

AprovaMED

# Guia High-Yield ENAMED 2026

20 síndromes que viram decisão de prova, com vinhetas clínicas, diferenciais, condutas, pegadinhas e questões originais comentadas.

## Referência rápida de decisão clínica

ENAMED 2026

### SEPSE

PA <90 ou PAM baixa + confusão +  
FR alta

Cristaloide, antibiótico, lactato e  
reavaliação

### DISPNEIA

FR >30, SatO<sub>2</sub> <90%, tiragem ou  
crepitações

Oxigênio, suporte e eixo cardiopulmonar  
dominante

### AVC

Déficit focal súbito + última vez  
bem conhecida

Imagem urgente e janela terapêutica

### GESTANTE

PA  $\geq$ 160/110 + cefaleia, escotomas  
ou epigastralgia

Magnésio, anti hipertensivo e avaliação  
obstétrica

### Regra de prova que aparece em todos os blocos

Instabilidade, hipoxemia, alteração neurológica, gestação com pressão grave ou  
risco infeccioso mudam prioridade antes do diagnóstico definitivo.

Edição flagship — linha comercial AprovaPRO

## Sumário executivo

Este guia foi escrito para leitura ativa: cada bloco começa com uma vinheta plausível, força o discriminador que separa alternativas parecidas e fecha com uma questão original. Use as tabelas como mapa de revisão e as condutas numeradas como trilho de decisão.

01. Dor torácica com decisão de risco
02. Sepsis com reconhecimento precoce
03. Dispneia aguda com estratificação inicial
04. Déficit neurológico focal e janela de decisão
05. Dor abdominal aguda com sinal cirúrgico
06. Gestante com sangramento no primeiro trimestre
07. Criança febril com sinais de gravidade
08. Crise asmática com avaliação de gravidade
09. Diabetes descompensado e risco metabólico
10. Pneumonia comunitária com gravidade
11. Infecção urinária complicada com risco sistêmico
12. Cefaleia de alarme e decisão de imagem
13. Distúrbio eletrolítico com risco cardíaco
14. Violência interpessoal e notificação compulsória
15. Segurança do paciente e erro de medicação
16. Hemorragia digestiva com estratificação inicial
17. Pré-eclâmpsia e sinais de gravidade
18. Dengue com sinais de alarme e risco de choque
19. Trauma cranioencefálico e indicação de tomografia
20. Tuberculose pulmonar e decisão de saúde pública

### Como estudar cada bloco

Leia a vinheta e marque os dados de gravidade



Compare diferenciais pelo discriminador, não por palavra solta



Responda a questão antes de ver o gabarito

## Mapa de Decisão Rápida

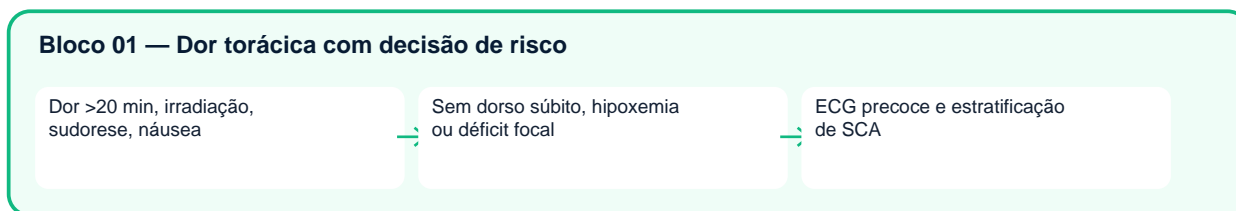
Dor torácica	Duração, irradiação, sintomas autonômicos e fatores de risco	Tratar ansiedade antes de ECG e risco isquêmico
Sepse	Infecção provável com hipotensão, confusão, taquipneia ou hipoperfusão	Esperar cultura para reconhecer gravidade
AVC	Déficit focal súbito e última vez bem documentada	Aguardar melhora espontânea sem acionar fluxo
Gestante com sangramento	Estabilidade, dor, colo, beta hCG e ultrassom	Tratar todo sangramento como ameaça de aborto simples
Hipercalemia	ECG alterado associado a potássio alto	Escolher remoção lenta antes de proteger miocárdio

Leitura de prova: a alternativa correta costuma proteger o paciente antes de fechar diagnóstico definitivo. Quando houver instabilidade, alteração de consciência, gestação com pressão grave, criança febril prostrada ou sinal de extravasamento, a conduta segura vem antes do exame perfeito. Use este mapa para localizar o erro de prioridade: alta precoce, exame tardio, antibiótico fraco, ausência de reavaliação ou confusão entre notificação e denúncia.

Revisão ativa: cubra a coluna de conduta e tente reconstruir o próximo passo apenas com o dado decisivo. Se você precisar reler a vinheta inteira para escolher, o discriminador ainda não foi automatizado.

## Bloco 01 — Dor torácica com decisão de risco

### Quadro clínico



Homem de 58 anos, hipertenso e tabagista, chega à unidade com dor retroesternal em aperto há 50 minutos, iniciada durante caminhada curta. Refere irradiação para braço esquerdo, náusea e sudorese fria. Está ansioso, pálido, pressão arterial 156 por 92 mmHg, frequência cardíaca 104 bpm, saturação 96 por cento em ar ambiente e temperatura normal. Nega febre, tosse produtiva ou trauma recente. Ao exame, não há assimetria evidente de pulsos, o murmúrio vesicular está presente bilateralmente, e não há dor claramente reprodutível à palpação da parede torácica. O dado central do caso não é apenas “dor no peito”; é dor torácica prolongada, típica, em paciente com fatores de risco e sintomas autonômicos.

### Diferenciais com discriminadores

Síndrome coronariana aguda	Dor em aperto, duração maior que 20 minutos, irradiação, sudorese, náusea e fatores de risco. Mesmo sem instabilidade, o caso deve ser tratado como risco cardiovascular até prova em contrário.
Dissecção aguda de aorta	Dor súbita, máxima no início, migratória para dorso, assimetria de pulsos, déficit neurológico ou diferença importante de pressão entre membros. A ausência desses dados não exclui totalmente, mas reduz prioridade frente ao padrão coronariano.
Tromboembolismo pulmonar	Dispneia desproporcional, taquicardia, hipoxemia, dor pleurítica, hemoptise, edema unilateral de membro ou fator de risco trombótico. Neste caso, a saturação preservada e a dor típica em aperto deslocam a prioridade.
Dor musculoesquelética	Dor localizada, reprodutível à palpação ou relacionada a movimento. É armadilha comum quando a banca menciona ansiedade, mas aqui os sinais autonômicos e a duração pesam contra esse diagnóstico como resposta principal.

### Conduta em passos numerados

- Reconheça primeiro o risco: dor torácica típica e prolongada em paciente com fatores de risco deve acionar raciocínio de síndrome coronariana aguda, antes de buscar explicações benignas.
- Priorize avaliação imediata com eletrocardiograma em tempo oportuno e monitorização clínica, porque a decisão inicial depende de identificar supra de ST, alterações isquêmicas ou arritmias.

- Não espere marcador laboratorial para classificar o risco inicial quando o quadro clínico e o ECG já direcionam a conduta. Troponina ajuda estratificação, mas não deve atrasar a primeira decisão.
- Procure ativamente sinais que mudariam o caminho: instabilidade hemodinâmica, dor rasgando para dorso, assimetria de pulsos, hipoxemia ou sinais neurológicos. Esses elementos redirecionam para dissecação, embolia ou outra emergência.
- Na prova, escolha a alternativa que organiza segurança, ECG precoce e estratificação de risco, evitando respostas que tranquilizam o paciente sem investigar ou que pulam direto para exame sofisticado sem a etapa inicial.

### Pegadinha específica da banca

A banca costuma oferecer uma alternativa “aparentemente humana” dizendo para observar, tratar ansiedade ou atribuir a dor a refluxo quando o paciente está jovem demais, ansioso ou sem alteração explícita no exame físico. A pegadinha é confundir ausência de choque com ausência de gravidade. Em dor torácica, estabilidade não autoriza banalização; ela apenas permite executar a avaliação prioritária de forma organizada. Outra armadilha é escolher tomografia de tórax como primeira resposta só porque existe dor torácica: sem sinais fortes de dissecação ou embolia, o primeiro eixo é cardiovascular isquêmico.

### Questão original

Paciente de 58 anos, hipertenso, com dor retroesternal em aperto há 50 minutos, irradiação para braço esquerdo, sudorese e náusea. Está hemodinamicamente estável e sem dor reprodutível à palpação. Qual é a melhor próxima conduta em cenário de prova?

- A. Orientar retorno se a dor persistir, pois a estabilidade reduz risco imediato.
- B. Tratar como provável ansiedade e reavaliar após melhora dos sintomas autonômicos.
- C. Realizar avaliação imediata com eletrocardiograma e estratificação de risco para síndrome coronariana aguda.
- D. Solicitar tomografia de tórax como primeiro exame para excluir todas as causas graves de dor torácica.

Gabarito: C. O conjunto dor típica, duração prolongada, fatores de risco e sintomas autonômicos exige investigação imediata de síndrome coronariana aguda. A estabilidade permite organizar o atendimento, mas não reduz o caso a ansiedade, refluxo ou observação domiciliar. A tomografia pode ser necessária em outro padrão clínico, mas não substitui o primeiro passo nesse enunciado.

### Visual substantivo sugerido

Dor em aperto, mais de 20 minutos, irradiação e sudorese	Há sinais de outro eixo dominante como dissecção, embolia ou trauma?	Se não houver, priorizar ECG e estratificação de síndrome coronariana aguda.
Dor súbita máxima no início, dorso, assimetria de pulsos	A descrição aponta para lesão aórtica?	Redirecionar para investigação de dissecção, sem tratar como dor coronariana simples.
Dor pleurítica, hipoxemia, fator trombótico	O padrão favorece embolia pulmonar?	Estratificar probabilidade e risco respiratório, evitando ancoragem em ansiedade.

## Bloco 02 — Sepses com reconhecimento precoce

### Quadro clínico

#### Bloco 02 — Sepses com reconhecimento precoce

PA 88x54, FR 28, confusão, extremidades frias



Infecção provável + disfunção orgânica



Tratar sepsis, coletar sem atrasar e reavaliar

Mulher de 72 anos, diabética, chega acompanhada pela filha por sonolência, febre há dois dias e piora do estado geral. A filha relata ardor urinário na semana anterior, queda da ingestão hídrica e confusão desde a manhã. Na triagem, pressão arterial 88 por 54 mmHg, frequência cardíaca 118 bpm, frequência respiratória 28 irpm, temperatura 38,7 graus Celsius, saturação 94 por cento em ar ambiente e extremidades frias. Ao exame, está desorientada, com mucosas secas, dor leve à palpação suprapúbica e sem rigidez de nuca. O ponto de prova é reconhecer que a alteração do sensorio, taquipneia e hipotensão em provável infecção não são “idosa desidratada” isolada; são sinais de disfunção orgânica em contexto infeccioso, exigindo abordagem imediata e organizada.

## Diferenciais com discriminadores

Sepse de foco urinário	Infecção provável, hipotensão, taquipneia, confusão e extremidades frias. O foco urinário é sugerido por sintomas prévios e dor suprapúbica, mas a prioridade é reconhecer disfunção sistêmica.
Desidratação hipovolêmica simples	Mucosas secas e baixa ingesta favorecem, mas febre, taquipneia, confusão aguda e hipotensão em provável infecção tornam insuficiente tratar apenas como hipovolemia não infecciosa.
Acidente vascular cerebral	Confusão pode confundir, mas falta déficit focal, assimetria neurológica ou início súbito focal. O padrão sistêmico febril com instabilidade aponta primeiro para sepsis.
Delirium por causa metabólica	É possível em idoso, mas na prova o delirium é consequência ou manifestação de gravidade. A pergunta correta não é “qual sintoma psiquiátrico”, e sim “qual síndrome clínica com risco imediato”.

## Conduta em passos numerados

- Identifique sepsis como síndrome de infecção suspeita associada a disfunção orgânica. Não espere cultura, leucograma ou confirmação definitiva de foco para reconhecer risco.
- Faça avaliação inicial de circulação, respiração e estado mental. A hipotensão e a alteração do sensorio colocam a paciente em prioridade alta.
- Inicie abordagem organizada com coleta de exames relevantes e culturas quando isso não atrasar a intervenção inicial. O objetivo educacional é entender a sequência: reconhecer, coletar quando possível, tratar e reavaliar.
- Pense no foco provável, mas não permita que a busca do foco paralise a estabilização. Neste caso, o trato urinário é provável, porém a síndrome sistêmica com hipotensão domina a decisão.
- Reavalie resposta clínica: pressão, perfusão periférica, estado mental, diurese e sinais respiratórios. A prova costuma valorizar a noção de reavaliação contínua, não uma intervenção única e esquecida.

## Pegadinha específica da banca

A pegadinha mais comum é apresentar a paciente como “idosa confusa e desidratada” para induzir conduta lenta ou ambulatorial. Outro distrator é pedir primeiro exame de imagem neurológica por causa da confusão, ignorando febre, hipotensão e taquipneia. Em sepsis, a banca testa prioridade: quem reconhece disfunção orgânica em infecção provável escolhe abordagem imediata; quem se prende ao foco ou a um sintoma isolado perde a síndrome. Também pode aparecer a alternativa que espera cultura para só então iniciar tratamento; em prova, isso rebaixa a urgência indevidamente.

