



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

ENARE - 2026

ENARE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 4

Uma mulher de 63 anos, portadora de plaquetopenia crônica, com contagem sempre em torno de 45 mil plaquetas por microlitro, sem episódios de sangramentos no dia a dia, foi submetida a um procedimento médico invasivo em que a transfusão de plaquetas não é indicada. O procedimento em questão é a

- A. exodontia.
- B. punção lombar.
- C. biópsia hepática.
- D. biópsia de medula óssea.
- E. broncoscopia com biópsia.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, interpor recurso referente à questão nº 4 do ENARE 2025/2026, cujo gabarito preliminar indica como correta a alternativa D – Biópsia de medula óssea. Solicito a ampliação do gabarito para incluir também a alternativa B – Punção lombar, uma vez que ambas as opções são condutas aceitáveis segundo as diretrizes internacionais mais recentes.

De acordo com a publicação da AABB (American Association of Blood Banks) em parceria com a International Collaboration for Transfusion Medicine Guidelines (ICTMG), divulgada no periódico JAMA em maio de 2025, trata-se de uma forte recomendação baseada em evidência de alta/moderada certeza que:

“In patients undergoing lumbar puncture, platelet transfusion is recommended when platelet count is less than $20 \times 10^3/\mu\text{L}$.”

(Tradução livre: “Em pacientes submetidos à punção lombar, recomenda-se a transfusão de plaquetas apenas quando a contagem for inferior a $20.000/\mu\text{L}$.”)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

No caso clínico apresentado, a paciente possui plaquetopenia crônica em torno de 45.000/ μ L, sem manifestações hemorrágicas, valor acima do limiar que indicaria transfusão profilática de plaquetas. Assim, a punção lombar também se enquadra como um procedimento para o qual a transfusão não é indicada, conforme evidência científica de maior atualidade e robustez.

Portanto, tanto a alternativa D (Biópsia de medula óssea) quanto a alternativa B (Punção lombar) estão corretas, motivo pelo qual solicita-se a ampliação do gabarito oficial.

Referência: <https://www.aabb.org/news-resources/news/article/2025/05/29/aabb-develops-new-platelet-transfusion-guidelines>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 44

Um jovem de 20 anos teve diagnóstico recente de transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). Em relação a essa condição clínica, é correto afirmar que

- A. a presença de depressão associada é incomum
- B. a atomoxetina é uma droga antiga e que causa dependência rapidamente.
- C. o metilfenidato é uma medicação não anfetamínica bastante eficiente.
- D. o DSM 5 afirma que TDAH e transtornos do espectro autista (TEA) não podem coexistir no mesmo paciente.
- E. o comprometimento cognitivo está relacionado principalmente a prejuízos nas funções executivas com o QI geralmente normal.

Recurso:

Resumo da atividade: Ampliação do gabarito para C

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: O metilfenidato, embora estruturalmente similar à anfetamina, é classificado como *não anfetamínico* e constitui pilar terapêutico no transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), com comprovada eficácia na melhora dos sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Fundamentação técnica:

- *Metilfenidato* age por inibição seletiva da recaptação de dopamina e noradrenalina, sem pertencer à classe das anfetaminas, o que reduz seu potencial de abuso e dependência. É um derivado da piperidina.
- Ensaios clínicos de longa duração demonstram aquisição consistente de capacidade atencional e controle comportamental em jovens e adultos com TDAH tratados com metilfenidato.
- O perfil de segurança inclui efeitos adversos manejáveis e monitoráveis, tornando-o uma opção de primeira linha reconhecida internacionalmente.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

ENARE - 2026

Conclusão com pedido: Diante do exposto, solicitamos ampliação do gabarito para incluir a alternativa C como correta.

