RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

FMABC - 2026

medway

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 6

Paciente do sexo masculino, 56 anos, procura atendimento para realização de "check-up". Refere histórico de gota, em uso atualmente de colchicina devido à crise álgica. Refere etilismo aos finais de semana, de 2 a 3 latas de cerveja, e nega tabagismo e uso de drogas ilícitas. É sedentário e relata alta ingesta de alimentos ultraprocessados. Ao exame físico, está em bom estado geral, corado e hidratado; lúcido e orientado em tempo e espaço. Aparelho respiratório: murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios, SPO2 96%. Aparelho cardiovascular: bulhas rítmicas normofonéticas, em 2 tempos, sem sopros audíveis FC 103 bpm PA: 140x90 mmHg. Abdome: globoso, flácido, sem massas ou visceromegalias palpáveis. Extremidades: bem perfundidas sem exames. Peso: 96 kg. Altura: 1,70 m. Circunferência abdominal: 115 cm. A conduta mais adequada para esse paciente nesse momento é

A. orientar início de atividades físicas regulares, adequação dietética e perda ponderal, com retorno em 3 meses para reavaliação.
B. orientar início de atividades físicas regulares, adequação dietética e perda ponderal e iniciar atenolol 25 mg uma vez ao dia.
C. orientar início de atividades físicas regulares, adequação dietética e perda ponderal e iniciar hidroclorotiazida 25 mg uma vez ao dia.
D. orientar início de atividades físicas regulares, adequação dietética e perda ponderal e losartana 50 mg uma vez ao dia.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Resumo da atividade: Anulação da questão

Síntese técnica do problema: A definição diagnóstica de *hipertensão arterial* requer medidas de pressão arterial ≥ 140/90 mmHg em pelo menos dois momentos distintos. O paciente apresenta apenas uma aferição em consultório, sem confirmação adicional, não atendendo ao critério mínimo para diagnóstico.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Considerando a questão, o paciente teria um risco cardiovascular aumentado, que exigiria tratamento farmacológico, porém ainda não é possível firmar o diagnóstico para este paciente.

Fundamentação técnica:

- O *diagnóstico de hipertensão arterial* exige PA ≥ 140 mmHg (PAS) e/ou ≥ 90 mmHg (PAD) em ao menos duas ocasiões diferentes, não podendo basear-se em único registro. Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- A institucionalização de tratamento medicamentoso pressupõe confirmação diagnóstica prévia, de modo a evitar intervenções desnecessárias em ausência de hipertensão persistente. Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos a **anulação da questão**, considerando a ausência de diagnóstico definitivo de hipertensão arterial no paciente em avaliação.

Referências:

- [Sociedade Brasileira de Cardiologia] — Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial de 2025
- [Sociedade Brasileira de Cardiologia] — Diretriz Brasileira de Avaliação de Risco Cardiovascular

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Clínica Médica
Questão: 15

O Traumatismo Cranioencefálico (TCE) está associado a ocorrência de convulsões pós-traumáticas precoces. Em qual das seguintes situações está indica a realização de profilaxia para crises convulsivas?

A. TCE grave (escala de coma de Glasgow menor ou igual a 8) e penetrante.
B. Para qualquer traumatismo cranioencefálico com sangramento intracraniano.
C. Hemorragia subaracnóidea traumática isolada.
D. Hematoma subdural isolado, mesmo nos pacientes com escala de coma de Glasgow acima de 13.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação da questão

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: A pergunta limita a indicação de *profilaxia de crises convulsivas* apenas a pacientes com Glasgow ≤ 8, desconsiderando o risco em pacientes com Glasgow de 9 a 12.
Fonte: Trauma cranienceфálico moderado é definido por um escore de 9 a 12 na Escala de Coma de Glasgow (GCS).

