



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 15

Homem, 56 anos de idade, procura o pronto-socorro com dor súbita e aumento do volume na região inguinal direita há 6 horas. Exame físico: abaulamento doloroso da região inguinal, sem sinais de peritonite. Durante o exame físico, a hérnia reduziu espontaneamente. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Hernioplastia aberta.
- B. Hernioplastia laparoscópica.
- C. Observação clínica por 24 horas.
- D. Laparotomia exploradora.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

A conduta de **observação clínica por 24 horas** após redução espontânea de hérnia inguinal encarcerada é respaldada pelas recomendações da European Hernia Society e por ampla evidência científica. Segundo o guideline da HerniaSurge Group, citado pela European Hernia Society, o diagnóstico de hérnia encarcerada é predominantemente clínico, e a observação é indicada quando não há sinais de estrangulamento, peritonite ou deterioração clínica.^[9]

Estudos randomizados e meta-análises demonstram que o risco de complicações graves, como isquemia intestinal ou necessidade de cirurgia de emergência, é baixo em pacientes estáveis após redução espontânea, desde que monitorados rigorosamente. A taxa de evolução para cirurgia de urgência é inferior a 3% em grandes coortes, e a maioria dos pacientes pode ser submetida a cirurgia eletiva posteriormente, com resultados semelhantes aos da abordagem imediata.^{[1][3-8][10-11]}

A observação clínica permite identificar precocemente sinais de complicação, como dor persistente, distensão abdominal, febre ou leucocitose, que indicariam necessidade de intervenção cirúrgica. A realização de exames de imagem, como tomografia, é reservada para casos de dúvida diagnóstica ou suspeita de comprometimento intestinal.^{[6][9][11]}





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

A abordagem cirúrgica imediata (aberta ou videolaparoscópica) está indicada apenas em pacientes com sinais de estrangulamento, peritonite ou deterioração clínica durante o período de observação. A laparoscopia pode ser utilizada para avaliação da viabilidade intestinal em casos selecionados, mas não é recomendada como resposta padrão para todos os pacientes com hérnia encarcerada reduzida espontaneamente.^{[9][11-13]}

Portanto, a conduta de **observação clínica por 24 horas** é segura, baseada em evidências robustas e recomendada pelas principais sociedades cirúrgicas europeias, devendo ser considerada como resposta correta para o caso clínico apresentado.

Solicito, portanto, alteração do gabarito para alternativa C.

Atenciosamente,

Referências:

1. [Gastrointestinal Surgical Emergencies Textbook](#). Ashley E. Aaron, Andrea Amabile, Ciro Andolfi, et al American College of Surgeons (2021)
2. [Watchful Waiting Versus Surgery of Mildly Symptomatic or Asymptomatic Inguinal Hernia in Men Aged 50 Years and Older: A Randomized Controlled Trial](#). de Goede B, Wijsmuller AR, van Ramshorst GH, et al. Annals of Surgery. 2018;267(1):42-49. doi: 10.1097/SLA.0000000000002243.
3. [Watchful Waiting vs Repair of Inguinal Hernia in Minimally Symptomatic Men: A Randomized Clinical Trial](#). Fitzgibbons RJ, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. JAMA. 2006;295(3):285-92. doi:10.1001/jama.295.3.285.
4. [Watchful Waiting to Surgery in Men With Mildly Symptomatic or Asymptomatic Inguinal Hernia: An Individual Participant Data Meta-Analysis of Long-Term Follow-Up of Randomized Controlled Trials](#). Yeow M, Aiolfi A, Lomanto D, Fatt SLK, Wijerathne S. Hernia : The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery. 2024;28(5):1909-1914. doi: 10.1007/s10029-024-03118-5.
5. [Groin Hernias in Adults](#). Fitzgibbons RJ, Forse RA. The New England Journal of Medicine. 2015;372(8):756-63. doi:10.1056/NEJMcpl404068.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