Referências:

- Sociedade Brasileira de Estudos do TDAH — Diretrizes Brasileiras para o Tratamento do TDAH (2ª edição), 2020
- Associação Americana de Psiquiatria — Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), 2013
- Psicofarmacos: consulta rápida - Aristides Cordioli - 5 º Edição, 2015



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 52

Paciente masculino de 38 anos procurou atendimento médico com história de 3 meses de evolução de cansaço e dispnéia aos grandes esforços, que posteriormente evoluiu com cefaleia, tinnitus, redução da acuidade auditiva e edema de face. Ao exame físico, apresentava edema das fossas supraclaviculares, circulação colateral em pelerine, varizes do freio lingual e murmúrio vesicular reduzido em região paraesternal bilateralmente. O paciente relatava piora dos sintomas ao assumir o decúbito dorsal. Negava tabagismo e comorbidades prévias. A radiografia de tórax evidenciou alargamento do mediastino anterior e superior. Considerando a apresentação clínica descrita, o diagnóstico mais provável é

- A. tumor de células germinativas extragonadal.
- B. bócio mergulhante da tireoide.
- C. carcinoma tímico.
- D. trembose do tronco braquiocéfálico.
- E. tumor do sulco superior pulmonar (Pancoast)

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho, respeitosamente, interpor recurso referente à questão nº 52 do ENARE 2026, cujo gabarito preliminar indica como correta a alternativa E — Tumor do sulco superior pulmonar (Pancoast). Contudo, observa-se que o diagnóstico mais compatível com o quadro descrito é, na realidade, o tumor de células germinativas extragonadal (alternativa A).

O paciente do caso clínico é um homem jovem, de 38 anos, apresentando achados que caracterizam síndrome da veia cava superior (SVCS). A radiografia evidencia alargamento do mediastino anterior e superior, padrão típico de compressão extrínseca da veia cava superior por massa mediastinal anterior.

O tumor de Pancoast, localizado no ápice pulmonar, acomete plexo braquial, costelas e cadeia simpática cervical, manifestando-se classicamente com dor em ombro e membro superior e síndrome de Horner. Trata-se de uma lesão de topografia apical pulmonar, não relacionada a alargamento do mediastino nem à síndrome da veia cava superior, o que torna a alternativa E incorreta frente ao quadro apresentado.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Por outro lado, o tumor de células germinativas extragonadal é a causa mais frequente de massa mediastinal anterior em homens jovens, e frequentemente se manifesta com sinais de obstrução da veia cava superior, exatamente como descrito no caso. Segundo o *Harrison's Principles of Internal Medicine* (21ª ed.), “em homens jovens, os tumores de células germinativas do mediastino anterior são uma causa comum de síndrome da veia cava superior”. As diretrizes da NCCN 2025 (Mediastinal Germ Cell Tumors) também reforçam que esses tumores acometem preferencialmente o mediastino anterior e frequentemente cursam com SVCS.

Dessa forma, o diagnóstico mais provável, considerando idade, sexo, achados clínicos e radiológicos, é tumor de células germinativas extragonadal, e não tumor de sulco superior pulmonar. Solicita-se, portanto, a revisão do gabarito oficial, com a alteração da resposta correta para a alternativa A, ou, alternativamente, a anulação da questão.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 53

Paciente masculino de 45 anos foi atendido pelo psiquiatra após inúmeras consultas com especialistas. Sua queixa principal descrevia quadro de síndrome dispéptica com empanzimento, distensão abdominal e receio de se alimentar. Também havia soluços recorrentes após alguns tipos de alimentos, pirose e dor em epigástrio. No início do quadro, há um ano, os sintomas eram relacionados a alimentos gordurosos e carnes, motivando a evitar esses alimentos. Posteriormente, muitos tipos de alimentos como ervilhas, milho, leite e derivados foram excluídos da dieta por piorarem os sintomas. Passou a evitar alguns condimentos e pastas como purês e caldos grossos, devido à textura desses alimentos. Durante o período de um ano, perdeu 15 kg (peso atual 45 kg) e está com IMC de 18 kg/m². Trouxe alguns exames para a consulta, os quais demonstraram: endoscopia digestiva alta com gastrite leve; ultrassonografia com discreta esteatose hepática; tomografia de abdome e pelve não revelaram qualquer alteração significativa. Negou quaisquer outros sintomas em aparelhos e sistemas orgânicos, exceto pelo já descrito sobre o trato gastrointestinal. O paciente se mostrava insatisfeito e preocupado com o peso atual, porém não havia intenção de emagrecer ou descontentamento com sua percepção corporal previamente. O paciente relatou o divórcio seguido da brusca mudança na rotina e seus hábitos alimentares há um ano e meio com extrema tristeza. O paciente negava e não havia indícios de comportamento purgativo. Também não preencheu critérios para episódio depressivo maior. Sobre o quadro clínico descrito, é correto afirmar que se trata de

- A. anorexia nervosa, mesmo na ausência de alteração da percepção corporal e receio de ganhar peso.
- B. episódio depressivo maior, sendo os sintomas alimentares secundários ao quadro psiquiátrico.
- C. bulimia nervosa, considerando os episódios de soluços como comportamento compensatório.
- D. transtorno de compulsão alimentar periódica, devido à perda ponderal significativa associada aos sintomas gastrointestinais.
- E. transtorno de ingestão alimentar evitativo-restritivo, caracterizado pela evitação e sensibilidade a texturas alimentares, frequentemente associado a eventos estressores.