**Questão original**

Idosa diabética apresenta febre, confusão, taquipneia, hipotensão e história recente de sintomas urinários. Está desorientada e com extremidades frias. Qual é a interpretação inicial mais adequada?

- A. Cistite baixa sem gravidade, pois o foco urinário explica os sintomas.
- B. Delirium primário, devendo receber investigação neurológica antes de medidas sistêmicas.
- C. Sepse provável de foco urinário, com necessidade de abordagem imediata e reavaliação clínica.
- D. Desidratação simples, pois mucosas secas e baixa ingesta são suficientes para explicar a hipotensão.

Gabarito: C. O caso combina infecção provável e sinais de disfunção orgânica: hipotensão, taquipneia, alteração do sensorio e má perfusão. O foco urinário ajuda a direcionar investigação, mas não diminui a urgência da síndrome séptica.

**Visual substantivo sugerido**

Infecção provável com febre e foco urinário	Há disfunção orgânica ou instabilidade?	Se sim, pensar em sepse, não em infecção simples.
Confusão aguda em idoso	Existe febre, hipotensão, taquipneia ou hipoperfusão?	Se sim, delirium é sinal de gravidade sistêmica até prova em contrário.
Hipotensão com extremidades frias	A perfusão está comprometida?	Priorizar estabilização, tratamento e reavaliação, sem aguardar confirmação tardia.

**Bloco 03 — Dispneia aguda com estratificação inicial****Quadro clínico****Bloco 03 — Dispneia aguda com estratificação inicial**

FR >30, SatO<sub>2</sub> <90%, uso de musculatura acessória



Hipoxemia + congestão favorecem insuficiência cardíaca



Oxigênio, suporte ventilatório e busca do eixo dominante

Homem de 66 anos, ex-tabagista, com história de DPOC e insuficiência cardíaca, procura atendimento por falta de ar progressiva há 24 horas. Refere tosse com pouca expectoração, piora ao deitar e edema de tornozelos nos últimos dias. Nega dor torácica em aperto. Na avaliação, frequência respiratória 30 irpm, saturação 89 por cento em ar ambiente, pressão arterial 148 por 86 mmHg, frequência cardíaca 112 bpm, temperatura 37,4 graus Celsius. Ao exame, há uso de musculatura acessória, estertores bibasais, sibilos difusos e edema maleolar bilateral. O caso foi construído para impedir uma resposta automática: sibilo não significa sempre asma ou DPOC, e estertor não significa sempre insuficiência cardíaca isolada. A prova quer que o candidato leia gravidade

respiratória primeiro e depois refine o eixo provável.

### Diferenciais com discriminadores

Descompensação de insuficiência cardíaca	Ortopneia, edema periférico, estertores bibasais e idade com comorbidade cardiovascular. A presença de sibilos pode ocorrer em congestão e não exclui o diagnóstico.
Exacerbação de DPOC	História de DPOC, sibilância e dispneia. O discriminador seria aumento claro de volume ou purulência do escarro, gatilho infeccioso ou padrão predominantemente obstrutivo sem congestão evidente.
Pneumonia	Febre, escarro purulento, dor pleurítica, consolidação focal ou queda do estado geral infeccioso. Neste caso, temperatura quase normal e sinais congestivos reduzem prioridade, mas não eliminam investigação se houver piora.
Tromboembolismo pulmonar	Dispneia súbita, dor pleurítica, síncope, hipoxemia desproporcional, fator trombótico, edema unilateral. O quadro progressivo com ortopneia e edema bilateral favorece mais congestão.

### Conduta em passos numerados

- Comece pela gravidade: saturação baixa, taquipneia e uso de musculatura acessória indicam necessidade de avaliação imediata da via respiratória, ventilação e oxigenação.
- Não ancore no primeiro achado auscultatório. Sibilos podem aparecer em DPOC, asma e congestão; estertores podem coexistir com doença pulmonar crônica.
- Reúna os discriminadores: ortopneia, edema bilateral e estertores sugerem congestão; escarro purulento e febre favoreceriam infecção; início súbito e fator trombótico favoreceriam embolia.
- Escolha a alternativa que corrige hipóxia e investiga o eixo mais provável sem atrasar estabilização. A prova valoriza sequência segura, não diagnóstico fechado por um único sinal.
- Reavalie resposta clínica. Em dispneia, o erro é tratar a doença “de memória” e esquecer que a saturação, o esforço respiratório e a evolução mudam prioridade.

### Pegadinha específica da banca

A banca costuma colocar um paciente com DPOC conhecido e sibilos para induzir resposta automática de exacerbação obstrutiva. O discriminador é que o caso também trouxe ortopneia, edema e estertores, sugerindo congestão. Outra armadilha é interpretar saturação baixa como dado secundário, quando ela define urgência. Em questões de dispneia, a primeira vitória é separar gravidade de etiologia: estabilizar e oxigenar quando necessário, depois escolher o eixo clínico mais provável com base nos discriminadores.

### Questão original

Paciente com DPOC e insuficiência cardíaca apresenta dispneia progressiva, ortopneia, edema maleolar, saturação 89 por cento e ausculta com estertores bibasais e sibilos. Qual é o melhor raciocínio inicial?

- A. Exacerbação de DPOC isolada, pois sibilos definem o diagnóstico.
- B. Dispneia com hipoxemia e sinais de congestão, exigindo estabilização respiratória e avaliação do eixo cardíaco.
- C. Pneumonia grave, pois toda dispneia em ex-tabagista deve ser infecciosa.
- D. Tromboembolismo pulmonar como primeira hipótese, pois a saturação está baixa.

Gabarito: B. O caso tem hipoxemia e esforço respiratório, portanto exige avaliação imediata. Os discriminadores ortopneia, edema e estertores tornam congestão mais provável, embora sibilos possam confundir.

### Visual substantivo sugerido

Hipoxemia e esforço respiratório	Saturação baixa, musculatura acessória, taquipneia	Primeiro estabilizar e reavaliar, antes de discutir diagnóstico fino.
Ortopneia, edema, estertores	Sinais de congestão sistêmica e pulmonar	Eixo cardíaco ganha prioridade, mesmo com sibilos.
Febre, escarro purulento, foco auscultatório	Padrão infeccioso	Pneumonia ou exacerbação infecciosa sobem na lista.
Início súbito, dor pleurítica, fator trombótico	Hipoxemia desproporcional	Considerar embolia pulmonar com mais força.

## Bloco 04 — Déficit neurológico focal e janela de decisão

### Quadro clínico

#### Bloco 04 — Déficit neurológico focal e janela de decisão

Déficit focal súbito, fala alterada, assimetria facial



Última vez bem define janela e elegibilidade



Acionar fluxo de AVC e imagem sem aguardar melhora

Mulher de 63 anos, hipertensa e com fibrilação atrial irregularmente anticoagulada, chega ao pronto atendimento trazida pelo marido por início súbito de fraqueza em hemicorpo direito e dificuldade para falar há 70 minutos. O marido sabe informar o horário em que ela estava bem pela última vez. Na avaliação, pressão arterial 172 por 96 mmHg, glicemia capilar 104 mg/dL, frequência cardíaca 108 bpm irregular, saturação 97 por cento. Ela está acordada, compreende parcialmente comandos, tem desvio de rima labial e força grau 2 em membro superior direito. Não há febre, trauma ou crise convulsiva testemunhada. O enunciado oferece a chave: déficit focal súbito, tempo conhecido e fator cardioembólico. A decisão inicial é reconhecer AVC agudo e organizar avaliação de elegibilidade, sem atrasar com explicações alternativas frágeis.

## Diferenciais com discriminadores

AVC isquêmico agudo	Déficit focal súbito, tempo de início conhecido, fibrilação atrial e glicemia normal. É a hipótese principal até exclusão de hemorragia e mimetizadores relevantes.
AVC hemorrágico	Cefaleia intensa, vômitos, rebaixamento importante, pressão muito elevada ou sinais meníngeos podem sugerir, mas a diferenciação exige imagem. Não se decide trombólise sem excluir hemorragia.
Hipoglicemia	Pode simular déficit neurológico, mas glicemia capilar normal afasta esse mimetizador imediato no caso. Por isso a glicemia é passo essencial e não detalhe burocrático.
Crise convulsiva com paralisia de Todd	Crise testemunhada, período pós-ictal ou mordedura de língua fortaleceriam. A ausência desses dados e o déficit focal persistente sustentam AVC como eixo inicial.

## Conduta em passos numerados

- Confirme o horário de início ou último momento visto bem. A janela temporal define elegibilidade para intervenções e evita perda de oportunidade.
- Faça checagem imediata de glicemia capilar, porque hipoglicemia é mimetizador corrigível e não deve ser ignorada.
- Reconheça déficit focal súbito como AVC até prova em contrário e acione fluxo de imagem para excluir hemorragia.
- Não administre tratamento específico de reperfusão sem avaliar contraindicações e sem imagem adequada; a prova quer sequência, não impulso.
- Procure fatores que mudam rota: anticoagulação, pressão, cirurgia recente, sangramento, tempo desconhecido, convulsão no início e gravidade do déficit.

## Pegadinha específica da banca

A banca costuma inserir pressão elevada para induzir tratamento anti-hipertensivo imediato como prioridade absoluta. Em AVC agudo, pressão importa, mas a primeira decisão é organizar diagnóstico e elegibilidade no tempo correto. Outra pegadinha é pedir “observar evolução” porque a paciente está acordada. Acordada não significa baixo risco quando há déficit focal incapacitante. Também pode aparecer a alternativa de anticoagular imediatamente por fibrilação atrial; isso ignora a necessidade de imagem e a distinção entre fase aguda e prevenção secundária.

## Questão original

Paciente de 63 anos com fibrilação atrial apresenta início súbito de afasia e hemiparesia direita há 70 minutos. Glicemia capilar normal e horário de início conhecido. Qual é a melhor próxima linha de ação?

A. Observar por algumas horas, pois a paciente está acordada e sem rebaixamento.

B. Anticoagular imediatamente por provável embolia cardíaca.

C. Acionar fluxo de AVC agudo, confirmar elegibilidade e realizar imagem para excluir hemorragia.

D. Reduzir agressivamente a pressão arterial antes de qualquer avaliação adicional.

Gabarito: C. Déficit focal súbito com tempo conhecido exige fluxo de AVC agudo. A imagem é necessária para excluir hemorragia e orientar elegibilidade; anticoagulação ou redução pressórica indiscriminada não são o primeiro passo correto.

### Visual substantivo sugerido

Déficit focal súbito	Último momento visto bem	Define janela e urgência do fluxo.
Fraqueza, afasia ou assimetria facial	Glicemia capilar	Exclui mimetizador corrigível antes de avançar.
Tempo conhecido e déficit persistente	Imagem para hemorragia	Permite avaliar elegibilidade sem tratar às cegas.
Fibrilação atrial	Contraindicações e fase do cuidado	Não confundir prevenção secundária com conduta inicial.

## Bloco 05 — Dor abdominal aguda com sinal cirúrgico

### Quadro clínico

#### Bloco 05 — Dor abdominal aguda com sinal cirúrgico

Dor migratória para FID, defesa localizada, anorexia



Peritonismo focal pesa mais que febre baixa



Avaliação cirúrgica e investigação proporcional

Homem de 24 anos procura atendimento por dor abdominal iniciada há 14 horas em região periumbilical, agora localizada em fossa ilíaca direita. Relata náuseas, inapetência e febre baixa. Ao exame, está desconfortável, temperatura 37,9 graus Celsius, frequência cardíaca 102 bpm, pressão arterial 124 por 78 mmHg. Apresenta dor à palpação profunda em fossa ilíaca direita, defesa localizada e piora da dor à descompressão brusca. Não há diarreia importante, sintomas urinários ou história prévia de doença inflamatória intestinal. O padrão clássico é migração da dor, anorexia, náusea e sinais de irritação peritoneal localizada. O erro da prova é tratar como gastroenterite porque há náusea, esquecendo que localização progressiva e defesa mudam o risco.

### Diferenciais com discriminadores

Apendicite aguda	Dor migratória para fossa ilíaca direita, anorexia, náusea, febre baixa e irritação peritoneal localizada. O conjunto é mais importante que qualquer sinal isolado.
Gastroenterite	Diarreia proeminente, vômitos predominantes, dor difusa em cólica e contato epidemiológico. A defesa localizada e a migração da dor reduzem essa hipótese como resposta principal.
Cólica ureteral	Dor lombar irradiada para genitália, hematúria, inquietação intensa e ausência de defesa peritoneal. Sintomas urinários ausentes e dor localizada progressiva favorecem apendicite.
Doença inflamatória intestinal	História recorrente, diarreia crônica, perda ponderal, sangramento ou manifestações extraintestinais. O caso agudo sem história prévia aponta menos para esse caminho.

