



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SUS - 2026

SUS - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 2

Homem, 60 anos de idade, obeso (peso: 100 kg), com risco cardiovascular alto e em uso de glimepirida, empagliflozina e metformina, apresenta hemoglobina acima da meta após 4 meses de terapia tripla. Nesse momento, segundo diretrizes brasileiras de diabetes, deve-se considerar

- A. aguardar 12 meses antes de mudança terapêutica.
- B. associar liraglutida.
- C. substituir a empagliflozina por pioglitazona.
- D. substituir a empagliflozina por liraglutida.
- E. suspender os três antidiabéticos orais e iniciar tratamento apenas com insulina.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

As recomendações brasileiras definem metas de controle e indicações de intensificação terapêutica exclusivamente com base em *HbA1c*, nunca em “hemoglobina” genérica. Dessa forma, como o enunciado afirma apenas “hemoglobina acima da meta” sem especificar que se trata de hemoglobina glicada (*HbA1c*), termo utilizado nas diretrizes para avaliação de controle glicêmico. Dessa forma, a imprecisão compromete a validade e a interpretação correta da questão. Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão, em razão da escrita incorreta e ambígua do termo “hemoglobina” sem especificação de *HbA1c*.

Referências:

- [Sociedade Brasileira de Diabetes] — Manejo da terapia antidiabética em adultos com DM2 sem doença renal ou IC, 2025



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 4

Homem, 65 anos de idade, 70 kg, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, é admitido com febre e tosse há 2 dias, evoluindo com sonolência e dispneia. Na admissão, apresenta pressão arterial de 75 x 45 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm, frequência respiratória de 24 rpm e saturação de oxigênio de 87% em ar ambiente. É iniciada ceftriaxona + claritromicina, administrando 2.000 mL de ringer lactato nas três primeiras horas de admissão, sendo também necessário iniciar noradrenalina, que, após 3 horas, está em 0,20 mcg/kg/min para manter pressão arterial média de 65 mmHg. De acordo com as recomendações da Surviving Sepsis Campaign, em qual momento está indicado iniciar a hidrocortisona para esse paciente?

- A. Imediatamente.
- B. Se ainda estiver com noradrenalina 0,20 mcg/kg/min após 6 horas da admissão.
- C. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,25$ mg/kg há pelo menos 4 horas.
- D. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,25$ mg/kg e vasopressina 0,03 UI/min, independentemente do tempo.
- E. Se necessidade de noradrenalina $\geq 0,50$ mg/kg e vasopressina 0,03 UI/min há pelo menos 6 horas.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Segundo o Surviving Sepsis Campaign, "we defined ongoing requirement as a dose of norepinephrine or epinephrine ≥ 0.25 mcg/kg/min for at least 4 hours after initiation to maintain the target MAP. The dose of hydrocortisone is typically 200mg/d". Dessa forma, as unidades da droga vasoativa estão em mcg/kg/min. Porém, nas alternativas da presente questão, as unidades estão em dose de **mg/kg**, enquanto os protocolos de referência expressam doses de noradrenalina em **mcg/kg/min**, gerando discrepância na interpretação e tornando os itens incorretos, visto que a indicação de corticoide nesse paciente seria após noradrenalina ≥ 0.25 mcg/kg/min por pelo menos 4 horas, o que não é possível de afirmar, visto a escrita equivocada das alternativas. Diante do exposto, solicitamos **a anulação** desta questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Referências:

Evans, Laura¹; Rhodes, Andrew²; Alhazzani, Waleed³; Antonelli, Massimo⁴; Coopersmith, Craig M.⁵; French, Craig⁶; Machado, Flávia R.⁷; McIntyre, Lauralyn⁸; Ostermann, Marlies⁹; Prescott, Hallie C.¹⁰; Schorr, Christa¹¹; Simpson, Steven¹²; Wiersinga, W. Joost¹³; Alshamsi, Fayez¹⁴; Angus, Derek C.¹⁵; Arabi, Yaseen¹⁶; Azevedo, Luciano¹⁷; Beale, Richard¹⁸; Beilman, Gregory¹⁹; Belley-Cote, Emilie²⁰; Burry, Lisa²¹; Cecconi, Maurizio²²; Centofanti, John²³; Coz Yataco, Angel²⁴; De Waele, Jan²⁵; Dellinger, R. Phillip²⁶; Doi, Kent²⁷; Du, Bin²⁸; Estenssoro, Elisa²⁹; Ferrer, Ricard³⁰; Gomersall, Charles³¹; Hodgson, Carol³²; Hylander Møller, Morten³³; Iwashyna, Theodore³⁴; Jacob, Shevin³⁵; Kleinpell, Ruth³⁶; Klompas, Michael³⁷; Koh, Youn-suck³⁸; Kumar, Anand³⁹; Kwizera, Arthur⁴⁰; Lobo, Suzana⁴¹; Masur, Henry⁴²; McGloughlin, Steven⁴³; Mehta, Sangeeta⁴⁴; Mehta, Yatin⁴⁵; Mer, Mervyn⁴⁶; Nunnally, Mark⁴⁷; Oczkowski, Simon⁴⁸; Osborn, Tiffany⁴⁹; Papathanassoglou, Elizabeth⁵⁰; Perner, Anders⁵¹; Puskarich, Michael⁵²; Roberts, Jason⁵³; Schweickert, William⁵⁴; Seckel, Maureen⁵⁵; Sevransky, Jonathan⁵⁶; Sprung, Charles L.⁵⁷; Welte, Tobias⁵⁸; Zimmerman, Janice⁵⁹; Levy, Mitchell⁶⁰. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock 2021. Critical Care Medicine 49(11):p e1063-e1143, November 2021. | DOI: 10.1097/CCM.0000000000005337.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 9