- **Critério de risco expandido:** Pacientes com TCE moderado (GCS 9–12) apresentam risco significativo de crises pós-traumáticas precoces e, portanto, também se beneficiam de profilaxia com fenitoína.
- **Falha na cobertura das alternativas:** A alternativa A (*Glasgow ≤ 8*) é demasiado restritiva, enquanto as demais não contemplam corretamente o escore de 9–12 ou o contexto de sangramento intracraniano isolado.
- **Recomendação de profilaxia:** A fenitoína profilática reduz a incidência de crises pós-traumáticas precoces (até 7 dias), justificando sua indicação além dos casos de Glasgow ≤ 8.
  Fonte: Fenitoína: O uso profilático de fenitoína (Hidantal) ou valproato (Depakene) não é recomendado para prevenir crises pós-traumáticas tardias. Recomenda-se a fenitoína para diminuir a incidência de crises pós-traumáticas precoces (dentro de 7 dias

após a lesão), quando se considera que o benefício geral supera as complicações associadas a esse tratamento.

Conclusão com pedido:
Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão.

Referências

- Minor blunt head trauma in children (≥2 years): Clinical features and evaluation. UptoDate, 2025.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 23

O exame físico continua a ser um componente essencial na avaliação do abdome agudo. O médico estará apto a reunir valiosas informações a partir dessa etapa para melhor informar as etapas subsequentes do diagnóstico. O exame físico gerará um diagnóstico diferencial mais preciso, e isso permitirá o início da terapia necessária no momento oportuno. A respeito do exame físico abdominal e os sinais semiológicos, assinale a alternativa correta.

A. O sinal de Rovsing é descrito como dor em região hipogástrica após a rotação externa da coxa e é caraterístico da apendicite aguda.
B. O sinal de Chandelier é caracterizado pela dor extrema abdominal e pélvica inferiores com movimento do colo uterino, característico da doença inflamatória pélvica.
C. O sinal de Courvoisier é definido como a presença de uma massa da parede abdominal que não cruza a linha média e permanece palpável quando o reto é contraído, característico da colecistite aguda.
D. O sinal de Cullen é caracterizado pelo hematoma periumbilical, mais comum na pancreatite necro-hemorrágica

Recurso:

À Banca Examinadora,

A questão de número 23 aborda a identificação de sinais semiológicos clássicos no exame físico do abdome e da pelve.

A questão descreve sinais clínicos amplamente reconhecidos na prática médica e nos tratados de semiologia, permitindo a correta identificação **tanto do sinal de Chandelier**, associado à doença inflamatória pélvica, **quanto do sinal de Cullen**, relacionado à pancreatite aguda necro-hemorrágica. Dessa forma, mais de uma alternativa encontra respaldo técnico-científico adequado.

Fundamentação técnica

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Sinal de Chandelier (Alternativa B)
O sinal de Chandelier caracteriza-se por **dor intensa em região abdominal inferior e pélvica desencadeada pela mobilização do colo uterino**, sendo considerado achado clássico e altamente sugestivo de **doença inflamatória pélvica**. Tal descrição está amplamente documentada nos manuais de semiologia médica e ginecológica, sendo utilizada rotineiramente na avaliação clínica dessas pacientes.

Sinal de Cullen (Alternativa D)
O sinal de Cullen corresponde à **equimose periumbilical**, resultante de extravasamento hemorrágico intra-abdominal ou retroperitoneal, sendo classicamente associado às formas **graves e necro-hemorrágicas da pancreatite aguda**. Trata-se de sinal semiológico bem estabelecido, descrito de forma consistente nos tratados de cirurgia e gastroenterologia.

Análise das alternativas

- **Alternativa B** – Correta. Descreve adequadamente o sinal de Chandelier, com dor intensa à mobilização do colo uterino, característica da doença inflamatória pélvica.
- **Alternativa D** – Correta. Define corretamente o sinal de Cullen como hematoma/equimose periumbilical, associado à pancreatite necro-hemorrágica.

