.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 70

Considerando um caso de desidratação em escolar, de 16 kg, associada à diarreia aguda febril tipo disenteria, ainda sem sinais de taquicardia, sem rebaixamento de sensório, nem prolongamento do tempo de enchimento capilar; a correção deve ser feita no(a) _____ e com o insumo denominado _____. Assinale a alternativa que preenche, correta e respectivamente, as lacunas do trecho acima.

- A. sala de emergência – soro reidratante oral
- B. domicílio – soro reidratante oral
- C. unidade de terapia intensiva – ringer lactato intravenoso
- D. sala de emergência – soro fisiológico intravenoso

Recurso:

À Banca Examinadora,

A presente questão descreve um escolar de 16 kg com diarreia aguda febril tipo disentérica, afirmando tratar-se de um “caso de desidratação”, porém **não fornece os elementos clínicos mínimos necessários para estabelecer o grau de desidratação**, etapa indispensável para definição do plano terapêutico, conforme estabelecido pelas diretrizes nacionais.

O enunciado informa apenas que a criança encontra-se **sem taquicardia, sem rebaixamento do sensório e sem prolongamento do tempo de enchimento capilar**. Todavia, de acordo com o **Manual de Manejo da Doença Diarreica Aguda do Ministério da Saúde**, tais achados **não são suficientes para excluir desidratação leve/moderada**, tampouco para confirmá-la. A classificação exige avaliação conjunta de sinais como: mucosas, olhos, sede, turgor cutâneo, débito urinário, presença de irritabilidade/letargia, entre outros.

O documento deixa claro que:

- **A definição de “alguma desidratação” exige pelo menos dois sinais clínicos**, o que não pode ser verificado no enunciado, pois esses sinais simplesmente não foram fornecidos.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

- Crianças com desidratação leve podem **não apresentar taquicardia, alteração de sensório ou TEC aumentado**, levando a um risco de falsa impressão de “hidratação normal” quando, na verdade, faltam dados essenciais.

Além disso, embora o enunciado determine tratar-se de “caso de desidratação”, **ele não demonstra, na prática, evidências que sustentem tal afirmação**, estabelecendo uma incongruência lógica e impedindo o raciocínio clínico adequado por parte do candidato.

Sem a possibilidade de classificar o paciente em **Plano A (sem desidratação)**, **Plano B (alguma desidratação)** ou **Plano C (desidratação grave)**, torna-se inviável definir:

- o local apropriado de manejo (domicílio, sala de emergência ou UTI);
- o tipo de solução a ser utilizado (SRO, SF 0,9% ou RL intravenoso).

Diferentes alternativas poderiam ser corretas dependendo da classificação, mas **o enunciado não fornece subsídios para realizar tal classificação**, resultando em ausência de resposta única e inequívoca — característica imprescindível em questões de múltipla escolha.

Diante da **insuficiência de dados clínicos essenciais**, da **incongruência interna do enunciado** e da **impossibilidade de aplicação das diretrizes oficiais**, solicita-se a **anulação da questão**, uma vez que não é possível determinar, com base no texto fornecido, qual seria o manejo adequado para o caso proposto.

REFERÊNCIA

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manejo do Paciente com Diarreia: Avaliação do Estado de Hidratação e Orientações Terapêuticas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.



@medway.residenciamedica



Medway



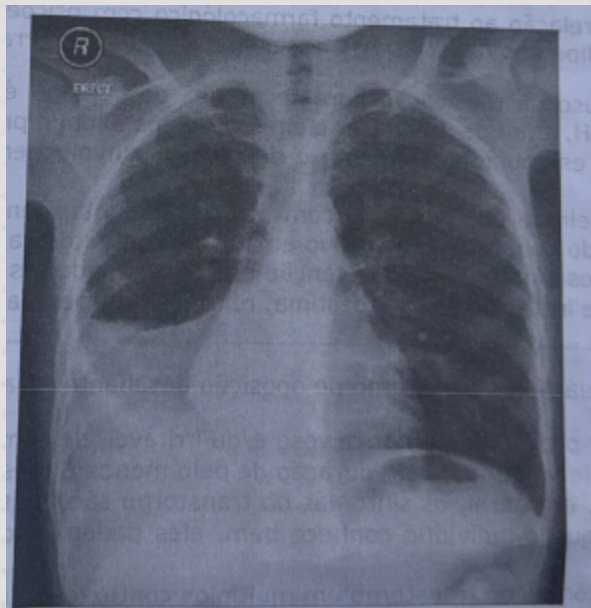
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 75

