



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026

USP-SP - 2026

medway



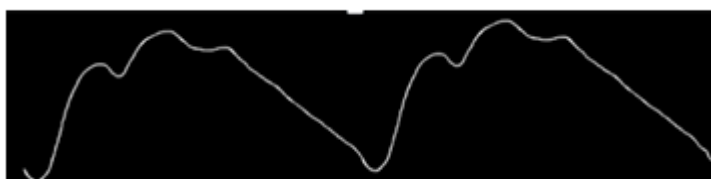
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 2

Mulher, 29 anos de idade, vítima de acidente de trânsito, com Escala de Coma de Glasgow de 7 na cena. Tomografia de crânio da admissão com contusões frontais bilaterais e edema cerebral difuso. Realizada monitorização com Cateter de Pressão Intracraniana (PIC), implante de derivação ventricular externa e foi transferida para a UTI. Nas primeiras 24 horas, a pressão intracraniana manteve-se controlada com medidas de primeira linha, mas evoluiu nas últimas horas com elevação da PIC e a seguinte curva no monitor: Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a melhor conduta.



- A. Manitol.
- B. Repetir TC de crânio.
- C. Doppler transcraniano.
- D. Coma com barbitúrico.

Recurso:

AO EXMO(A). SENHOR(A) PRESIDENTE DA BANCA EXAMINADORA,

CANDIDATO(A): [Seu Nome Completo] **NÚMERO DA QUESTÃO:** 02

Prezados(as) membros da Banca Examinadora,

Venho respeitosamente interpor recurso contra o gabarito preliminar da questão 02, que indicou a alternativa **(B) Repetir TC de crânio** como a resposta correta. Solicito a alteração



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

do gabarito para a alternativa **(A) Manitol** ou, subsidiariamente, a anulação da questão, pelos motivos que se seguem:

1. Análise do Caso Clínico e da Curva de Pressão Intracraniana (PIC): A paciente em questão apresenta um traumatismo cranioencefálico (TCE) grave (Glasgow 7), com contusões e edema cerebral difuso. Após medidas de primeira linha para controle da PIC, houve elevação da mesma, culminando na apresentação da curva de monitorização. A curva exibida na questão é caracteristicamente uma **onda em platô de Lundberg (tipo A)**, que representa uma elevação aguda, sustentada e grave da PIC (frequentemente acima de 50 mmHg), indicando perda da autorregulação cerebral e redução crítica da pressão de perfusão cerebral. Esta é uma situação de **emergência neurológica imediata**, que exige intervenção terapêutica urgente para evitar dano cerebral secundário irreversível e óbito.

2. Análise das Alternativas:

- **(A) Manitol:** É um diurético osmótico de ação rápida e potente, considerado uma medida de segunda linha ou de resgate essencial no manejo agudo da PIC elevada, especialmente em casos de emergência como as ondas em platô de Lundberg. Sua administração visa reduzir o volume cerebral através da desidratação do parênquima cerebral e melhora do fluxo sanguíneo cerebral. Diante de uma elevação tão crítica e sustentada da PIC, o Manitol é uma das primeiras e mais eficazes intervenções terapêuticas a serem consideradas.
- **(B) Repetir TC de crânio:** Embora a tomografia computadorizada (TC) seja um exame valioso para identificar novas lesões, progressão do edema, hemorragia ou hidrocefalia, sua realização demanda tempo e implica em remover o paciente da UTI, interrompendo a monitorização contínua e o suporte terapêutico. Diante de uma onda em platô de Lundberg, o foco primário e imediato é a **redução urgente da PIC** para preservar a perfusão cerebral. A repetição da TC, neste momento crítico, representa uma medida diagnóstica e não uma terapêutica de impacto imediato na PIC, podendo retardar o tratamento vital e agravar o prognóstico do paciente.
- **(C) Doppler transcraniano:** É uma ferramenta diagnóstica para avaliar a velocidade do fluxo sanguíneo cerebral e detectar vasospasmo, mas não é uma conduta terapêutica para a PIC elevada.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- **(D) Coma com barbitúrico:** O coma barbitúrico é uma terapia de terceira linha, reservada para casos de hipertensão intracraniana **refratária** a outras medidas, incluindo os diuréticos osmóticos e a drenagem liquórica. No cenário descrito, as medidas de primeira linha já falharam, e o Manitol é a próxima etapa crucial antes de considerar o coma barbitúrico, que possui efeitos colaterais significativos e complexidade de manejo.

3. Conclusão: A questão solicita a "melhor conduta". Em face de uma elevação crítica e emergencial da PIC, demonstrada pela onda em platô de Lundberg, a prioridade máxima é a intervenção terapêutica imediata para reduzir a pressão e otimizar a perfusão cerebral. O **Manitol (A)** atende a este requisito de forma mais direta e eficaz do que a repetição da TC (B), que é uma medida diagnóstica e não terapêutica. A realização de um exame de imagem deve ser considerada *após* a estabilização inicial do paciente e a administração de medidas para controle agudo da PIC, ou em caso de piora clínica que sugira uma nova complicação anatômica. Retardar o tratamento vital para realizar um exame em uma situação de emergência com risco iminente de herniação é clinicamente inadequado.