Conclusão e pedido

Diante da fundamentação apresentada e do respaldo consistente na literatura médica clássica, **solicita-se a ampliação do gabarito da questão**, passando a aceitar **as alternativas B e D**, ambas corretas sob o ponto de vista semiológico e clínico.

Referências

1. **Associação Médica Brasileira.** *Manual de Semiologia Médica*. 2ª ed. São Paulo: AMB; 2019.

2. **Sociedade Brasileira de Cirurgia Digestiva.** *Tratado de Cirurgia Gastroenterológica*. Vol. 1. São Paulo; 2018.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 35
A respeito das malformações congênitas da parede abdominal, assinale a alternativa correta.

A. A onfalocele é um defeito em formato de funil na porção lateral da parede abdominal, em que as vísceras se projetam pelo orifício herniário lateral.
B. A onfalocele é um defeito em região medial causado pela falha da união da musculatura da parede abdominal na linha média durante o desenvolvimento fetal.
C. A gastrosquise é um defeito congênito da parede abdominal, em que a membrana umbilical permanece integra, envolvendo as alças intestinais.
D. Na gastrosquise, o defeito encontra-se quase sempre à esquerda do cordão umbilical, com o intestino recoberto por pele ou âmnio.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a **revisão do gabarito da questão 35**, atualmente considerada correta a alternativa **B**, uma vez que, apesar de tratar a onfalocele como um defeito de linha média, **a explicação etiopatogênica apresentada está em desacordo com a embriologia clássica descrita na literatura médica**, o que torna a assertiva incorreta do ponto de vista conceitual.

A alternativa B afirma que a onfalocele é causada pela *falha da união da musculatura da parede abdominal na linha média durante o desenvolvimento fetal*. No entanto, **essa não é a etiologia primária da onfalocele**.

A onfalocele resulta principalmente da **falha do retorno das alças intestinais e, eventualmente, de outros órgãos abdominais para a cavidade abdominal após a herniação fisiológica normal para o cordão umbilical**, processo que ocorre entre a 6ª e a 10ª semanas do desenvolvimento embrionário. Assim, o evento central é a **persistência da herniação fisiológica**, e não uma falha primária de fusão da musculatura da parede abdominal.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

A literatura embriológica descreve que alterações no desenvolvimento da musculatura e do tecido conjuntivo da parede abdominal podem estar presentes, porém **essas alterações são consideradas secundárias**, não configurando o mecanismo etiopatogênico inicial da onfalocele. O defeito primário é o **não retorno dos órgãos herniados**, e não um defeito de fechamento ou união muscular da linha média — mecanismo este mais relacionado a outros defeitos da parede abdominal ventral.

Estudos experimentais e histológicos reforçam que, embora haja comprometimento do desenvolvimento muscular da parede abdominal em casos de onfalocele, **tal achado não define sua origem embriológica primária**, sendo consequência de eventos anteriores no desenvolvimento da parede corporal ventral.

As alternativas A, C e D também apresentam erros conceituais claros, seja ao descrever a onfalocele como defeito lateral, seja ao atribuir incorretamente à gastrosquise a presença de membrana de cobertura ou localização anatômica equivocada.

Dessa forma, embora a alternativa B tenha sido indicada como gabarito oficial, **sua fundamentação etiológica não está correta segundo a embriologia aceita**, e as demais alternativas também estão incorretas. Assim, conclui-se que **a questão não apresenta alternativa plenamente correta**, o que compromete sua validade técnica.

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente a **anulação da questão 35**, por ausência de resposta correta.

Grato,

Referências (ABNT)

SADLER, T. W. *The embryologic origin of ventral body wall defects*. Seminars in Pediatric Surgery, v. 19, n. 3, p. 209–214, 2010. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2010.03.006.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

KHAN, F. A.; HASHMI, A.; ISLAM, S. *Insights into embryology and development of omphalocele*. Seminars in Pediatric Surgery, v. 28, n. 2, p. 80–83, 2019. DOI: 10.1053/j.sempedsurg.2019.04.003.