### Conduta em passos numerados

- Reconheça sinal de abdome agudo localizado: dor progressiva, defesa e descompressão dolorosa indicam irritação peritoneal, não quadro funcional simples.
- Avalie estabilidade hemodinâmica e sinais de peritonite difusa. Estável não significa benigno; significa que há tempo para organizar investigação e avaliação cirúrgica.
- Não reduza o caso a gastroenterite por causa de náusea ou febre baixa. O discriminador é a migração e localização da dor com defesa.
- Escolha a alternativa que encaminha para avaliação diagnóstica e cirúrgica adequada, em vez de alta com sintomáticos ou antibiótico sem avaliação.
- Em mulheres em idade fértil, lembre que gravidez ectópica e causas ginecológicas entram como diferenciais críticos. Neste caso, o paciente é homem, então a banca remove essa camada para focar apendicite.

### Pegadinha específica da banca

A pegadinha é oferecer “hidratação, antiemético e retorno se piorar” em paciente jovem e estável. Essa alternativa parece prudente, mas ignora irritação peritoneal localizada. Outra armadilha é valorizar demais a febre baixa como argumento contra cirurgia; apendicite pode começar com febre discreta. Também pode aparecer exame laboratorial como resposta final, quando a prova quer reconhecer que laboratório auxilia, mas não substitui a leitura clínica de abdome agudo.

### Questão original

Homem de 24 anos apresenta dor abdominal que migrou de região periumbilical para fossa ilíaca direita, náusea, inapetência, febre baixa e defesa localizada com dor à descompressão. Qual é a melhor interpretação?

A. Gastroenterite viral, pois náusea e febre baixa são predominantes.

B. Apendicite aguda provável, com necessidade de avaliação diagnóstica e cirúrgica.

C. Cólica ureteral, pois dor em fossa ilíaca direita é sempre urinária.

D. Dor abdominal inespecífica, com alta e retorno apenas se houver febre alta.

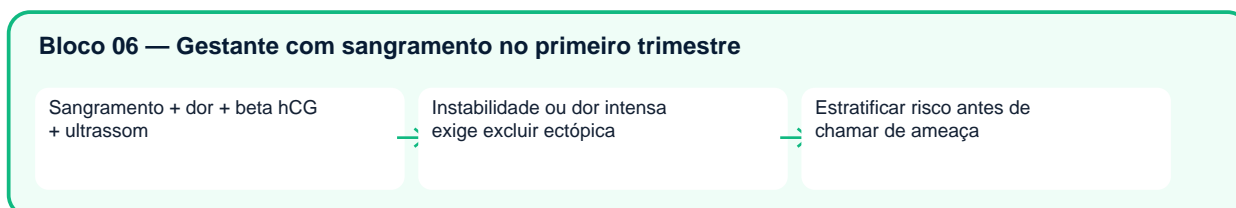
Gabarito: B. A migração da dor, anorexia, localização em fossa ilíaca direita e irritação peritoneal localizada formam padrão de apendicite. Estabilidade clínica não autoriza alta simples quando há sinal cirúrgico.

### Visual substantivo sugerido

Dor periumbilical que migra para fossa ilíaca direita	Padrão evolutivo típico de apendicite	Chamar de dor inespecífica por ser paciente jovem.
Defesa e descompressão dolorosa	Irritação peritoneal localizada	Tratar como gastroenterite por haver náusea.
Ausência de sintomas urinários	Reduz força de cólica ureteral	Pedir apenas urina e ignorar exame abdominal.
Estabilidade hemodinâmica	Permite organização, não alta automática	Confundir ausência de choque com ausência de gravidade.

## Bloco 06 — Gestante com sangramento no primeiro trimestre

### Quadro clínico



Mulher de 29 anos, G2P1, com atraso menstrual de oito semanas e teste de gravidez positivo, procura atendimento por sangramento vaginal em pequena quantidade e dor pélvica leve em cólica. Está consciente, corada, pressão arterial 112 por 70 mmHg, frequência cardíaca 88 bpm, sem febre e sem sinais de irritação peritoneal. Relata que ainda não realizou ultrassonografia nesta gestação. Ao exame, há sangramento discreto em fundo de saco, colo fechado e dor leve à mobilização uterina, sem massa anexial palpável. O ponto de prova é não chamar automaticamente de “ameaça de abortamento” sem confirmar localização da gestação. Toda gestante inicial com sangramento precisa ser lida com duas perguntas: está instável? a gestação é intrauterina?

## Diferenciais com discriminadores

Ameaça de abortamento	Sangramento em gestação inicial com colo fechado e estabilidade, desde que gestação intrauterina seja confirmada ou ectópica esteja adequadamente excluída.
Abortamento inevitável ou em curso	Colo aberto, dor mais intensa, eliminação de restos ovulares ou sangramento progressivo. O colo fechado no caso reduz essa hipótese.
Gravidez ectópica	Dor pélvica, sangramento, ausência de confirmação intrauterina, instabilidade, dor anexial ou líquido livre. Pode existir mesmo com sangramento discreto; por isso não deve ser descartada por estabilidade isolada.
Doença trofoblástica gestacional	Sangramento, útero maior que o esperado, hiperêmese, sintomas exuberantes ou achados ultrassonográficos sugestivos. O caso não aponta fortemente, mas entra como diferencial em sangramento inicial.

## Conduta em passos numerados

- Verifique estabilidade hemodinâmica e sinais de abdome agudo. Instabilidade, síncope, dor intensa ou irritação peritoneal mudam prioridade para emergência.
- Confirme idade gestacional provável, intensidade do sangramento, dor, passagem de tecido e fatores de risco para ectópica.
- Não conclua ameaça de abortamento antes de localizar a gestação. A prova frequentemente testa se o candidato lembra de excluir gravidez ectópica em sangramento do primeiro trimestre.
- Use avaliação seriada e ultrassonografia conforme disponibilidade e contexto, sempre com raciocínio centrado em localização, viabilidade e risco.
- Oriente sinais de alarme e seguimento, mas apenas após a estratificação inicial. Alta sem avaliar localização é a alternativa perigosa.

## Pegadinha específica da banca

A banca coloca colo fechado para seduzir o candidato a marcar “ameaça de abortamento” como se fosse diagnóstico completo. O discriminador esquecido é ausência de ultrassonografia prévia confirmando gestação intrauterina. Outra armadilha é tratar estabilidade como exclusão de ectópica; a gravidez ectópica pode estar estável antes de romper. Em prova, o raciocínio seguro é: sangramento inicial + gravidez positiva + localização desconhecida exige excluir ectópica antes de tranquilizar.

## Questão original

Gestante de oito semanas, sem ultrassonografia prévia, apresenta sangramento vaginal discreto, dor pélvica leve, estabilidade hemodinâmica e colo fechado. Qual é a melhor interpretação inicial?

A. Ameaça de abortamento definitiva, podendo receber alta sem investigação adicional.

B. Sangramento inicial em gestação de localização ainda não confirmada, exigindo avaliação para excluir ectópica e definir viabilidade.

C. Abortamento inevitável, pois qualquer sangramento na gestação indica perda em curso.

D. Doença trofoblástica gestacional como hipótese principal, mesmo sem sinais sugestivos.

Gabarito: B. Colo fechado e estabilidade sugerem ameaça de abortamento apenas depois de considerar localização gestacional. Sem ultrassonografia prévia, a prova espera excluir ectópica antes de alta tranquilizadora.

### Visual substantivo sugerido

A gestante está instável?	Hipotensão, síncope, dor intensa, peritonismo	Emergência e avaliação imediata de complicação.
A gestação é intrauterina?	Ultrassonografia compatível ou seguimento adequado	Só então ameaça de abortamento fica mais provável.
O colo está aberto?	Colo pérvio, restos, sangramento progressivo	Pensar em abortamento em curso ou inevitável.
Há sinais de ectópica?	Dor anexial, líquido livre, instabilidade, localização desconhecida	Não tranquilizar antes de excluir.

## Bloco 07 — Criança febril com sinais de gravidade

### Quadro clínico

#### Bloco 07 — Criança febril com sinais de gravidade

Prostração, perfusão ruim, gemência ou rigidez



Estado geral decide mais que temperatura isolada



Avaliar gravidade e não liberar por antitérmico

Menino de 2 anos é levado à unidade por febre há 18 horas, recusa alimentar e sonolência. A mãe relata que ele “não está como de costume”, chora pouco e não brinca. Na triagem, temperatura 39,2 graus Celsius, frequência cardíaca 156 bpm, frequência respiratória 38 irpm, extremidades frias, enchimento capilar em 4 segundos e saturação 96 por cento. Não há rigidez de nuca evidente, mas a criança está hipoativa e irritada ao manuseio. O exame otoscópico é difícil; ausculta pulmonar sem foco claro; abdome sem defesa. A prova quer separar febre comum de criança potencialmente grave. O dado central não é a temperatura; é alteração do comportamento, perfusão ruim e taquicardia fora do esperado.

### Diferenciais com discriminadores

Infecção grave ou sepse pediátrica	Hipoatividade, perfusão periférica ruim, enchimento capilar prolongado, taquicardia, irritabilidade e recusa alimentar. Mesmo sem foco, há sinais sistêmicos.
Infecção viral autolimitada	Criança ativa entre picos febris, boa perfusão, hidratação preservada e exame geral tranquilizador. Não é o caso quando comportamento e perfusão estão alterados.
Meningite	Rigidez de nuca, petéquias, convulsão, abaulamento de fontanela em lactentes ou rebaixamento importante. A ausência de rigidez não exclui gravidade, mas não é o único eixo.
Pneumonia	Taquipneia com esforço respiratório, queda de saturação, estertores ou assimetria auscultatória. Aqui a saturação é preservada e não há foco claro, mas taquipneia pode acompanhar gravidade sistêmica.

### Conduta em passos numerados

- Avalie aparência, respiração e circulação antes de procurar foco. Em pediatria, estado geral e perfusão podem ser mais decisivos que a queixa localizada.
- Reconheça sinais de alarme: hipoatividade, irritabilidade persistente, extremidades frias, enchimento capilar prolongado, recusa alimentar importante e taquicardia.
- Não atribua a febre a virose apenas porque não há foco no exame inicial. Ausência de foco não é sinônimo de baixo risco.
- Priorize abordagem clínica imediata e investigação orientada pela gravidade, com reavaliação frequente. O objetivo de prova é não mandar para casa criança com perfusão ruim.
- Oriente sinais de alarme somente após estabilizar e classificar risco; orientação isolada é insuficiente quando o exame geral é preocupante.

### Pegadinha específica da banca

A banca frequentemente oferece “antitérmico e retorno se piorar” porque a criança não tem foco evidente e a saturação está normal. A armadilha é ignorar perfusão e comportamento. Outra pegadinha é escolher meningite apenas porque há febre e sonolência, mesmo sem sinais específicos, pulando a leitura sindrômica de criança grave. Em ENAMED, o acerto está em reconhecer risco clínico antes de fechar etiologia.

### Questão original

Criança de 2 anos com febre alta apresenta hipoatividade, recusa alimentar, extremidades frias e enchimento capilar de 4 segundos, sem foco infeccioso evidente. Qual é a melhor conduta de prova?

A. Antitérmico e alta, pois ausência de foco sugere virose.

- B. Reconhecer sinais de gravidade e iniciar avaliação imediata com reavaliação clínica frequente.
- C. Diagnosticar meningite obrigatoriamente, mesmo sem sinais meníngeos ou petéquias.
- D. Aguardar surgimento de foco antes de qualquer investigação.

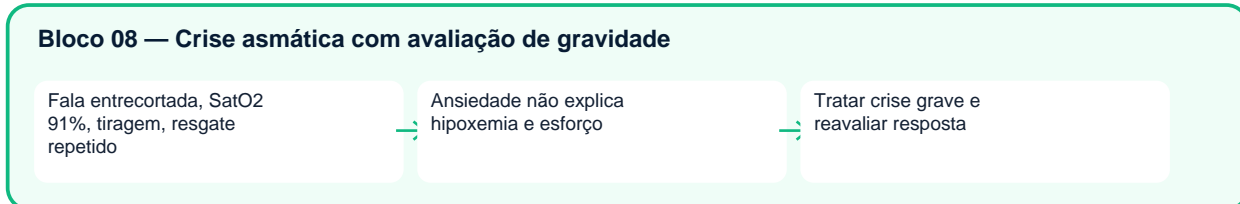
Gabarito: B. A criança tem sinais sistêmicos de gravidade, especialmente perfusão ruim e alteração do comportamento. Ausência de foco não autoriza alta; ela aumenta a necessidade de avaliação cuidadosa.

### Visual substantivo sugerido

Aparência	Brinca, interage, consola	Hipoativa, irritada, pouco responsiva
Circulação	Extremidades quentes, enchimento normal	Extremidades frias, enchimento prolongado
Respiração	Sem esforço, FR adequada	Taquipneia, gemência, esforço
Decisão	Orientação e seguimento conforme contexto	Avaliação imediata e reavaliação clínica

## Bloco 08 — Crise asmática com avaliação de gravidade

### Quadro clínico



Mulher de 22 anos, asmática desde a infância, chega com falta de ar e chiado há 6 horas após contato com poeira. Usou broncodilatador de resgate várias vezes em casa, com melhora parcial e curta. Na avaliação, fala frases entrecortadas, frequência respiratória 32 irpm, frequência cardíaca 124 bpm, saturação 91 por cento em ar ambiente, uso de musculatura acessória e sibilos difusos. Está ansiosa, mas orientada. Não há febre, dor torácica pleurítica ou edema. O caso testa gravidade da crise, não apenas diagnóstico de asma. O dado perigoso é necessidade repetida de resgate, fala limitada, saturação reduzida e esforço respiratório. Ansiedade aqui é consequência da dispneia até prova em contrário.