Mulher, 55 anos de idade, portadora de cirrose hepática com ascite volumosa, sem dor à palpação, faz uso de espironolactona 200 mg/dia e carvedilol 25 mg/dia. Em exames laboratoriais, apresenta creatinina de 2,1 mg/dL e ureia de 100 mg/dL. Níveis anteriores de creatinina e ureia de 1,0 mg/dL e 40 mg/dL, respectivamente. Urina tipo I sem leucocitose. A conduta apropriada nesse momento em relação à função renal é

- A. expansão volêmica com soro fisiológico 0,9%.
- B. expansão volêmica com ringer lactato.
- C. albumina.
- D. terlipressina.
- E. furosemida intravenosa.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliação do gabarito para as alternativas **A, B e C**.

À Banca Examinadora,

No caso, temos paciente cirrótica com ascite volumosa apresenta piora aguda da função renal sem sinais de hipovolemia definida. A avaliação inicial da *volemia arterial efetiva* é fundamental para diferenciar lesão renal por hipoperfusão da síndrome hepatorenal (SHR). Segundo o guideline de lesão renal aguda em vigência de cirrose, tem-se as seguintes recomendações: expansão volêmica com cristalóide isotônico (soro fisiológico 0,9% ou Ringer lactato) por 24–48 horas permite avaliar resposta da taxa de filtração glomerular antes de caracterizar SHR. A albumina endovenosa (20–40 g/dia) otimiza a volemia intravascular e atua como adjuvante na vasoconstrição renal reversível na SHR precoce. Além disso, nos casos de volemia **incerta ou de difícil avaliação, o guideline coloca duas estratégias possíveis**: expansão volêmica com 250 a 500 ml de cristalóides ou 1 a 1,5 g/kg de albumina. Diante do exposto, solicitamos ampliação do gabarito para as alternativas **A, B e C**, considerando, pelas diretrizes mais recentes, que tanto a reanimação volêmica como o uso de albumina podem ser usados na avaliação inicial da função renal em paciente com volemia incerta.

Referências



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Nadim MK, Kellum JA, Forni L, Francoz C, Asrani SK, Ostermann M, Allegretti AS, Neyra JA, Olson JC, Piano S, VanWagner LB, Verna EC, Akcan-Arikan A, Angeli P, Belcher JM, Biggins SW, Deep A, Garcia-Tsao G, Genyk YS, Gines P, Kamath PS, Kane-Gill SL, Kaushik M, Lumlertgul N, Macedo E, Maiwall R, Marciano S, Pichler RH, Ronco C, Tandon P, Velez JQ, Mehta RL, Durand F. Acute kidney injury in patients with cirrhosis: Acute Disease Quality Initiative (ADQI) and International Club of Ascites (ICA) joint multidisciplinary consensus meeting. J Hepatol. 2024 Jul;81(1):163-183. doi: 10.1016/j.jhep.2024.03.031. Epub 2024 Mar 26. PMID: 38527522; PMCID: PMC11193657.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 23

Um homem de 70 anos comparece ao ambulatório da cirurgia geral com queixa de perda ponderal de 8 kg em 3 meses, associada a astenia e alteração recente do hábito intestinal, apresentando episódios de diarreia alternados com períodos de constipação prolongada. Refere ainda presença de sangue vivo nas fezes nas últimas semanas. Nega comorbidades prévias. Ao exame físico, apresenta-se emagrecido e com dor à palpação profunda da região hipogástrica. Diante da suspeita clínica e considerando os dados sobre a incidência e a mortalidade por neoplasias malignas, assinale a alternativa correta.

- A. O câncer colorretal é a neoplasia de maior incidência entre os homens no mundo, superando o câncer de próstata, pulmão e fígado.
- B. A principal causa de morte por câncer entre os homens é o câncer de próstata, e sua taxa de mortalidade é superior à de pulmão.
- C. Embora mais incidente, o câncer colorretal é muito menos letal do que o câncer de pulmão em ambos os sexos.
- D. O câncer colorretal apresenta mortalidade mais elevada do que o câncer de pâncreas em números relativos.
- E. A combinação de perda de peso e o sangramento nas fezes indicam, com alto grau de especificidade, câncer gástrico em estágio avançado.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicitamos, respeitosamente, a **anulação da questão nº 23**, por apresentar **inconsistência conceitual e imprecisão epidemiológica**, permitindo interpretações conflitantes a partir de dados válidos da literatura, o que compromete a existência de uma única alternativa correta.