NICHOL, P. F. et al. *Muscle patterning in mouse and human abdominal wall development and omphalocele specimens of humans*. The Anatomical Record, v. 295, n. 12, p. 2129–2140, 2012. DOI: 10.1002/ar.22556.

NICHOL, P. F. et al. *Conditional mutation of fibroblast growth factor receptors 1 and 2 results in an omphalocele in mice associated with disruptions in ventral body wall muscle formation*. Journal of Pediatric Surgery, v. 46, n. 1, p. 90–96, 2011. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2010.09.066.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral
Questão: 39
Qual é o sinal semiológico encontrado na imagem a seguir e qual patologia abdominal ele representa?

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

A. Sinal do grão de café; volvo de intestino delgado.
B. Sinal do bico de pássaro; obstrução duodenal.
C. Sinal da maçã mordida; neoplasia obstrutiva.
D. Sinal do grão de café; volvo de sigmoide.

Recurso:

À Banca Examinadora,

Venho respeitosamente solicitar a **revisão do gabarito da questão 39**, atualmente considerada correta a alternativa **A (Sinal do grão de café; vólvulo de intestino delgado)**, uma vez que há **inadequação entre o sinal radiológico descrito, a imagem apresentada e a patologia associada**, à luz da literatura médica consolidada.

Na radiografia simples de abdome apresentada, observa-se uma **alça intestinal marcadamente dilatada, com extremidades convergentes, configurando morfologia compatível com o clássico "sinal do grão de café" (coffee bean sign)**. Este sinal radiológico **não é descrito como característico do vólvulo de intestino delgado**, mas sim como um achado **clássico e amplamente reconhecido nos casos de vólvulo de cólon, especialmente do sigmoide**.

A literatura aponta que, no **vólvulo de intestino delgado**, os achados mais comuns na radiografia simples incluem **dilatação de múltiplas alças centrais de intestino delgado, presença de vários níveis hidroaéreos em diferentes alturas e escassez de gás no cólon distal**, configurando um padrão de obstrução intestinal de alto grau. Em especial, a presença de **níveis hidroaéreos múltiplos na mesma alça**, principalmente em posição ortostática, é descrita como altamente sugestiva dessa condição. O **sinal do grão de café não é citado como marcador típico ou confiável para vólvulo de intestino delgado** nas principais diretrizes e revisões sobre obstrução intestinal.

Por outro lado, o **sinal do grão de café** corresponde à visualização de uma **alça colônica dilatada, geralmente o sigmoide, com suas paredes medialisadas e extremidades convergentes**, assumindo o formato característico que remete a um grão de café. Esse achado é **clássico do vólvulo de sigmoide**, sendo descrito tanto em radiografias simples quanto em tomografias computadorizadas, e constitui um dos principais sinais diagnósticos dessa patologia.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Adicionalmente, quando se discute especificamente o **vólvulo de intestino delgado**, os sinais radiológicos mais característicos são descritos sobretudo na tomografia computadorizada, incluindo o **sinal do redemoinho ("whirl sign")**, múltiplos pontos de transição, disposição posterior das alças e sinais associados de sofrimento isquêmico intestinal. Ainda que existam **relatos raros e pontuais** de descrição do "coffee bean sign" em contextos muito específicos, como em casos pediátricos ou intrauterinos, esses achados **não são considerados clássicos, nem aplicáveis à prática clínica padrão em adultos**, tampouco ao contexto da questão apresentada.

Dessa forma, a associação entre **sinal do grão de café e vólvulo de intestino delgado**, conforme indicado na alternativa A, **não encontra respaldo na literatura médica atual**, enquanto a alternativa **D (Sinal do grão de café; vólvulo de sigmoide)** está plenamente de acordo com os achados radiológicos clássicos e com o conhecimento amplamente difundido nos tratados e diretrizes.