Escolar, 6 anos, chega ao plantão febril, taquipneico, prostrado e com estertoração difusa bibasal. O resultado do raio X de tórax é apresentado na figura abaixo. Ultrassonografia point of care à beira do leito evidencia volumoso derrame pleural direito, com presença de septações. De acordo com as informações apresentadas, no manejo inicial desse paciente, além da antibioticoterapia, deve-se considerar:



- A. Punção pleural diagnóstica e de alívio, apenas.
- B. Toracocentese para utilização de fibrinolítico intrapleural.
- C. Videotoracoscopia assistida.
- D. Toracocentese definitiva, mas apenas se a punção confirmar empiema pleural.

Recurso:

Prezada banca examinadora. Venho respeitosamente apresentar recurso contra o gabarito preliminar da questão 75 do concurso de Acesso Direto 2026, que aborda o manejo de derrame pleural parapneumônico complicado/empiema em criança, solicitando a revisão da alternativa correta para a Letra C.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

A questão descreve um escolar de 6 anos com quadro clínico de pneumonia grave (febre, taquipneia, prostração, estertores difusos bibasais), raio-X de tórax que mostra volumoso derrame pleural direito e ultrassonografia à beira do leito confirmando derrame pleural volumoso com septações. Este cenário é altamente sugestivo de derrame pleural parapneumônico complicado ou empiema. A banca indicou a Letra B ("Toracocentese para utilização de fibrinolítico intrapleural") como a conduta mais apropriada.

No entanto, baseado no que há de mais estabelecido na literatura médica, a alternativa B está equivocada. A utilização de fibrinolíticos intrapleurais para quebrar as septações e facilitar a drenagem é uma estratégia válida no manejo do empiema. No entanto, a administração de fibrinolíticos é realizada através de um dreno de tórax (tubo de toracostomia) que é inserido no espaço pleural, e não diretamente por uma toracocentese (que é um procedimento de punção e aspiração, geralmente de curta duração). A toracocentese não oferece um acesso duradouro e seguro para a infusão repetida de fibrinolíticos e a drenagem contínua necessária. Em contrapartida, a alternativa C encontra-se correta. A VATS é amplamente reconhecida como uma técnica eficaz e segura para o manejo de empiema pleural em crianças, especialmente em casos com septações ou loculações, como o descrito na questão. A VATS permite a visualização direta do espaço pleural, a lise das aderências e septações, a drenagem completa do pus e o desbridamento da pleura, promovendo uma resolução mais rápida e completa do empiema. É considerada uma opção de tratamento inicial para empiema complicado.

◦ Referências:

- **Nelson Textbook of Pediatrics, 21st Edition.** Editors: Robert M. Kliegman et al. Elsevier, 2020. (Capítulo sobre "Pleural Effusion and Empyema" em crianças: "Video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) is often the preferred initial management for children with complicated parapneumonic effusions or empyema, especially when there are loculations or thick pus.").
- **American Academy of Pediatrics (AAP) Clinical Practice Guideline: Management of Parapneumonic Effusion and Empyema in Children (2013).** (Recomenda a VATS como uma opção primária para empiema septado ou loculado, com evidência de melhora nos resultados em comparação com a drenagem por tubo torácico isolada em alguns casos).
- **British Thoracic Society (BTS) Pleural Disease Guideline (2010) - Management of Pleural Infection.** (Embora mais antiga, ainda relevante para princípios, e discute a VATS como uma opção para empiema complicado).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

AMRIGS - 2026

Considerando que a alternativa B descreve um procedimento incorreto (fibrinolítico via toracocentese em vez de dreno de tórax) e que a VATS é uma opção de manejo inicial bem estabelecida, eficaz e recomendada para empiema septado em crianças, conforme as diretrizes internacionais e a literatura médica, a alternativa C é a resposta mais apropriada para o manejo inicial desse paciente.