6. [Asymptomatic Inguinal Hernia: Does It Need Surgical Repair? A Systematic Review and Meta-Analysis.](#) Cirocchi R, Burini G, Avenia S, et al. ANZ Journal of Surgery. 2022;92(10):2433-2441. doi:10.1111/ans.17594.
7. [Watchful Waiting vs Repair for Asymptomatic or Minimally Symptomatic Inguinal Hernia in Men: A Systematic Review.](#) Reistrup H, Fonnes S, Rosenberg J. Hernia : The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery. 2021;25(5):1121-1128. doi:10.1007/s10029-020-02295-3.
8. [Surgical and Non-Surgical Treatment of Inguinal Hernia During Non-Elective Admissions in the Nationwide Readmissions Database.](#) Drolshagen H, Bhavaraju A, Kalkwarf KJ, et al. Hernia : The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery. 2021;25(5):1259-1264. doi:10.1007/s10029-021-02441-5.
9. [Algorithm for Management of an Incarcerated Inguinal Hernia in the Emergency Settings With Manual Reduction. Taxis, the Technique and Its Safety.](#) Pawlak M, East B, de Beaux AC. Hernia : The Journal of Hernias and Abdominal Wall Surgery. 2021;25(5):1253-1258. doi:10.1007/s10029-021-02429-1.
10. [Twelve-Year Outcomes of Watchful Waiting Versus Surgery of Mildly Symptomatic or Asymptomatic Inguinal Hernia in Men Aged 50 years and Older: A Randomised Controlled Trial.](#) Van den Dop LM, Van Egmond S, Heijne J, et al. EClinicalMedicine. 2023;64:102207. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102207.
11. [Laparoscopic Versus Open Approach for Emergency Repair of Groin Hernias: A Systematic Review and Meta-Analysis.](#) Lai SD, Smith NJ, Park B, Vandal A, MacCormick AD. World Journal of Surgery. 2025;. doi:10.1002/wjs.70076.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 55

Parturiente, 20 anos de idade, primigesta, 33 semanas de idade gestacional, refere dor em baixo ventre e contrações há 5 horas, associada à cefaleia sem escotomas. Apresentou aumento da pressão arterial com 28 semanas, utilizando metildopa 500mg de 6 em 6 horas. Exame físico: PA 130 x 80mmHg, edema de membros inferiores 3+/4+, dinâmica uterina 3 contrações de 40 segundos em 10 minutos, apresentação cefálica e dorso a esquerda, cardiotocografia categoria I. Toque vaginal: colo com dilatação de 1 cm, grosso, posterior. Exames laboratoriais realizados há um dia: hemoglobina 11,2g/dL, Plaquetas 130.000 plaquetas/mm³, TGO 75 UI/L, Urina tipo 1 com proteinúria 2+/4+. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Parto cesáreo e sulfato de magnésio.
- B. Assistência do trabalho de parto e sulfato de magnésio.
- C. Inibição do trabalho de parto com nifedipino e betametasona.
- D. Inibição do trabalho de parto com sulfato de magnésio e betametasona.

Recurso:

Solicito a **anulação da questão 55**, uma vez que o gabarito indicado (alternativa **B**) apresenta inconsistências técnicas importantes e induz o candidato ao erro. No caso apresentado, trata-se de gestante de 33 semanas com contrações há cinco horas, porém com **colo uterino grosso, posterior e com apenas 1 cm de dilatação**, o que **não configura trabalho de parto prematuro**, já que o diagnóstico exige **alteração cervical progressiva associada à atividade uterina regular**. Portanto, a simples presença de contrações sem modificação cervical significativa não permite afirmar que a paciente está “em trabalho de parto”, o que já torna equivocada a alternativa considerada correta, que propõe “assistência ao trabalho de parto”. A interpretação adequada do quadro indica, no máximo, **ameaça de trabalho de parto**, e não trabalho de parto estabelecido.