Recurso:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Número da questão: 53

Alternativa considerada correta pela banca: B

Alternativa que deve ser considerada correta: E

Fundamentação do recurso

O enunciado descreve um **paciente de 45 anos** com **restrição alimentar progressiva** associada a sintomas gastrointestinais (empanzimento, distensão abdominal, pirose, dor epigástrica e receio de se alimentar), com **perda ponderal significativa (15 kg em 1 ano, IMC 18)**. Os exames complementares foram negativos para doença orgânica relevante. O paciente nega intenção de emagrecer, **não há distorção da imagem corporal nem medo de engordar**, e **também não há evidência de comportamento purgativo**. O próprio texto ainda informa explicitamente que **o paciente “não preenche critérios para episódio depressivo maior”**.

Portanto, a alternativa **B** é incompatível com o caso clínico, uma vez que:

- O enunciado **nega o diagnóstico de episódio depressivo maior**;
- Os sintomas alimentares **não decorrem de humor deprimido**, mas de **ansiedade relacionada à alimentação** e desconforto somático após comer;
- Não há relato de **anedonia, alteração global de sono, apetite ou energia** que caracterizem um episódio depressivo maior conforme o **DSM-5-TR (APA, 2022)**.

Justificativa para a alternativa E

O quadro descrito é **altamente compatível com o Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo-Restritivo (ARFID)**, conforme critérios do **DSM-5-TR (APA, 2022)**, que caracteriza-se por:

“Evitação ou restrição persistente da ingestão de alimentos associada a perda ponderal significativa, deficiência nutricional, dependência de suplementos ou



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

interferência psicossocial significativa. O comportamento não é motivado por preocupação com o peso ou forma corporal.”

Subtipos descritos incluem:

1. **Evitação baseada em desconforto ou sintomas aversivos associados à alimentação** (como náusea, empanzimento, dor abdominal);
2. **Evitação relacionada a características sensoriais dos alimentos** (textura, cheiro, aparência);
3. **Ausência de interesse em comer ou em alimentos**, frequentemente após eventos estressores.

Esses aspectos aparecem claramente no caso:

- A **restrição iniciou após desconfortos gastrointestinais**;
- Evoluiu com **evitação de alimentos gordurosos, pastosos e de certas texturas**;
- Houve **perda de peso significativa, sem preocupação estética**;
- O quadro surgiu após um **evento estressor (divórcio)**.

Portanto, o diagnóstico mais adequado segundo os critérios atuais é o de **Transtorno de Ingestão Alimentar Evitativo-Restritivo (ARFID)**.

Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)*. Washington, DC: APA Publishing, 2022.
- Norris ML, Robinson A, Obeid N, et al. *Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study*. Int J Eat Disord. 2014;47(5):495–499.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

- Thomas JJ, Lawson EA, Micali N, Misra M, Deckersbach T, Eddy KT. *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A Three-Dimensional Model of Neurobiology with Implications for Etiology and Treatment*. Curr Psychiatry Rep. 2017;19(8):54.
- Bryant-Waugh R et al. *Feeding and eating disorders in DSM-5*. Psychiatr Clin North Am. 2013;36(4):611–627.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 59

Um homem de 72 anos foi internado por desidratação e perda ponderal significativa nas últimas semanas. No contexto da investigação, observou-se apatia e redução global da atividade motora. O paciente permanecia vigil, sem delírios ou alucinações evidentes, mas com marcada passividade frente a comandos simples. Em alguns momentos, recusava-se a se mover ou a realizar funções básicas, como fechar os olhos ou ajustar a respiração voluntariamente. Mantinha posturas rígidas por longos períodos e exibia aumento difuso do tônus muscular. Em dias anteriores, foram observados episódios de ecolalia e ecopraxia. Os exames laboratoriais iniciais (hemograma, eletrólitos, função hepática e renal) estavam dentro da normalidade. Considerando o quadro descrito, a conduta mais apropriada inclui