Referências Bibliográficas:

- **Brain Trauma Foundation. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, Fourth Edition.** Neurosurgery, 2016.
- **UpToDate: "Management of acute severe traumatic brain injury" and "Evaluation and management of elevated intracranial pressure in adults".** (Acesso em [Data atual, ex: 08/12/2025]).
- **Greenberg, Mark S. Handbook of Neurosurgery.** 9th ed. Thieme, 2020. (Capítulos sobre HIC e TCE).

Diante do exposto, solicito a reanálise da questão e a **alteração do gabarito para a alternativa (A) Manitol** ou, na impossibilidade de se considerar uma única alternativa correta devido à complexidade da situação, a **anulação da questão** por apresentar mais de uma alter-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

nativa plausível ou por não indicar a melhor conduta de forma inequívoca em uma situação de emergência tão específica.

Atenciosamente,

[Seu Nome Completo]



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 7

Mulher, 40 anos de idade, com diagnóstico recente de câncer de mama luminal com metástases em sistema nervoso central. Assinale a alternativa que apresenta a melhor programação.

- A. Cirurgia.
- B. Radioterapia.
- C. Quimioterapia curativa.
- D. Quimioterapia paliativa.

Recurso:

Prezada banca examinadora:

Venho, por meio deste, interpor recurso em relação à questão 07 da prova de acesso a especialidades clínicas realizada em 07/12/2025. O enunciado descreve uma mulher de 40 anos, com diagnóstico recente de câncer de mama luminal com metástases em sistema nervoso central, e solicita que se assinale a alternativa que apresenta a melhor programação terapêutica. O gabarito preliminar apontou como correta a alternativa **“C) Quimioterapia curativa”**. Entretanto, tal opção é conceitualmente incompatível com a situação clínica descrita.

Primeiramente, a presença de metástases em sistema nervoso central caracteriza doença metastática (estádio IV), situação em que, de acordo com as principais diretrizes internacionais de câncer de mama (NCCN, ESMO, ASCO), o tratamento tem caráter **paliativo** (visando controle de sintomas, prolongamento de sobrevida e manutenção de qualidade de vida) e não **curativo**.

Além disso, o enunciado é excessivamente lacônico e não fornece informações indispensáveis para definição da melhor conduta: não há dados sobre número e localização das metástases cerebrais (única, oligometastática ou múltiplas; em áreas eloquentes ou não), presença ou não de doença extracraniana, sintomas neurológicos, performance status, tratamentos sistêmicos ou locais prévios. Todas essas variáveis são determinantes para a escolha entre cirurgia, radioterapia (radiocirurgia, radioterapia de todo encéfalo), hormonioterapia ou quimioterapia. A ausência desses elementos torna impossível afirmar, com segurança, que uma única alternativa seja a “melhor programação”, abrindo espaço para mais de uma interpretação plausível.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Cabe ainda ressaltar que o enunciado especifica um tumor de subtipo **luminal** (receptor hormonal positivo). Nas diretrizes contemporâneas, o tratamento sistêmico de primeira linha para câncer de mama luminal metastático, na ausência de crise visceral, é a **hormonioterapia**, muitas vezes associada a inibidor de CDK4/6, e não quimioterapia. Ou seja, o próprio subtipo descrito pelo enunciado aponta para que a estratégia sistêmica privilegiada seja hormonioterápica paliativa; entretanto, essa opção sequer é oferecida entre as alternativas, e a alternativa considerada correta desloca o foco para uma “quimioterapia curativa” que não se aplica a esse contexto.

Por fim, diante da ausência de informações fundamentais para determinar a melhor conduta, da incompatibilidade da resposta com as recomendações atuais para câncer de mama luminal metastático e da consequente possibilidade de múltiplas interpretações, solicito respeitosamente a **anulação da questão 07**, por não apresentar alternativa única, clara e cientificamente adequada.