A questão solicita que o candidato assinale a alternativa correta **“considerando os dados sobre incidência e mortalidade por neoplasias malignas”**, porém as assertivas apresentadas misturam conceitos distintos (incidência, mortalidade absoluta e letalidade) sem a devida padronização, levando a ambiguidades.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Análise crítica das assertivas

- **Alternativa C** afirma que, *“embora mais incidente, o câncer colorretal é muito menos letal do que o câncer de pulmão em ambos os sexos”*. Essa afirmação é **verdadeira segundo dados epidemiológicos consolidados**, uma vez que o câncer de pulmão permanece como a principal causa de morte por câncer no mundo, apresentando taxa de letalidade significativamente superior à do câncer colorretal em homens e mulheres. Portanto, a alternativa C é **cientificamente correta**.
- **Alternativa D** afirma que *“o câncer colorretal apresenta mortalidade mais elevada do que o câncer de pâncreas em números relativos”*. Também se trata de uma **afirmação verdadeira quando analisada em termos de mortalidade absoluta (número total de óbitos)**, já que o câncer colorretal gera maior número global de mortes do que o câncer de pâncreas, apesar deste último apresentar maior letalidade proporcional. Assim, a alternativa D também pode ser considerada **correta**, dependendo do critério adotado.

Inconsistência da questão

O cerne do problema reside no fato de que a questão **não define claramente se está se referindo a:**

- mortalidade absoluta (número de óbitos),
- letalidade (proporção de mortes entre os casos),
- ou taxa padronizada de mortalidade.

Dessa forma, **mais de uma alternativa pode ser corretamente assinalada**, contrariando o princípio fundamental das questões de múltipla escolha, que exige **apenas uma resposta correta**.

Conclusão



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Diante da **ambiguidade conceitual**, da **ausência de critério epidemiológico explícito** e da possibilidade de **mais de uma alternativa verdadeira**, solicitamos a **anulação da questão nº 23**, em respeito à isonomia e à segurança jurídica do processo seletivo.

Referência

- World Health Organization. **Global Cancer Observatory (GLOBOCAN)**. 2020.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral **Questão: 27**

Um paciente de 38 anos com obesidade grau III foi submetido a bypass gástrico laparoscópico com reconstrução em Y de Roux há cerca de 2 anos. Hoje, deu entrada no pronto atendimento devido a quadro de dor abdominal intensa localizada em mesogástrio associada a vômitos biliosos em grande quantidade e de forma recorrente. Refere não evacuar há 3 dias. Ao exame, apresenta abdome globoso e distendido com timpanismo difuso à percussão, bem como ruídos hidroaéreos aumentados. Foi submetido à radiografia de abdome que demonstrou alças de delgado dilatadas com sinal de empilhamento de moedas na região hipogástrica e presença de níveis hidroaéreos, bem como ausência de ar no cólon e reto. Com base no caso clínico descrito, assinale a alternativa correta.

- A. A principal causa é a presença de hérnia incisional, geralmente localizada na linha infraumbilical.
- B. O suporte clínico com reposição volêmica e drenagem nasogástrica é suficiente para resolução do evento na maioria dos casos.
- C. Nesse tipo de operação, raramente, ocorre estrangulamento da alça acometida, sendo a causa mais provável a presença de bridas intestinais.
- D. A abordagem cirúrgica nesse tipo de paciente deve ser precoce devido ao risco de ruptura da linha de grampeamento da alça biliopancreática causado pela distensão excessiva.
- E. O melhor método para diagnóstico desse tipo de complicação é a radiografia de abdome realizada em decúbito e posição ortostática.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a **anulação da Questão 27**, cujo gabarito oficial divulgado foi a **alternativa D**, uma vez que **nenhuma das alternativas apresentadas contempla de forma correta e completa a fisiopatologia, o diagnóstico e a indicação cirúrgica das complicações tardias após bypass gástrico em Y de Roux**, conforme a literatura atual.

O quadro clínico descrito — paciente com **cerca de 2 anos de pós-operatório de bypass gástrico em Y de Roux**, apresentando **dor abdominal intensa, vômitos biliosos volumo-**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

sos, distensão abdominal e sinais radiológicos de obstrução intestinal alta — é altamente sugestivo de obstrução intestinal no pós-operatório tardio.

Nesse contexto, os **principais diagnósticos diferenciais** são:

- **Hérnia interna, e**
- **Bridas (aderências intestinais),**

sendo a **hérnia interna a causa mais provável** no cenário tardio. Estudos demonstram que, após o primeiro ano de pós-operatório, a hérnia interna supera as aderências como principal causa de obstrução intestinal nesse grupo de pacientes.

A hérnia interna é uma complicação **potencialmente fatal**, podendo evoluir rapidamente com **estrangulamento, isquemia, necrose e perfuração do intestino delgado**, motivo pelo qual exige **alto grau de suspeição clínica e intervenção precoce**, independentemente dos achados iniciais de exames complementares.

A alternativa D afirma que a abordagem cirúrgica precoce se deve ao **risco de ruptura da linha de grampeamento da alça biliopancreática causada por distensão excessiva**. Entretanto, **essa não é a principal nem a justificativa consagrada na literatura para a indicação cirúrgica nesse cenário**.