Diante do exposto, solicita-se a **alteração do gabarito para a alternativa D**, por ser a única que associa corretamente o sinal radiológico descrito à patologia correspondente, em consonância com as evidências científicas vigentes.

Termos em que,
Pede deferimento.

Referências

TEN BROEK, R. P. G. et al. Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the World Society of Emergency Surgery ASBO Working Group. *World Journal of Emergency Surgery*, Londres, v. 13, p. 24, 2018.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. *ACR Appropriateness Criteria®: suspected small-bowel obstruction*. Reston: ACR, 2020.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

AMARA, Y. et al. Diagnosis and management of small bowel obstruction in virgin abdomen: a WSES position paper. *World Journal of Emergency Surgery*, Londres, v. 16, n. 1, p. 36, 2021.

LAPPAS, J. C.; REYES, B. L.; MAGLINTE, D. D. Abdominal radiography findings in small-bowel obstruction: relevance to triage for additional diagnostic imaging. *American Journal of Roentgenology*, Leesburg, v. 176, n. 1, p. 167–174, 2001.

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

CHANG, C. J. et al. Sigmoid volvulus in a young woman nearly misdiagnosed as fecal impaction. *The Journal of Emergency Medicine*, Nova Iorque, v. 44, n. 3, p. 611–613, 2013.

KHALAYLEH, H. et al. Neonatal sigmoid volvulus. *Journal of Pediatric Surgery*, Filadélfia, v. 51, n. 11, p. 1782–1785, 2016.

LI, X. et al. Diagnosis, treatment and prognosis of small bowel volvulus in adults: a monocentric summary of a rare small intestinal obstruction. *PLoS One*, São Francisco, v. 12, n. 4, e0175866, 2017.

SANDHU, P. S. et al. Bowel transition points: multiplicity and posterior location at CT are associated with small-bowel volvulus. *Radiology*, Oak Brook, v. 245, n. 1, p. 160–167, 2007.

LEPAGE-SAUCier, M. et al. Small and large bowel volvulus: clues to early recognition and complications. *European Journal of Radiology*, Amsterdã, v. 74, n. 1, p. 60–66, 2010.

RUIZ-TOVAR, J. et al. Volvulus of the small bowel in adults. *The American Surgeon*, Cincinnati, v. 75, n. 12, p. 1179–1182, 2009.

PARK, J. S. et al. Intrauterine midgut volvulus without malrotation: diagnosis from the “coffee bean sign”. *World Journal of Gastroenterology*, Pequim, v. 14, n. 9, p. 1456–1458, 2008.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

GAREL, C. et al. Diagnosis of pediatric gastric, small-bowel and colonic volvulus. *Pediatric Radiology*, Berlim, v. 46, n. 1, p. 130–138, 2016.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Pediatria
Questão: 46

Mãe G3P2, assintomática, com pré-natal irregular, em consulta de 3º trimestre, com IG = 32 semanas, apresentou VDRL 1:16. Na mesma consulta, já foi prescrita e realizada penicilina benzatina 2,4 milhões UI IM. A gestante recebeu a orientação de retorno semanal para outras 2 doses e, assim, completar o esquema de tratamento. Com 37 semanas e 3 dias, entrou em trabalho de parto. Verificado no cartão, paciente recebeu as 3 doses de benzetacil prescritas. RN, sexo masculino, nasceu de parto normal, não precisou de manobras de reanimação, PN = 2.650 gramas. Foi encaminhado ao alojamento conjunto com a mãe. A respeito do seguimento desse lactente, assinale a alternativa correta.