Diante do exposto, solicito a revisão do gabarito para que a alternativa C seja considerada a resposta correta.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 80

Em relação ao transtorno de oposição desafiante, analise as assertivas a seguir: I. Caracteriza-se por padrão de humor raivoso e/ou irritável, de comportamento questionador e/ou desafiante ou índole vingativa, com duração de pelo menos 6 meses. II. Considerando que, em geral, os sintomas do transtorno são mais evidentes nas interações com adultos ou pares que o indivíduo conhece bem, eles podem não ficar tão evidentes no exame clínico. III. A presença de sintomas do transtorno em múltiplos contextos é um indicativo de gravidade. IV. Os sintomas de humor raivoso e/ou irritável respondem pela maior parte do risco para transtorno da conduta. Quais são as corretas?

- A. Apenas I e II.
- B. Apenas III e IV.
- C. Apenas I, II e III.
- D. I, II, III e IV.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar a revisão da alternativa considerada correta pela banca, uma vez que **todas as quatro assertivas (I, II, III e IV)** estão de acordo com a literatura psiquiátrica atual. Assim, a opção correta deveria ser a **letra D**.

As assertivas I, II e III correspondem exatamente aos critérios diagnósticos e classificatórios descritos no *DSM-5-TR* para o Transtorno de Oposição Desafiante, não havendo controvérsia quanto à sua veracidade.

Contudo, o equívoco reside na invalidação da assertiva IV. A afirmativa declara que “os sintomas de humor raivoso e/ou irritável respondem pela maior parte do risco para transtorno da conduta”. Tal afirmação encontra **sólido embasamento em estudos longitudinais** e em **parâmetros clínicos amplamente utilizados em psiquiatria infantil**, que demonstram que o **subtipo irritável do TOD** é justamente o que apresenta **pior prognóstico** e **maior probabilidade de evolução para Transtorno de Conduta** e outros transtornos externalizantes graves.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

A Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente (AACAP) detalha que crianças cujo TOD é dominado por irritabilidade persistente tendem a desenvolver trajetória mais severa de comportamentos disruptivos, sendo esse padrão o mais fortemente associado à progressão para Transtorno de Conduta. Da mesma forma, Burke et al. (2014) e Nock et al. (Child and Adolescent Psychiatry Clinics) reforçam que a irritabilidade crônica é o **marcador mais robusto** de mau prognóstico, superando inclusive os componentes desafiadores ou vingativos.

Assim, afirmar que o humor raivoso/irritável representa a maior parte do risco para evolução para Transtorno de Conduta **é correto, consistente com a literatura científica atual e amplamente aceito na prática clínica**. Dessa forma, a assertiva IV está correta e não deve ser descartada.

Diante do exposto, todas as quatro assertivas são verdadeiras, e a alternativa correta deveria ser a **letra D (I, II, III e IV)**. Solicito, portanto, a revisão do gabarito.

Referências

1. **American Psychiatric Association.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed., Text Revision (DSM-5-TR). Arlington: APA Publishing; 2022.
2. **Steiner H, Lock J.** Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children With Oppositional Defiant Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1998;37(10 Suppl):36S–49S.
3. **Burke JD, Hipwell AE, Loeber R.** Dimensions of Oppositional Defiant Disorder as Predictors of Depression and Conduct Disorder in Preadolescent Girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2010;49(5):484–492.
4. **Nock MK, Kazdin AE.** Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder. In: *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Elsevier; 2002.
5. **Stringaris A, Goodman R.** Three Dimensions of Oppositionality in Youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2009;50(3):216–223.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 84

Em relação aos Conselhos de Saúde, analise as assertivas a seguir: I. São instâncias deliberativas e permanentes do SUS em cada esfera de governo. II. Sua composição deve garantir paridade entre representantes do governo e da sociedade civil. III. Têm como uma de suas atribuições aprovar o Plano Municipal de Saúde. Quais estão corretas?