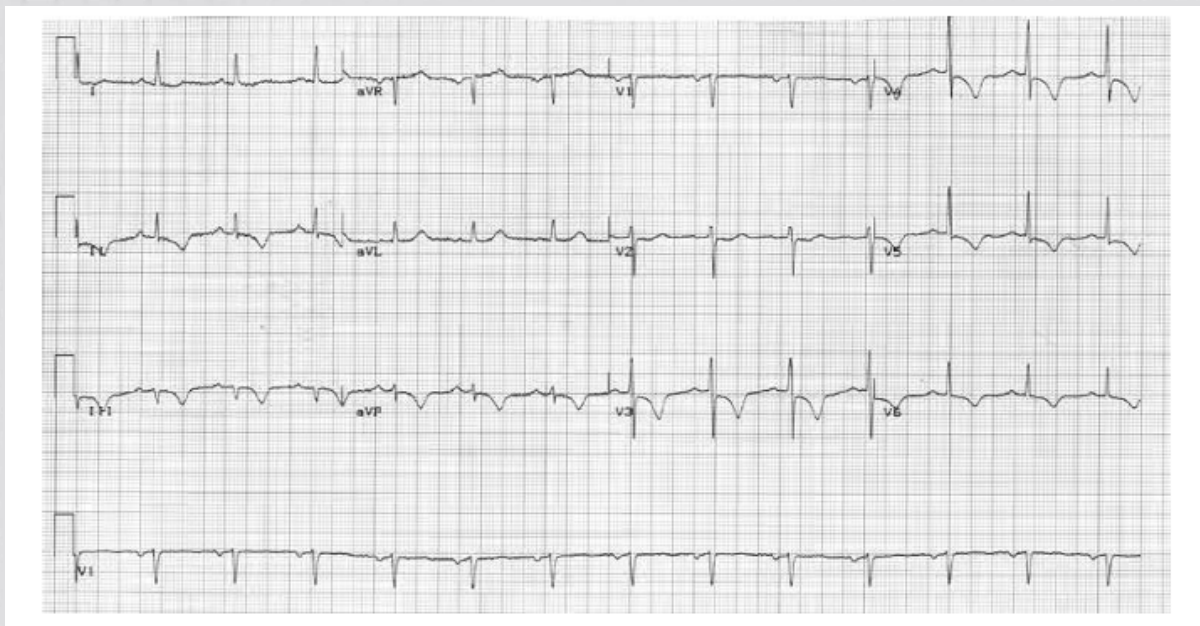
RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 8

Paciente, 72 anos de idade, portador de diabetes melito tipo 2 e doença arterial obstrutiva periférica, comparece ao pronto-socorro com queixa de dor torácica há cerca de 90 minutos com irradiação para ombro esquerdo e sudorese. Foi realizado eletrocardiograma que é apresentado na imagem a seguir. No passado, apresentou quadro de prurido intenso e eritema importante de face e pescoço associado ao uso de aspirina. Assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada quanto à antiagregação plaquetária.



- A. Realizar ataque de dupla antiagregação plaquetária com AAS 300 e clopidogrel 600 mg.
- B. Realizar dupla antiagregação com AAS 100 mg e clopidogrel 600 mg.
- C. Omitir a dose de AAS e realizar ataque com clopidogrel 600 mg.
- D. Realizar ataque com clopidogrel 600 mg e substituir AAS por tirofiban.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Venho solicitar a anulação da questão 8. Primeiramente, estamos diante de uma Síndrome Coronariana Aguda Sem Supradesnívelamento do segmento ST. Logo, há tempo para realizar dessensibilização. Conforme o 2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline para Manejo de Pacientes com Síndrome Coronariana Aguda, "For patients in whom a history of aspirin hypersensitivity is reported, aspirin desensitization is preferred whenever possible to allow for initial use of dual antiplatelet therapy." Ou seja, para pacientes nos quais há histórico de hipersensibilidade à aspirina, a dessensibilização ao AAS é preferida sempre que possível para permitir o uso inicial de terapia antiplaquetária dupla. E, aqui deixa-se claro que histórico de hipersensibilidade, o que inclui prurido intenso e eritema importante de face e pescoço associado ao uso de aspirina. Portanto, solicito anulação da questão.

Uma opção é o que sugere essa referência.



@medway.residenciamedica



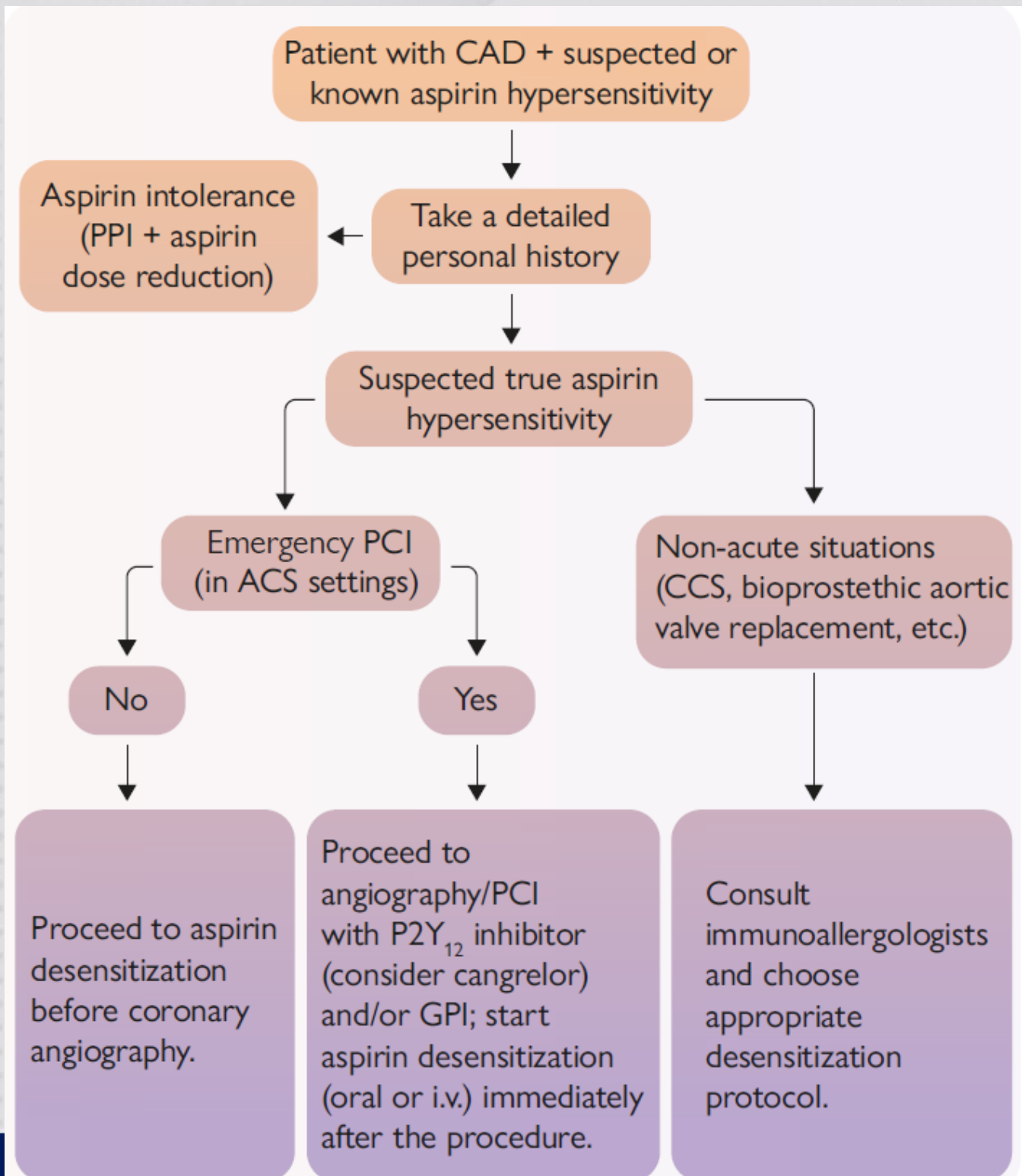
Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026





RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026

Referência Bibliográfica: [2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI Guideline for the Management of Patients With Acute Coronary Syndromes: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines; Grimaldi, et al. Aspirin allergy: a practical guide. EHJ, April 2024](#)



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 10

Mulher, 78 anos de idade, com diagnóstico de diabetes melito tipo 2 há 20 anos. Teve infarto agudo do miocárdio há cinco anos, tem doença renal crônica estágio 3b e retinopatia diabética não proliferativa leve. Além disso, relatou dois episódios de hipoglicemia que necessitaram de auxílio de terceiros no último ano. Seu tratamento atual consiste em metformina 500 mg/dia, sitagliptina 50 mg/dia e insulina NPH 20 unidades à noite, e 10 unidades pela manhã. A meta de HbA1c mais apropriada para esta paciente é:

- A. 6,0% – 6,5%.
- B. 6,5% – 7,0%.
- C. 7,0% – 7,5%.
- D. 7,5% – 8,5%.

Recurso:

RECURSO – Prova de Residência Médica USP-SP 2025 (Especialidades Clínicas)

Questão sobre meta de HbA1c – Gabarito preliminar: alternativa D

Prezada Comissão Organizadora,

Solicito, respeitosamente, a **revisão do gabarito** referente à questão de metas de Hemoglobina Glicada (HbA1c), pois a alternativa marcada como correta (D – 7,5% a 8,5%) **não está alinhada à Diretriz Brasileira de Diabetes da SBD – edição 2025**, utilizada obrigatoriamente como referência nacional.

Dessa forma, solicita-se **alteração do gabarito para C** ou **anulação da questão**.

1. A diretriz de 2025 não contempla HbA1c de 8,5% como meta



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

A SBD 2025 é clara ao afirmar que, mesmo em pacientes idosos, frágeis e com múltiplas comorbidades, **a meta superior de HbA1c deve ser < 8,0%**.
Portanto:

- **Não existe recomendação de 7,5% a 8,5%.** Em pacientes muito comprometidos, a diretriz reforça que não existe uma meta específica de glicada, evitando apenas sintomas de hipo ou hiperglicemia.
- **HbA1c $\geq$ 8,0%, conforme proposto pela alternativa D, não é respaldada pela diretriz.**

Assim, a alternativa D vai **além do limite máximo permitido** e, por isso, não pode ser considerada a resposta adequada.

2. Considerando a paciente do enunciado: 78 anos, comorbidades e episódios de hipoglicemia

A paciente é idosa, com diabetes de longa data, DRC estágio 3b, IAM prévio, retinopatia e dois episódios de hipoglicemia com necessidade de auxílio.

Na **estratificação da SBD 2025**, trata-se de uma paciente **frágil**, porém **não necessariamente em fragilidade severa ou terminal**.

Para esse grupo, a diretriz preconiza:

- **Meta de HbA1c < 7,5%**, podendo flexibilizar até **< 8,0%** dependendo do risco de hipoglicemia e carga de comorbidades.

Portanto, a alternativa C (7,0–7,5%) está **mais alinhada** à recomendação oficial do que a alternativa D.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

3. Pacientes com TFG < 45 mL/min (DRC 3b)

A Diretriz Brasileira de Diabetes 2025 orienta:

- Em pacientes com **TFG < 45 mL/min**, como no caso, a meta recomendada é **HbA1c entre 7,0% e 7,9%**.

