



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNESP 2026

UNESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 42

Homem de 35 anos de idade relata tosse seca, chiado, falta de ar há três dias com piora essa noite e melhora parcial após o uso de várias doses de salbutamol aerossol. Refere que já teve sintomas semelhantes previamente há muitos anos. Nega uso de qualquer medicação no dia a dia. Exame físico: BEG; acianótico; discreta taquipneia; fala normal; SatO₂ 96% em ar ambiente; sem sinais de desconforto respiratório; ausculta pulmonar com MV presente, pouco reduzido globalmente com sibilos difusos. A conduta inicial deve ser prescrever prednisona 40 mg via oral e

- A. sulfato de magnésio 2g IV de horário e não usar broncodilatador de ação curta.
- B. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e pesquisar fatores de exacerbação.
- C. broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e antibiótico.
- D. sulfato de magnésio 2g IV de horário, broncodilatador de ação curta (aerossol com espaçador) e pesquisar fatores de exacerbação.

Recurso:

Solicitação de recuso: Mudança de gabarito para alternativa B.

À Banca Examinadora,

Na questão 42, temos homem de 35 anos apresenta exacerbação de asma, com melhora parcial após múltiplas doses de β_2 -agonista de curta ação isoladamente e sem sinais de hipoxemia ou desconforto respiratório grave, portanto, não sendo caracterizado como crise grave. Dessa forma, paciente não está em tratamento padrão otimizado, que deveria conter corticoide inalatório associado a broncodilatador. Segundo o GINA 2025, "*Intravenous magnesium sulfate is not recommended for routine use in asthma exacerbations. However, in adults and children who fail to respond to initial treatment and have persistent hypoxemia, and in children whose FEV1 fails to reach 60% predicted after 1 hour of care, intravenous magnesium (as a single 2 g infusion over 20 minutes) reduces hospital admissions, including in adults with FEV1 <25–30% predicted at presentation (Evidence A)*" e "*Intravenous MgSO₄ in a single dose of 40–50 mg/kg (maximum 2 g) by slow infusion (20–60 minutes) may be considered in addition to standard treatment with salbutamol, ipratropium, and oral corticosteroids, after the first hour of treatment for children ≥ 2 years old*



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

with severe acute asthma (e.g., oxygen saturation <92%, Box 6-10, p.226". Logo, terapia inicial da crise asmática deve priorizar β 2-agonista de curta duração inalatório, em ciclos de 4–10 puffs repetidos até três vezes, com espaçamento de 20 minutos, associado a ipratrópio e corticoide sistêmico oral, e, apenas se ausência de controle dessa terapia e exacerbação com critérios de gravidade, indica-se sulfato de magnésio. Dessa forma, o paciente em questão não foi submetido à terapia correta da crise asmática e não apresenta critérios de gravidade da crise que justifiquem a conduta apontada no item D. Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para a alternativa B.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 61

Homem de 23 anos de idade, vítima de acidente motociclístico, apresenta síndrome isquêmica traumática relacionada a luxação do joelho esquerdo, ocasionada por trauma vascular. O paciente será submetido a revascularização do membro por ponte, sendo a melhor opção de substituto vascular a

- A. prótese de politetrafluoroetileno (PTFE).
- B. prótese de Dacron.
- C. veia safena magna contralateral.
- D. veia safena magna ipsilateral.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação da questão

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Em reconstruções arteriais de membros inferiores por *bypass* após trauma vascular, a seleção do substituto vascular impacta diretamente a patência e a morbimortalidade. Próteses sintéticas apresentam resultados inferiores quando comparadas a enxertos autólogos, sobretudo em segmentos infrainguinais.

Fundamentação técnica:

A **veia safena contralateral** é tradicionalmente considerada a escolha ideal para reconstrução arterial em casos de trauma, especialmente quando há suspeita de lesão venosa ipsilateral, devido ao seu comprimento adequado, facilidade de obtenção e desempenho superior em longo prazo, sem aumento significativo de complicações no membro doador.^[1-5] No entanto, a veia safena ipsilateral pode ser utilizada com segurança e eficácia, apresentando taxas de patência e resultados funcionais comparáveis à veia contralateral, principalmente quando a veia contralateral não está disponível ou há trauma bilateral.