A. Considerar a mãe não adequadamente tratada. Coletar VDRL materno e do cordão umbilical do RN. Realizar no RN hemograma, raio-X de ossos longos e coleta de LCR.
B. Considerar a mãe não adequadamente tratada. Coletar VDRL materno e de sangue periférico do RN. Realizar no RN hemograma, raio-X de ossos longos e coleta de LCR.
C. Considerar a mãe adequadamente tratada. Coletar VDRL materno e de sangue periférico do RN. Se VDRL do RN for igual ou até 1 diluição maior que o da mãe, com exame físico normal, manter apenas seguimento clínico.
D. Considerar a mãe adequadamente tratada. Coletar VDRL materno e de sangue periférico do RN. Se VDRL do RN for pelo menos 2 diluições maior que o VDRL materno, realizar penicilina benzatina dose única e manter seguimento clínico.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

A questão de número 46 do atual concurso traz o caso de um recém-nascido filho de mãe diagnosticada com sífilis gestacional com 32 semanas de gestação, na ocasião com VDRL de 1:16. É descrito que a gestante recebeu o tratamento orientado para o quadro, com 3 doses documentadas de penicilina G benzatina, na dose de 2,4 milhões UI IM. O tratamento também foi iniciado mais que 30 dias anteriores ao parto, sendo mais um critério para o tratamento ser considerado adequado no caso. No entanto, não há descrição do intervalo entre as doses de penicilina benzatina, que deve ser de 7 a 9 dias para ser considerado adequado. Ademais, não houve documentação da queda dos títulos de VDRL para garantir resposta imunológica adequada e ausência de reinfecção no caso. Conforme o preconizado no documento "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais", elaborado pelo Ministério da Saúde em 2022,

tal parâmetro é essencial para documentar um tratamento adequado ou inadequado para sífilis gestacional e, portanto, determinar as condutas para o recém-nascido. Não sendo possível determinar se o tratamento materno foi ou não adequado, não há resposta possível para a questão.

Diante do exposto, respeitosamente solicito anulação da questão.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Pediatria
Questão: 55

RN nascido de 39 semanas e 5 dias teve parto cesárea devido a sofrimento fetal agudo. Líquido amniótico com mecônio fluido. RN nasceu com choro fraco, respiração regular e hipotônico. A respeito dos passos iniciais nesse caso, assinale a alternativa correta.

A. Indicar o clampeamento imediato do cordão. Receber RN em campos limpos e aquecidos, levar ao berço sob fonte de calor, posicionar, aspirar vias aéreas de rotina, secar, desprezar campos úmidos e avaliar FC e FR.
B. Indicar o clampeamento imediato do cordão. Receber RN em campos limpos e aquecidos, levar ao berço sob fonte de calor, posicionar, não aspirar vias aéreas se não houver secreções visíveis, secar, desprezar campos úmidos e avaliar FC e FR.
C. Indicar clampeamento imediato do cordão. Receber RN em campos limpos, levar ao berço sob fonte de calor, posicionar, secar, aspirar vias aéreas de rotina e avaliar FC e FR.
D. Indicar o clampeamento imediato do cordão. Receber RN em campos limpos e aquecidos, levar ao berço sob fonte de calor, posicionar, secar e desprezar campos úmidos, aspirar se secreções visíveis e avaliar FC e FR.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

A questão de número 55 do atual concurso traz o caso de um recém-nascido a termo, com baixa vitalidade ao nascimento, determinada por sua hipotonia. É questionada a conduta baseada nos passos iniciais de reanimação neonatal para o caso. Segundo as "Diretrizes de Reanimação do Recém-Nascido ≥ 34 semanas em sala de parto" (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022), diante de um RN com baixa vitalidade, está indicado o estímulo em dorso da criança, com clampeamento imediato do cordão umbilical, sendo levado para o berço de reanimação em campos limpos e aquecidos. Os passos iniciais da reanimação devem ser feitos em sequência determinada: aquecer a criança, secar corpo e polo cefálico (desprezando os campos úmidos), posicionar a cabeça em leve extensão e realizar aspiração das vias aéreas superiores somente em caso de obstrução significativa. Ou seja, a aspiração de vias aéreas não deverá ser feita de rotina, sendo reservada apenas ao RN com excesso de secreções nas vias aéreas.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Analisando as alternativas propostas, não há alternativa que respeite a sequência correta dos passos iniciais descrita. Ademais, é dito em todas as afirmativas que ao fim de tais passos, deverá ser avaliada frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), o que também está inadequado. Deve ser, de fato, avaliada a frequência cardíaca do RN ao fim dos passos inciais, porém avalia-se a presença de respiração regular, e não a frequência respiratória (este não é um parâmetro que determinará condutas adicionais para a reanimação da criança).