Nenhuma alternativa contempla adequadamente esse intervalo.

A alternativa D (7,5–8,5%) **ultrapassa o valor máximo recomendado** e inclui faixa não prevista na diretriz (até 8,5%).

A alternativa C (7,0–7,5%) é a **única que se aproxima** das recomendações específicas para DRC.

4. Consideração sobre idosos muito comprometidos

A diretriz estabelece que em idosos com comprometimento funcional severo, dependência importante ou em cuidados paliativos, **não há meta numérica de HbA1c**, devendo-se apenas evitar hipo e hiperglicemia.

Ou seja, **todas as alternativas com valores fixos são inadequadas** nesses cenários — reforçando a imprecisão da questão.

5. Conclusão

Como demonstrado:

- A diretriz **não recomenda HbA1c ≥ 8,0% em nenhum cenário**, tornando **incompatível** a alternativa D, que vai até 8,5%.
- A alternativa C (7,0–7,5%) é a única que **minimamente se aproxima** das metas da diretriz (7,0–7,9% para DRC e < 7,5% para idosos frágeis).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

- Nenhuma alternativa contempla integralmente as recomendações da SBD 2025, configurando **erro ou ambiguidade técnica**.

Assim, solicita-se:

→ **Alteração do gabarito para a alternativa C, por ser a que mais se aproxima da diretriz, OU**

→ **Anulação da questão, dada a ausência de alternativa plenamente correta.**

Referência: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 28

Homem, 37 anos de idade, HIV confirmado, sem uso de antirretrovirais e CD4 40 células/ μ L. Queixa de cefaleia há três semanas, diplopia há cinco dias e dois episódios de vômitos. Tinta da China no líquido com leveduras encapsuladas. Não há flucitosina, nem formulações lipídicas de anfotericina B no hospital. Em relação ao caso apresentado, o tratamento mais adequado é:

- A. Fluconazol 1.200 mg/dia em monoterapia, por 4 semanas.
- B. Anfotericina B desoxicolato 0,7 mg/kg/dia + fluconazol 1.200 mg/dia, por 2 semanas.
- C. Anfotericina B desoxicolato 1 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.
- D. Anfotericina B desoxicolato 5 mg/kg/dia + fluconazol 800 mg/dia, por 2 semanas.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: nenhuma das alternativas apresenta o **tratamento-padrão completo** para meningoencefalite criptocócica em paciente com HIV e escassez de recursos, pois todas omitem a combinação inicial com *flucitosina* ou não contemplam adequadamente o manejo da pressão intracraniana.

Fundamentação técnica:

- O **padrão-ouro** na indução é a combinação de *anfotericina B desoxicolato* com *flucitosina*, estratégia ausente em todas as opções, tornando o enunciado inconsistente.
- Em ausência de flucitosina, as diretrizes preconizam esquema de *anfotericina B* associado a *fluconazol*, mas não há consenso sobre dose única que se aplique a todas as fases, o que impede a escolha inequívoca de qualquer alternativa.
- O enunciado não menciona nem avalia o **controle da pressão intracraniana**, medida crucial pela alta mortalidade precoce, elemento indisponível para fundamentar qualquer resposta.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

Diante do exposto, solicitamos **anulação da questão** por ausência de alternativa correta e falha na apresentação de esquema terapêutico completo.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 29

Homem, 47 anos de idade, com quadro súbito de vertigem enquanto praticava atividade física na academia há seis horas. Também refere diplopia binocular, que melhora ao fechar um dos olhos, e sensação de que é empurrado para direita. Nega antecedentes médicos ou uso de medicações. Apresenta PA de 180×100 mmHg, FC de 110 bpm, glicemia capilar de 93 mg/dL. Ao exame neurológico, apresenta nistagmo horizontal para esquerda, desalinhamento vertical (com olho hipotrópico à direita) e pupila miótica à direita. Realizou tomografia de crânio sem contraste que não mostrou alterações. Assinale a alternativa que apresenta a próxima conduta mais adequada.

- A. Executar as manobras de Dix-Hallpike e de Epley.
- B. Administrar dimenidrato e nitroprussiato de sódio IV.
- C. Trombólise com alteplase 0,9 mg/kg intravenosa.
- D. Angiotomografia arterial cervical e intracraniana.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho, respeitosamente, solicitar mudança de gabarito para a alternativa C ou anulação da questão pela inadequada formulação do comando.

A questão nos traz um caso de acidente vascular cerebral isquêmico (AVCi) de circulação posterior, cujo início dos sintomas ocorreu há 06 horas. Sabe-se que é um AVCi de circulação posterior devido aos déficits apresentados: vertigem, diplopia, lateropulsão para a direita (indicando que o sistema vestibular ipsilateral está desfuncionante), nistagmo horizontal para a esquerda (concordante com a lateropulsão, também indicando disfunção do sistema vestibular à direita), desalinhamento vertical com olho hipotrópico à direita (indicando lesão ou de núcleos vestibulares medial e inferior em bulbo à direita ou núcleo intersticial de Cajal em mesencéfalo à esquerda; dado o contexto até então, o mais compatível é bulbo à direita) e pupila miótica à direita (indicando uma lesão da 1º neurônio da via simpática que desce do hipotálamo pelo tronco encefálico - o que pode ser chamado de Síndrome de Horner de 1ª ordem).