A **indicação de cirurgia na suspeita de hérnia interna pós-bypass gástrico** baseia-se fundamentalmente no risco de:

- obstrução do intestino delgado,
- estrangulamento vascular,
- isquemia,
- necrose e perfuração intestinal,

e **não de forma primária ou exclusiva na prevenção de ruptura da linha de grampeamento da alça biliopancreática**. Embora possível, a ruptura da linha de grampeamento



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

por distensão excessiva da alça biliopancreática é considerada uma complicação **excepcionalmente rara** no contexto pós-bypass gástrico em Y de Roux, e não seria considerada o motivo para indicação de cirurgia precoce.

Dessa forma, observa-se que:

- a alternativa D, embora indique abordagem cirúrgica precoce, **fundamenta essa conduta em um mecanismo inadequado e não prioritário**;
 - as demais alternativas apresentam erros conceituais relevantes;
 - **Alternativa A:** incorreta, pois hérnia incisional não representa a principal causa de obstrução intestinal tardia após bypass laparoscópico.
 - **Alternativa B:** incorreta, uma vez que o suporte clínico isolado **não é suficiente** na maioria dos casos suspeitos de hérnia interna.
 - **Alternativa C:** incorreta, pois o estrangulamento intestinal **não é raro** nesse contexto, e a hérnia interna é mais frequente que as aderências no pós-operatório tardio.
 - **Alternativa E:** incorreta, visto que a radiografia simples não é o melhor método diagnóstico; a **tomografia computadorizada** é o exame de escolha, embora com sensibilidade limitada.
- consequentemente, **a questão não possui alternativa plenamente correta.**

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente a **anulação da Questão 27**, por ausência de resposta correta.

Atenciosamente,

Referências (ABNT)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

DE SIMONE, B. et al. Operative management of acute abdomen after bariatric surgery in the emergency setting: the OBA guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, v. 17, n. 1, p. 51, 2022. DOI: 10.1186/s13017-022-00452-w.

FRY, B. T.; FINKS, J. F. Abdominal pain after Roux-en-Y gastric bypass: a review. *JAMA Surgery*, v. 158, n. 10, p. 1096–1102, 2023. DOI: 10.1001/jamasurg.2023.3211.

AARON, A. E. et al. *Gastrointestinal surgical emergencies*. American College of Surgeons, 2021.

ELMS, L. et al. Causes of small bowel obstruction after Roux-en-Y gastric bypass: a review of 2,395 cases at a single institution. *Surgical Endoscopy*, v. 28, n. 5, p. 1624–1628, 2014. DOI: 10.1007/s00464-013-3361-1.

WOOD, C. G. et al. Internal hernias after Roux-en-Y gastric bypass: clues to a challenging diagnosis. *Radiographics*, v. 45, n. 10, e240197, 2025. DOI: 10.1148/rg.240197.

VINK, M. R. A. et al. New insights into ruling out internal herniations after laparoscopic gastric bypass on the abdominal CT scan: the OPERATE study. *Obesity Surgery*, v. 35, n. 3, p. 715–724, 2025. DOI: 10.1007/s11695-025-07715-w.

FACCHIANO, E. et al. Laparoscopic management of internal hernia after Roux-en-Y gastric bypass. *Obesity Surgery*, v. 26, n. 6, p. 1363–1365, 2016. DOI: 10.1007/s11695-016-2179-z.

LEYBA, J. L. et al. Laparoscopic technique for hernia reduction and mesenteric defect closure. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*, v. 22, n. 4, p. e182–e185, 2012. DOI: 10.1097/SLE.0b013e3182550479.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 30

Homem de 70 anos, antecedentes de hipertensão arterial e tabagismo de longa data (parou há 15 anos). Antecedente de câncer de próstata tratado há 5 anos com cirurgia e radioterapia. Procurou atendimento devido a alterações do hábito intestinal. Refere que há 4 meses iniciou quadro de constipação alternado com evacuações líquidas em grande quantidade, de odor fétido. Refere ainda que são frequentes episódios de empachamento e dor hipogástrica leve. Observa ainda sensação de urgência evacuatória, mas ao ir ao banheiro, frequentemente não apresenta evacuação, mesmo após esforço. No período, observou perda ponderal de 5 kg, mesmo sem alterações do apetite. Nega sangramento nas fezes, mas refere astenia aos esforços e desânimo crescente. Ao exame: abdome doloroso à palpação do hipogástrio, sem sinais de peritonite e toque retal sem presença de sangue ou fezes. Qual o diagnóstico mais provável desse paciente?

- A. Colite pseudomembranosa.
- B. Doença diverticular não complicada.
- C. Doença inflamatória intestinal (retocolite ulcerativa).
- D. Adenocarcinoma da transição retossigmoideana.
- E. Retopatia actínica.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Solicita-se respeitosamente a **ampliação do gabarito da Questão 30** para que sejam consideradas corretas as alternativas **D (Adenocarcinoma da transição retossigmoideana)** e **E (Retopatia/retite actínica)**, uma vez que **ambos os diagnósticos são plausíveis e sustentados pelo quadro clínico apresentado**, não sendo possível distingui-los apenas com base na clínica descrita.

