

**Especialidade: Pediatria****Questão: 8**

Enunciado da Questão

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispneia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR 32 irpm, FC=120 bpm, com tiragem subcostal, sat 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

Alternativas

- A. o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- B. Trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- C. deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid-19 ou influenza.
- D. deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- E. o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

Fundamentação do Recurso

À banca examinadora,

Assunto: solicitação de anulação da questão.

Solicita-se a anulação da questão, uma vez que nenhuma das alternativas apresenta integralmente a classificação e o manejo recomendados para o quadro clínico apresentado, segundo a **GINA 2026 – Global Strategy for Asthma Management and Prevention**.



O paciente, de 10 anos, apresenta exacerbação aguda de asma com **fala entrecortada, frequência respiratória de 32 irpm, tiragem subcostal e SatO₂ de 91% em ar ambiente**, além de PEF de 70% do previsto. Segundo a GINA 2026, para crianças de 6–11 anos, a gravidade da exacerbação deve ser estabelecida pela **pior característica clínica**, sendo considerados critérios de apresentação grave, entre outros, **frequência respiratória >30/min e saturação de oxigênio <92% em ar ambiente, conforme Box 9-6 na página 186**. Portanto, o paciente deve ser classificado como portador de **exacerbação grave**, apesar de seu PEF estar em 70% do previsto.

A **alternativa B**, embora apresente medidas terapêuticas compatíveis com o tratamento inicial da exacerbação — broncodilatador de curta ação repetido, possível associação com ipratrópio, corticosteroide sistêmico e oxigênio —, **classifica o episódio como moderado**, contrariando os critérios objetivos da GINA 2026, uma vez que o paciente apresenta simultaneamente FR >30/min e SatO₂ <92%.

Por outro lado, a **alternativa A** também não pode ser considerada integralmente correta. Embora reconheça a gravidade do quadro, a GINA não recomenda **aminofilina** como tratamento rotineiro da exacerbação aguda. Além disso, a gravidade da exacerbação não implica, por si só, que todo paciente deva ser **imediatamente transferido para UTI**; a necessidade de cuidados intensivos depende da resposta ao tratamento inicial, deterioração clínica e necessidade de suporte avançado. A GINA recomenda tratamento imediato em ambiente de cuidados agudos, com monitorização e avaliação da resposta terapêutica.

As demais alternativas também não resolvem a inconsistência: a **C** propõe investigação complementar que não constitui rotina na exacerbação de asma; a **D** recomenda alta imediata apesar dos sinais de exacerbação grave e da ausência de resposta à medicação de resgate; e a **E** propõe corticosteroide inalatório associado a SABA, sem contemplar o **corticosteroide sistêmico indicado diante de exacerbação grave**.

Dessa forma, **a alternativa B contém erro objetivo na classificação da gravidade, enquanto a alternativa A contém erros relevantes quanto ao manejo**, de modo que não há opção que represente integralmente a conduta recomendada pela GINA 2026. Solicita-se, portanto, **a anulação da questão**.

Bibliografia

Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026 Update. Especialmente seção “**Emergency department management of exacerbations – adults, adolescents, children 6–11 years**”, com os critérios de gravidade e manejo das exacerbações.

Link oficial da GINA:

[GINA 2026 – Strategy Report oficial](#)

Link direto para o PDF do relatório GINA 2026:

[GINA 2026 Strategy Report – PDF](#)



Especialidade: Pediatria
Questão: 26

Enunciado da Questão

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hiporcoradas (+/4+), PA 90x60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm, do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito (48% (basal era 38%)), leucócitos 2.800/mm², aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

Alternativas

- A. sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- B. sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- C. grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- D. com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristalóide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- E. grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

Assunto: Solicitação de anulação da Questão 26

Solicita-se a **anulação da questão 26**, diante da inexistência de alternativa que corresponda integralmente à classificação clínica e à conduta terapêutica preconizadas pelo **Ministério da Saúde do Brasil** para o paciente apresentado.

O enunciado descreve uma criança de 7 anos, com diagnóstico confirmado de dengue, em fase crítica da doença, apresentando diversos sinais de alarme, entre eles **dor abdominal intensa e contínua, vômitos, letargia, hepatomegalia e aumento expressivo do hematócrito** (48%, em comparação a valor basal de 38%). Além disso, apresenta **tempo de enchimento capilar de 3 segundos**, frequência cardíaca de 118 bpm e taquipneia, achados que devem ser considerados na avaliação do estado circulatório.



