



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SCM-RP - 2026

SCM-RP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SCM-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 8

Mulher, 29 anos de idade, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, apresenta exacerbação de lesões dermatológicas em face. A paciente relata que notou alteração em sua urina, com presença de espuma, e nega queixas articulares, dor torácica ou dispneia. Assinale a alternativa correta sobre exames laboratoriais nesse contexto.

- A. VHS elevado indica infecção associada.
- B. PCR elevado é comum.
- C. Anti-DNA reagente confirma atividade renal.
- D. C3 e C4 estarão elevados.
- E. Anti-Sm é específico para exacerbação.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicito a revisão do gabarito da questão em pauta, uma vez que a alternativa **C** ("**Anti-DNA reagente confirma atividade renal**") é tecnicamente imprecisa e usa o termo "confirma" de forma inadequada, enquanto a alternativa **B** é dúbia. De acordo com as diretrizes mais recentes para nefrite lúpica (KDIGO 2024) e o II Consenso Brasileiro de Lúpus Eritematoso Sistêmico, anti-dsDNA e complemento são descritos como **biomarcadores úteis para o monitoramento e apoio diagnóstico da atividade renal**, porém com **apenas desempenho moderado** na predição de surtos e com limitações importantes de sensibilidade e especificidade; tais documentos deixam claro que esses marcadores "*podem apoiar*" o diagnóstico de surto renal, mas devem ser sempre interpretados em conjunto com achados clínicos, urinários e, quando necessário, **biópsia renal, que segue sendo o padrão-ouro para confirmação de nefrite ativa**, o que contraria frontalmente a ideia de que um anti-dsDNA reagente isolado "confirma" atividade renal. Além disso, a alternativa **B** ("**PCR elevado é comum**") não pode ser simplesmente considerada errada de maneira categórica: embora seja clássico o ensino de que o PCR tende a se elevar muito mais em infecção do que em surto inflamatório de LES, diversos estudos mostram que **elevações de PCR podem ocorrer em atividade de doença**, e que não é infrequente termos pacientes com surtos lúpicos acompanhados de níveis discretamente/moderadamente elevados de PCR na ausência de infecção documentada, o que torna a assertiva ambígua, e não inequivocamente falsa. Diante disso, a alternativa C apresenta uma afirmação absoluta ("confirma") que não é respaldada pelas principais diretrizes e revisões atuais, e a alternativa B contém um enunciado genérico e pouco preciso, mas não flagrantemente incorreto à luz da literatura, o que ca-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SCM-RP - 2026

racteriza **falta de precisão científica e ambiguidade** no item. Solicito, portanto, a **anulação da questão** ou, subsidiariamente, a reconsideração do gabarito, uma vez que não há alternativa plenamente correta nos termos em que se encontra redigida.

Referências:

1. Reis-Neto ET, et al. II Brazilian Society of Rheumatology consensus for lupus nephritis. *Adv Rheumatol*. 2024.
2. Rovin BH, et al. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Management of Lupus Nephritis. *Kidney Int*. 2024.
3. Vrabie A, et al. Biomarkers in lupus nephritis: an evidence-based review. *Int J Mol Sci*. 2025.
4. Gensous N, et al. Predictive biological markers of systemic lupus erythematosus flares. *Arthritis Res Ther*. 2017;19:238.
5. Yu H, et al. Clinical and immunological biomarkers for systemic lupus erythematosus. *Biomolecules*. 2021;11(7):928.
6. Bertouch JV, et al. C-reactive protein and serological indices of disease activity in systemic lupus erythematosus. *Ann Allergy*. 1983.
7. Firooz N, et al. High-sensitivity C-reactive protein and erythrocyte sedimentation rate in SLE flares vs infection. *Lupus*. 2011.
8. Ospina FE, et al. Distinguishing infections vs flares in patients with SLE. *Rheumatology (Oxford)*. 2017;56(suppl 1):i46–54.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SCM-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 41

Homem, 55 anos de idade, hipertenso, inicia tratamento com atorvastatina 20 mg/dia por dislipidemia caracterizada por LDL-colesterol de 165 mg/dL. Após oito semanas de tratamento, o paciente relata sentir dor discreta em membros inferiores bilateralmente, que não causa limitação. Ele traz exames laboratoriais que mostram CK de 310 U/L (referência < 200 U/L). Nesse momento, qual é a melhor conduta em relação à atorvastatina?

- A. Redução da dose e posterior aumento gradual da dose a cada quatro a seis semanas.
- B. Substituição por sinvastatina 40 mg/dia.
- C. Substituição por ezetimiba.
- D. Substituição por ácido bempedoico.
- E. Substituição por evolocumabe.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação da questão

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente em uso de estatina apresenta *mialgia* leve com elevação discreta de CK, quadro que exige interrupção do medicamento segundo algoritmos de manejo de miopatia.

Fonte: guideline da AHA 2018.

Fundamentação técnica:

- **Indicação de suspensão:** A dosagem rotineira de CK não é recomendada fora de sintomas musculares. Na presença de dor ou desconforto muscular, a estatina deve ser interrompida antes de qualquer ajuste de dose. Fonte: guideline da AHA 2018.
- **Alternativas não contempladas:** Após suspensão por intolerância, as diretrizes aconselham uso de agentes não-estatinicos, como *ácido bempedoico* em associação com *ezetimiba*, para atingir metas de LDL em pacientes de alto risco cardiovascular.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SCM-RP - 2026

Conclusão com pedido:

Diante do exposto, solicitamos a **anulação da questão**, pois a combinação recomendada (ácido bempedoico + ezetimiba) não consta entre as alternativas apresentadas.

Referências:

- guideline da AHA 2018
- guideline da AHA 2018



@medway.residenciamedica



Medway