O paciente é idoso, com **antecedente de radioterapia pélvica há cinco anos para câncer de próstata**, apresentando **alteração progressiva do hábito intestinal**, constipação alternada com evacuações líquidas, empachamento, dor hipogástrica, urgência evacuatória, perda ponderal e astenia. Esse conjunto de achados é **compatível com retite actínica crônica**, uma complicação tardia da radioterapia, definida como sintomas persistentes após





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

três meses do tratamento, incluindo dor, urgência, constipação, diarreia e estenose, conforme diretrizes da American Society for Gastrointestinal Endoscopy.

Por outro lado, o mesmo quadro clínico também é **altamente sugestivo de câncer color-retal**, especialmente adenocarcinoma da transição retossigmoideana, considerando a idade avançada, história de tabagismo, perda ponderal, astenia e alteração do hábito intestinal, mesmo na ausência de sangramento. Diretrizes do American College of Gastroenterology reforçam que pacientes idosos com sintomas intestinais crônicos e perda de peso devem ser investigados para neoplasia colorretal, sendo a colonoscopia essencial para diferenciação diagnóstica.

Dessa forma, **tanto a retite actínica crônica quanto o adenocarcinoma colorretal configuram diagnósticos prováveis e justificáveis**, não havendo elementos clínicos suficientes para excluir um em detrimento do outro. Assim, a manutenção de apenas uma alternativa como correta torna a questão excessivamente restritiva.

Diante do exposto, solicita-se a **ampliação do gabarito para as alternativas D e E**.

Atenciosamente,

Referências

LEE, J. K. et al. ASGE guideline on the role of endoscopy for bleeding from chronic radiation proctopathy. *Gastrointestinal Endoscopy*, v. 90, n. 2, p. 171–182.e1, 2019. DOI: 10.1016/j.gie.2019.04.234.

CALDERWOOD, A. H.; SHAUKAT, A. Colorectal cancer screening and surveillance and other colon conditions in the older adult. *The American Journal of Gastroenterology*, v. 120, Supl. 10, p. S8–S16, 2025. DOI: 10.14309/ajg.0000000000003641.02.

ENG, C. et al. Colorectal cancer. *The Lancet*, v. 404, n. 10449, p. 294–310, 2024. DOI: 10.1016/S0140-6736(24)00360-X.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SUS - 2026



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 43

Primigesta, 23 anos de idade, iniciou acompanhamento pré-natal com 10 semanas de gestação. Na primeira consulta, realizou exames, apresentou IgM e IgG positivos para toxoplasmose. Foram realizados IgA para toxoplasmose com resultado negativo e teste de avididade de IgG de 70%. Não recebeu medicação e repetiu os exames no último trimestre de gestação com resultados semelhantes. Ao nascimento, por parto normal, com 38 semanas de gestação, o recém-nascido do sexo masculino, peso = 2.980 g, comprimento = 48 cm, apgar 9/10. De acordo com os dados apresentados, tem indicação de

- A. receber os cuidados habituais ao recém-nascido.
- B. agendar consulta em ambulatório especializado para avaliação no primeiro mês de vida.
- C. realizar sorologia para toxoplasmose, e se IgM negativo, complementar com fundo de olho e ultrassonografia transfontanela, e referir todos os dados na alta hospitalar.
- D. realizar sorologia para toxoplasmose e fundo de olho, e iniciar tratamento com sulfadiazina e pirimetamina e ácido folínico.
- E. realizar sorologia para toxoplasmose, teste de avididade de IgG, ultrassonografia transfontanela e análise de líquido cefalorraquidiano. Iniciar administração de ácido folínico.

Recurso:

Recurso – Revisão de Gabarito

Toxoplasmose congênita | Conduta no recém-nascido

Prezada banca examinadora,

Solicita-se a revisão do gabarito da questão que aborda a conduta frente ao recém-nascido exposto à toxoplasmose materna, com base na análise criteriosa dos dados clínicos e sorológicos apresentados no enunciado, à luz do **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Toxoplasmose**, do Ministério da Saúde.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

A gestante iniciou o pré-natal com 10 semanas de gestação e, na primeira avaliação sorológica, apresentou **IgM e IgG positivos para toxoplasmose**, sendo posteriormente realizado **teste de avidéz de IgG com resultado de 70% (alta avidéz)**, além de **IgA negativo**. Os exames mantiveram-se estáveis ao longo da gestação, sem evidência de soroconversão.

De acordo com o Ministério da Saúde, **IgG de alta avidéz no primeiro trimestre da gestação é compatível com infecção materna antiga, adquirida antes da gravidez**, afastando o diagnóstico de infecção aguda gestacional. O protocolo ainda reforça que **IgM positivo isoladamente não define infecção recente**, e que a **negatividade do IgA** reforça a ausência de infecção aguda. A **estabilidade sorológica ao longo da gestação** também afasta a ocorrência de infecção adquirida durante a gravidez.

Diante desses critérios, o próprio PCDT orienta que **não há indicação de tratamento materno**, nem de investigação fetal específica, sendo o acompanhamento classificado como **pré-natal de risco habitual**. Consequentemente, na ausência de infecção materna aguda durante a gestação, **não há indicação de investigação extensiva ou tratamento específico no recém-nascido**, desde que este nasça assintomático, como no caso descrito.