O **Manual de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico, 6ª edição, Ministério da Saúde, 2024**, estabelece que pacientes com sinais de alarme, sem sinais de choque, pertencem ao **Grupo C**, cujo manejo inicial inclui internação, monitorização e reposição volêmica com **crystalóide isotônico na dose de 10 mL/kg na primeira hora**, seguida de reavaliação clínica e laboratorial. Entretanto, o mesmo fluxograma contempla o **enchimento capilar >2 segundos** entre os sinais de comprometimento circulatório/choque, devendo sua interpretação ser realizada em conjunto com os demais parâmetros clínicos.

Caso se considere o conjunto apresentado compatível com choque, o paciente deverá ser classificado como **Grupo D**, para o qual o Ministério da Saúde recomenda **expansão volêmica rápida com crystalóide isotônico, na dose de 20 mL/kg em até 20 minutos**, com reavaliação frequente e monitorização contínua.

Entretanto, **nenhuma das alternativas contempla corretamente essa situação**. A alternativa **D**, embora apresente conduta compatível com pacientes com sinais de alarme, propõe apenas hidratação com 10 mL/kg, correspondendo ao manejo do Grupo C. Já a alternativa **C**, que classifica o paciente como portador de choque, indica **20 mL/kg de solução colóide (albumina) como expansão inicial e corticosteroide sistêmico**, condutas que não correspondem ao protocolo do Ministério da Saúde. Conforme o fluxograma ministerial, a expansão inicial no choque deve ser realizada com **crystalóide isotônico**, ficando os colóides reservados para situações específicas de choque persistente após reavaliação; além disso, **corticosteroides não fazem parte do tratamento padrão do choque da dengue**.

As demais alternativas também não são compatíveis com o quadro: as alternativas **A e B** classificam o paciente como sem sinais de alarme, apesar da presença de múltiplos critérios objetivos de alerta, enquanto a alternativa **E** incorretamente considera a plaquetopenia isolada como critério maior de gravidade, desconsiderando os demais parâmetros clínicos.

Dessa forma, a questão apresenta **incompatibilidade entre o quadro clínico descrito e as opções de resposta**, uma vez que a alternativa D corresponde ao manejo de Grupo C, enquanto a alternativa C reconhece choque, porém propõe tratamento divergente do recomendado pelo protocolo oficial. **Não há, portanto, alternativa integralmente correta**, comprometendo a unicidade do gabarito.

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO 26**, em razão da ausência de alternativa que contemple simultaneamente a classificação clínica e o manejo terapêutico preconizados pelo Ministério da Saúde.

Referência bibliográfica principal:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.**
[Manual de Dengue – Ministério da Saúde \(PDF\)](#)



Especialidade: Clínica Médica
Questão: 30

Enunciado da Questão

Um homem de 30 anos é admitido na UTI após sofrer um TCE. Mesmo com estimulação dolorosa, ele permanece de olhos fechados, sem emitir sons nem apresentar movimentos. É entubado e colocado em respirador, mantendo-se a estabilidade hemodinâmica. Após cinco dias, decide-se avaliar a possibilidade de morte encefálica.

Os seguintes parâmetros indicam a confirmação desse diagnóstico:

Alternativas

- A. manutenção dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, associada à ausência de drive respiratório no teste de apneia.
- B. ausência dos reflexos oculocefálicos e vestibulo-oculares e teste de apneia positivo, com valor final de PaCO_2 de 45 mmHg.
- C. ausência dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico, vestibulo-ocular e de tosse associada a teste de apneia positivo.
- D. reflexos oculocefálico e de tosse preservados, associados a um traçado de eletroencefalograma isoelétrico.
- E. ausência dos reflexos de tronco encefálico e teste de apneia negativo em paciente com temperatura corporal estável em 30°C .

Fundamentação do Recurso

1. Enunciado da questão

"Um homem de 30 anos é admitido na UTI após sofrer um TCE. Mesmo com estimulação dolorosa, ele permanece de olhos fechados, sem emitir sons nem apresentar movimentos. É entubado e colocado em respirador, mantendo-se a estabilidade hemodinâmica. Após cinco dias, decide-se avaliar a possibilidade de morte encefálica.

Os seguintes parâmetros indicam a confirmação desse diagnóstico"

2. Gabarito oficial divulgado

Letra A: manutenção dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, associada à ausência de drive respiratório no teste de apneia.

3. Fundamentação teórica

O diagnóstico de morte encefálica exige a demonstração da perda completa e irreversível das funções encefálicas, incluindo as funções do tronco encefálico. No Brasil, os critérios para sua determinação são regulamentados pela Resolução CFM nº 2.173/2017, que estabelece de maneira objetiva os achados necessários ao exame clínico.