- A. Apenas I e II.
- B. Apenas I e III.
- C. Apenas II e III.
- D. I, II e III.

Recurso:

Prezada banca examinadora. Solicito a alteração do gabarito da questão de D para B, pois a afirmativa II ("Sua composição deve garantir paridade entre representantes do governo e da sociedade civil") está incorreta.

A afirmativa II contraria a regra de composição e paridade estabelecida pela legislação federal do SUS. A Resolução nº 453/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula o funcionamento dos Conselhos, estabelece que a composição deve ser de 50% de Usuários e 50% dos demais segmentos, sendo 25% de Trabalhadores de Saúde e 25% de Gestores/Prestadores de serviços de saúde.

Portanto, a paridade exigida pelo controle social é entre o segmento dos Usuários (parte da sociedade civil) e o conjunto dos demais três segmentos (Governo, Trabalhadores e Prestadores), e não uma paridade simplificada apenas entre "Governo e Sociedade Civil".

Pelo exposto, solicito, respeitosamente, alteração da resposta correta para a questão é B (Apenas I e III).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 85

Marta, 43 anos, hipertensa e diabética, realizava acompanhamento periódico em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) vinculada à ESF. Após mudança de endereço dentro do mesmo município, passou a procurar atendimento em outra UBS, na qual teve dificuldade para dar continuidade ao seu cuidado, uma vez que não houve acesso a seu histórico clínico nem reconhecimento do vínculo anterior. Nos meses seguintes, ao procurar atendimento em uma UPA por quadro de descompensação clínica, exames complementares foram repetidos, e o plano terapêutico foi reiniciado a partir de informações parciais. A paciente expressou frustração com a descontinuidade, dizendo ter a sensação de que "os serviços não se comunicam". Entre os princípios do SUS, a situação descrita reflete, sobretudo, uma violação do princípio da:

- A. Equidade – ao não priorizar o cuidado da paciente conforme suas vulnerabilidades clínicas.
- B. Universalidade ao condicionar o acesso da paciente ao vínculo territorial anterior.
- C. Integralidade – ao fragmentar a atenção e dificultar o fluxo contínuo e articulado de cuidado.
- D. Regionalização - ao não garantir a referência assistencial entre os pontos de atenção do território.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicito a **alteração do gabarito** da questão da alternativa **C (Integralidade)** para a alternativa **D (Regionalização)**, pois a situação descrita reflete, de forma mais precisa, uma falha na **organização da rede assistencial no território**.

A **Regionalização (Alternativa D)**, princípio organizativo do SUS, visa **articular e garantir o fluxo contínuo** e a **referência assistencial** entre os diferentes pontos de atenção de uma região de saúde. A dificuldade de Marta em dar continuidade ao seu cuidado após mudar de endereço, com a **perda do histórico clínico** e a necessidade de **repetir exames e reiniciar o plano terapêutico** em diferentes serviços, demonstra uma clara **falha na comunicação e na articulação da rede** assistencial, sendo a essência da violação da **Regionalização**.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Embora a **Integralidade (Alternativa C)** também esteja comprometida, é importante notar que a paciente, apesar da descontinuidade, **teve acesso** aos vários níveis de atenção (UBS e UPA), o que sugere que o princípio da **Integralidade no seu aspecto de acesso à gama completa de serviços não foi totalmente violado**. O problema central reside na **fragmentação e na desarticulação do cuidado** dentro da rede de serviços já existente. Essa fragmentação é uma **consequência direta** da não efetivação da **Regionalização**, que é o mecanismo estrutural responsável por ordenar e integrar o fluxo assistencial no território. Portanto, a alternativa **D – Regionalização** é a que melhor identifica a falha estrutural primária no sistema de saúde que levou à situação de descontinuidade.

