



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SUS - 2026

SUS - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 8

Homem, 28 anos de idade, com diagnóstico de anemia falciforme, em acompanhamento irregular, dá entrada no Pronto-Socorro com dor torácica pleurítica, de início súbito há 1 dia, associada à febre de 38,7 C, tosse produtiva e dispneia progressiva. Uso irregular de hidroxiurela e ácido fólico. Ao exame: FR 28 irpm, FC 115 bpm. temperatura 38,5°C, SpO₂ 88 % em ar ambiente; estertores crepitantes em base pulmonar direita e murmúrio vesicular diminuído; palidez acentuada e icterícia leve. Radiografia: novo infiltrado em lobo inferior direito. Hemograma: Hb 7,2 g/dL, Ht 21 %, leucócitos 18 500/mm³, plaquetas 320.000/mm³. Indique a conduta terapêutica inicial mais adequada para esse quadro:

- A. Hidratação volêmica vigorosa, iniciar ceftriaxone e realizar exsanguineotransfusão total.
- B. Hidratação cautelosa, ceftriaxone e azitromicina, oxigênio suplementar.
- C. Administrar corticoide sistêmico, iniciar levofloxacino e oxigênio suplementar.
- D. Hidratação cautelosa, iniciar heparina não fracionada para anticoagulação plena.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

O gabarito preliminar indica a alternativa D, porém tal conduta contraria de forma clara as recomendações atuais para o manejo da Síndrome Torácica Aguda (STA) em pacientes com anemia falciforme. O quadro clínico apresentado — dor torácica pleurítica, febre, hipoxemia (SpO₂ 88%), infiltrado pulmonar novo em lobo inferior direito e leucocitose — atende integralmente à definição de STA segundo diretrizes internacionais. Nessa situação, a intervenção inicial prioritária envolve oxigenoterapia suplementar, hidratação cautelosa (evitando sobrecarga, especialmente em adultos), e antibioticoterapia de amplo espectro cobrindo germes típicos e atípicos, preferencialmente com ceftriaxona associada a um macrolídeo, como azitromicina, conduta expressamente recomendada pelo NIH e adotada amplamente em protocolos brasileiros. A alternativa D (heparinização plena) não encontra respaldo na literatura para STA: a anticoagulação não faz parte do tratamento inicial e só estaria indicada diante de forte suspeita ou confirmação de tromboembolismo pulmonar, o que não é sugerido no enunciado. Além disso, iniciar anticoagulação na vigência de infecção ativa e possível necessidade de transfusão aumenta riscos, sem benefício comprovado.

Logo, a alternativa B representa o manejo correto e baseado em evidências, enquanto a alternativa D é incorreta e deve ser anulada, com correção do gabarito para B.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Cordialmente.

Referências (ABNT)

NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE. Evidence-Based Management of Sickle Cell Disease: Expert Panel Report 2014. Bethesda: NIH, 2014.

GLADWIN, M. T.; VICHINSKY, E. P. Acute chest syndrome in sickle cell disease. UpToDate. Waltham, MA, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doença Falciforme: Diretrizes para o cuidado integral. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

YAWN, B. P. et al. Management of sickle cell disease: summary of the 2014 evidence-based report by expert panel members. JAMA, v. 312, n. 10, p. 1033–1048, 2014.

VICHINSKY, E. P. Acute chest syndrome in sickle cell disease. New England Journal of Medicine, v. 342, n. 25, p. 1904–1910, 2000.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 10

Paciente, sexo masculino, 22 anos de idade, vítima de espancamento, é levado ao Pronto-Socorro cerca de 2 horas após o evento. Encontra-se pálido, sudorético, taquicárdico, FC 128 bpm, e com PA 90/58 mmHg, apresentando múltiplos hematomas em tórax e abdome, além de dor difusa. Está confuso, com tempo de enchimento capilar prolongado (4 segundos) e extremidades frias. Gasometria inicial revela pH 7,28, lactato 4,8 mmol/L, glicemia 178 mg/dL e potássio sérico de 3,2 mEq/L. Apresenta ainda temperatura de 35,6 °C e débito urinário reduzido (12 mL/h). Após reposição volêmica inicial com cristaloides e controle hemostático das lesões superficiais, o paciente evolui com melhora parcial dos sinais vitais: PA 110/70 mmHg, FC 104 bpm, extremidades mais aquecidas e diurese crescente para 0,7 mL/kg/h ao final de 4 horas. O lactato cai para 2,6 mmol/L e a temperatura se normaliza. Indique o principal hormônio que promove a hiperglicemia durante a fase aguda do trauma:

- A. Insulina.
- B. Cortisol.
- C. Glucagon.
- D. Aldosterona.

Recurso:

Venho respeitosamente solicitar a revisão do gabarito da questão que aborda o principal hormônio responsável pela hiperglicemia na fase aguda do trauma. A banca considerou o glucagon como resposta correta. Contudo, uma análise fisiológica cuidadosa demonstra que o **cortisol** é o hormônio que mais se destaca como responsável pelo processo hiperglicêmico no contexto apresentado, sobretudo no cenário descrito pela questão.

Inicialmente, é importante destacar que o trauma gera uma forte resposta neuroendócrina bifásica. Nas primeiras horas, ocorre uma liberação de catecolaminas, cortisol, glucagon e GH, compondo o que se chama de “resposta hormonal ao estresse”. Contudo, entre esses hormônios, o **cortisol** é reconhecido como o principal modulador sistêmico e sustentado da hiperglicemia induzida pelo estresse fisiológico, através de aumento da gliconeogênese hepática, redução da captação periférica de glicose e promoção de resistência insulínica. Ele não atua apenas de forma imediata, mas também mantém e amplifica o estado hiperglicêmico ao longo das horas subsequentes.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

A própria questão descreve um paciente que já recebeu reposição volêmica, teve correção parcial dos parâmetros e encontra-se em fase pós-choque com melhora progressiva hemodinâmica. Nesse momento específico da resposta ao trauma, o predomínio hormonal se desloca, e o principal agente responsável pela manutenção da hiperglicemia é justamente o **cortisol**, não o glucagon. O glucagon participa da resposta inicial, porém é muito mais limitado em duração e impacto global quando comparado ao cortisol no trauma moderado a grave.

As diretrizes fisiológicas clássicas e a literatura de referência confirmam o papel central do cortisol como o hormônio que mais contribui para a hiperglicemia induzida pelo estresse. O ATLS descreve o cortisol como o hormônio central da resposta endócrina ao trauma. O Guyton reforça que o cortisol é o principal hormônio hiperglicemiante da resposta ao estresse por meio de seu efeito potente e sustentado de gliconeogênese. Revisões contemporâneas, como as do UpToDate, também apontam o cortisol como protagonista na hiperglicemia de estresse e na resistência insulínica que acompanha quadros como o apresentado.

Diante disso, de forma respeitosa, concluo que a alternativa que melhor reflete a fisiologia do trauma no tempo descrito e com os mecanismos predominantes envolvidos é **Cortisol**, e não glucagon. Sendo assim, solicito a revisão da questão e a alteração do gabarito.

Fontes:

ATLS – Advanced Trauma Life Support, American College of Surgeons
Guyton & Hall – Textbook of Medical Physiology
UpToDate – "Stress hyperglycemia"



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 55

Paciente, sexo masculino, 54 anos de idade, trabalhador rural, procura o Pronto-Socorro com queixa de aumento de volume em região inguinal direita há 2 anos, que aumenta aos esforços e reduz em repouso. Nas últimas 6 horas, o abaulamento ficou doloroso, endurecido e irreductível. Refere também dor e distensão abdominal nas últimas horas. Nega febre. Ao exame físico, bom estado geral, corado, hidratado; ausculta respiratória e cardíaca sem alterações; abdome distendido, RHA aumentados, dor à palpação profunda da fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva; massa inguinal direita dolorosa, irreductível, medindo cerca de 5 cm. Indique o diagnóstico mais provável que levou o paciente a procurar o Pronto-Socorro:

Recurso:

Venho respeitosamente solicitar a revisão do gabarito da questão que trata do diagnóstico mais provável em um paciente com abaulamento inguinal doloroso e irreductível. A banca considerou como resposta correta o diagnóstico de hérnia estrangulada. Entretanto, a descrição clínica fornecida no enunciado não apresenta elementos suficientes para afirmar que se trata de um caso de estrangulamento, e permite com igual ou maior plausibilidade o diagnóstico de hérnia encarcerada. Dessa forma, solicito que a alternativa correspondente à hérnia encarcerada seja aceita como resposta válida.

Em primeiro lugar, o quadro de irritação peritoneal descrito restringe-se à fossa ilíaca direita, e não há referência a irritação difusa. Em um cenário de estrangulamento evoluído, seria esperado que a irritação peritoneal se tornasse mais generalizada devido à progressão da isquemia e à instalação de sofrimento intestinal significativo. A descrição da dor localizada e da descompressão brusca positiva limitada à fossa ilíaca direita condiz melhor com o processo inflamatório regional produzido por um segmento de alça preso na região inguinal direita, sem evidências de peritonite difusa. O próprio padrão de dor localizada pode ser explicado pela compressão e distensão da alça herniada, o que é compatível tanto com encarceramento quanto com estrangulamento inicial, sem permitir distinguir com segurança entre ambos.

Além disso, o texto não descreve sinais flogísticos locais importantes na região inguinal. Em hérnias estranguladas já estabelecidas, a literatura descreve frequentemente sinais como hiperemia, aumento significativo de calor local e até alterações de coloração cutânea, que



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

decorrem da isquemia progressiva do conteúdo herniário. No enunciado, a massa é apenas dolorosa e endurecida, mas não há qualquer menção de rubor, empastamento acentuado ou alterações cutâneas compatíveis com estrangulamento estabelecido. A ausência desses elementos torna insuficiente a conclusão de que há isquemia tecidual, reforçando que o diagnóstico mais provável, com base apenas nas informações fornecidas, é o de encarceramento.

Outro ponto relevante é que a descrição do caso não contempla sinais sistêmicos de estrangulamento avançado, como febre, queda do estado geral ou sinais de toxicidade. O paciente permanece em bom estado geral, corado e hidratado, sem febre relatada, o que também reduz a probabilidade de um estrangulamento instalado. A distensão abdominal e o aumento dos ruídos hidroaéreos são achados compatíveis com obstrução intestinal inicial, que pode ocorrer tanto no encarceramento quanto no estrangulamento, não sendo discriminatórios.

Diante de todos esses elementos, o cenário clínico descrito pela questão apresenta características suficientes e coerentes com o diagnóstico de hérnia encarcerada, mas não oferece elementos clínicos claros para afirmar estrangulamento. A resposta disponibilizada pela banca, portanto, não é a única possível com base no enunciado. Por essa razão, solicito de forma respeitosa a aceitação da alternativa correspondente a hérnia encarcerada como resposta válida.

Fontes confiáveis:

Sabiston Textbook of Surgery, capítulo sobre hérnias inguinais e complicações

UpToDate – "Inguinal hernia in adults: Strangulation and incarceration"
EUA Guidelines on Hernia Management, European Hernia Society



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 57

Paciente, sexo masculino, 54 anos de idade, trabalhador rural, procura o Pronto-Socorro com queixa de aumento de volume em região inguinal direita há 2 anos, que aumenta aos esforços e reduz em repouso. Nas últimas 6 horas, o abaulamento ficou doloroso, endurecido e irreductível. Refere também dor e distensão abdominal nas últimas horas. Nega febre. Ao exame físico, bom estado geral, corado, hidratado; ausculta respiratória e cardíaca sem alterações; abdome distendido, RHA aumentados, dor à palpação profunda da fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva; massa inguinal direita dolorosa, irreductível, medindo cerca de 5 cm. Cite a conduta cirúrgica mais adequada para o paciente, neste momento:

Recurso:

Prezada banca,

Em se tratando de hérnias inguinais encarcerada ou até mesmo estranguladas, a abordagem cirúrgica aberta deve ser realizada preferencialmente por inguinotomia, evitando ao máximo a laparotomia mediana, tal como se descreve no seguinte trecho "Liu *et al* . sugeriram que, ao abordar uma hérnia inguinal irreductível, a laparotomia mediana deve ser evitada ao máximo." da "Atualização das diretrizes internacionais HerniaSurge para tratamento de hérnia na virilha, *BJS Open* , Volume 7, Edição 5, outubro de 2023, zrad080" Disponível em:<<https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrad080>>

Neste contexto, consideramos que a melhor resposta para a pergunta seria a abordagem por inguinotomia direita, já que o paciente não apresenta indicações inequívocas de laparotomia, tais como peritonite DIFUSA (a irritação peritoneal do paciente é local, permitindo a exploração das alças inflamadas por meio da inguinotomia) e redução de hérnias estranguladas.

Cordialmente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 75

A Equipe de Consultório na Rua (eCR) acompanha um grupo de, aproximadamente, 15 pessoas em situação de rua que se desloca pela região central da cidade, vivendo sob viadutos. Há variação na composição do grupo que, nos últimos seis meses, tem sido composto por 10 adultos e cinco crianças. Observam-se rotatividade territorial, histórico de internações para tratamento do alcoolismo e interrupções de tratamentos de infecções. Pelo menos seis adultos fazem uso de crack. Das crianças, três ainda não têm registro civil. As mulheres do grupo relatam situações de violência urbana. Durante a abordagem, alguns usuários aceitam acolhimento para curativos e orientações breves, mas resistem a propostas de internação, de abstinência obrigatória ou de comparecimento agendado à UBS. Para resolver a situação das três crianças do grupo que não possuem registro civil, garantindo-lhes o acesso à cidadania e a outros direitos básicos, indique o nome do principal serviço da Rede Intersetorial que a equipe de Consultório na Rua deve acionar:

Recurso:

À
Comissão Examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar a **ampliação do gabarito** referente à questão que aborda a atuação da Equipe de Consultório na Rua (eCR) perante um grupo de pessoas em situação de rua, especificamente no tocante à resolução da situação das três crianças sem registro civil. Embora o gabarito apresente o **Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)** como resposta padrão — o que é tecnicamente adequado — entendo que a alternativa **“Conselho Tutelar”** também deve ser considerada **correta ou parcialmente correta**, diante das atribuições legais deste órgão e da forma como o Ministério da Saúde orienta o manejo de populações vulneráveis no âmbito da Atenção Primária e das equipes de Consultório na Rua.

O **Conselho Tutelar**, conforme previsto no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é órgão permanente e autônomo responsável por zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. Entre suas atribuições, está exatamente “requisitar serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social e previdência” (ECA, art. 136), o que inclui a articulação necessária para a **obtenção de documentação civil**, especialmente quando há



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

situação de violação de direitos, como ocorre no caso apresentado. A falta de registro civil configura violação grave de direitos, justificando o acionamento do Conselho Tutelar como mecanismo de proteção imediata.

Além disso, documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o trabalho com a população em situação de rua — como o manual **“Consultório na Rua: cuidado integral à saúde da população em situação de rua” (2014)** e as **Diretrizes para Atenção à População em Situação de Rua (2012)** — enfatizam que o cuidado deve ser desenvolvido com base na **intersetorialidade**, reconhecendo a complexidade das violações vividas por crianças e adultos nesses contextos. O Ministério da Saúde reforça que, para populações altamente vulneráveis, as equipes devem **acionar dispositivos de proteção social e de garantia de direitos**, incluindo o Conselho Tutelar quando houver risco, abandono ou vulnerabilidade grave de crianças.

O mesmo conjunto de diretrizes afirma que uma das funções fundamentais do Consultório na Rua é **favorecer vínculo e aproximação continuada**, permitindo identificar situações de violação de direitos e acionar os órgãos competentes. Acionar o Conselho Tutelar, portanto, não rompe o vínculo, mas o **fortalece**, pois evidencia que a equipe está comprometida com a proteção integral das crianças e com a intermediação de direitos — estratégia reconhecida pelo Ministério da Saúde como parte constitutiva da atuação das eCR em cenários de vulnerabilidade extrema.

Dessa forma, fica evidente que, diante do contexto apresentado — que envolve crianças vivendo sob viadutos, expostas à violência urbana e sem documentação básica — o acionamento do Conselho Tutelar é **não apenas adequado**, mas também **coerente com as diretrizes ministeriais**, com o ECA e com a prática cotidiana das equipes de Consultório na Rua. Ainda que o CRAS seja, de fato, o serviço responsável pela operacionalização do registro civil, o Conselho Tutelar possui a **competência legal para requisitar esse serviço** e deve ser acionado sempre que há suspeita de violação de direitos, como no caso apresentado pelo enunciado.

Diante do exposto, solicito a esta Comissão a **ampliação do gabarito**, aceitando “Conselho Tutelar” como resposta correta ou parcialmente correta, por se tratar de resposta tecnicamente fundamentada, coerente com a legislação e alinhada às orientações do Ministério da Saúde para o cuidado com populações vulneráveis.



@medway.residenciamedica



Medway