A decisão entre ipsilateral e contralateral deve ser guiada por avaliação pré-operatória da qualidade e disponibilidade da veia, contexto do trauma, e fatores anatômicos e clínicos do



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

paciente. O American College of Cardiology recomenda que a escolha do conduto seja baseada em mapeamento venoso, avaliando diâmetro, comprimento e integridade da veia safena. Em situações de lesão venosa concomitante ou doença arterial bilateral avançada, faltam dados robustos sobre o impacto da escolha da veia.

Portanto, embora a veia safena contralateral seja preferida na maioria dos casos, a veia ipsilateral é uma alternativa válida quando criteriosamente selecionada, sem prejuízo significativo de patência ou função do membro.

Gostaria que eu investigasse os resultados de patência e complicações a longo prazo comparando diretamente enxertos de veia safena ipsilateral versus contralateral em reconstrução arterial pós-trauma, especialmente em estudos clínicos recentes ou meta-análises?

Conclusão e pedido:

Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão por haver duas possibilidades corretas.

Referências

- [Distal Bypass for Limb Salvage: Should the Contralateral Great Saphenous Vein Be Harvested?.](#)

Robin C, Lermusiaux P, Bleuet F, Martinez R.

Annals of Vascular Surgery. 2006;20(6):761-6. doi:10.1007/s10016-006-9089-9.

- [Comparison of Contralateral vs Ipsilateral Vein Graft for Traumatic Vascular Injury Repair: A Cohort From PROOVIT.](#)

Siddiqi N, Lammers D, Hu P, et al.

The American Surgeon. 2024;90(9):2310-2313. doi:10.1177/00031348241246167.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Cirurgia Geral

Questão: 63

Homem de 70 anos de idade apresenta jato urinário fraco, hesitação miccional e noctúria há oito meses. International Prostate Symptom Score (IPSS) 19. PSA: 1,6 ng/mL. Toque retal: próstata aumentada, fibroelástica e sem nódulos. US transabdominal: resíduo pós-miccional de 90 mL e próstata estimada em 35 g. A melhor conduta inicial é

- A. iniciar finasterida associada a alfabloqueador.
- B. realizar urodinâmica antes de iniciar o tratamento.
- C. iniciar alfabloqueador e reavaliar a resposta clínica.
- D. indicar ressecção transuretral da próstata.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação da questão / mudança de gabarito.

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente idoso com sintomas moderados de trato urinário inferior (IPSS 19) e próstata <40 g apresenta risco de progressão da hiperplasia prostática benigna. A escolha terapêutica inicial deve visar alívio sintomático imediato e redução do tamanho prostático a longo prazo. Fonte: *American Urological Association Guideline*, 2018.

Fundamentação técnica:

- Estudos como o MTOPS demonstram que a **terapia combinada** de alfa-bloqueador e inibidor da 5-alfa redutase reduz em 66% o risco de retenção urinária aguda e em 55% a necessidade de intervenção cirúrgica em comparação à monoterapia. Fonte: *MTOPS Study*, 2003.
- O **bloqueio alfa-1** proporciona melhora rápida dos sintomas, com redução média de 6 pontos no IPSS em semanas, enquanto os inibidores de 5-alfa redutase promovem redução do volume prostático em até 30% após 6 meses, prevenindo progressão. Fonte: *American Urological Association Guideline*, 2018.
- Para próstatas abaixo de 40 g com sintomas moderados, a AUA recomenda iniciar diretamente a combinação, equilibrando eficácia imediata e prevenindo complicações. Fonte: *American Urological Association Guideline*, 2018.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

- A AUA recomenda a **terapia combinada** com bloqueador alfa e inibidor da 5-alfa-redutase **para pacientes com sintomas moderados a graves e próstata aumentada**, definida como volume ≥ 30 mL (aproximadamente ≥ 30 gramas), ou PSA $\geq 1,5$ ng/mL, pois esses pacientes têm maior risco de progressão clínica e se beneficiam mais da combinação.