Desta forma, solicito, respeitosamente, a alteração do gabarito para alternativa D.

Referência: Brasil. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. 1990.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 93

Um pronto-socorro de referência recebe um adolescente febril, com cefaleia intensa, rigidez de nuca e vômitos. Diante da suspeita de meningite bacteriana, é realizado um teste laboratorial rápido, cuja razão de verossimilhança negativa (LR-) é de 0,01. O resultado do teste foi negativo. Sabendo-se que a probabilidade pré-teste estimada pelo médico era de 40%, e considerando a gravidade do quadro clínico, qual das seguintes condutas e interpretações é mais adequada?

- A. Iniciar antibioticoterapia empírica imediatamente, pois a gravidade da doença exige tratamento mesmo com baixa probabilidade.
- B. Confiar no teste e descartar meningite bacteriana, pois o resultado negativo reduz fortemente a probabilidade pós-teste.
- C. Repetir o teste para confirmar o resultado, já que a sensibilidade foi baixa.
- D. Concluir que o teste é pouco útil, pois seu valor preditivo negativo é baixo em contextos de alta suspeita.

Recurso:

Solicitação: Alteração de Gabarito para a letra A

Prezada banca, a questão traz um cenário de meningite bacteriana, uma emergência médica com alta letalidade. O gabarito preliminar (B) sugere "descartar" a doença baseando-se na probabilidade pós-teste. Solicito a revisão para a alternativa A.

Embora a probabilidade pós teste seja estatisticamente baixa (próxima a 1%), clinicamente isso representa 1 caso perdido a cada 150 pacientes. Segundo Guyatt et al. (Evidence-Based Medicine Guidelines), para doenças de alta morbimortalidade, o "Test Threshold" deve ser virtualmente zero. Portanto, é temerário descartar uma doença fatal com um risco residual de quase 1% sem a confirmação do padrão-ouro.

Além disso, o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde é enfático ao preconizar que o tratamento e a quimioprofilaxia não devem ser retardados em casos suspeitos devido à gravidade do prognóstico. O diagnóstico de exclusão definitivo depende da análise citobioquímica e, principalmente, da cultura do líquido, e não deve ser feito isoladamente por testes rápidos. Além disso, o guia destaca que só se considera caso descartado os ca-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

sos suspeitos com diagnóstico confirmado para outra doença, algo que não foi citado na questão.

Assim, solicito, respeitosamente, a alteração do gabarito para alternativa A.

Referências:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde. 6ª edição. 2024.

Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, et al. Users' Guides to the Medical Literature: IX. A Method for Grading Health Care Recommendations. JAMA. 1995;274(22):1800-1804. doi:10.1001/jama.1995.03530220066035



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

AMRIGS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 96

Um teste rápido para triagem de infecção pelo HIV foi avaliado em uma população com suspeita clínica moderada, em contexto ambulatorial. O exame apresenta sensibilidade de 100% e especificidade de 98%. Considerando esses parâmetros e o papel do teste no raciocínio clínico e epidemiológico, assinale a alternativa correta.

- A. Todos os positivos têm HIV.
- B. Nenhum paciente com HIV terá resultado negativo.
- C. 2% dos doentes terão falso-negativo.
- D. Todos os negativos estão livres da doença.

Recurso:

Cara banca examinadora. Solicito ampliação de gabarito para alternativas B e D.

A sensibilidade mede a capacidade de um teste de identificar corretamente os verdadeiros positivos, ou seja, pacientes que possuem a doença e apresentam teste com resultado positivo. Com sensibilidade de 100%, todos os paciente doentes apresentam resultado positivo, e, conseqüentemente, nenhum paciente doente apresenta resultado de teste negativo (não existem falsos negativos).

Sendo assim: nenhum paciente com HIV terá resultado negativo e todos os negativos estão livres da doença.