Diante do exposto, não havendo afirmativa com resposta adequada para o caso, respeitosamente solicito anulação da questão.

RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

FMABC - 2026

Especialidade: Pediatria
Questão: 59

Menino de 2 anos e 6 meses, com antecedente de alergia à proteína do leite de vaca resolvido aos 12 meses de vida e dermatite atópica leve. Mãe relata que, depois de iniciar na creche, há 6 meses, passou a apresentar quadros frequentes de resfriados, com crises de tosse na madrugada e chiado no peito. Em duas ocasiões, precisou ir ao PA, pois paciente estava "muito cansado", e foi necessário uso de salbutamol para haver melhora. Em nenhuma ocasião, precisou de O2 ou de internação. Relata que, quando o filho usa salbutamol de horário, fica bem, sem crises de tosse. Relata também que paciente apresenta crises de tosse recorrentes na madrugada, pelo menos 3 vezes na semana. Em relação ao caso, assinale a alternativa correta.

A. O paciente é lactente sibilante, e o tratamento deve ser feito com beta-2 de curta duração apenas nas crises de tosse; reavaliar a resposta em 3 meses.
B. O paciente apresenta sibilância recorrente; o tratamento deve ser feito com corticoide inalatório dose baixa-média + beta-2 de longa duração por pelo menos 3 meses; reavaliar a resposta.
C. O paciente tem quadro que sugere asma, e a resposta a corticoide inalatório em dose baixa-média, diariamente, fecha o diagnóstico; pelo quadro clínico, está indicado manter seu uso por pelo menos 3 meses e reavaliar a resposta.
D. O paciente tem asma, pois apresenta resposta ao beta-2 de curta duração; pelo quadro clínico, está indicado uso de beta-2 de curta duração por pelo menos 3 meses e reavaliar a resposta.

Recurso:

À Banca Examinadora,

A questão de número 59 do atual concurso traz o caso clínico de uma criança de 2 anos e 6 meses com antecedente de alergia à proteína do leite de vaca e dermatite atópica, que desenvolve sintomas respiratórios persistentes após iniciar acompanhamento em creche. Segundo preconiza a versão de 2025 do Global Strategy for Asthma Management and Prevention (GINA 2025), é possível estabelecer o diagnóstico de asma para o caso, aplicando os critérios diagnósticos na criança menor de 5 anos: recorrência de episódios agudos de sibilância, com sintomas parecidos aos de asma entre os episódios, associados à ausência de outras causas para o quadro respiratório e à resposta ao tratamento de curto prazo com

broncodilatador de curta ação. Sendo os três critérios preenchidos, fica bem estabelecido o diagnóstico de asma, o que levaria à afirmativa D como gabarito mais apropriado. No entanto, tratando-se de uma quadro em criança menor de 5 anos com sintomas não controlados, pelo GINA 2025 é indicado iniciar tratamento de manutenção com corticoide inalatório diário em dose baixa, conforme o *step 2* para a faixa etária. A afirmativa apenas traz o tratamento de resgate com broncodilatador de curta duração, o que não é adequado para o caso. O corticoide inalatório é essencial para evitar recorrências, atuando no mecanismo inflamatório da asma e impedindo exacerbações.

Com base no exposto, por não haver afirmativa adequada como resposta à questão, respeitosamente solicito a anulação da mesma.