### Diferenciais com discriminadores

Exacerbação asmática moderada a grave	História de asma, gatilho, sibilos difusos, uso repetido de resgate, fala entrecortada, taquipneia e saturação reduzida.
Anafilaxia	Urticária, angioedema, hipotensão, sintomas gastrointestinais ou exposição alérgica sistêmica. O caso tem gatilho irritativo e sem sinais cutâneos ou circulatórios.
Pneumonia	Febre, foco auscultatório, dor pleurítica e evolução infecciosa. A ausência de febre e o padrão obstrutivo difuso reduzem prioridade.
Tromboembolismo pulmonar	Dispneia súbita, dor pleurítica, fator trombótico e hipoxemia desproporcional sem sibilância típica. A história asmática e o gatilho favorecem crise asmática.

### Conduta em passos numerados

- Classifique a gravidade pela fala, frequência respiratória, saturação, uso de musculatura acessória, nível de consciência e resposta ao tratamento prévio.
- Não trate como ansiedade antes de corrigir hipóxia e broncoespasmo. A ansiedade pode ser manifestação da crise.
- Inicie abordagem de crise com suporte ventilatório adequado ao quadro e medicação broncodilatadora conforme protocolos locais, sem atrasar reavaliação.
- Reavalie resposta após intervenção inicial: fala, esforço, saturação, ausculta e frequência respiratória. A prova valoriza reavaliação, não prescrição isolada.
- Fique atento ao silêncio auscultatório, exaustão ou rebaixamento, que indicam gravidade extrema. Sibilos ausentes em paciente exausto pode ser pior que sibilos difusos.

### Pegadinha específica da banca

A banca costuma usar paciente jovem e ansiosa para induzir diagnóstico de crise de pânico. O discriminador é que há saturação baixa, uso de musculatura acessória e fala entrecortada. Outra armadilha é considerar sibilância difusa como crise leve, ignorando saturação e fala. Em asma, gravidade não é medida só pela presença de chiado, mas pelo impacto ventilatório e pela resposta ao resgate.

### Questão original

Paciente asmática de 22 anos chega com sibilos difusos, fala entrecortada, uso de musculatura acessória e saturação 91 por cento após múltiplos usos de medicação de resgate. Qual é a melhor interpretação?

- Crise de ansiedade, pois a paciente está jovem e ansiosa.
- Crise asmática com sinais de gravidade, exigindo abordagem imediata e reavaliação.
- Pneumonia, pois toda dispneia com taquicardia é infecciosa.
- Asma leve, pois ainda há sibilos audíveis.

Gabarito: B. Fala limitada, saturação reduzida, esforço respiratório e resposta insuficiente ao resgate indicam crise relevante. Ansiedade não explica hipoxemia e não deve atrasar tratamento da obstrução.

### Visual substantivo sugerido

Fala	Frases completas	Frases curtas, palavras soltas ou silêncio
Saturação	Preservada	Reduzida ou queda progressiva
Esforço	Sem musculatura acessória	Tiragens, exaustão, postura de esforço
Resposta ao resgate	Melhora sustentada	Melhora curta, parcial ou ausente

## Bloco 09 — Diabetes descompensado e risco metabólico

### Quadro clínico

#### Bloco 09 — Diabetes descompensado e risco metabólico

DM1, vômitos, respiração profunda, hálito cetônico



Dor abdominal pode ser metabólica, não cirúrgica



Hidratar, corrigir distúrbio e procurar gatilho

Homem de 31 anos, com diabetes tipo 1, procura emergência por vômitos, dor abdominal difusa, sede intensa e fraqueza há 24 horas. Relata que reduziu insulina por estar comendo pouco durante quadro gripal. Está sonolento, desidratado, frequência cardíaca 122 bpm, pressão arterial 96 por 60 mmHg, frequência respiratória 30 irpm com respiração profunda, hálito cetônico percebido e glicemia capilar muito elevada. Temperatura 37,8 graus Celsius. O exame abdominal mostra dor difusa sem defesa localizada. O caso quer que o candidato reconheça cetoacidose diabética provável, não abdome cirúrgico primário. Dor abdominal e vômitos são parte do quadro metabólico, mas a prova testa o discriminador: respiração profunda, desidratação, insulinopenia e hiperglicemia.

### Diferenciais com discriminadores

Cetoacidose diabética	Diabetes tipo 1, redução de insulina, infecção gatilho, vômitos, desidratação, respiração profunda, hálito cetônico e hiperglicemia.
Estado hiperosmolar hiperglicêmico	Mais comum em diabetes tipo 2, desidratação intensa, hiperglicemia marcada e menos cetose. A idade, tipo 1 e respiração profunda favorecem cetoacidose.
Abdome agudo cirúrgico	Dor localizada, defesa, peritonismo, febre alta ou sinais focais. A dor difusa sem defesa e o contexto metabólico reduzem prioridade cirúrgica inicial.
Gastroenterite	Vômitos e dor podem confundir, mas não explicam respiração profunda, hálito cetônico, hiperglicemia importante e insulinopenia.

### Conduta em passos numerados

- Reconheça emergência metabólica em diabético com hiperglicemia, desidratação e sinais de acidose. A respiração profunda é pista de compensação respiratória.
- Avalie circulação, estado mental e grau de desidratação. Instabilidade e sonolência aumentam gravidade.
- Investigue gatilho, especialmente infecção, omissão de insulina, infarto, uso de medicações ou erro de manejo. Tratar gatilho faz parte do raciocínio.
- Não classifique a dor abdominal como cirúrgica antes de interpretar o contexto metabólico. Dor na cetoacidose pode simular abdome, mas defesa localizada mudaria a rota.
- Acompanhe parâmetros clínicos e laboratoriais conforme protocolo local. Para prova, a sequência mental é: reconhecer, hidratar, corrigir distúrbios e reavaliar, sem detalhar dose.

### Pegadinha específica da banca

A banca coloca dor abdominal para induzir tomografia ou avaliação cirúrgica como primeira resposta. O discriminador é o conjunto diabetes tipo 1, redução de insulina, respiração profunda, hálito cetônico e hiperglicemia. Outra armadilha é chamar de gastroenterite por haver vômitos. Em prova, vômitos em diabético descompensado exigem glicemia e leitura metabólica antes de tranquilizar.

### Questão original

Paciente com diabetes tipo 1 reduz insulina durante quadro gripal e chega com vômitos, dor abdominal difusa, desidratação, respiração profunda, hálito cetônico e hiperglicemia importante. Qual é a hipótese prioritária?

- Gastroenterite simples, pois vômitos são o sintoma principal.
- Abdome agudo cirúrgico, pois toda dor abdominal com vômitos exige cirurgia.
- Cetoacidose diabética provável, com necessidade de abordagem metabólica imediata.

D. Estado hiperosmolar típico, pois qualquer hiperglicemia em emergência corresponde a esse quadro.

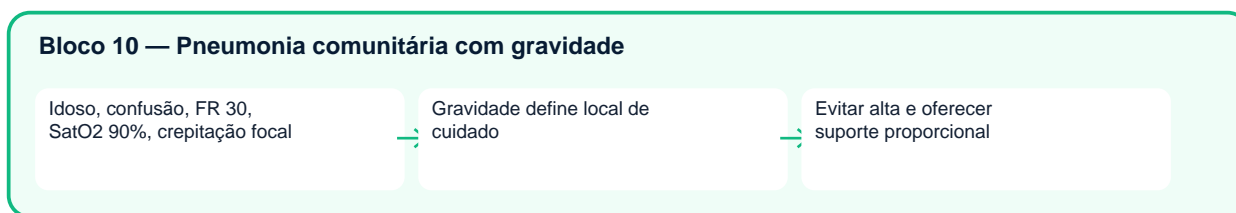
Gabarito: C. Diabetes tipo 1, omissão relativa de insulina, hiperglicemia, desidratação, respiração profunda e hálito cetônico formam padrão de cetoacidose. Dor abdominal não deve desviar o raciocínio antes de avaliar acidose metabólica.

### Visual substantivo sugerido

Redução de insulina	Gatilho de insulinopenia	Tratar como infecção isolada
Respiração profunda	Compensação de acidose	Chamar de ansiedade
Dor abdominal difusa	Pode ocorrer na cetoacidose	Pedir cirurgia sem contexto
Hálito cetônico e hiperglicemia	Forte pista metabólica	Diagnosticar gastroenterite simples

## Bloco 10 — Pneumonia comunitária com gravidade

### Quadro clínico



Homem de 74 anos, com DPOC leve e hipertensão, apresenta tosse produtiva, febre e prostração há três dias. A família relata piora da confusão desde a noite anterior. Na avaliação, temperatura 38,5 graus Celsius, pressão arterial 100 por 62 mmHg, frequência cardíaca 112 bpm, frequência respiratória 30 irpm e saturação 90 por cento em ar ambiente. Ao exame, há crepitações em base direita, uso discreto de musculatura acessória e mucosas secas. Não há dor torácica típica, edema unilateral de perna ou sinais de meningismo. O caso testa pneumonia comunitária com critérios de gravidade, não apenas escolha de antibiótico. Em prova, a pergunta decisiva é: pode tratar ambulatorialmente ou precisa de avaliação em nível de cuidado mais alto?

### Diferenciais com discriminadores

Pneumonia comunitária com gravidade	Febre, tosse produtiva, crepitações focais, taquipneia, hipoxemia, idade avançada e confusão. O conjunto sugere infecção pulmonar com risco.
Exacerbação de DPOC	Piora de dispneia, aumento de volume ou purulência do escarro e sibilância predominante. Pode coexistir, mas febre, crepitação focal e confusão favorecem pneumonia.
Insuficiência cardíaca	Ortopneia, edema, estertores bilaterais, ganho de peso e história cardíaca. O foco febril e pulmonar localizado desloca para infecção.
Tromboembolismo pulmonar	Dispneia súbita, dor pleurítica, fator trombótico, hemoptise ou hipoxemia sem foco infeccioso. Aqui há febre, escarro e crepitação focal.

### Conduta em passos numerados

- Reconheça pneumonia como provável pelo conjunto febre, tosse produtiva e achado focal. Não espere radiografia para perceber que há síndrome respiratória infecciosa.
- Estratifique gravidade: idade, confusão, taquipneia, hipotensão relativa e hipoxemia indicam risco aumentado.
- Evite alta ambulatorial automática em idoso confuso e hipoxêmico. A prova costuma testar local de cuidado, não apenas diagnóstico.
- Investigue e trate de forma proporcional ao risco, considerando suporte de oxigenação e avaliação de complicações.
- Reavalie saturação, frequência respiratória, pressão, estado mental e resposta clínica. Em pneumonia, piora de confusão ou hipoxemia muda prioridade.

### Pegadinha específica da banca

A pegadinha é oferecer tratamento ambulatorial porque a pressão ainda não está em choque e o paciente fala. O discriminador é idade avançada, confusão, taquipneia e saturação baixa. Outra armadilha é atribuir tudo à DPOC por causa do antecedente, ignorando febre e crepitação focal. A banca quer que o candidato use gravidade para decidir nível de cuidado, não apenas decorar nome de antibiótico.

### Questão original

Idoso com febre, tosse produtiva, crepitações em base direita, confusão, frequência respiratória 30 irpm e saturação 90 por cento em ar ambiente procura atendimento. Qual é o melhor raciocínio?

- Pneumonia comunitária provável com sinais de gravidade, necessitando avaliação e cuidado proporcional ao risco.
- Resfriado comum, pois a saturação ainda não está abaixo de 85 por cento.

C. Exacerbação simples de DPOC, pois todo idoso ex-tabagista com tosse tem esse diagnóstico.

D. Alta com sintomáticos, pois não há choque franco.

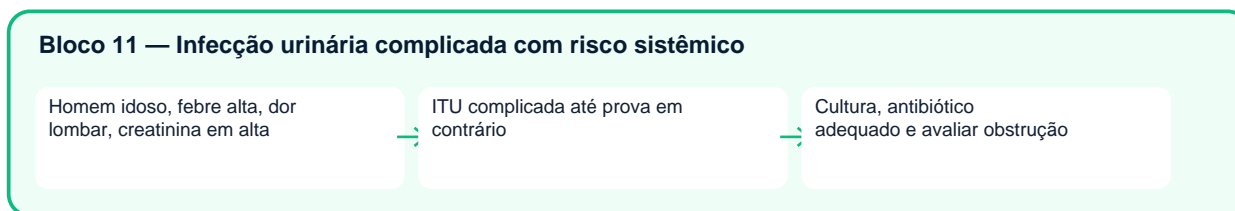
Gabarito: A. O caso apresenta pneumonia provável e critérios clínicos de gravidade: idade, confusão, taquipneia e hipoxemia. Ausência de choque não autoriza manejo ambulatorial simplificado.