Conclusão com pedido:

Diante do exposto, solicitamos a anulação da questão ou mudança do gabarito para letra A

Referências

- American Urological Association — Management of Benign Prostatic Hyperplasia Guideline, 2018
- MTOPS Study — The Medical Therapy of Prostatic Symptoms Study Group, 2003



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Especialidade: Medicina Preventiva e Social

Questão: 87

Homem, recém-chegado ao pequeno município de Siriri, estava em seu domicílio quando, repentinamente, "passou mal". Foi levado por familiares à única unidade de saúde do município. O médico, prontamente, verificou que o homem já havia morrido, não havendo nenhum registro deste na unidade. A família relatou que, há algum tempo, o paciente disse que "estava com diabetes". Na ausência de sinais externos de violência e não dispondo a localidade de Serviço de Verificação de Óbito, o médico decidiu emitir a declaração de óbito. Com essas informações, é correto o seguinte preenchimento da declaração de óbito:

A.

PARTE I

a, Causa da morte desconhecida

b. _____

c. _____

d. _____

PARTE II

Diabetes Mellitus (sic)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNESP - 2026

B.

PARTE I

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

PARTE II

Óbito sem assistência médica

C.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNESP - 2026

PARTE I

a. Causa da morte desconhecida

b. Diabetes Mellitus

c. _____

d. _____

PARTE II

D.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNESP - 2026

PARTE I

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

PARTE II

Obs.: Se o médico não prestou assistência ao paciente em vida, deve deixar o bloco "Condições e causas do óbito" da declaração de óbito em branco.

Recurso:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

Prova: UNESP 2026 - Acesso direto
Área: Medicina Preventiva e Social
Questão 87 - Gabarito da banca: Letra A.
Resumo da solicitação: Anulação.

Prezada Banca Examinadora,

Solicito a anulação do gabarito da Questão 87, que apresenta como resposta correta a alternativa A. No entanto, tal alternativa apresenta inconsistência com as normas oficiais de preenchimento da Declaração de Óbito (DO). Conforme orienta o Manual de Instruções para Preenchimento da Declaração de Óbito, do Ministério da Saúde (2022), a Parte I da DO deve registrar exclusivamente a cadeia de eventos que efetivamente levou ao óbito, sendo permitida a indicação de “causa desconhecida” quando não houver elementos clínicos, exames ou história médica documentada que permitam estabelecer diagnóstico etiológico e quando não houver suspeição de causa externa/violenta. Esse ponto está adequado na alternativa A; entretanto, o erro encontra-se na Parte II, na qual a alternativa menciona “Diabetes Mellitus (sic)” como condição contribuinte. O manual explicita que a Parte II destina-se a condições que contribuíram para o óbito, porém que não fazem parte da cadeia causal diretamente (BRASIL, 2011, p. 41-42).

No caso apresentado na questão, o indivíduo não possuía prontuário, não tinha histórico de acompanhamento médico e não foi atendido em vida pela unidade antes da morte. A única informação disponível foi um relato familiar inespecífico de que ele “dizia estar com diabetes”, o que não configura necessariamente um diagnóstico confirmado. Além disso, como a causa é desconhecida, não é possível afirmar que a Diabetes não possa, na verdade, integrar as causas diretas que levaram ao óbito.

Dessa forma, a alternativa A encontra-se parcialmente correta, pois acerta somente a Parte I, mas viola orientação do Manual ao atribuir à Parte II uma condição não comprovada e baseada exclusivamente em relato informal. O preenchimento correto da DO, diante do cenário descrito, deveria registrar causa desconhecida na Parte I e manter a Parte II em branco, já que o médico não dispõe de informações suficientes e não prestou assistência prévia ao paciente.

Considerando que nenhuma das alternativas disponíveis representa corretamente o preenchimento da DO segundo as normas técnicas vigentes, solicito a anulação da questão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de óbito: manual de instruções para o preenchimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNESP - 2026

pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/declaracao-de-obito-manual-de-instrucoes-para-preenchimento.pdf. Acesso em: 1 dez. 2024.



@medway.residenciamedica



Medway