Além disso, a paciente apresenta **pré-eclâmpsia sem sinais de gravidade**, com pressão controlada, ausência de sintomas neurológicos, plaquetas de 130.000/mm³, ausência de dor epigástrica e sem critérios de HELLP. De acordo com a **Diretriz da Rede Brasileira de Estudos para Hipertensão na Gestação**, o uso de sulfato de magnésio está indicado apenas em situações específicas:

“O MgSO₄ é altamente recomendado para casos de pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, como iminência de eclâmpsia, eclâmpsia, síndrome HELLP e pré-eclâmpsia com deterioração clínica e/ou laboratorial, incluindo crise hipertensiva de difícil controle.”





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Nenhuma dessas condições está presente. Portanto, **não há indicação de sulfato de magnésio** no caso descrito, tornando a alternativa B tecnicamente incorreta, já que ela inclui sulfatação injustificada.

Adicionalmente, caso se considere que a gestante encontra-se em trabalho de parto (como a alternativa dada como correta induz a concluirmos), ela está em trabalho de parto com **menos de 34 semanas** e, sendo assim, a conduta recomendada pelas principais diretrizes seria a **realização de corticoide antenatal (betametasona)** para maturação pulmonar fetal e **tocólise**, quando não houver contraindicação materna ou fetal. Como a paciente apresenta pré-eclâmpsia **sem gravidade**, não há impedimento ao uso de nifedipino como inibidor de contrações. Esse conjunto de medidas encontra-se descrito na alternativa **C**, que é, tecnicamente, a mais adequada.

Assim, a questão apresenta **dupla contradição**:

1. **Classifica incorretamente a paciente como em trabalho de parto**, prejudicando a interpretação das alternativas.
2. **Indica sulfato de magnésio sem respaldo clínico**, contrariando diretrizes nacionais atualizadas.

Diante da confusão gerada e da ausência de alternativa plenamente correta conforme a literatura vigente, conclui-se que a questão **prejudica o candidato e deve ser anulada**.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 89

Menino, 6 meses de idade, sem comorbidades, inicia com coriza e obstrução nasal, evoluindo após 2 dias com tosse e desconforto respiratório. Exame físico: bom estado geral, sibilos expiratórios, tempo expiratório prolongado, retração subcostal e de fúrcula com SpO₂ = 93%. Exame complementar: teste rápido positivo para vírus sincicial respiratório. Qual das seguintes intervenções é recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria?

- A. Inalação salina hipertônica a 3%.
- B. Broncodilatador inalatório.
- C. Corticoide por via oral.
- D. Oxigenoterapia inalatória.

Recurso:

À Banca Examinadora,

A questão de número 89 do presente concurso apresenta um lactente de 6 meses de idade, com quadro compatível com bronquiolite viral aguda (BVA), sendo detectada infecção pelo vírus sincicial respiratório (VSR). É questionada a intervenção recomendada pela Sociedade Brasileira de Pediatria na condução do caso. Apesar de ser apontada a alternativa A como correta, tal conduta não se respalda pelos estudos atualmente disponíveis acerca dessa intervenção na BVA. Conforme as "Diretrizes para o manejo da infecção causada pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR)" de 2017, elaborado pela própria Sociedade Brasileira de Pediatria, as recomendações para o manejo da BVA por esse agente são fracas no que se refere à inalação com salina hipertônica (3%). Apesar de determinados estudos apontarem redução no tempo de internação, tal dado não se sustentou após a correção da heterogeneidade do grupo estudado (Brooks CG, Harrison WN, Ralston SL. Association between hypertonic saline and hospital length of stay in acute viral bronchiolitis: a reanalysis of 2 meta-analyses. JAMA Pediatr. 2016;170:577-84). O próprio documento descreve: "O papel da solução salina hipertônica no tratamento da bronquiolite viral aguda ainda precisa ser definido". A última edição do Tratado de Pediatria (6ª edição, de 2024), por sua vez, explana que a salina hipertônica possui recomendações fracas para utilização em pacientes hospitalizados e que, apesar de poder reduzir o tempo de internação, não se observam benefícios a curto prazo na emergência.





RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNIFESP - 2026

Diante do exposto, por não haver afirmativa adequada para resposta ao caso, solicito respeitosamente a anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway