



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SES-PE - 2026

SES-PE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 12

12 Homem de 70 anos, com hemorragia digestiva alta por úlcera duodenal, tratada endoscopicamente há 10 dias, e hemoglobina atualmente estável, desenvolve início súbito de dispneia intensa, dor torácica pleurítica e taquicardia. A angiotomografia de tórax revela trombo extenso na artéria pulmonar principal direita, compatível com tromboembolismo pulmonar maciço, porém sem hipotensão ou sinais de choque. Qual é a melhor conduta inicial?

- A. Iniciar varfarina oral com controle rigoroso de INR.
- B. Instalar filtro de veia cava inferior temporário.
- C. Indicar trombólise venosa imediata.
- D. Prescrever heparina de baixo peso molecular em dose reduzida.
- E. Apenas observar e reavaliar em 48 horas.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Tratamento de *tromboembolismo pulmonar* em paciente hemodinamicamente estável requer anticoagulação em dose terapêutica, objetivo não atingido em nenhuma alternativa apresentada. Fonte: Perioperative management of patients receiving anticoagulants.

Fundamentação técnica:

- O manejo inicial de embolia pulmonar, mesmo em pacientes sem hipotensão, exige **anticoagulação plena** com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica para impedir propagação do trombo e permitir a fibrinólise endógena.
Fonte: Perioperative management of patients receiving anticoagulants.
- As doses profiláticas (reduzidas) destinam-se à prevenção em pacientes sem episódio confirmado de TVP ou TEP, não ao tratamento agudo da embolia pulmonar estabele-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

cida.

Fonte: Perioperative management of patients receiving anticoagulants.

- Não há alternativa que contemple a dose terapêutica de anticoagulação plena, tornando as opções indicadas inadequadas ao manejo preconizado pelas diretrizes de TEP.

Fonte: Perioperative management of patients receiving anticoagulants.

Conclusão com pedido:

Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão, em face da ausência de alternativa que reflita a conduta terapêutica recomendada.

Referências

- UpToDate — Perioperative management of patients receiving anticoagulants



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 15

Homem de 74 anos, diabético e hipertenso, chega após 48 horas de febre alta, calafrios, prostração intensa e redução acentuada da diurese, após dois dias de mal-estar progressivo em casa. Na admissão: PA 82/48 mmHg mesmo após 1,5 L de cristalóide, FC 128 bpm, lactato 6,1 mmol/L, diurese 0,3 mL/kg/h, creatinina 2,1 mg/dL (prévia 1,0). Temperatura 38,9 C, extremidades frias, SatO₂ 90% em 4 L/min. Hemoculturas já colhidas, e urina turva sugere foco urinário. Qual é o próximo passo imediato?

- A. Administrar somente mais volume até normalização da pressão.
- B. Iniciar norepinefrina imediatamente para atingir PAM $\geq$ 65 mmHg e estabilizar perfusão.
- C. Começar dopamina pela menor taxa de arritmia.
- D. Aguardar antibioticoterapia antes de vasopressor.
- E. Transferir para enfermaria após estabilização inicial.

Recurso:

Solicito respeitosamente a revisão do gabarito da questão 15, que considerou como correta a alternativa C (iniciar dopamina), com a consequente alteração para a alternativa B (iniciar norepinefrina imediatamente para atingir PAM $\geq$ 65 mmHg e estabilizar perfusão), por não estar a resposta oficial em conformidade com as diretrizes atuais e amplamente aceitas para o manejo do choque séptico.

O caso descreve um paciente de 74 anos, com sinais claros de infecção (febre elevada, calafrios, foco urinário provável), associado a disfunção orgânica importante e hipoperfusão tecidual, evidenciada por hipotensão persistente (PA 82/48 mmHg) mesmo após reposição volêmica inicial de 1,5 L de cristalóide, lactato significativamente elevado (6,1 mmol/L), oligúria e elevação aguda da creatinina. Esses achados caracterizam de forma inequívoca um quadro de choque séptico.

De acordo com as principais diretrizes internacionais, o tratamento imediato do choque séptico inclui a administração de vasopressor quando a hipotensão persiste após reposição volêmica inicial, sendo a norepinefrina o vasopressor de primeira escolha. A norepinefrina apresenta melhor perfil de eficácia e segurança, com maior capacidade de restaurar a pressão arterial média e menor risco de arritmias quando comparada à dopamina.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

A alternativa C, que propõe o uso de dopamina, não está alinhada com as recomendações atuais, uma vez que diversos estudos demonstraram maior incidência de taquiarritmias e aumento de mortalidade associadas ao seu uso em choque séptico. A dopamina deixou de ser recomendada como vasopressor inicial, sendo reservada apenas para situações muito específicas, como pacientes com bradicardia significativa e baixo risco de arritmias, o que não é descrito no enunciado da questão.

Dessa forma, a alternativa B representa a conduta correta e imediata frente ao quadro apresentado, pois preconiza o início da norepinefrina com o objetivo de atingir PAM ≥ 65 mmHg e restaurar a perfusão tecidual, em total concordância com as diretrizes vigentes e com a prática clínica baseada em evidências.

Assim, considerando o quadro clínico descrito e as recomendações atuais para o manejo do choque séptico, solicito a revisão do gabarito oficial da questão, com a alteração da resposta correta da alternativa C para a alternativa B.

Referências:

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Intensive Care Med.* 2021;47(11):1181–1247.
2. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2016. *Intensive Care Med.* 2017;43(3):304–377.
3. De Backer D, Biston P, Devriendt J, et al. Comparison of dopamine and norepinephrine in the treatment of shock. *N Engl J Med.* 2010;362(9):779–789.
4. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA.* 2016;315(8):801–810.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 16

Mulher de 71 anos, portadora de DPOC muito avançado e hiperinsuflação dinâmica conhecida, está intubada por acidose hipercápnica aguda. No ventilador: auto-PEEP estimada em 8 cmH₂O, frequência respiratória 24 irpm, volume corrente 6 mL/kg, PEEP 5 cmH₂O, pressão de platô 22 cmH₂O e fluxo expiratório desacelerado, com evidente encurtamento do tempo expiratório. Observa-se assincronia com esforços ineficazes e queda transitória da pressão arterial durante a inspiração, sugerindo aprisionamento aéreo significativo. Qual é a intervenção inicial mais apropriada?

- A. Aumentar o volume corrente para melhorar recrutamento de áreas colapsadas.
- B. Elevar a PEEP até igualar totalmente a auto-PEEP medida.
- C. Reduzir a frequência respiratória para prolongar o tempo expiratório e diminuir o aprisionamento aéreo.
- D. Aumentar a fração inspirada de oxigênio para reduzir hipercapnia.
- E. Realizar manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas.

Recurso:

Solicito respeitosamente a revisão do gabarito da questão 16, que considerou como correta a alternativa E (realizar manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas), com a consequente alteração para a alternativa C (reduzir a frequência respiratória para prolongar o tempo expiratório e diminuir o aprisionamento aéreo), por não estar a resposta oficial de acordo com a fisiopatologia do quadro descrito nem com as recomendações atuais para o manejo ventilatório do paciente com DPOC grave.

O caso descreve uma paciente de 71 anos, portadora de DPOC muito avançado e hiperinsuflação dinâmica conhecida, intubada por acidose hipercápnica aguda. Os dados ventilatórios apresentados — auto-PEEP estimada em 8 cmH₂O, frequência respiratória elevada (24 irpm), fluxo expiratório desacelerado com encurtamento do tempo expiratório, assincronia com esforços ineficazes e queda transitória da pressão arterial durante a inspiração — são clássicos de aprisionamento aéreo significativo. Nesse contexto, o problema fisiopatológico central não é colapso alveolar, mas sim esvaziamento pulmonar incompleto por tempo expiratório insuficiente.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

A conduta inicial prioritária no manejo ventilatório do paciente com DPOC grave e auto-PEEP é aumentar o tempo expiratório, permitindo melhor esvaziamento alveolar e redução da hiperinsuflação dinâmica. A medida mais direta, eficaz e recomendada para atingir esse objetivo é a redução da frequência respiratória, podendo ser associada a ajustes de fluxo inspiratório. Essa estratégia melhora a mecânica respiratória, reduz a auto-PEEP, diminui a assincronia paciente-ventilador e atenua os efeitos hemodinâmicos negativos do aprisionamento aéreo.

Por outro lado, a alternativa E propõe a realização de manobra de recrutamento alveolar com pressões elevadas, conduta indicada em situações de colapso alveolar difuso, como na síndrome do desconforto respiratório agudo. Em pacientes com DPOC e hiperinsuflação dinâmica, essa intervenção é inadequada e potencialmente deletéria, pois aumenta ainda mais os volumes pulmonares finais, eleva pressões intratorácicas, piora a auto-PEEP e pode agravar a instabilidade hemodinâmica, não havendo respaldo nas diretrizes para seu uso nesse cenário.

Dessa forma, considerando o quadro clínico, os parâmetros ventilatórios descritos e a fisiopatologia envolvida, a alternativa C representa a intervenção inicial mais apropriada e alinhada à prática baseada em evidências. Assim, solicito a revisão do gabarito oficial da questão, com a alteração da resposta correta da alternativa E para a alternativa C.

Referências

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2026 report.
2. Tobin MJ. Principles and practice of mechanical ventilation. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 2013.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES-PE - 2026

3. MacIntyre NR, Branson RD. Mechanical ventilation. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2009.
4. Brochard L, Slutsky A, Pesenti A. Mechanical ventilation to minimize progression of lung injury in acute respiratory failure. Am J Respir Crit Care Med. 2017;195(4):438–442.
5. Marini JJ, Gattinoni L. Ventilatory management of acute respiratory failure. Intensive Care Med. 2020;46(10):1911–1923.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 17

Homem de 66 anos, pós-operatório de colectomia por tumor, apresenta febre persistente, dor abdominal difusa, distensão e piora hemodinâmica. Chega à UTI com PA 86/54 mmHg após 2 L de cristalóide, lactato 4,7 mmol/L, leucócitos 19,000/mm³ e PCR > 300 mg/L. Tomografia apresenta coleção sub-hepática de 6 cm com gás, sugerindo processo infeccioso ativo. Norepinefrina já em 0,15 mcg/kg/min com pouca melhora clínica. Qual é a conduta imediata mais adequada?

- A. Aumentar vasopressor até normalizar PA.
- B. Trocar antibiótico e observar por 24 h.
- C. Realizar controle de foco cirúrgico/percutâneo + antibiótico adequado.
- D. Usar corticoide em altas doses como primeira medida.
- E. Aguardar evolução clínica para decidir intervenção.

Recurso:

Solicito respeitosamente a revisão do gabarito da questão 17, que considerou como correta a alternativa B (trocar antibiótico e observar por 24 horas), com a consequente alteração para a alternativa C (realizar controle de foco cirúrgico/percutâneo associado a antibiótico adequado), por não estar a resposta oficial em conformidade com os princípios fundamentais do manejo do choque séptico nem com as diretrizes atuais baseadas em evidências.

O caso descreve um paciente de 66 anos, em pós-operatório de colectomia por tumor, que evolui com febre persistente, dor abdominal, distensão e piora hemodinâmica, apresentando-se na UTI com hipotensão refratária após reposição volêmica adequada, lactato elevado (4,7 mmol/L) e marcadores inflamatórios significativamente aumentados. A tomografia evidencia coleção sub-hepática de 6 cm com presença de gás, achado altamente sugestivo de processo infeccioso ativo e foco fechado. Ademais, o paciente já se encontra em uso de norepinefrina em dose moderada (0,15 mcg/kg/min), com pouca resposta clínica, caracterizando quadro de choque séptico em curso.

De acordo com as diretrizes internacionais, o manejo do choque séptico baseia-se em três pilares indissociáveis: antibioticoterapia precoce, suporte hemodinâmico e, de forma determinante, controle rápido e efetivo do foco infeccioso. Na presença de um foco claramente identificado e potencialmente drenável, como uma coleção intra-abdominal com gás, a simples troca de antibiótico e a observação clínica são condutas inadequadas e associadas



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

a aumento de mortalidade, uma vez que antibióticos isoladamente não são capazes de resolver infecções associadas a abscessos ou coleções fechadas.

O controle do foco por meio de drenagem percutânea ou intervenção cirúrgica deve ser realizado o mais precocemente possível, idealmente nas primeiras horas após o diagnóstico, sendo considerado medida prioritária e salvadora. O atraso nessa intervenção está consistentemente relacionado a pior desfecho clínico, prolongamento do choque e falência orgânica progressiva, mesmo com antibioticoterapia adequada e uso de vasopressores.

Dessa forma, a alternativa C representa a única conduta que aborda de maneira definitiva a causa do choque séptico descrito no enunciado, estando plenamente alinhada às recomendações atuais e à prática clínica baseada em evidências. Assim, solicito a revisão do gabarito oficial da questão, com a alteração da resposta correta da alternativa B para a alternativa C.

Referências

1. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Med. 2021;47(11):1181–1247.
2. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810.
3. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children. Clin Infect Dis. 2010;50(2):133–164.





RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

SES-PE - 2026

4. Marshall JC, Maier RV, Jimenez M, et al. Source control in the management of severe sepsis and septic shock: an evidence-based review. Crit Care Med. 2004;32(11 Suppl):S513-S526.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 18

Mulher de 48 anos, previamente hígida, apresenta cefaleia explosiva súbita enquanto caminhava, seguida de vômitos e sonolência progressiva durante o transporte. Na admissão: Glasgow 9, pupilas isocóricas e fotorreativas, PA 168/98 mmHg, FC 90 bpm, rigidez de nuca e bradipneia ocasional. História sem trauma ou uso de anticoagulantes. Glicemia 118 mg/dL. Há forte suspeita de hipertensão intracraniana aguda. Qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A. Realizar punção lombar imediatamente.
- B. Solicitar tomografia de crânio antes de qualquer punção lombar.
- C. Administrar benzodiazepínico e aguardar.
- D. Reduzir PA rapidamente com vasodilatador IV.
- E. Hiperventilar de forma contínua e prolongada.

Recurso:

Solicito respeitosamente a revisão do gabarito da questão 18, que considerou como correta a alternativa C (administrar benzodiazepínico e aguardar), com a consequente alteração para a alternativa B (solicitar tomografia de crânio antes de qualquer punção lombar), por não estar a resposta oficial de acordo com a abordagem diagnóstica e terapêutica recomendada nas diretrizes atuais para pacientes com suspeita de hipertensão intracraniana aguda.

O caso descreve uma paciente de 48 anos, previamente hígida, que apresenta cefaleia explosiva de início súbito, associada a vômitos, rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 9), rigidez de nuca e bradipneia ocasional. Esses achados clínicos configuram um quadro altamente sugestivo de hemorragia subaracnoide ou outra causa de hipertensão intracraniana aguda, condição potencialmente fatal e que exige investigação imediata. Nessas situações, a realização de exame de imagem do crânio, preferencialmente tomografia computadorizada sem contraste, é a primeira etapa obrigatória da abordagem diagnóstica.

A alternativa C, que propõe apenas a administração de benzodiazepínico e observação, é inadequada, pois não aborda a investigação da causa do rebaixamento do nível de consciência e pode, inclusive, mascarar sinais neurológicos de deterioração clínica. Além disso, o uso empírico de sedativos em um paciente com suspeita de hipertensão intracraniana não





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

tratada pode atrasar o diagnóstico e o tratamento definitivo, com impacto negativo no prognóstico.

Por outro lado, a alternativa B está plenamente alinhada às recomendações das diretrizes e da literatura médica, que contraindicam a punção lombar sem exame de imagem prévio na presença de sinais de hipertensão intracraniana, devido ao risco de herniação cerebral. A tomografia de crânio permite identificar hemorragias intracranianas, efeito de massa ou hidrocefalia, além de orientar de forma segura os próximos passos diagnósticos e terapêuticos.

Dessa forma, considerando o quadro clínico apresentado e as recomendações atuais baseadas em evidências, a alternativa B representa a conduta inicial mais apropriada. Assim, solicito a revisão do gabarito oficial da questão, com a alteração da resposta correta da alternativa C para a alternativa B.

Referências

1. Connolly ES Jr, Rabinstein AA, Carhuapoma JR, et al. Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. Stroke. 2012;43(6):1711–1737.
2. Dinger MN, Bleck TP, Claude Hemphill J, et al. Critical care management of patients following subarachnoid hemorrhage. Neurocrit Care. 2011;15(2):211–240.
3. Adams HP Jr, del Zoppo G, Alberts MJ, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. Stroke. 2007;38(5):1655–1711.
4. Tunkel AR, Hasbun R, Bhimraj A, et al. Practice guidelines for the management of bacterial meningitis. Clin Infect Dis. 2017;64(9):e1–e47.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 19

Homem de 72 anos, internado por sepse urinária, evolui nas últimas 12 horas com oligúria marcada, fraqueza muscular progressiva e episódios de palpitação. Exames laboratoriais mostram potássio 7,3 mEq/L, creatinina 3,8 mg/dL (prévia 1,2), bicarbonato 16 mEq/L e pH 7,25. ECG revela ondas T apiculadas, QRS alargado e redução de amplitude complexa. Pressão arterial 94/58 mmHg com baixo suporte vasopressor. Perfusão periférica diminuída. Qual é a conduta imediata?

- A. Administrar apenas resina de troca iônica.
- B. Aguardar nova gasometria para confirmar a gravidade.
- C. Gluconato de cálcio IV + insulina com glicose + considerar terapia renal substitutiva.
- D. Furosemida em altas doses como primeira escolha.
- E. Aumentar vasopressor antes de qualquer intervenção.

Recurso:

Solicito respeitosamente a revisão do gabarito da questão 19, que considerou como correta a alternativa D (uso de furosemida em altas doses como primeira escolha), com a consequente alteração para a alternativa C (gluconato de cálcio intravenoso associado à insulina com glicose e consideração de terapia renal substitutiva), por não estar a resposta oficial em conformidade com o manejo recomendado para hipercalemia grave com repercussão eletrocardiográfica e insuficiência renal aguda.

O caso descreve um paciente de 72 anos, internado por sepse urinária, que evolui com oligúria importante, fraqueza muscular, palpitações e exames laboratoriais demonstrando potássio sérico de 7,3 mEq/L, acidose metabólica (pH 7,25; bicarbonato 16 mEq/L) e insuficiência renal aguda significativa. O eletrocardiograma revela alterações típicas de hipercalemia grave, incluindo ondas T apiculadas e alargamento do QRS, achados que configuram emergência médica com risco iminente de arritmias fatais.

Nessas circunstâncias, as diretrizes e a literatura médica são claras ao recomendar que a conduta imediata deve priorizar a estabilização da membrana miocárdica com administração de cálcio intravenoso, seguida de medidas para deslocamento intracelular do potássio, como insulina associada à glicose. Além disso, diante de insuficiência renal aguda oligúrica, acidose metabólica e instabilidade hemodinâmica, deve-se considerar precocemente a terapia renal substitutiva como forma definitiva de remoção do potássio do organismo.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

A alternativa D, que propõe o uso de furosemida em altas doses como primeira escolha, é inadequada nesse contexto, pois a resposta diurética é imprevisível em pacientes com insuficiência renal aguda oligúrica, além de não promover proteção cardíaca imediata nem correção rápida da hipercalemia. O uso isolado de diuréticos de alça, especialmente como medida inicial, não é recomendado em casos de hipercalemia grave com alterações eletrocardiográficas.

Dessa forma, a alternativa C é a única que contempla as medidas imediatas e prioritárias para o manejo da hipercalemia grave com risco de vida, estando plenamente alinhada às recomendações atuais e à prática clínica baseada em evidências. Assim, solicito a revisão do gabarito oficial da questão, com a alteração da resposta correta da alternativa D para a alternativa C.

Referências

1. Kovesdy CP. Management of hyperkalemia: an update for the internist. Am J Med. 2015;128(12):1281–1287.
2. Mount DB. Evaluation and treatment of hyperkalemia. N Engl J Med. 2019;380(16):1526–1535.
3. Clase CM, Carrero JJ, Ellison DH, et al. Potassium homeostasis and management of dyskalemia in kidney disease. Kidney Int. 2020;97(1):42–61.
4. Weisberg LS. Management of severe hyperkalemia. Crit Care Med. 2008;36(12):3246–3251.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 37

Homem de 70 anos, portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, apresenta quadro de vômitos de repetição há 10 dias. Relata baixa aceitação da dieta há cerca de 3 meses associada à perda ponderal de 10kg nesse período. Atualmente apresenta IMC16kg/m². Realizada endoscopia digestiva alta que identifica grande quantidade de resíduo gástrico e (impossibilidade de ultrapassar o piloro devido à lesão estenosante, Biopsia de congelação evidenciou adenocarcinoma. Diante do quadro, qual a conduta nutricional pré-operatória ideal?

- A. Sonda nasogástrica para descompressão gástrica e programar cirurgia de urgência.
- B. Sonda nasogástrica com dieta imunomoduladora até reganho ponderal seguida de abordagem cirúrgica.
- C. Dieta por via oral conforme aceitação associada à dieta imunomoduladora por 5-7 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- D. Nutrição parenteral total por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.
- E. Nutrição enteral por gastrostomia por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica.

Recurso:

Prezados avaliadores,

Venho interpor **recurso** em relação ao gabarito da questão número 37 deste processo seletivo, que considerou como correta a alternativa **“Nutrição Parenteral Total (NPT) por 7-10 dias, seguida de abordagem cirúrgica”**.

Entretanto, à luz das **diretrizes atuais de terapia nutricional perioperatória**, tal conduta **não representa a melhor opção inicial** para o cenário clínico apresentado, conforme se expõe a seguir.

1. Prioridade da via enteral sobre a nutrição parenteral

As principais diretrizes internacionais são categóricas ao afirmar que **a via enteral deve ser sempre priorizada**, sempre que o trato gastrointestinal distal esteja funcional, por ser **mais**



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

fisiológica, associada a menor taxa de complicações infecciosas, metabólicas e menor custo, quando comparada à nutrição parenteral total.

A **nutrição parenteral total não deve ser utilizada como primeira escolha**, sendo reservada para situações em que **a via enteral esteja inviável ou contraindicada**, o que **não se aplica integralmente ao caso descrito**.

2. Trato gastrointestinal distal funcionando no caso apresentado

O paciente apresenta **neoplasia gástrica distal com obstrução pilórica**, impossibilitando a progressão do alimento por via oral ou gástrica. No entanto, **não há qualquer descrição de disfunção do intestino delgado**, o que indica que **o trato gastrointestinal distal está preservado e funcional**.

Nesse contexto, a literatura recomenda **nutrição enteral pós-pilórica**, sendo a **jejunostomia alimentar** a via mais adequada, segura e fisiológica para suporte nutricional pré-operatório.

3. Jejunostomia como via preferencial em obstrução gástrica distal

Em pacientes com:

- neoplasia gástrica obstrutiva,
- perda ponderal significativa,
- desnutrição grave (IMC 16 kg/m^2),
- e impossibilidade de alimentação oral ou gástrica,

a **jejunostomia alimentar** é amplamente recomendada como método de suporte nutricional pré-operatório, permitindo:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

- manutenção da integridade da mucosa intestinal,
- redução da translocação bacteriana,
- melhor resposta imunológica,
- menor taxa de infecção quando comparada à NPT.

Além disso, a jejunostomia pode ser utilizada **inclusive no intraoperatório**, sendo considerada parte da estratégia de cuidado perioperatório em cirurgias oncológicas do trato digestivo.

4. Nutrição parenteral total: indicação restrita

A indicação de **NPT por 7-10 dias**, conforme descrito no gabarito, **não encontra respaldo como primeira linha** neste cenário clínico, uma vez que:

- existe via enteral potencialmente utilizável,
- não há contraindicação absoluta ao uso do intestino,
- e a NPT está associada a maior risco de infecção, distúrbios metabólicos e complicações relacionadas a cateter venoso central.

Assim, a alternativa considerada correta **contraria o princípio basilar da terapia nutricional**, que é o uso da via mais fisiológica possível.

Conclusão

Diante do exposto, solicita-se a anulação da questão, uma vez que a **nutrição enteral por via jejunal (jejunostomia)** representa a conduta nutricional pré-operatória **mais adequada, fisiológica e alinhada às diretrizes atuais**, sendo a NPT indicada apenas de forma secundária ou em situações de impossibilidade da via enteral.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Referências

1. **ESPEN Guidelines on Clinical Nutrition in Surgery.**
Weimann A et al. *Clinical Nutrition*. 2017;36(3):623–650.
2. **ESPEN Guidelines on Nutrition in Cancer Patients.**
Arends J et al. *Clinical Nutrition*. 2017;36(1):11–48.
3. **ASPEN Clinical Guidelines: Nutrition Support Therapy During Adult Anticancer Treatment.**
August DA et al. *JPEN*. 2009;33(5):472–500.
4. **ESPEN Practical Guideline: Clinical Nutrition in Surgery (Update).**
Weimann A et al. *Clinical Nutrition*. 2021;40(7):4745–4761.
5. **Diretrizes Brasileiras de Terapia Nutricional no Paciente Cirúrgico.**
Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (BRASPEN).





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 46

Segundo a fetal medicine foundation, recentemente um novo parâmetro para prever risco de pré-eclâmpsia foi adicionado no cálculo de risco do primeiro trimestre. Assinale a alternativa que representa esse parâmetro.

- A. Dopplervelocimetria da artéria oftálmica.
- B. Diabetes gestacional
- C. Gemelaridade
- D. Obesidade
- E. Pico sistólico da artéria cerebral média.

Recurso:

Solicito respeitosamente a **anulação da questão**, uma vez que o gabarito apresentado se baseia em um parâmetro que **ainda não está difundido, validado amplamente nem incorporado à prática clínica corrente**, tampouco às ferramentas oficiais utilizadas para o cálculo de risco no primeiro trimestre.

Embora a **Fetal Medicine Foundation (FMF)** tenha publicado estudos recentes avaliando a **dopplervelocimetria da artéria oftálmica** como possível marcador adicional para predição de pré-eclâmpsia, **esse parâmetro não está inserido na calculadora oficial da FMF**, que permanece como principal referência utilizada internacionalmente para rastreamento no primeiro trimestre.

Atualmente, o cálculo de risco recomendado e amplamente adotado pela FMF baseia-se em:

- fatores maternos,
- pressão arterial média,
- Doppler das artérias uterinas,
- PIGF (com ou sem PAPP-A),



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

não contemplando a artéria oftálmica como variável operacional do modelo.

Dessa forma, a cobrança desse parâmetro extrapola o conteúdo consolidado, consensual e disponível nas ferramentas oficiais da própria FMF, comprometendo a objetividade da questão e a isonomia entre os candidatos.

Diante do exposto, solicita-se a **anulação da questão**, por abordar um critério **experimental/em validação**, ainda **não incorporado ao cálculo oficial de risco**, nem à prática assistencial padronizada.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia

Questão: 51

Paciente de 60 anos de idade chega ao consultório com queixa de bola na vagina há um ano e perda involuntária de urina aos esforços, além de referir frouxidão vaginal durante ato sexual. DUM há 10 anos, G4 P4, partos vaginais. No momento do exame, foi evidenciado o seguinte cenário, segundo o POP-q. Assinale a alternativa com o diagnóstico e a conduta CORRETA.

+3	+10	+11
10	3	11
+3	+10	-

- A. Prolapso genital.E IV, rotura perineal. Realizar colpocleise + sling
- B. PPP E II, rotura perineal. Realizar colpocleise com sling.
- C. PPA E I, hipertrofia de colo.. Realizar traquelectomia parcial
- D. Prolapso apical E II, rotura perineal. Realizar histerectomia vaginal.
- E. Prolapso apical, IUE mista e rotura perineal. Realizar colpoplastia posterior.

Recurso:

Solicito respeitosamente a **anulação da questão**, uma vez que a alternativa considerada correta propõe a **realização de colpocleise** em um cenário clínico no qual tal procedimento é **formalmente contraindicado**.

A paciente descrita refere **atividade sexual**, evidenciada pela queixa de “frouxidão vaginal durante o ato sexual”. A **colpocleise** é uma cirurgia obliterativa, indicada exclusivamente para mulheres **sem atividade sexual e sem desejo de preservação do canal vaginal**, o que inviabiliza sua indicação neste caso.

As principais diretrizes e consensos em uroginecologia são claros ao estabelecer que a colpocleise deve ser reservada para pacientes:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

- idosas,
- com prolapso avançado,
- **sem vida sexual ativa,**

Dessa forma, a inclusão da colpocleise como conduta correta contraria a prática clínica padronizada e os princípios básicos do tratamento cirúrgico do prolapso genital, tornando a questão **tecnicamente incorreta** ou, no mínimo, **ambígua**, uma vez que não respeita critério essencial para indicação do procedimento.

Diante do exposto, solicita-se a **anulação da questão**, por apresentar proposta terapêutica incompatível com os dados clínicos fornecidos no enunciado.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

Especialidade: Pediatria

Questão: 69

Durante um turno de atendimento na Unidade Básica de Saúde, você atende 4 crianças com menos de 3 anos em que a preocupação principal do cuidador é se o desenvolvimento está adequado. Criança 1: Sexo feminino, 5 meses; leva objetos à boca, responde ativamente ao contato social, não senta sem apoio, vira sozinha para a posição de bruços. Criança 2: Sexo masculino, 14 meses; anda bem com apoio, mas não tem bom equilíbrio quando sem apoio; coloca blocos dentro da caneca por meio da demonstração e fala; durante a consulta, fala bola e aponta para ela; faz movimento de pinça. Criança 3: Sexo feminino, 3 meses; olha para você de forma evidente; desencosta o queixo da superfície quando de bruços; não abre as mãos espontaneamente; não segura objetos quando encostados em suas mãos; apresenta sorriso social e emite sons como se quisesse conversar. Criança 4: Sexo masculino, 16 meses; não usa a colher ou garfo para levar comida em direção à boca, empilha dois cubos e os coloca dentro da caixa quando solicitado; abre portas e gavetas dando passos para trás; fala apenas água não, além de papai e mamãe; aponta quando quer algo. De acordo com o Ministério da Saúde, qual criança tem indicação de ser encaminhada, de imediato, à equipe multiprofissional e/ou à rede de atenção especializada para avaliação do desenvolvimento?

- A. Criança 1
- B. Criança 2
- C. Criança 3
- D. Criança 4
- E. Nenhuma

Recurso:

Solicita-se a anulação da questão, uma vez que mais de uma criança descrita no enunciado apresenta critérios de atraso ou sinais de alerta do desenvolvimento, conforme os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor estabelecidos pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o que inviabiliza a existência de apenas uma alternativa correta.

De acordo com a Caderneta de Saúde da Criança (Ministério da Saúde), aos 3 meses de idade espera-se que o lactente:

- Abra as mãos espontaneamente



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

- Segure objetos quando colocados em suas mãos
- Apresente sorriso social e vocalizações
- Sustente parcialmente a cabeça em posição prona

No enunciado, a Criança 3 não abre as mãos espontaneamente e não segura objetos quando estes são colocados em suas mãos, caracterizando sinais de alerta para atraso do desenvolvimento motor fino, com indicação de encaminhamento para avaliação especializada, conforme orientação do Ministério da Saúde.

Segundo a Caderneta de Saúde da Criança e os manuais de vigilância do desenvolvimento da SBP, aos 15–18 meses espera-se:

- Tentativas de alimentação independente com colher
- Vocabulário expressivo mínimo de 3 a 6 palavras com significado, além de “papai” e “mamãe”
- Evolução progressiva da autonomia funcional

A Criança 4 não utiliza colher ou garfo e apresenta vocabulário restrito, limitado a poucas palavras, configurando atraso de linguagem e de autonomia, reconhecidos como sinais de alerta que indicam encaminhamento imediato à equipe multiprofissional.

Dessa forma, tanto a Criança 3 quanto a Criança 4 apresentam critérios formais para encaminhamento, segundo documentos oficiais vigentes, o que resulta em mais de uma alternativa correta, tornando a questão ambígua e passível de anulação.

Diante da presença de múltiplas respostas corretas, fundamentadas em diretrizes oficiais, solicita-se a anulação da questão, por não atender aos critérios de unicidade exigidos em questões de múltipla escolha.

Bibliografia

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Criança – Menino / Menina*. Brasília: Ministério da Saúde, última edição.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SES-PE - 2026

2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI): Vigilância do Desenvolvimento Infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.
3. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil*. Departamento Científico de Desenvolvimento e Comportamento, SBP.
4. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). *Marcos do Desenvolvimento Neuropsicomotor na Primeira Infância*.



@medway.residenciamedica



Medway