O recém-nascido nasceu a termo, em boas condições clínicas, sem sinais sugestivos de toxoplasmose congênita. Assim, conforme as recomendações do Ministério da Saúde, a conduta adequada é a realização apenas de **cuidados habituais ao recém-nascido**, não havendo indicação de sorologias adicionais imediatas, exames de imagem, punção lombar ou início de tratamento com sulfadiazina, pirimetamina ou ácido folínico.

Dessa forma, a **alternativa A** encontra respaldo direto no protocolo oficial vigente do Ministério da Saúde. As demais alternativas propõem investigação ou tratamento **sem indicação clínica ou epidemiológica**, extrapolando as recomendações do PCDT.

Solicita-se, portanto, a **aceitação da alternativa A como resposta correta** ou, alternativamente, a **anulação da questão**, caso a banca entenda não haver adequação do gabarito às diretrizes oficiais vigentes.

Referência



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SUS - 2026

Brasil. Ministério da Saúde.

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) – Atenção Integral às Pessoas com Toxoplasmose.

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2023 (documento vigente).

Atenciosamente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 45

Menino, 5 anos de idade, foi picado por escorpião no pé esquerdo há 1 hora. Tem muita dor e o local da picada está hiperemiado e edemaciado, sem áreas de necrose. Mesmo após receber analgesia, queixa de dor, vomitou 3 vezes, está sonolento com momentos de agitação, tem sudorese e salivação profusas, FC = 146 bpm, FR = 38 mrm. Qual a evolução esperada do quadro apresentado, sem receber soroterapia, e quais exames estão indicados para acompanhamento?

- A. Insuficiência renal; ureia, creatinina, gasometria, sódio e potássio.
- B. Insuficiência hepática; transaminases, bilirrubinas, albumina, amônia e coagulograma.
- C. Insuficiência respiratória; oximetria, gasometria arterial e radiografia de tórax.
- D. Insuficiência cardíaca; ECG e ecocardiograma.
- E. Insuficiência suprarrenal; glicemia, gasometria, sódio e potássio.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Solicita-se revisão do gabarito da questão referente à evolução clínica esperada e aos exames indicados em criança vítima de acidente escorpiônico moderado a grave, uma vez que as alternativas C e D são igualmente compatíveis com a fisiopatologia e com as recomendações de acompanhamento, tornando a questão passível de dupla resposta correta. Diante da fisiopatologia do escorpionismo grave, da apresentação clínica descrita e das recomendações oficiais, as alternativas C e D são ambas corretas, pois descrevem evoluções esperadas e exames adequados de acompanhamento.

Solicita-se, portanto:

- Aceitação das alternativas C e D, ou
- Anulação da questão, por existência de mais de uma resposta correta.

Respeitosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 77

I.S.K., 28 anos, em PO3 de parto vaginal, sem intercorrências. Em amamentação exclusiva. Prole constituída. Solicita, ainda antes da alta, um método anticoncepcional. Nega comorbidades. Nega tabagismo. Assinale a alternativa que apresenta o método anticoncepcional mais adequado, em relação ao período de puerpério e a história clínica dessa paciente.

- A. Anticoncepcional combinado via oral.
- B. Anel vaginal.
- C. Implante com etonogestrel.
- D. DIU de levonorgestrel.
- E. Injetável trimestral.

Recurso:

Contexto: Expansão de Gabarito

Prezada Banca Examinadora,

No contexto da questão, que traz uma puérpera no 3º dia após parto vaginal, desejosa de anticoncepção, de acordo com a atualização da OMS lançada em 2025 sobre Anticoncepção, sabe-se que ambos os progestágenos isolados apresentados pelas alternativas C (implante de etonogestrel) e E (injetável trimestral) são opções válidas e seguras nesse período de puerpério. Ambas são consideradas categoria 2 para pacientes amamentando com menos de 6 semanas do parto.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Progestogen-only contraceptives (POCs)

POCs do not protect against sexually transmitted infections (STIs), including HIV. If there is a risk of STI/HIV, the correct and consistent use of condoms is recommended. When used correctly and consistently, male and female condoms offer one of the most effective methods of protection against STIs, including HIV.

Condition ▪ recommendations reviewed for the MEC sixth edition, ▪ additional comments after this table	MEC Category I = initiation, C = continuation			Clarifications/Evidence
	POP	DMPA/ NET-EN injectable	LNG/ETG implant	
POP = progestogen-only pill, LNG/ETG = levonorgestrel and etonogestrel DMPA = depot medroxyprogesterone acetate, NET-EN = norethisterone enanthate				

Breastfeeding (BF)* [reviewed]

a) < 6 weeks postpartum	2	2	2
b) ≥ 6 weeks to < 6 months postpartum (primarily BF)	1	1	1
c) ≥ 6 months postpartum	1	1	1

Evidence: A total of 61 studies provided evidence on the use of POCs in BF women, 50 of which were previously reviewed for this recommendation (50). New evidence from 9 studies (including 2 on implants, 2 on injectables and 5 on pills) continues to demonstrate no consistent negative impacts on BF performance (time to lactogenesis, milk production, BF continuation, BF duration, exclusivity or BF problems) or infant health outcomes (infant weight, infant length, infant head circumference or infant illness) among BF women who use POCs compared with BF women who do not use POCs (51–59). New evidence from 2 studies demonstrates no harmful effects on BF performance or infant growth when progestogen-only implant initiation occurs prior to 6 weeks postpartum among BF women compared with later initiation (60, 61). New evidence on POCs, including injectables, is generally consistent with the previous evidence in demonstrating no harmful effects on BF or infant outcomes with POC use compared with no POC use. Limited evidence exists on high-risk infants (low birth weight or premature) and no studies included women at risk for BF difficulties.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Portanto, solicito revisão e expansão de gabarito.