### Visual substantivo sugerido

Febre, escarro, crepitação focal	Síndrome respiratória infecciosa	Pneumonia sobe na prioridade
Confusão em idoso	Sinal sistêmico de gravidade	Evitar alta simples
FR elevada e saturação baixa	Comprometimento respiratório	Avaliar suporte e nível de cuidado
Antecedente de DPOC	Pode confundir	Não ancorar se há foco infeccioso

## Bloco 11 — Infecção urinária complicada com risco sistêmico

### Quadro clínico



Homem de 68 anos, hipertenso, com hiperplasia prostática conhecida, procura a emergência por febre, calafrios, dor lombar direita e disúria há três dias. Relata náuseas, queda do apetite e sensação de fraqueza. Na triagem, pressão arterial 102 por 66 mmHg, frequência cardíaca 108 bpm, frequência respiratória 22 irpm, temperatura 39,1 graus Celsius e saturação 96 por cento em ar ambiente. Ao exame, há dor à punho percussão lombar direita, bexiga não palpável, próstata aumentada e dolorosa ao toque retal, sem sinais de irritação peritoneal. Urina tipo 1 mostra leucocitúria intensa, nitrito positivo e hematúria microscópica; creatinina está discretamente elevada em relação a exame antigo. O ponto de prova é não tratar como cistite simples. Sexo masculino, febre alta, dor lombar, possível obstrução prostática e alteração de função renal deslocam o caso para infecção urinária complicada, com necessidade de avaliação de gravidade, cultura, antibioticoterapia adequada e busca de fator obstrutivo quando indicado.

### Diferenciais com discriminadores

Pielonefrite complicada	Febre alta, calafrios, dor lombar, leucocitúria e nitrito positivo. O fato de ser homem idoso com doença prostática aumenta risco de obstrução, falha terapêutica e necessidade de abordagem hospitalar.
Prostatite bacteriana aguda	Febre, sintomas urinários, próstata dolorosa e mal estar sistêmico. O toque deve ser suave; massagem prostática é inadequada por risco de bacteremia.
Cólica ureteral infectada	Dor lombar pode confundir, mas febre, calafrios, piúria e queda de função renal sugerem obstrução infectada até prova em contrário, uma urgência urológica.
Cistite baixa	Disúria e nitrito positivo cabem, mas febre alta, dor lombar, taquicardia, sexo masculino e creatinina alterada tornam cistite baixa uma leitura insuficiente.

### Conduta em passos numerados

- Classifique como infecção urinária complicada quando houver febre sistêmica, dor lombar, sexo masculino, gestação, imunossupressão, alteração anatômica, obstrução, cateter, cálculo, insuficiência renal ou sinais de sepse.
- Avalie gravidade imediatamente: pressão, frequência cardíaca, frequência respiratória, estado mental, perfusão periférica, débito urinário e sinais de desidratação. A presença de instabilidade muda local de tratamento e urgência.
- Colete urina para cultura antes do antibiótico quando isso não atrasar o início do tratamento. Em caso febril ou sistêmico, hemoculturas podem ser úteis, sobretudo se houver calafrios, hipotensão ou suspeita de bacteremia.
- Inicie antibioticoterapia empírica compatível com quadro complicado e perfil local de resistência, ajustando depois à cultura. Em prova, o erro é escolher esquema de cistite simples para paciente com pielonefrite complicada.
- Procure fator obstrutivo quando houver dor intensa, anúria, rim único, piora de creatinina, cálculo conhecido, sepse, falha clínica ou suspeita de retenção. Obstrução infectada exige drenagem, não apenas antibiótico.
- Reavalie em 24 a 48 horas: febre persistente, dor lombar mantida, queda do estado geral ou piora renal sugerem abscesso, obstrução, resistência antimicrobiana ou diagnóstico alternativo.

### Pegadinha específica da banca

A banca costuma esconder gravidade dentro de uma queixa comum. O candidato vê disúria e nitrito positivo e marca cistite não complicada, ignorando febre alta, dor lombar e o fato de ser homem idoso com doença prostática. Outra armadilha é pedir massagem prostática em prostatite aguda; o correto é reconhecer próstata dolorosa como dado clínico e evitar manipulação vigorosa. Também aparece a alternativa “antibiótico oral curto e alta sem cultura”, adequada para algumas cistites simples, mas inadequada quando há sinal sistêmico, risco obstrutivo ou alteração renal. O raciocínio vencedor é separar infecção baixa simples de infecção urinária complicada com risco de deterioração.

### Questão original

Homem de 68 anos com hiperplasia prostática apresenta febre alta, calafrios, disúria, dor lombar direita, taquicardia, leucocitúria e nitrito positivo. Creatinina está acima do basal. Qual é a melhor interpretação inicial?

- A. Cistite baixa não complicada, com alta imediata e tratamento curto.
- B. Infecção urinária complicada, com avaliação de gravidade, cultura e investigação de fator obstrutivo se houver piora ou sinais de obstrução.
- C. Uretrite simples, pois disúria em homem idoso raramente indica pielonefrite.
- D. Prostatite crônica assintomática, devendo aguardar cultura antes de qualquer conduta.

Gabarito: B. Febre, calafrios, dor lombar, sexo masculino, doença prostática e creatinina alterada afastam cistite simples. A prioridade é tratar como infecção urinária complicada e vigiar obstrução infectada.

### Visual substantivo sugerido

Sintoma urinário com febre	Temperatura elevada, calafrios, taquicardia ou mal estar importante	Classificar como infecção sistêmica provável, não como cistite simples.
Dor lombar ou punho percussão positiva	Dor em flanco associada a piúria ou nitrito	Pensar em pielonefrite; avaliar necessidade de tratamento hospitalar conforme gravidade.
Risco de obstrução	Homem idoso, hiperplasia prostática, cálculo, anúria, rim único ou creatinina em alta	Solicitar avaliação de imagem e considerar urologia se obstrução infectada for provável.
Falha em 48 horas	Febre persistente, piora clínica ou dor mantida	Reavaliar antibiótico, cultura, abscesso, obstrução ou diagnóstico alternativo.

## Bloco 12 — Cefaleia de alarme e decisão de imagem

### Quadro clínico

#### Bloco 12 — Cefaleia de alarme e decisão de imagem

Cefaleia súbita máxima, rigidez cervical, esforço



Sem déficit não exclui hemorragia subaracnóidea



TC sem contraste e investigação se suspeita persistir

Mulher de 44 anos chega ao pronto atendimento com cefaleia súbita, descrita como “a pior da vida”, iniciada durante atividade física há uma hora. Refere náuseas, fotofobia e rigidez cervical. Não tem história de enxaqueca semelhante. Na triagem, pressão arterial 168 por 96 mmHg, frequência cardíaca 92 bpm, temperatura 36,8 graus Celsius e saturação 98 por cento em ar ambiente. Está lúcida, mas muito dolorida; exame neurológico sem déficit motor, porém com rigidez de nuca. O ponto de prova é reconhecer cefaleia sentinela de alto risco, mesmo sem déficit focal. A ausência de paresia não tranquiliza quando a dor é abrupta, máxima no início e associada a sinais meníngeos. O raciocínio deve priorizar hemorragia subaracnóidea e outras causas secundárias graves, com neuroimagem urgente e sequência diagnóstica organizada quando a primeira imagem não fecha o caso.

### Diferenciais com discriminadores

Hemorragia subaracnóidea	Cefaleia explosiva, intensidade máxima no início, náuseas, rigidez cervical e início ao esforço. Pode ocorrer sem déficit focal no começo.
Enxaqueca	Fotofobia e náuseas podem aparecer, mas história prévia semelhante, evolução gradual e ausência de sinais meníngeos favorecem enxaqueca. Aqui o padrão súbito é incompatível com crise habitual benigna.
Meningite	Cefaleia e rigidez de nuca cabem, mas febre ausente e início em trovão durante esforço puxam hemorragia subaracnóidea para o topo. Febre não é obrigatória para toda síndrome meníngea.
Dissecção arterial cervical	Cefaleia ou dor cervical com sintomas neurológicos posteriores, Horner ou antecedente de trauma cervical sugerem. Deve entrar no radar quando há dor súbita atípica.

### Conduta em passos numerados

- Identifique sinais de alarme: início súbito máximo, pior cefaleia da vida, déficit neurológico, convulsão, rebaixamento, febre com rigidez, papiledema, câncer, imunossupressão, gestação ou puerpério, idade avançada com primeira cefaleia, trauma e mudança clara do padrão.
- Em cefaleia em trovão, solicite tomografia de crânio sem contraste com urgência. A pergunta de prova costuma testar a prioridade da imagem antes de rotular como enxaqueca.

- Se a tomografia inicial for negativa, mas a suspeita clínica de hemorragia subaracnóidea seguir alta, prossiga com investigação apropriada conforme disponibilidade e tempo de sintomas, como análise de líquido cefalorraquidiano ou angioimagem.
- Trate dor e náuseas sem mascarar a investigação. Analgesia não substitui a decisão diagnóstica quando há sinal de alarme.
- Evite punção lombar antes de avaliar contraindicações quando houver rebaixamento, déficit focal, papiledema, imunossupressão relevante ou suspeita de lesão expansiva.
- Se surgir déficit focal, alteração de consciência, crise convulsiva ou instabilidade, acione fluxo de emergência neurológica e suporte clínico em paralelo.

### Pegadinha específica da banca

A armadilha preferida é oferecer alternativa com tratamento de enxaqueca porque há náuseas e fotofobia. Esses sintomas são compartilhados por cefaleias primárias e secundárias; quem decide é o padrão temporal e o contexto. “Pior cefaleia da vida”, máximo no início e rigidez de nuca não são adornos narrativos, são gatilhos de investigação. Outra pegadinha é dizer que tomografia normal encerra o caso. Quando a suspeita de hemorragia subaracnóidea continua alta, a investigação não termina automaticamente. A banca quer ver se o candidato separa cefaleia forte de cefaleia perigosa.

### Questão original

Mulher de 44 anos, sem enxaqueca prévia, apresenta cefaleia súbita durante exercício, máxima no início, associada a náuseas e rigidez cervical. Exame motor é normal. Qual é a conduta inicial mais adequada?

- A. Diagnosticar enxaqueca e liberar após analgesia se houver melhora.
- B. Solicitar tomografia de crânio sem contraste com urgência, pela suspeita de causa secundária grave.
- C. Aguardar evolução por 24 horas, pois ausência de déficit focal afasta hemorragia.
- D. Fazer punção lombar imediata sem considerar imagem ou contraindicações.

Gabarito: B. Cefaleia em trovão com rigidez cervical exige investigação urgente, mesmo sem déficit focal. Analgesia pode ser feita, mas não deve substituir neuroimagem inicial.

### Visual substantivo sugerido

Dor máxima no início	É cefaleia em trovão?	Priorizar hemorragia subaracnóidea e solicitar tomografia sem contraste.
Rigidez cervical ou vômitos intensos	Há síndrome meníngea sem explicação benigna?	Manter investigação de causa secundária, mesmo com exame motor normal.
Tomografia sem diagnóstico, suspeita alta	O padrão ainda é de alto risco?	Prosseguir investigação com método apropriado ao tempo de sintomas e contexto.
Déficit focal, rebaixamento ou convulsão	Há emergência neurológica associada?	Suporte clínico, imagem urgente e acionamento de equipe especializada.

## Bloco 13 — Distúrbio eletrolítico com risco cardíaco

### Quadro clínico

#### Bloco 13 — Distúrbio eletrolítico com risco cardíaco

K 6,8, bradicardia, T apiculada, QRS alargado



ECG alterado transforma número em emergência



Cálcio, redistribuição e remoção de potássio

Homem de 59 anos, com doença renal crônica e diabetes, chega por fraqueza progressiva, náuseas e palpitações. Usa losartana, espironolactona e anti inflamatório por dor lombar nos últimos dias. Na triagem, pressão arterial 146 por 84 mmHg, frequência cardíaca 48 bpm, frequência respiratória 18 irpm e saturação 97 por cento. Está orientado, sem déficit focal. Eletrocardiograma mostra ondas T apiculadas difusas, intervalo PR prolongado e alargamento discreto do QRS. Potássio sérico retorna 6,8 mEq por litro; creatinina está acima do basal. O ponto de prova é reconhecer hipercalemia com alteração eletrocardiográfica como emergência elétrica, não como simples alteração laboratorial. A conduta correta separa três objetivos: proteger membrana cardíaca, deslocar potássio para dentro da célula e remover potássio do organismo, além de suspender precipitantes e monitorar recorrência.