- A. administração de antipsicótico intramuscular, uma vez que o quadro é compatível com delirium e exige reversão rápida.
- B. Início de antidepressivos tricíclicos, dado que se trata de um quadro sugestivo de depressão com apatia grave.
- C. realização de exames de imagem cerebral, punção lombar, investigação laboratorial ampliada e início de lorazepan como tratamento empírico de catatonia.
- D. introdução de levodopa, considerando tratar-se de uma doença degenerativa com rigidez axial, semelhante à doença de Parkinson.
- E. abordagem imunológica com plasmaférese, visto que a síndrome descrita é compatível com síndrome da pessoa rígida (stiff-person syndrome).

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho respeitosamente solicitar recurso quanto à questão número 59 do ENARE 2026, cujo gabarito preliminar traz como correto o item C.

Conforme os critérios do DSM V para o diagnóstico de catatonia o paciente precisa apresentar 3 ou mais de 12 características psicomotoras:

-Agitação, Catalepsia, Ecolalia, Ecopraxia, Caretamento, Maneirismo, Mutismo, Negativismo, Posturas anormais, Estereotipias, Estupor e Flexibilidade cêrea

O paciente já apresenta no enunciado ecolalia, ecopraxia, negativismo, posturas anormais e possivelmente catalepsia. Nesse sentido tem diagnóstico de catatonia, devendo ser usado benzodiazepínico como prova terapêutica. Ademais, devemos investigar etiologias sistêmicas que possam causar catatonia. Essas condutas são contempladas no item C. Contudo o gabarito preliminar traz como resposta o item E, com diagnóstico de stiff person.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Conduto, para tal diagnóstico se fazem importantes outros achados não trazidos na questão, como espasmos dolorosos, alteração de marcha e mesmo a presença de anticorpos anti-GAD.

Dessa forma, solicito a troca de gabarito de alternativa E para alternativa C.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 72

Um paciente de 45 anos portador de insuficiência renal crônica em tratamento conservador sentiu mal estar geral e procurou uma unidade de emergência. A dosagem sérica de potássio em sangue colhido no momento foi de 6,5 mEq/L. O ECG apresentou alteração que é comum nos quadros de hipercalemia moderada e grave. A alteração esperada é a (o)

- A. onda P alargada.
- B. onda T achatada.
- C. encurtamento do intervalo PR.
- D. encurtamento do intervalo QT.
- E. prolongamento do intervalo QRS.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, interpor recurso referente à **questão nº 72 do ENARE 2026**, cujo gabarito preliminar indica como correta a **alternativa E – Prolongamento do intervalo QRS**. Solicito a **ampliação do gabarito para incluir também a alternativa D – Encurtamento do intervalo QT**, uma vez que ambas as afirmações estão corretas segundo a literatura médica atual.

De acordo com o **UpToDate**, *"Tall peaked T waves with a shortened QT interval are usually the first findings. As the hyperkalemia becomes more severe, there is progressive lengthening of the PR interval and QRS duration, the P wave may disappear, and ultimately the QRS widens further to a sine wave pattern. Ventricular standstill with a flat line on the ECG ensues with complete absence of electrical activity."*

(Tradução livre: "Ondas T de pico alto com encurtamento do intervalo QT são geralmente as primeiras alterações observadas. À medida que a hipercalemia se torna mais grave, ocorre alongamento progressivo do intervalo PR e da duração do QRS; a onda P pode desaparecer



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

ENARE - 2026

e, por fim, o QRS se alarga ainda mais, assumindo um padrão de onda sinusal. A paralisação ventricular com linha plana no ECG ocorre em seguida, com ausência completa de atividade elétrica.”)

Assim, observa-se que o **encurtamento do intervalo QT** é uma **alteração inicial clássica da hipercalemia**, enquanto o **prolongamento do QRS** ocorre em fases mais avançadas. Dessa forma, ambas as alternativas — D e E — estão corretas, razão pela qual se solicita a **ampliação do gabarito oficial**.

Retirado de: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-hyperkalemia-in-adults>



@medway.residenciamedica



Medway