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Juntando toda a clínica apresentada, podemos topografar a lesão em região de bulbo médio, porção mais dorsal, à direita, acometendo principalmente os núcleos vestibulares inferior e medial e as fibras descendentes da via simpática. Tal topografia é irrigada pela artéria cerebelar pósterio-inferior, ramo da artéria vertebral.

O paciente fez uma TC de crânio sem contraste que não evidenciou alterações. Nesse caso, podemos então interpretar que tanto o ASPECTS como o PC-ASPECTS eram de 10 pontos.

Após, a questão pergunta qual próxima conduta mais adequada.

Dado que estamos diante de um AVCi de circulação posterior cujo PC-ASPECTS é de 10, o déficit ocorreu há menos de 24h, o NIHSS é provavelmente baixo e o paciente não será candidato à trombectomia (haja vista que a clínica apresentada não condiz com uma oclusão de basilar - a única situação de AVC de circulação posterior em que indicamos trombectomia), **este caso se aplica perfeitamente à trombólise em janela estendida conforme o estudo "Alteplase for Posterior Circulation Ischemic Stroke at 4.5 to 24 Hours", também conhecido como EXPECTS, publicado este ano (2025) no The New England Journal Of Medicine.**

Esse estudo evidenciou que em pacientes com AVCi de circulação posterior com íctus entre 4,5-24h, PC-ASPECTS ≥ 7 e, principalmente, com NIHSS baixo (mediana em torno de 3), a realização de trombólise com alteplase resultou em maior independência funcional em 90 dias. Ademais, 31,2% dos pacientes incluídos no estudo não fizeram angiotomografia antes da randomização. Mesmo neste subgrupo, a trombólise seguiu sendo benéfica. Dessa forma, podemos perceber que o paciente do caso se encaixa perfeitamente no referido estudo.

A realização de angiotomografia arterial cervical e intracraniana também deve ser feita (idealmente, já logo após a TC de crânio simples), porém o comando pergunta sobre a **próxima** conduta mais adequada. Sabendo que (1) esse paciente tem clínica de AVC de circulação posterior, mas não de oclusão de basilar e, portanto, não será candidato à trombectomia, (2) sendo assim, o estudo de vasos vai auxiliar mais na investigação do mecanismo do que no tratamento imediato e (3) ele se encaixa nos critérios do EXPECTS e pode se beneficiar da trombólise, a **próxima** conduta mais adequada consiste em realizar a trombólise endovenosa.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Portanto, no caso apresentado, o estudo vascular não alteraria a conduta de fase aguda, ao passo que a trombólise endovenosa é tempo-dependente, já elegível e fundamentada em evidência científica atual, sendo a próxima conduta mais adequada.

Obrigado

Referências

1. Yan S, Zhou Y, Lansberg MG, Liebeskind DS, Yuan C, Yu H, Chen F, Chen H, Zhang B, Mao L, Zhang X, Wang X, Zhang X, Chen Y, Zhou H, Zhong W, He Y, Chen K, Wang J, Chen H, Huang Y, Campbell BCV, Lou M; EXPECTS Group. Alteplase for Posterior Circulation Ischemic Stroke at 4.5 to 24 Hours. N Engl J Med. 2025 Apr 3;392(13):1288-1296. doi: 10.1056/NEJMo-a2413344. PMID: 40174223.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 30

Mulher, 58 anos de idade, com hipertensão arterial e com histórico de cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical tipo sleeve e bypass em Y de Roux), relata fratura vertebral após levantar o neto recém-nascido do chão. Possui os seguintes exames: • Densitometria óssea: T-score de fêmur total: -2,4 Colo de fêmur: -2,4 Coluna L1-L4: -2,7 • Exames laboratoriais: Cr: 0,7 mg/dL Ca²⁺ total: 8,7 mg/dL Fósforo: 2,4 mg/dL 25-OH-vitamina D: 9 ng/mL Albumina: 3,7 g/dL Paratormônio: 103 pg/mL TGO/AST: 30 U/L TGP/ALT: 31 U/L FA: 123 U/L GGT:40 U/L O tratamento inicial mais adequado para está paciente deve incluir:

- A. Citrato de cálcio + vitamina D.
- B. Carbonato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- C. Citrato de cálcio + vitamina D + zoledrônico.
- D. Carbonato de cálcio + vitamina D.

Recurso:

Prezada Comissão Organizadora,

Solicito respeitosamente a **revisão do gabarito** da questão referente ao manejo inicial da osteoporose em paciente com histórico de cirurgia bariátrica. O gabarito preliminar não reflete a conduta preconizada pelas principais diretrizes de metabolismo ósseo e manejo pós-bariátrico.