### Diferenciais com discriminadores

Hipercalemia grave	Potássio elevado com bradicardia, ondas T apiculadas, PR prolongado ou QRS alargado. Alteração no eletrocardiograma define risco imediato.
Pseudo hipercalemia	Amostra hemolisada, leucocitose extrema ou trombocitose podem elevar potássio sem clínica ou alteração eletrocardiográfica. Aqui há ECG compatível e fatores de risco reais.
Síndrome coronariana aguda	Palpitações e ECG alterado podem confundir, mas ondas T apiculadas difusas em paciente renal com potássio alto favorecem distúrbio eletrolítico. Dor torácica e alterações territoriais mudariam a prioridade diferencial.
Intoxicação por betabloqueador	Bradicardia e fraqueza cabem, mas o conjunto de doença renal, bloqueio do sistema renina angiotensina, espironolactona, anti inflamatório e potássio 6,8 aponta hipercalemia.

### Conduta em passos numerados

- Verifique eletrocardiograma imediatamente quando há potássio elevado ou suspeita clínica. A presença de alteração elétrica antecipa tratamento; não espere repetição laboratorial se o quadro é coerente.
- Proteja o miocárdio com cálcio intravenoso quando houver alteração eletrocardiográfica, instabilidade, arritmia ou hipercalemia grave com alto risco. O cálcio não reduz potássio, mas compra segurança elétrica.
- Desloque potássio para o meio intracelular com insulina associada a glicose quando indicado, monitorando hipoglicemia. Beta agonista inalatório pode ser adjuvante; bicarbonato é considerado sobretudo se houver acidose metabólica relevante.
- Remova potássio do corpo com medidas adequadas ao contexto: diurético se houver função renal e volemia compatíveis, resinas em cenários selecionados, e diálise quando hipercalemia é refratária, grave ou associada a insuficiência renal importante.
- Suspenda precipitantes: espironolactona, bloqueadores do sistema renina angiotensina, anti inflamatórios e suplementos de potássio. Investigue piora renal, acidose, rabdomiólise e erro de medicação.
- Reavalie potássio e eletrocardiograma em série. Hipercalemia pode recidivar quando o efeito de redistribuição passa sem remoção efetiva.

### Pegadinha específica da banca

A pegadinha é escolher apenas furosemida, resina ou repetir exame em paciente com eletrocardiograma alterado. O primeiro problema não é o número do potássio isolado; é a possibilidade de arritmia fatal. Outra armadilha é achar que cálcio “corrige” hipercalemia. Ele estabiliza a membrana, mas não reduz a carga corporal de potássio; por isso precisa ser seguido por medidas de redistribuição e eliminação. A banca também gosta de misturar pseudo hipercalemia com hemólise de amostra. Quando há ECG típico e contexto clínico compatível, tratar é prioridade.

### Questão original

Paciente com doença renal crônica usa losartana, espironolactona e anti inflamatório. Chega com fraqueza, bradicardia, potássio 6,8 mEq por litro e ECG com ondas T apiculadas e QRS alargado. Qual é o objetivo da primeira medida terapêutica?

- A. Remover definitivamente todo o potássio corporal por resina intestinal.
- B. Estabilizar a membrana miocárdica enquanto se iniciam medidas para redistribuir e eliminar potássio.
- C. Confirmar pseudo hipercalemia antes de qualquer intervenção.
- D. Corrigir hiponatremia oculta, pois fraqueza é sintoma inespecífico.

Gabarito: B. Hipercalemia com alteração eletrocardiográfica é emergência. Cálcio protege o miocárdio; insulina com glicose e medidas de eliminação tratam o potássio.

### Visual substantivo sugerido

Potássio alto com ECG normal	Risco existe, mas sem instabilidade elétrica documentada	Confirmar contexto, retirar causas e iniciar correção conforme valor e risco.
Onda T apiculada, PR longo ou QRS largo	Membrana cardíaca instável	Administrar cálcio intravenoso e monitorizar.
Doença renal ou fármacos retentores	Potássio pode voltar a subir	Planejar remoção efetiva e suspender precipitantes.
Hipercalemia persistente ou insuficiência renal grave	Medidas temporárias podem falhar	Considerar diálise conforme gravidade e resposta.

## Bloco 14 — Violência interpessoal e notificação compulsória

### Quadro clínico

#### Bloco 14 — Violência interpessoal e notificação compulsória

Equimoses antigas, acompanhante controlador, medo de voltar



Lesão incompatível + coerção sugere violência



Atender em privacidade, notificar e acionar rede

Mulher de 31 anos procura unidade de pronto atendimento por dor no punho e escoriações no antebraço. Diz inicialmente que caiu da escada, mas evita contato visual,

está acompanhada pelo companheiro que responde por ela, e apresenta equimoses em diferentes estágios de coloração no braço e na região cervical. Quando atendida em local reservado, relata que foi empurrada e ameaçada em casa, teme voltar para a residência e pede que a equipe “não faça nada para piorar”. Está consciente, sem instabilidade hemodinâmica, com dor localizada e ansiedade intensa. O ponto de prova é reconhecer que o atendimento não se resume a tratar lesão física. Violência interpessoal exige acolhimento, escuta sem julgamento, avaliação de risco imediato, registro cuidadoso, notificação compulsória conforme norma sanitária e construção de plano de segurança, preservando autonomia e sigilo dentro dos limites legais.

### Diferenciais com discriminadores

Violência doméstica contra mulher adulta	Lesões incompatíveis com a história, equimoses em idades diferentes, acompanhante controlador, medo de voltar para casa e relato em ambiente reservado.
Acidente doméstico	História consistente, mecanismo plausível, lesão única compatível e ausência de sinais de coerção. Aqui o conjunto é discrepante e sugere agressão.
Violência sexual associada	Relato de coerção sexual, lesões genitais, exposição a infecções, gravidez possível ou amnésia por substância. Exige fluxo específico e tempo dependente.
Risco iminente de feminicídio ou nova agressão	Ameaça de morte, estrangulamento, arma em casa, escalada recente, controle extremo, perseguição, isolamento ou tentativa prévia de homicídio.

### Conduta em passos numerados

- Garanta atendimento privado e seguro. Sempre que possível, converse sem o acompanhante, com justificativa assistencial neutra. A prova valoriza a capacidade de criar espaço de fala sem confrontar agressor na sala.
- Trate lesões e sintomas agudos: analgesia, avaliação ortopédica quando indicada, documentação de achados, vacinação, profilaxias e exames conforme exposição.
- Faça escuta qualificada: valide o relato, evite culpar a vítima, não force denúncia policial imediata como condição de cuidado e explique os limites de sigilo.
- Avalie risco imediato: ameaça de morte, estrangulamento, arma, escalada, crianças em risco, dependência financeira extrema, perseguição e impossibilidade de retorno seguro. Risco alto muda a urgência do plano.
- Realize notificação compulsória no sistema de saúde conforme fluxo local. Notificação sanitária não é a mesma coisa que boletim de ocorrência feito pela paciente; essa distinção costuma aparecer em prova.
- Acione rede de proteção: serviço social, atenção básica, centro de referência, assistência jurídica, conselho tutelar se houver criança ou adolescente, e segurança pública quando houver risco iminente ou obrigação legal específica.

- Combine plano de segurança realista: pessoa de confiança, documentos, medicações, rota de saída, telefone de emergência e retorno programado.

### Pegadinha específica da banca

A pegadinha é transformar o atendimento em sermão ou em burocracia. Alternativas erradas costumam dizer “só atender se ela fizer boletim de ocorrência” ou “não notificar para preservar sigilo”. O cuidado correto preserva vínculo e autonomia, mas cumpre notificação compulsória sanitária e avalia risco. Outra armadilha é fazer perguntas sobre violência diante do companheiro controlador, aumentando perigo. A banca também diferencia notificação de denúncia: notificar no sistema de saúde é dever profissional; obrigar a vítima adulta a ir à polícia em todo cenário pode ser inadequado e perigoso, salvo situações previstas em lei ou risco iminente.

### Questão original

Mulher adulta com lesões incompatíveis com queda relata, em atendimento reservado, agressão pelo companheiro e medo de voltar para casa. Qual é a melhor conduta da equipe?

- Condicionar atendimento e analgesia à realização prévia de boletim de ocorrência.
- Tratar lesões, acolher, avaliar risco, registrar achados, realizar notificação compulsória e acionar rede de proteção conforme necessidade.
- Evitar qualquer registro para preservar sigilo absoluto.
- Chamar o companheiro para confrontar versões e decidir se houve agressão.

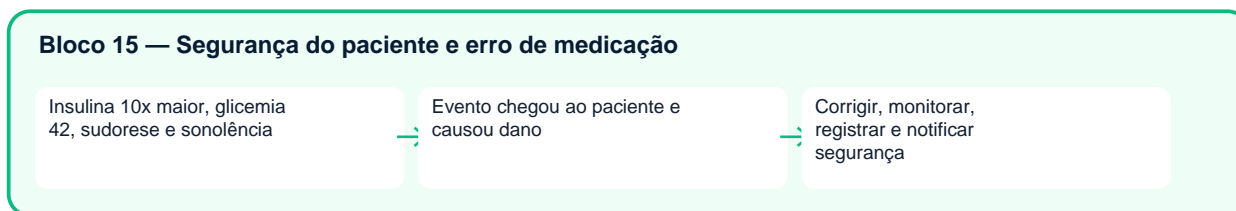
Gabarito: B. Violência exige cuidado clínico, segurança, notificação sanitária e rede de proteção. Confronto com agressor e condicionamento do cuidado à denúncia aumentam risco.

### Visual substantivo sugerido

Privacidade	Acompanhante responde pela paciente ou impede fala	Separar com justificativa assistencial e entrevistar em local seguro.
Risco imediato	Ameaça de morte, estrangulamento, arma ou escalada	Acionar rede de proteção com urgência e planejar saída segura.
Registro	Lesões em estágios diferentes ou relato de agressão	Descrever achados objetivamente, sem juízo moral, e registrar fala relevante.
Notificação	Suspeita ou confirmação de violência	Preencher notificação compulsória e orientar continuidade do cuidado.

## Bloco 15 — Segurança do paciente e erro de medicação

### Quadro clínico



Paciente de 76 anos, internado por pneumonia, tem prescrição de insulina regular conforme glicemia capilar. Durante troca de plantão, recebe dose dez vezes maior por confusão entre unidades e volume na seringa. Quarenta minutos depois, apresenta sudorese, tremores, sonolência e glicemia capilar de 42 mg por decilitro. A técnica de enfermagem percebe o erro e comunica a enfermeira, que teme punição e sugere “corrigir a glicose primeiro e depois ver se precisa registrar”. O médico assistente está em procedimento. O ponto de prova é reconhecer que segurança do paciente não é caça ao culpado nem ocultação do evento. A conduta deve tratar dano imediato, comunicar equipe responsável, registrar evento adverso, monitorar recorrência, informar paciente ou família de modo adequado e acionar análise sistêmica para prevenir repetição.

### Diferenciais com discriminadores

Evento adverso por erro de medicação	Há dano ou risco de dano decorrente de dose incorreta administrada. A hipoglicemia sintomática confirma impacto clínico.
Near miss	O erro é interceptado antes de atingir o paciente. Neste caso, a dose já foi administrada, então não é apenas quase erro.
Reação adversa inevitável	Ocorre apesar de uso correto em dose adequada. Aqui houve falha de processo na interpretação e administração da dose.
Hipoglicemia por jejum ou sepse	Pode coexistir, mas o vínculo temporal com dose dez vezes maior torna erro de medicação a causa central a ser tratada e reportada.

### Conduta em passos numerados

- Trate imediatamente o paciente: confirmar glicemia, administrar glicose conforme estado clínico e via disponível, proteger via aérea se houver rebaixamento e repetir glicemia até estabilização.
- Comunique o médico responsável ou equipe de cobertura e mantenha monitorização, porque insulina pode produzir recorrência de hipoglicemia. A correção inicial não encerra o risco.
- Registre o evento no prontuário com descrição objetiva: medicação, dose prescrita, dose administrada, horário, sintomas, glicemia, tratamento e evolução. Não use linguagem acusatória.

- Notifique o núcleo ou sistema institucional de segurança do paciente conforme rotina local. O objetivo é aprendizado sistêmico, não punição automática.
- Informe paciente ou familiar de forma transparente, proporcional e documentada, conforme política institucional e condição clínica. Ocultar evento rompe confiança e impede cuidado seguro.
- Analise causa raiz ou fatores contribuintes: prescrição ambígua, seringa inadequada, dupla checagem ausente, interrupções no preparo, comunicação de plantão e treinamento.
- Implante barreiras: padronização de prescrição em unidades, alerta para dose máxima, dupla checagem para insulina, separação física de apresentações e educação da equipe.

### **Pegadinha específica da banca**

A banca testa cultura de segurança. Alternativas erradas frequentemente mandam punir imediatamente o profissional, esconder o erro se o paciente melhorar, ou registrar apenas em livro interno sem prontuário. O caminho correto começa pelo paciente, mas não termina nele. Primeiro se reduz dano; depois se comunica, registra e aprende com o sistema. Outro erro é chamar de near miss um evento que chegou ao paciente e causou hipoglicemia. A linguagem também importa: “erro por dose dez vezes maior” deve ser descrito com precisão, sem transformar o registro clínico em julgamento moral.

### **Questão original**

Paciente internado recebe dose dez vezes maior de insulina por erro de administração e evolui com hipoglicemia sintomática. Após correção inicial, qual atitude melhor representa segurança do paciente?