De acordo com o art. 3º da Resolução CFM nº 2.173/2017, o exame clínico deve demonstrar, de forma inequívoca:



- “a) coma não perceptivo;
b) ausência de reatividade supraespinal manifestada pela ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse.”

Portanto, a ausência dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral constitui requisito para o diagnóstico de morte encefálica. Consequentemente, a presença de qualquer um desses reflexos demonstra atividade de tronco encefálico e é incompatível com o preenchimento dos critérios clínicos para morte encefálica naquele momento.

4. Mérito do recurso

A alternativa A afirma que a presença dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral seria compatível com o diagnóstico de morte encefálica. Essa afirmação contraria diretamente os critérios estabelecidos pela Resolução CFM nº 2.173/2017.

A normativa não deixa margem interpretativa sobre esse ponto: para a determinação clínica da morte encefálica, deve haver ausência dos reflexos fotomotor, córneo-palpebral, oculocefálico, vestibulo-calórico e de tosse. Portanto, a identificação de reflexo fotomotor ou córneo-palpebral presente impede que o exame clínico seja considerado compatível com morte encefálica.

Em contrapartida, a alternativa C descreve adequadamente os critérios diagnósticos, em conformidade com a regulamentação oficial do Conselho Federal de Medicina. Dessa forma, existe incompatibilidade inequívoca entre o gabarito que considera correta a alternativa A e a norma vigente utilizada para determinação de morte encefálica no Brasil.

Não se trata, portanto, de divergência de interpretação ou de diferença entre referências bibliográficas, mas de um critério diagnóstico expressamente determinado por resolução do Conselho Federal de Medicina.

5. Pedido

Diante do exposto, requer-se a ALTERAÇÃO DO GABARITO da questão, da alternativa A para a alternativa C (ausência dos reflexos fotomotor, corneopalpebral, oculocefálico, vestibulo-ocular e de tosse associada a teste de apneia positivo), uma vez que a alternativa A apresenta afirmação objetivamente incompatível com os critérios legais e médicos vigentes para determinação de morte encefálica.

A Resolução CFM nº 2.173/2017 estabelece expressamente que o exame clínico compatível com morte encefálica deve demonstrar ausência dos reflexos fotomotor e córneo-palpebral, entre outros reflexos de tronco encefálico. Portanto, afirmar que a presença desses reflexos é compatível com morte encefálica constitui erro conceitual.

Assim, considerando que a alternativa C apresenta corretamente os critérios diagnósticos, solicita-se sua consideração como resposta correta e a correspondente atribuição da pontuação aos candidatos que a assinalaram.

6. Referência

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. Define os critérios do diagnóstico de morte encefálica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 dez. 2017, Seção 1, p. 274-276. Art. 3º.



Especialidade: Clínica Médica
Questão: 34

Enunciado da Questão

Um homem de 59 anos, residente em área rural do estado da Bahia com histórico frequente de banho de rio, procura o pronto-atendimento com queixa de fraqueza flácida em membros inferiores de instalação aguda (há 24 horas), associada a retenção urinária e anestesia em sela. O exame físico revela reflexo aquileu abolido bilateralmente.

Considerando o quadro clínico e os antecedentes do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

Alternativas

- A. infarto medular e anticoagulação imediata.
- B. mielorradiculopatia esquistossomótica e tratamento imediato com praziquantel e corticoide.
- C. esclerose múltipla e pulsoterapia com metilprednisolona em altas doses.
- D. neuropatia diabética grave e controle glicêmico intensivo e reabilitação.
- E. síndrome da cauda equina e ressonância magnética urgente e descompressão cirúrgica de emergência.

Fundamentação do Recurso

1. Enunciado da questão

Um homem de 59 anos, residente em área rural do estado da Bahia com histórico frequente de banho de rio, procura o pronto-atendimento com queixa de fraqueza flácida em membros inferiores de instalação aguda (há 24 horas), associada a retenção urinária e anestesia em sela. O exame físico revela reflexo aquileu abolido bilateralmente.

Considerando o quadro clínico e os antecedentes do paciente, o diagnóstico mais provável e a conduta inicial correta são

2. Gabarito oficial divulgado:

Alternativa E - síndrome da cauda equina e ressonância magnética urgente e descompressão cirúrgica de emergência.

3. Fundamentação teórica

A mielorradiculopatia esquistossomótica é uma das principais formas de acometimento neurológico da esquistossomose e apresenta predileção pelas regiões toracolombar, cone medular e cauda equina. Sua instalação é tipicamente aguda ou subaguda, ocorrendo sobretudo em indivíduos jovens provenientes de áreas endêmicas ou com exposição epidemiológica compatível.