Grato!

Fonte: Medical eligibility criteria for contraceptive use, sixth edition. Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 84

Mulher grávida de 27 anos passa o dia com seu sobrinho de 12 anos em uma festa familiar. No dia seguinte, o seu sobrinho desenvolve uma erupção vesicular generalizada, que é diagnosticada como varicela. Ela entrou em contato com o médico obstetra no mesmo dia, preocupada com os riscos da varicela, pois nunca havia tido essa doença e não lembra de ter sido vacinada. A paciente está com 34 semanas de gravidez e tem apenas asma intermitente. Nesse cenário, constitui a próxima recomendação de escolha:

- A. aplicar a vacina para o vírus varicela-zoster (VVZ).
- B. administrar imunoglobulina para o VVZ.
- C. coletar sorologias para o VVZ.
- D. iniciar profilaxia pós-exposição com valaciclovir.
- E. tranquilizá-la e seguimento observacional.

Recurso:

A questão apresenta uma gestante de 34 semanas que teve contato com um caso confirmado de varicela, sem histórico claro de infecção prévia ou vacinação. O gabarito indicado foi a opção de **“coletar sorologias para o VVZ”**. No entanto, essa conduta, embora útil, não é a mais apropriada diante do contexto clínico e das recomendações vigentes.

Justificativa técnica:

1. Tempo de resposta e urgência:

- A sorologia para varicela pode levar dias para resultar e, durante esse período, a paciente pode estar em risco de desenvolver a doença, com consequências graves para ela e para o feto.
- Em gestantes, a infecção pelo vírus varicela-zoster é particularmente preocupante devido ao risco de complicações, como pneumonia varicelosa, que pode ser mais severa.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

2. Diretrizes clínicas:

- As recomendações atuais indicam que, em casos de exposição em gestantes suscetíveis, é preferível a administração de **imunoglobulina anti-varicela-zoster (VZIG)**, preferencialmente nas primeiras 96 horas após a exposição. Isso reduz significativamente o risco de desenvolver varicela e suas complicações.
- A imunoglobulina é eficaz mesmo antes da confirmação sorológica, o que a torna uma medida de intervenção mais imediata e preventiva.

3. Sorologia vs. Imunoglobulina:

- A coleta de sorologias é uma etapa diagnóstica que pode atrasar a intervenção necessária. Enquanto aguardamos os resultados, a paciente pode evoluir para a doença.
- A imunoglobulina, por outro lado, é uma medida profilática que pode ser administrada sem demora, proporcionando proteção rápida e eficaz.

Conclusão:

A conduta mais adequada, conforme as diretrizes clínicas, é a **administração de imunoglobulina anti-varicela-zoster (VZIG)** em gestantes expostas, priorizando a prevenção das complicações maternas e fetais. A coleta de sorologias, embora útil para confirmação diagnóstica, não deve ser a primeira escolha quando há risco iminente de infecção.

Portanto, solicitamos a reconsideração do gabarito, levando em conta as melhores práticas clínicas e a urgência da intervenção em gestantes suscetíveis.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 89

Durante o acompanhamento clínico, é coletada uma classificação subjetiva da dor de dois grupos não pareados de pacientes com dor crônica na articulação patelofemoral. Um dos grupos de pacientes recebeu uma intervenção cirúrgica e o outro recebeu tratamento conservador. O objetivo do estudo é comparar as classificações subjetivas da dor entre os dois grupos. O teste estatístico apropriado a ser usado nesse estudo é

- A. ANOVA de medidas repetidas.
- B. coeficiente de correlação de Spearman.
- C. qui-quadrado.
- D. regressão logística.
- E. teste t para amostras independentes.

Recurso:

O enunciado informa que, durante o acompanhamento clínico, foi coletada uma “*classificação subjetiva da dor*” em dois grupos não pareados de pacientes, com o objetivo de comparar essa classificação entre os grupos. Entretanto, **não é especificado o instrumento ou a natureza da variável utilizada para mensurar a dor**, o que compromete a definição inequívoca do teste estatístico mais apropriado.

O termo *classificação subjetiva da dor* é **metodologicamente amplo** e pode se referir tanto a **escalas numéricas ou contínuas** (como a Escala Visual Analógica ou a Escala Numérica de Dor), quanto a **categorias ordinais ou qualitativas** (por exemplo, dor leve, moderada ou intensa). Cada uma dessas possibilidades implica **pressupostos estatísticos distintos** e, conseqüentemente, **testes estatísticos diferentes**.