- A. Não registrar se a glicemia normalizar, para evitar punição da equipe.
- B. Tratar a hipoglicemia, monitorar recorrência, comunicar equipe, registrar objetivamente e notificar o sistema de segurança para análise de causas.
- C. Registrar apenas que houve hipoglicemia espontânea, sem mencionar dose administrada.
- D. Priorizar advertência formal imediata antes de qualquer medida clínica.

Gabarito: B. O evento atingiu o paciente e causou dano, exigindo cuidado clínico, transparência, registro e análise sistêmica. Segurança do paciente não se resume a punição nem a ocultação.

### Visual substantivo sugerido

Dano agudo	O paciente está em risco agora?	Corrigir hipoglicemia e monitorar até estabilidade sustentada.
Comunicação	Quem precisa saber para cuidar?	Acionar equipe responsável e informar paciente ou família conforme condição clínica.
Registro	O que aconteceu objetivamente?	Documentar dose, horário, sintomas, tratamento e resposta.
Prevenção	Qual barreira falhou?	Revisar prescrição, dupla checagem, apresentação da insulina e comunicação de plantão.

## Bloco 16 — Hemorragia digestiva com estratificação inicial

### Quadro clínico

#### Bloco 16 — Hemorragia digestiva com estratificação inicial

Hematêmese, melena, PA 92x58, FC 122



Cirrótico instável sugere sangramento varicoso



Acesso, reposição, protocolo específico e endoscopia

Homem de 63 anos, com cirrose por álcool e hepatite C antiga, chega por vômitos com sangue vivo há duas horas e tontura ao levantar. A esposa relata fezes enegrecidas desde o dia anterior. Na triagem, pressão arterial 92 por 58 mmHg, frequência cardíaca 122 bpm, frequência respiratória 24 irpm, saturação 95 por cento e pele fria. Está ansioso, orientado, com abdome globoso, circulação colateral discreta e sem dor abdominal intensa. Usa propranolol irregularmente e anti inflamatório para dor no joelho. O ponto de prova é reconhecer hemorragia digestiva alta com instabilidade e risco de sangramento varicoso, sem esperar queda laboratorial de hemoglobina para agir. O dado que manda na primeira conduta é a perfusão: hematêmese, melena, taquicardia e hipotensão exigem suporte, acesso venoso, reposição guiada, proteção de via aérea quando indicada e endoscopia após estabilização inicial.

### Diferenciais com discriminadores

Hemorragia varicosa	Cirrose, hematêmese volumosa, melena, instabilidade, circulação colateral e uso irregular de profilaxia. Deve receber abordagem específica além do suporte geral.
Úlcera péptica sangrante	Uso de anti inflamatório, melena e hematêmese. Pode coexistir; ausência de cirrose deslocaria essa hipótese para o topo.
Síndrome de Mallory Weiss	Vômitos repetidos antes do sangramento, menor repercussão hemodinâmica e laceração pós esforço. Aqui o sangramento parece primário e volumoso.
Hemoptise confundida com hematêmese	Tosse, sangue espumoso, sintomas respiratórios e ausência de melena. Neste caso, vômitos com sangue e fezes enegrecidas apontam trato digestivo.

### Conduta em passos numerados

- Avalie via aérea, respiração e circulação. Hematêmese ativa com rebaixamento, aspiração ou sangramento maciço pode exigir proteção de via aérea antes de endoscopia.
- Garanta dois acessos venosos calibrosos, coleta de exames, tipagem e prova cruzada. Hemoglobina inicial pode subestimar perda aguda; não espere anemia aparecer para reconhecer choque.
- Reponha volume e hemocomponentes conforme instabilidade, com meta de perfusão e estratégia transfusional prudente. Corrigir coagulopatia depende do contexto e não deve atrasar estabilização.
- Em suspeita de varizes, inicie medidas específicas conforme protocolo local, como droga vasoativa e antibiótico profilático, em paralelo à preparação para endoscopia.
- Solicite endoscopia digestiva alta após estabilização inicial. A prova cobra a sequência: estabilizar primeiro, investigar e tratar por endoscopia em seguida.
- Revise precipitantes após controle: anti inflamatórios, álcool, profilaxia secundária, erradicação de *Helicobacter pylori* se úlcera e seguimento hepatológico se varizes.

### Pegadinha específica da banca

A alternativa tentadora é pedir endoscopia imediata como primeiro gesto, porque ela parece resolver o diagnóstico. Em paciente hipotenso e taquicárdico, endoscopia sem suporte inicial aumenta risco. Outra armadilha é aguardar hemoglobina cair; na perda aguda, o número pode estar falsamente preservado no início. Em cirrótico, a banca espera que o candidato pense em varizes e antibiótico profilático, não apenas em inibidor de bomba. O raciocínio correto começa por gravidade hemodinâmica e depois particulariza a causa.

**Questão original**

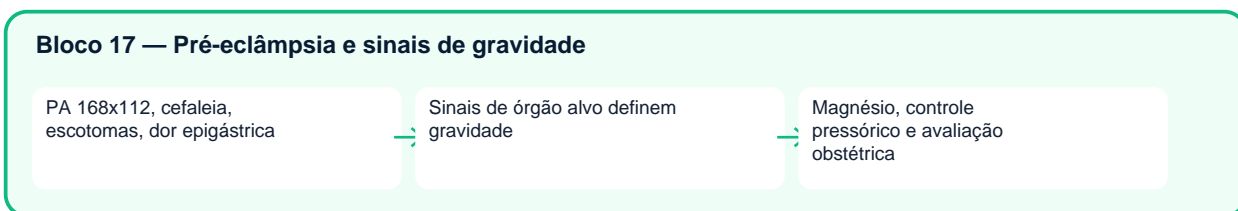
Cirrótico chega com hematêmese volumosa, melena, pressão 92 por 58 mmHg e frequência cardíaca 122 bpm. Qual é a melhor prioridade inicial?

- A. Encaminhar diretamente para endoscopia sem medidas prévias, pois o exame é terapêutico.
- B. Estabilizar circulação, obter acessos, preparar hemocomponentes e iniciar abordagem específica para possível sangramento varicoso.
- C. Aguardar hemoglobina seriada antes de decidir gravidade.
- D. Tratar como hemoptise até radiografia de tórax.

Gabarito: B. Hematêmese com instabilidade exige suporte inicial. Cirrose torna sangramento varicoso provável e acrescenta medidas específicas antes da endoscopia terapêutica.

**Visual substantivo sugerido**

Hematêmese e melena	Há instabilidade circulatória?	Se sim, acesso venoso, reposição, tipagem e monitorização imediata.
Cirrose conhecida	Sangramento varicoso é provável?	Iniciar protocolo específico e preparar endoscopia após estabilização.
Hemoglobina inicial pouco alterada	A perda é aguda?	Não usar hemoglobina isolada para negar gravidade.
Rebaixamento ou vômito ativo intenso	Há risco de aspiração?	Considerar proteção de via aérea antes do procedimento.

**Bloco 17 — Pré-eclâmpsia e sinais de gravidade****Quadro clínico**

Gestante de 32 semanas, 27 anos, primigesta, procura maternidade por cefaleia forte, escotomas visuais e dor em epigástrio há seis horas. Refere edema progressivo nas mãos. Na admissão, pressão arterial 168 por 112 mmHg em duas medidas, frequência cardíaca 96 bpm, reflexos vivos e dor à palpação epigástrica. Batimentos fetais presentes. Urina com proteinúria significativa em fita e plaquetas limítrofes no hemograma inicial. O ponto de prova é reconhecer pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, não “hipertensão gestacional para observar”. Cefaleia, sintomas visuais, dor epigástrica e pressão em faixa grave indicam risco materno de eclâmpsia, AVC, síndrome HELLP e descolamento placentário. A decisão envolve estabilização materna, prevenção de convulsão, controle

pressórico seguro e avaliação obstétrica do momento de parto.

### Diferenciais com discriminadores

Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade	Gestação após 20 semanas, hipertensão grave, sintomas neurológicos, dor epigástrica e proteinúria. A presença de sinais sistêmicos muda urgência.
Hipertensão gestacional sem gravidade	Pressão elevada após 20 semanas sem proteinúria, sem sintomas de órgão alvo e sem alteração laboratorial relevante. Não explica escotomas e dor epigástrica.
Enxaqueca na gestação	Cefaleia pode confundir, mas pressão grave, sintomas visuais novos e proteinúria tornam diagnóstico obstétrico prioridade.
Colecistite ou gastrite	Dor epigástrica isolada poderia sugerir trato digestivo, mas associada a hipertensão grave e sintomas neurológicos sugere comprometimento hepático da pré-eclâmpsia.

### Conduta em passos numerados

- Confirme pressão em técnica adequada, mas não banalize valores graves. Pressão sistólica igual ou acima de 160 ou diastólica igual ou acima de 110 exige ação.
- Procure sinais de gravidade: cefaleia persistente, sintomas visuais, dor epigástrica, dispneia, oligúria, plaquetopenia, elevação de enzimas hepáticas, creatinina alterada ou edema pulmonar.
- Inicie prevenção de convulsão com sulfato de magnésio quando há pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, monitorando reflexos, frequência respiratória e diurese.
- Controle pressão grave com anti hipertensivo apropriado para gestação, evitando queda brusca que comprometa perfusão uteroplacentária.
- Avalie vitalidade fetal e condições maternas, mas lembre que a prioridade é estabilização da mãe. A decisão de interrupção depende da idade gestacional, gravidade e resposta clínica.
- Não trate proteinúria como requisito absoluto quando há hipertensão com lesão de órgão alvo. A prova moderna valoriza disfunção sistêmica, não apenas fita urinária.

### Pegadinha específica da banca

A banca coloca “cefaleia em gestante ansiosa” para induzir analgesia e alta. O discriminador é pressão grave com sintoma neurológico e dor epigástrica. Outra armadilha é esperar convulsão para usar sulfato de magnésio; o objetivo é prevenir eclâmpsia em cenário grave. Também aparece a ideia de focar primeiro no feto e deixar a mãe em observação. Em obstetrícia de emergência, estabilização materna é a melhor intervenção fetal inicial. Proteinúria ajuda, mas sinais de órgão alvo bastam para gravidade.

**Questão original**

Gestante de 32 semanas apresenta pressão 168 por 112 mmHg, cefaleia intensa, escotomas, dor epigástrica e proteinúria. Qual é a melhor interpretação?

- A. Hipertensão gestacional leve, pois ainda não houve convulsão.
- B. Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, exigindo estabilização materna, prevenção de convulsão e avaliação obstétrica.
- C. Enxaqueca comum da gestação, com alta após analgesia.
- D. Gastrite associada a edema fisiológico.

Gabarito: B. Pressão em faixa grave com sintomas neurológicos e dor epigástrica indica pré-eclâmpsia grave. A ausência de convulsão não reduz a urgência; ela define oportunidade de prevenção.

**Visual substantivo sugerido**

Pressão 160 por 110 ou maior	Faixa grave	Controlar pressão e monitorar resposta.
Cefaleia ou escotomas	Irritação neurológica e risco de eclâmpsia	Indicar sulfato de magnésio conforme protocolo.
Dor epigástrica ou plaquetas baixas	Possível comprometimento hepático ou HELLP	Solicitar avaliação laboratorial e obstétrica urgente.
Feto vivo, mãe instável	A mãe define prioridade	Estabilizar mãe antes de qualquer decisão isolada fetal.

**Bloco 18 — Dengue com sinais de alarme e risco de choque****Quadro clínico****Bloco 18 — Dengue com sinais de alarme e risco de choque**

Dia 5, febre caiu, dor abdominal, vômitos, Ht subiu



Defervescência pode marcar fase crítica



Hidratar, observar e reavaliar perfusão

Homem de 35 anos, previamente hígido, retorna à unidade no quinto dia de febre por dor abdominal intensa, vômitos persistentes e tontura ao ficar em pé. Refere que a febre diminuiu nas últimas 12 horas, mas passou a sentir fraqueza importante. Na avaliação, pressão arterial 100 por 78 mmHg, frequência cardíaca 112 bpm, extremidades frias, prova do laço não realizada, sem sangramento volumoso. Hematócrito subiu em relação ao exame anterior e plaquetas caíram. O ponto de prova é reconhecer que a melhora da febre não significa melhora da dengue. A fase crítica costuma coincidir com defervescência, extravasamento plasmático, hemoconcentração e risco de choque. Dor abdominal, vômitos persistentes, hipotensão postural, extremidades frias e aumento do hematócrito são sinais de alarme que mudam manejo e local de cuidado.

### Diferenciais com discriminadores

Dengue com sinais de alarme	Defervescência, dor abdominal intensa, vômitos persistentes, tontura, extremidades frias, queda de plaquetas e hemoconcentração.
Dengue sem alarme	Febre, mialgia, cefaleia e bom estado geral, sem dor abdominal intensa, vômitos persistentes, sangramento relevante ou sinais circulatórios.
Gastroenterite viral	Vômitos e dor abdominal ocorrem, mas não explicam padrão de defervescência com hemoconcentração e plaquetopenia em área de dengue.
Abdome cirúrgico	Dor localizada com defesa, peritonite, febre persistente e sinais focais. Na dengue, dor abdominal pode ser alarme por extravasamento, não indicação automática de cirurgia.

