



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

DANTE - 2026

DANTE - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 27

Homem, de 67 anos, encontra-se em avaliação ambulatorial pré-operatória para realização de adrenalectomia direita. Está em seguimento com a equipe de endocrinologia há cerca de um mês, após detecção de incidentaloma adrenal com características suspeitas de malignidade. Apresenta antecedentes de hipertensão arterial sistêmica, infarto agudo do miocárdio há dois anos e dislipidemia. Faz uso regular de ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg/dia, atorvastatina 40mg/dia, enalapril 10mg a cada 12 horas e carvedilol 6,25mg a cada 12 horas. Encontra-se clinicamente estável, sem queixas anginosas ou sangramentos. Qual é a conduta que deve ser adotada com relação ao AAS para o procedimento?

- A. Manter o AAS e limitar o procedimento a via endoscópica.
- B. Suspender o AAS 3 dias antes do procedimento.
- C. Manter o AAS no dia do procedimento.
- D. Suspender o AAS 7 dias antes do procedimento.

Recurso:

À Banca Examinadora.

Solicito retificação do gabarito da questão 27 para a alternativa C. O gabarito provisório divulgado considerou a alternativa D como correta.

Em paciente em prevenção secundária (infarto antigo / DAC Crônica) submetido a cirurgia não cardíaca como ressecção adrenal, as diretrizes recomendam manter o AAS no perioperatório e não suspendê-lo rotineiramente por 7 dias. Esta última conduta se restringe a procedimentos com risco hemorrágico realmente proibitivo (p.ex., neurocirurgias e alguns procedimentos oftalmológicos) ou situações urológicas muito específicas (p.ex., RTU de próstata), o que não é o caso de ressecção adrenal.

1) SBC 2024 (Diretriz Perioperatória):



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Prevenção secundária: "o AAS deve ser mantido durante todo o perioperatório, exceto para neurocirurgias ou procedimentos de risco hemorrágico proibitivo (e com exceção clássica da RTU de próstata, na qual se orienta suspender 7 dias)"

O texto reforça que suspender AAS em prevenção secundária acarreta efeito rebote trombótico e aumento de eventos aterotrombóticos, motivo pelo qual a recomendação é manter.

DIRETRIZ PERIOPERATÓRIA SBC 2025:

Em prevenção primária (não é o caso), aí sim se recomenda suspender 7 dias; mas isso não se aplica ao paciente com DAC e infarto prévio (o caso da questão)

Conclusão pela SBC: para ressecção adrenal (cirurgia não listada como "proibitiva"), em prevenção secundária, manter o AAS é a conduta que segue a diretriz, coerente com a alternativa C.

2) ESC 2022 (Perioperatório):

A ESC também recomenda manter aspirina no perioperatório quando possível, especialmente em quem tem doença coronária prévia/angioplastia prévia, se o risco de sangramento permitir.

Suspender por 7 dias é uma recomendação específica para cirurgias de altíssimo risco de sangramento (ex.: intracranianas, neurocirurgias de coluna, cirurgias vitreoretinianas), uma lista que não inclui ressecção adrenal.

Em pacientes sem história de stent, se a equipe julgar que o risco de sangramento supera o risco isquêmico, a ESC admite interromper a aspirina por pelo menos 3 dias (note: 3 dias, não 7), para reduzir sangramento — é uma recomendação fraca e condicional, não a regra para todas as cirurgias abdominais de risco moderado.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Conclusão pela ESC: para uma cirurgia abdominal que não é “proibitiva”, manter aspirina é perfeitamente aceitável e recomendado quando o risco hemorrágico não é extremo; suspender 7 dias é incompatível com a orientação da ESC fora dos cenários especiais (neuro/ofthalmocoluna).

3) Aplicação ao caso da questão

Paciente com doença coronária (infarto antigo) em prevenção secundária com AAS.

Procedimento: ressecção adrenal (cirurgia não cardíaca abdominal, não classificada como neurocirurgia, cirurgia de coluna ou vitreorretiniana; não é RTU de próstata).