Clinicamente, a neuroesquistossomose espinhal pode manifestar-se inicialmente com dor lombar, seguida de sintomas decorrentes do comprometimento medular e radicular, incluindo fraqueza em membros inferiores, alterações sensitivas, disfunção vesical, alterações dos reflexos profundos, constipação e disfunção sexual. A literatura reconhece diferentes apresentações clínicas, incluindo a forma



medular, a forma mielorradicular e a síndrome do cone medular/cauda equina. A forma mielorradicular é descrita como a apresentação mais frequente e pode produzir quadro clínico compatível com síndrome de cauda equina.

O tratamento recomendado da neuroesquistossomose espinhal associa terapia antiparasitária com praziquantel ao uso de corticosteroides, habitualmente com doses elevadas na fase inicial e redução progressiva posteriormente. O tratamento precoce está associado a melhor recuperação neurológica, enquanto o atraso terapêutico aumenta o risco de déficits residuais permanentes.

Dessa forma, diante de um paciente com síndrome de cauda equina de instalação **aguda ou subaguda**, associado a antecedente epidemiológico de residência ou exposição em área endêmica para esquistossomose, **a neuroesquistossomose constitui hipótese diagnóstica plenamente plausível e reconhecida na literatura médica.**

4. Mérito do recurso

A questão apresenta quadro clínico compatível com síndrome de cauda equina de instalação aguda, associado a antecedentes epidemiológicos relevantes para infecção por *Schistosoma mansoni*, incluindo procedência de área endêmica e comportamento de risco para aquisição da doença. Tais elementos não são acessórios ao enunciado. Ao contrário, o próprio comando da questão orienta que sejam considerados conjuntamente o quadro clínico e os antecedentes do paciente. Essa associação torna a hipótese de neuroesquistossomose espinhal, particularmente em sua forma mielorradicular ou de acometimento do cone-cauda equina, tecnicamente adequada.

A literatura demonstra que a mielorradiculopatia esquistossomótica pode apresentar-se exatamente com sintomas de comprometimento da cauda equina, incluindo déficit motor de membros inferiores, alterações sensitivas, comprometimento esfinteriano e alterações reflexas. Adicionalmente, o tratamento da neuroesquistossomose medular ou mielorradicular com praziquantel associado a corticoterapia é respaldado pela literatura, sendo o início precoce do tratamento relevante para redução do risco de sequelas neurológicas. Portanto, a alternativa B apresenta simultaneamente uma hipótese diagnóstica possível diante do quadro clínico e epidemiológico descrito e uma conduta terapêutica compatível com as recomendações disponíveis para a doença.

Havendo mais de uma alternativa tecnicamente correta, deixa de existir resposta única inequívoca, requisito fundamental para uma questão objetiva de múltipla escolha.

5. Pedido

Diante do exposto, requer-se a **ANULAÇÃO da questão**, uma vez que a alternativa B apresenta hipótese diagnóstica e abordagem terapêutica cientificamente corretas para o quadro apresentado.

O paciente descrito possui síndrome de cauda equina associada a antecedentes epidemiológicos fortemente sugestivos de exposição à esquistossomose, e a literatura reconhece a neuroesquistossomose espinhal, particularmente em sua forma mielorradicular ou de acometimento do cone-cauda equina, como possível causa dessa apresentação clínica.



Assim, considerando que a alternativa B também pode ser corretamente assinalada com base nos dados fornecidos no próprio enunciado e em evidências científicas consolidadas, não há alternativa única possível, justificando-se a anulação da questão e a atribuição da respectiva pontuação a todos os candidatos.

6. Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica e controle da mielorradiculopatia esquistossomótica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 32 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1260-6.
2. FERRARI, T. C.; MOREIRA, P. R. Neuroschistosomiasis: clinical symptoms and pathogenesis. *The Lancet Neurology*. 2011. Disponível em: PubMed PMID 21849166.
3. BUQUE, H.; ARROZ, N.; LORENZO, E. et al. Schistosoma infection as a cause of myeloradiculopathy: case report from Mozambique and systematic review. *Frontiers in Medicine*. 2025. Disponível em: PubMed PMID 41788725.
4. DASTOLI, P. A.; LEITE, A. L.; DA COSTA, M. D. S. et al. Medullary neuroschistosomiasis in adolescence: case report and literature review. *Child's Nervous System*. 2021. doi:10.1007/s00381-021-05267-9.