### Conduta em passos numerados

- Classifique fase e gravidade. O quinto dia com queda da febre e piora clínica é janela clássica de fase crítica, não convalescença automática.
- Identifique sinais de alarme: dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos, hipotensão postural, letargia, hepatomegalia, sangramento de mucosa e aumento progressivo do hematócrito.
- Institua hidratação conforme classificação clínica e monitore resposta. A prova cobra o conceito de reposição guiada por sinais circulatórios e hematócrito, não a decoração isolada de volume.
- Evite anti inflamatórios e ácido acetilsalicílico. Controle febre e dor com medicações seguras no contexto de risco hemorrágico.
- Reavalie frequentemente: pressão de pulso, perfusão periférica, diurese, estado mental, hematócrito e plaquetas. Choque pode aparecer rápido.
- Encaminhe para nível de cuidado compatível quando há alarme, com observação, hidratação venosa quando indicada e capacidade de reavaliação seriada.

### Pegadinha específica da banca

A pegadinha é liberar o paciente porque a febre baixou. Em dengue, a defervescência pode abrir a fase de maior risco. Outra armadilha é valorizar plaqueta baixa isoladamente e esquecer hematócrito e perfusão. Plaquetas orientam risco, mas choque por extravasamento é decidido pela circulação. A banca também pode oferecer anti inflamatório para dor abdominal, opção inadequada pelo risco hemorrágico. O acerto vem de juntar calendário da doença, sinais de alarme e reavaliação dinâmica.

### Questão original

Paciente no quinto dia de dengue refere queda da febre, mas apresenta dor abdominal intensa, vômitos persistentes, tontura, extremidades frias, aumento de hematócrito e plaquetopenia. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Alta, pois a febre cedeu e isso indica recuperação.
- B. Classificar como dengue com sinais de alarme, hidratar e monitorar em nível de cuidado apropriado.
- C. Prescrever anti inflamatório para dor e retorno em uma semana.
- D. Indicar cirurgia abdominal imediata em todo caso de dor abdominal.

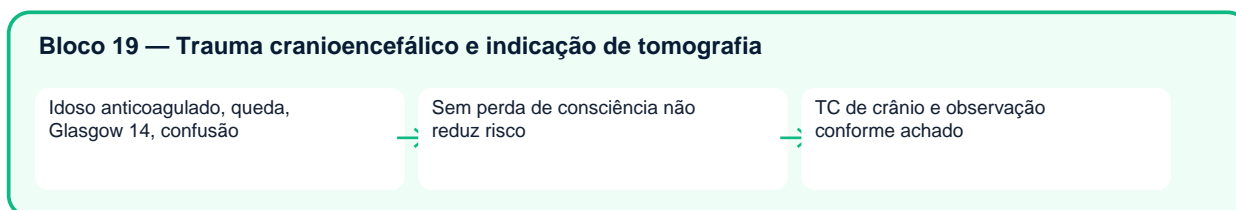
Gabarito: B. Defervescência com dor abdominal, vômitos e hemoconcentração sugere fase crítica com extravasamento plasmático. A prioridade é hidratação e vigilância.

### Visual substantivo sugerido

Dia 3 a 7 com queda da febre	Piora clínica apesar da defervescência	Pensar em fase crítica.
Dor abdominal e vômitos	Sinais de alarme	Observar, hidratar e reavaliar frequentemente.
Hematócrito em alta	Extravasamento plasmático provável	Guiar hidratação por perfusão e exames seriados.
Extremidades frias ou pressão de pulso estreita	Choque iminente	Escalar cuidado imediatamente.

## Bloco 19 — Trauma cranioencefálico e indicação de tomografia

### Quadro clínico



Homem de 72 anos, em uso de anticoagulante por fibrilação atrial, sofre queda da própria altura ao tropeçar no banheiro. Bate a cabeça, não perde consciência segundo a família, mas fica sonolento e repete perguntas no caminho para a emergência. Na avaliação, pressão arterial 138 por 82 mmHg, frequência cardíaca 84 bpm, saturação 97 por cento, glicemia normal, escoriação temporal direita e Glasgow 14 por confusão. Não há déficit motor evidente, mas a família percebe comportamento diferente. O ponto de prova é não subestimar trauma de baixa energia em idoso anticoagulado. A ausência de perda de consciência não exclui sangramento intracraniano. Idade, anticoagulação, alteração do estado mental e trauma craniano tornam necessária neuroimagem e observação proporcional ao risco.

### Diferenciais com discriminadores

Hemorragia intracraniana pós trauma	Idoso, anticoagulante, confusão, sonolência e trauma craniano. Pode ocorrer mesmo após queda simples.
Concussão sem lesão estrutural	Amnésia, cefaleia e confusão transitória com imagem normal. Só pode ser considerada com segurança após avaliação de risco.
Hipoglicemia ou causa metabólica	Confusão pode simular TCE grave, mas glicemia normal e vínculo temporal com trauma mantém prioridade neurológica.
AVC coincidente	Déficit focal súbito antes da queda, assimetria neurológica ou afasia isolada sugeririam. Aqui a queda precede alteração e há risco hemorrágico traumático.

### Conduta em passos numerados

- Avalie ABCDE do trauma e Glasgow, pupilas, déficit focal, sinais de fratura de base, vômitos, convulsão, cefaleia intensa e mecanismo.
- Corrija hipóxia, hipotensão e hipoglicemia, pois agravam lesão neurológica e confundem exame.
- Indique tomografia de crânio quando houver alteração de consciência, déficit focal, vômitos repetidos, convulsão, sinais de fratura, idade avançada, uso de anticoagulante ou mecanismo de risco.
- Não use ausência de perda de consciência como critério único de baixa. Em idosos, sangramentos podem ser insidiosos e a história pode ser incompleta.
- Se anticoagulado e sangramento for confirmado ou suspeita grave persistir, acione protocolo de reversão conforme medicação e risco, além de neurocirurgia quando indicado.
- Oriente observação e retorno se alta for segura: piora de sonolência, vômitos, cefaleia progressiva, crise convulsiva, confusão, fraqueza ou alteração de fala.

### Pegadinha específica da banca

A banca usa “queda da própria altura” para parecer banal. O discriminador é o paciente, não só o mecanismo. Idoso anticoagulado com confusão pós trauma tem risco suficiente para imagem. Outra armadilha é exigir perda de consciência para tomografia; muitos sangramentos relevantes não começam com síncope ou coma. Também é comum confundir concussão com diagnóstico final antes de excluir lesão estrutural. Em prova, Glasgow 14 já é alteração neurológica.

### Questão original

Idoso anticoagulado cai, bate a cabeça, não perde consciência, mas chega sonolento, repetindo perguntas, Glasgow 14. Qual é a melhor conduta?

A. Alta imediata, pois não houve perda de consciência.

B. Tomografia de crânio e observação conforme risco, pela idade, anticoagulação e alteração mental.

C. Diagnóstico definitivo de ansiedade pós queda.

D. Aguardar déficit motor para solicitar imagem.

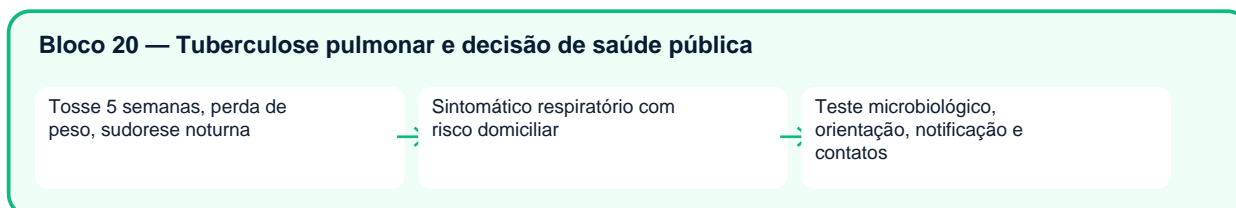
Gabarito: B. Idade avançada, anticoagulação e Glasgow 14 após trauma indicam risco de hemorragia intracraniana. Perda de consciência não é requisito para investigação.

### Visual substantivo sugerido

Glasgow menor que 15	Alteração neurológica objetiva	Indicar imagem e monitorização.
Uso de anticoagulante	Risco aumentado de sangramento	Baixo limiar para tomografia e reversão se sangrar.
Queda simples em idoso	Mecanismo pode enganar	Valorizar fragilidade e medicações.
Sem perda de consciência	Não exclui lesão	Não usar como único critério de alta.

## Bloco 20 — Tuberculose pulmonar e decisão de saúde pública

### Quadro clínico



Homem de 41 anos procura atenção primária por tosse há cinco semanas, perda de peso, sudorese noturna e febre vespertina. Mora com a companheira, dois filhos e a mãe idosa. Trabalha em ambiente fechado. Nega hemoptise volumosa, mas relata escarro amarelado intermitente. Ao exame, está emagrecido, temperatura 37,8 graus Celsius, saturação 96 por cento, ausculta com roncosparsos em ápice direito. Teste rápido para HIV é oferecido conforme rotina. O ponto de prova é reconhecer sintomático respiratório e acionar investigação e medidas de saúde pública, sem tratar como bronquite repetida. Tuberculose é diagnóstico clínico epidemiológico que exige baciloscopia ou teste molecular quando disponível, radiografia conforme fluxo, notificação e avaliação de contatos.

### Diferenciais com discriminadores

Tuberculose pulmonar	Tosse por mais de três semanas, perda ponderal, sudorese noturna, febre vespertina, contato domiciliar potencial e achado apical.
Pneumonia bacteriana	Quadro mais agudo, febre alta, dor pleurítica e consolidação focal. A duração de cinco semanas e sintomas constitucionais favorecem tuberculose.
DPOC ou bronquite crônica	Tosse crônica em tabagista, dispneia progressiva e exacerbações. Perda de peso e sudorese noturna exigem excluir tuberculose.
Câncer de pulmão	Perda de peso, tosse persistente e tabagismo; hemoptise ou massa em imagem aumentariam suspeita. Deve ser considerado, mas não substitui investigação de tuberculose infecciosa.

### Conduta em passos numerados

- Identifique sintomático respiratório: tosse por três semanas ou mais, especialmente com febre vespertina, sudorese noturna, perda ponderal ou contato de risco.
- Solicite investigação microbiológica conforme disponibilidade local, como teste molecular rápido para tuberculose e baciloscopia, além de cultura em cenários indicados.
- Peça radiografia de tórax para apoiar avaliação, mas não use radiografia isolada para excluir doença quando a suspeita clínica é forte.
- Oriente etiqueta respiratória, ventilação e redução de exposição até esclarecimento, especialmente por haver contatos domiciliares vulneráveis.
- Notifique caso conforme confirmação ou fluxo local e acione busca e avaliação de contatos. Crianças, idosos e imunossuprimidos merecem atenção prioritária.
- Ofereça testagem para HIV e avalie comorbidades que mudam risco, adesão e interações. Tratamento exige seguimento, educação e vigilância de abandono.

### Pegadinha específica da banca

A armadilha é prescrever antibiótico para bronquite e pedir retorno “se não melhorar”, apesar de tosse por cinco semanas com sintomas constitucionais. Outra pegadinha é achar que tuberculose só importa quando há hemoptise; muitos casos bacilíferos têm apenas tosse persistente e emagrecimento. A banca também testa saúde pública: diagnosticar sem avaliar contatos perde parte essencial da conduta. Em atenção primária, reconhecer sintomático respiratório é tão importante quanto decorar esquema terapêutico.

### Questão original

Homem com tosse há cinco semanas, perda de peso, sudorese noturna e febre vespertina mora com crianças e idosa. Qual é a melhor conduta inicial na atenção primária?

- Tratar como bronquite viral prolongada, sem investigação específica.
- Investigar tuberculose com exame microbiológico, orientar medidas respiratórias, notificar conforme fluxo e avaliar contatos.

C. Aguardar hemoptise para solicitar exames.

D. Solicitar apenas antitussígeno e retorno anual.

Gabarito: B. Tosse prolongada com sintomas constitucionais define suspeita de tuberculose. A resposta correta une diagnóstico, orientação, notificação e abordagem de contatos.

### Visual substantivo sugerido

Tosse por cinco semanas	É sintomático respiratório?	Solicitar investigação de tuberculose.
Perda de peso e sudorese	Há sintomas constitucionais típicos?	Elevar suspeita e evitar bronquite como resposta final.
Crianças e idosa em casa	Existem contatos vulneráveis?	Avaliar contatos conforme fluxo.
Trabalho em ambiente fechado	Há risco de transmissão ampliada?	Orientar etiqueta respiratória e ventilação.

## Próximo passo na trilha adaptativa inteligente

O guia organiza as decisões clínicas mais recorrentes em prova. Para transformar revisão em rotina, use a trilha adaptativa inteligente do AprovaMED para priorizar pontos fracos, revisar questões por área e acompanhar evolução semanal até o ENAMED.

AprovaMED ENAMED	Revisão por síndromes, questões e simulados progressivos	aprovamed.pro
AprovaPRO Loja	Materiais comerciais de revisão rápida e aprofundamento	aprovapro.com.br