Diretriz SBC: manter AAS em prevenção secundária, com exceções não aplicáveis aqui

Diretriz ESC: manter se o risco de sangramento permitir; suspender 7 dias só nas cirurgias “proibitivas” (neuro/coluna/ofthalmocoluna), o que não é o caso; até interrupção por 3 dias seria a janela sugerida se a equipe julgasse o sangramento predominante — não há base para “7 dias” aqui.

Diante do exposto, solicito a retificação do gabarito para a alternativa C, por ser a única que se alinha às Diretrizes Perioperatórias da SBC (2024) e da ESC (2022). A alternativa D (“suspender 7 dias”) só se aplica às cirurgias com risco hemorrágico proibitivo (neuro/coluna/ofthalmocoluna) ou a situações urológicas muito específicas (RTU de próstata), inexistentes no enunciado, e portanto não é a conduta indicada para ressecção adrenal em paciente em prevenção secundária com AAS.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 70

Mulher de 66 anos, portadora de artrite reumatoide há seis anos, comparece à consulta ambulatorial por artralgia em mãos e punhos, acompanhada de rigidez matinal de cerca de uma hora, com piora nos últimos quatro meses. Tem antecedente de neoplasia de mama tratada há quatro anos e episódio de trombose venosa profunda não provocada há dois anos. Faz uso regular de metotrexato 20mg/semana, leflunomida 20mg/dia e anastrozol 1mg/dia. Ao exame, apresenta sinovite ativa em 2ª e 3ª metacarpofalangeanas bilateralmente e em punho esquerdo. A radiografia de tórax estava normal e os exames laboratoriais podem ser vistos a seguir: Além da prescrição de prednisona em baixa dose, qual é a conduta farmacológica indicada neste momento para a artrite reumatoide?





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Exame	Resultado	Valor de Referência
Hemoglobina	11,5g/dL	12 - 16g/dL
Leucócitos	7.500/mm ³	4.000 - 11.000/mm ³
Neutrófilos	4.000/mm ³	1.526 - 5.020/mm ³
Plaquetas	460.000/mm ³	140.000 - 450.000/mm ³
Proteína C reativa (PCR)	5,0mg/dL	< 1,0mg/dL
Creatinina	0,8mg/dL	0,7 - 1,3mg/dL
TGP (ALT)	22U/L	< 33U/L
TGO (AST)	25U/L	< 32U/L
Fator reumatoide (FR)	300UI/mL	< 20UI/mL
Anticorpo anti-CCP	89U/mL	< 5U/mL
Colesterol LDL	130mg/dL	< 130mg/dL
Colesterol HDL	52mg/dL	> 40mg/dL
Triglicerídeos	144mg/dL	< 150mg/dL
Sorologia para HIV	Não reagente	—
Anti-HCV	Não reagente	—
HBsAg	Não reagente	—
Anti-HBs	Reagente	—
IGRA (tuberculose)	Não reagente	—

- A. Prescrição de rituximabe
- B. Prescrição de tofacitinibe
- C. Prescrição de infliximabe
- D. Prescrição de tocilizumabe

Recurso:

À banca examinadora,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

DANTE - 2026

Venho, por meio deste recurso, solicitar a alteração do gabarito da questão 70 e D para C, com base nas mais recentes diretrizes da EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) de 2024.

As “2024 EULAR points to consider on the initiation of targeted therapies in patients with inflammatory arthritis and a history of cancer” orientam que, em pacientes com histórico de neoplasia sólida, os inibidores de TNF (anti-TNF) devem ser preferidos como opção terapêutica. A *revisão sistemática* que embasou essas recomendações incluiu estudos observacionais com pacientes com artrite. Portanto, usar um anti-IL-6 (como estratégia de primeira linha) em paciente com histórico de câncer sólido não está claramente indicado e pode não refletir a preferência recomendada segundo as diretrizes EULAR, quando outras opções (como anti-TNF) estão disponíveis.

Portanto, solicito que a banca reavalie a correção da questão, considerando a evidência atual das diretrizes EULAR 2024. Peço que o gabarito seja alterado de D para C, reconhecendo que a alternativa C reflete mais adequadamente as recomendações de tratamento com base no histórico de câncer sólido.