Caso a dor tenha sido mensurada por meio de uma escala numérica contínua, seria adequado o uso de testes paramétricos ou não paramétricos para comparação entre dois grupos independentes, como o teste t para amostras independentes. Contudo, se a dor tiver sido registrada como uma variável categórica ou ordinal, o teste t não seria apropriado, sendo mais indicados testes para variáveis qualitativas, como o teste do qui-quadrado, ou testes não paramétricos específicos.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Dessa forma, **a ausência de especificação clara sobre a escala ou o tipo de variável da “classificação subjetiva da dor” impede a determinação única do teste estatístico correto**, abrindo margem para mais de uma interpretação metodologicamente válida. Tal ambiguidade viola o princípio de univocidade do enunciado, fundamental para a elaboração de questões de avaliação, uma vez que diferentes interpretações conduzem a respostas distintas igualmente defensáveis do ponto de vista estatístico.

Assim, a questão apresenta **imprecisão conceitual**, não permitindo ao candidato identificar de forma inequívoca o teste estatístico mais apropriado com base apenas nas informações fornecidas, o que justifica seu questionamento.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social **Questão: 92**

Um médico pesquisador é encarregado de desenvolver um plano estratégico multifacetado para combater a alta prevalência da síndrome de burnout (SB) entre os residentes de medicina. O plano poderá incorporar intervenções com base em evidências que correspondam aos quatro níveis de prevenção (primária, secundária, terciária e quaternária). Nesse sentido, constitui a atitude ou recomendação correta:

- A. criar uma política de revisão por pares para a prescrição de psicofármacos a residentes, exigindo uma avaliação aprofundada das causas organizacionais do estresse antes de iniciar o tratamento medicamentoso, a fim de evitar a medicalização de problemas laborais e a iatrogenia.
- B. conduzir um grupo focal anual com um grupo selecionado de residentes para discutir o clima do programa e promover um melhor equilíbrio entre vida pessoal e profissional para os residentes, considerando isso uma forma de prevenção secundária.
- C. estabelecer um programa de reabilitação e tratamento para residentes de risco para a SB, incluindo acesso à terapia cognitivo-comportamental, coaching de carreira e planos de trabalho equilibrado para minimizar incapacidades e prevenir complicações como depressão.
- D. instituir a aplicação confidencial trimestral ou semestral de um instrumento de avaliação validado, como o Maslach Burnout Inventory, para os residentes do programa, com o objetivo de diagnosticar indivíduos em fase sintomática de esgotamento.
- E. reduzir a carga de trabalho para os residentes do programa, dar um dia útil de folga na semana a todos os residentes e implementar um sistema de "alerta de colega", no qual residentes podem reportar anonimamente pares que parecem estar em sofrimento, pois são medidas para uma intervenção precoce da diretoria.

Recurso:

A questão propõe que um médico pesquisador desenvolva um **plano estratégico multifacetado** para enfrentar a alta prevalência da síndrome de burnout entre residentes, podendo incorporar intervenções baseadas em evidências **correspondentes aos quatro níveis de prevenção** (primária, secundária, terciária e quaternária). Entretanto, ao solicitar a identificação da "atitude ou recomendação correta", o enunciado **não explicita que a alternativa escolhida deva se enquadrar exclusivamente em um único nível de prevenção**, tampouco que essa característica constitua critério obrigatório de correção.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

O gabarito divulgado aponta a alternativa **A** como correta, aparentemente por ser a única opção que descreve uma conduta claramente vinculada **apenas à prevenção quaternária**, ao evitar a medicalização de problemas organizacionais e reduzir o risco de iatrogenia. Contudo, **essa exigência não está expressa no enunciado**, nem pode ser inferida de forma inequívoca a partir do texto da questão.

Ao contrário, o próprio enunciado utiliza a expressão **“plano estratégico multifacetado”**, o que sugere intervenções combinadas e de maior impacto estrutural, não ações isoladas ou restritas a um único nível de prevenção. Nesse contexto, não há fundamentação para privilegiar uma alternativa apenas por contemplar exclusivamente a prevenção quaternária, uma vez que tal critério **não foi explicitado como condição para a resposta correta**.

A alternativa **E**, por sua vez, propõe medidas organizacionais e institucionais — redução da carga de trabalho, concessão de folga semanal e implementação de um sistema de alerta entre colegas — que atuam diretamente sobre **fatores estruturais e psicossociais associados ao burnout**. Essas ações se enquadram de maneira consistente tanto na **prevenção primária** (redução de estressores ocupacionais) quanto na **prevenção secundária** (identificação precoce de residentes em sofrimento), sendo amplamente reconhecidas como **mais efetivas para enfrentar a síndrome de burnout em populações de residentes**, especialmente em cenários de alta prevalência.

Assim, a escolha da alternativa A parece decorrer de um **critério implícito e não declarado** — a exclusividade em um único nível de prevenção — que não foi apresentado aos candidatos. Essa lacuna compromete a clareza do enunciado e permite múltiplas interpretações tecnicamente válidas, ferindo o princípio da univocidade do gabarito.

Diante disso, solicita-se a **revisão do gabarito**, com a consideração da alternativa E como resposta mais adequada ao problema proposto, ou, alternativamente, a **anulação da questão**, em razão da ausência de critério explícito quanto ao nível de prevenção exigido.



@medway.residenciamedica



Medway