A alternativa que **melhor contempla o tratamento correto e completo é a alternativa C.**

Resumo do caso:

Paciente de 58 anos, pós-cirurgia bariátrica (gastrectomia vertical e bypass em Y de Roux), apresenta fratura vertebral por fragilidade e densitometria óssea com T-score $\leq -2,5$ em coluna lombar, além de osteopenia em fêmur total e colo femoral. Laboratorialmente, há hipovitaminose D (25-OH vitamina D: 9 ng/mL), hipocalcemia (Ca: 8,7 mg/dL), hiperparatireoidismo secundário (PTH: 103 pg/mL) e sinais de má absorção. Segundo diretrizes internacionais, a presença de **fratura por fragilidade e T-score $\leq -2,5$** caracteriza risco elevado para novas fraturas, indicando necessidade de tratamento farmacológico antiosteoporótico.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Fisiopatologia da osteoporose pós-cirurgia bariátrica

Procedimentos bariátricos com componente disabsortivo, como o bypass em Y de Roux e a gastrectomia vertical, aumentam o risco de perda óssea acelerada e fraturas, devido à deficiência de vitamina D, hiperparatireoidismo secundário e má absorção de cálcio. A hipocloridria pós-cirurgia prejudica a solubilização e absorção do cálcio, agravando o quadro. O manejo deve priorizar correção de deficiências nutricionais e suplementação adequada.

Justificativa para escolha do citrato de cálcio

O citrato de cálcio é preferido em pacientes bariátricos devido à hipocloridria, pois sua absorção é independente do pH gástrico, ao contrário do carbonato de cálcio, que requer ambiente ácido para adequada absorção. A reposição de vitamina D é mandatória em todos os cenários, visando normalizar níveis séricos e reduzir o hiperparatireoidismo secundário.

Tratamento farmacológico: estratégias sequenciais e para alto risco

Diretrizes da European Calcified Tissue Society, Bone Health and Osteoporosis Foundation, Endocrine Society, American College of Physicians e American Association of Clinical Endocrinologists recomendam terapia antiresortiva para pacientes com alto risco de fratura, especialmente após fratura por fragilidade ou T-score $\leq -2,5$. Em pacientes **com má absorção ou intolerância a formulações orais, o ácido zoledrônico intravenoso é preferido**, pois não depende da absorção gastrointestinal e apresenta eficácia superior na redução de fraturas vertebrais e de quadril. O regime aprovado pelo FDA nos EUA é de 5 mg IV anual. É fundamental garantir níveis adequados de cálcio e vitamina D antes da administração do ácido zoledrônico, para evitar hipocalcemia.

Resumo das recomendações de diretrizes

O tratamento deve ser iniciado em pacientes com fratura por fragilidade, T-score $\leq -2,5$ ou risco elevado pelo FRAX.

O monitoramento inclui densitometria óssea periódica e reavaliação clínica. Em casos de risco muito elevado (múltiplas fraturas, T-score muito baixo), agentes anabólicos podem ser considerados, mas em pacientes bariátricos, o ácido zoledrônico IV é preferido devido à má absorção.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Portanto, a alternativa mais adequada para este caso é citrato de cálcio + vitamina D + ácido zoledrônico, conforme consenso das principais diretrizes internacionais e posicionamento da European Calcified Tissue Society para pacientes pós-bariátricos com alto risco de fratura.

Com isso, solicito revisão do gabarito e troca para alternativa C.

Referências:

1. UpToDate – "Management of osteoporosis in patients after bariatric surgery", atualização 2024.

- Recomenda citrato de cálcio no pós-bariátrica devido à hipocloridria e má absorção do carbonato.
- Recomenda terapia parenteral, incluindo zoledrônico, para pacientes com osteoporose grave ou com fraturas.

2. UpToDate – "Treatment of osteoporosis in postmenopausal women", 2024.

- Fraturas por fragilidade exigem tratamento imediato com medicamentos antiosteoporóticos.
- Zoledrônico listado como opção de primeira linha para alto risco.

3. AACE/ACE Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis (2020).

- Define fratura vertebral como marcador de alto risco, indicando terapia potente, preferencialmente parenteral.

4. ASBMR Task Force on Long-Term Osteoporosis Therapy (2020) – Recomenda abordagem sequencial para osteoporose grave, com zoledrônico como terapia inicial quando há risco elevado de fraturas.

5. The Endocrine Society – Osteoporosis in Postmenopausal Women (2020).

- Indica bisfosfonatos intravenosos como preferência em pacientes com absorção intestinal comprometida.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

USP-SP - 2026

6. Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline.

7. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Postmenopausal Osteoporosis-2020 Update.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 46

Homem, 77 anos de idade, bancário aposentado, sedentário, hipertenso, diabético e tabagista, apresenta perda de iniciativa e diminuição da interação social. Ele nega tristeza ou falta de prazer nas atividades. A esposa relata lapsos de memória com piora no último ano. Tem dificuldades para controlar as suas finanças, precisando de ajuda ocasionalmente, mas é independente em suas atividades diárias. Testes cognitivos com alterações significativas nos domínios de atenção e de memória. Exames laboratoriais e de neuroimagem sem alterações. A conduta terapêutica mais adequada é:

- A. Donepezila.
- B. Memantina.
- C. Reabilitação cognitiva.
- D. Estimulação magnética transcraniana.

Recurso:

Solicito a revisão do gabarito da questão, uma vez que o enunciado descreve um quadro clínico **ambíguo**, que pode corresponder tanto a comprometimento cognitivo leve quanto a demência em fase inicial. Os critérios diagnósticos atuais definem demência como a presença de prejuízo cognitivo associado a perda de autonomia em atividades do dia a dia, enquanto no comprometimento cognitivo leve existe alteração cognitiva mensurável, porém com preservação global da independência, podendo ocorrer apenas dificuldades leves em tarefas complexas, como organização de finanças ou planejamento de atividades (DSM-5; Albert et al., 2011; Petersen et al., 2018). No caso apresentado, o paciente apresenta dificuldades para manejar suas finanças, alteração comportamental com perda de iniciativa e diminuição da interação social, além de prejuízo objetivo em atenção e memória. Esses elementos podem ser interpretados como sinal de perda leve de autonomia e início de declínio funcional, sobretudo em uma tarefa de alta complexidade como o controle financeiro, que é uma das primeiras a se alterar tanto no comprometimento cognitivo leve quanto na demência inicial (Marson et al., 2000; Triebel et al., 2009). O próprio manual de critérios afirma que tarefas cognitivas complexas podem ser prejudicadas mesmo em estágios iniciais, e que a diferenciação entre comprometimento leve e demência depende de nuances funcionais que o enunciado não esclarece de forma inequívoca.

Além disso, alterações comportamentais como apatia e retração social são reconhecidas como marcadores precoces de demência, incluindo formas degenerativas e quadros mis-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

tos, especialmente em indivíduos com múltiplos fatores de risco vascular, como hipertensão, diabetes e tabagismo, ainda que os exames de neuroimagem sejam normais, o que não exclui demência inicial (O'Brien & Thomas, 2015; Jack et al., 2018). Dessa forma, é igualmente plausível interpretar o caso como demência em fase inicial, e não apenas como comprometimento leve.

A conduta terapêutica dependerá diretamente dessa distinção diagnóstica. Para demência leve com um quadro tipicamente amnésico de múltiplos domínios como o do nosso caso clínico, as diretrizes internacionais recomendam o uso de inibidores de acetilcolinesterase como donepezila, que são aprovados para tratamento sintomático e apresentam benefício em memória, atenção e funcionalidade (Birks, 2006; NICE Guideline 2018). Já no comprometimento cognitivo leve, não há indicação formal para donepezila, sendo as intervenções não farmacológicas, como reabilitação cognitiva, as mais recomendadas (Petersen et al., 2018; Livingston et al., 2020). Assim, a escolha da alternativa depende de um diagnóstico que o enunciado não permite estabelecer com segurança, o que cria dupla interpretação razoável: **se o caso for entendido como comprometimento cognitivo leve, a reabilitação seria adequada; se for interpretado como demência leve, a donepezila seria a conduta farmacológica correta.**

Diante dessa ambiguidade, solicita-se a ampliação do gabarito para aceitar as alternativas **donepezila** e **reabilitação cognitiva** como corretas ou, alternativamente, a anulação da questão, uma vez que o texto não oferece critérios suficientes para diferenciar com clareza entre comprometimento cognitivo leve e demência inicial, levando a duas respostas possíveis conforme as diretrizes aceitas internacionalmente.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 54

Mulher, 87 anos de idade, com diagnóstico de fibrilação atrial não valvar, identificada durante avaliação de rotina. Sem histórico de sangramentos ou tromboembolismo. Tem hipertensão arterial em uso de losartana e nefroesclerose, com clearance de creatinina de 47 mL/min, PA de 126×78 mmHg e FC de 90 bpm. A conduta mais adequada é:

- A. Rivaroxabana 20 mg, 1 vez ao dia.
- B. Atenolol 25 mg, 1 vez ao dia.
- C. AAS 100 mg, 1 vez ao dia.
- D. Amiodarona 200 mg, 1 vez ao dia.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Venho solicitar a anulação da questão referente ao tratamento da fibrilação atrial não valvar, cujo gabarito preliminar aponta como correta a alternativa A. Segundo a Diretriz de Fibrilação Atrial de 2025, a dose recomendada de rivaroxabana para pacientes com fibrilação atrial não valvar deve ser ajustada de acordo com a função renal. A diretriz estabelece de forma clara: "Para pacientes com FA não valvar e clearance de creatinina entre 15–49 mL/min, a dose indicada de rivaroxabana é de 15 mg ao dia."

Referência

tra FD, Pisani CF, Rezende AGS, Henz BD, Armaganijan LV, Pimentel M, Lopes RD, et al. Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial – 2025. Arq. Bras. Cardiol. 2025;122(9):e20250618.

Bibliográfica:

Cin-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 67

Durante investigação de nefrolitíase, uma mulher de 54 anos de idade, com diabetes, hipertensão e histórico de fratura de ossos longos, realiza uma tomografia de abdome que revela nódulo em adrenal esquerda de 2,8 cm, densidade de <10 UH na fase sem contraste. Nega uso de corticoides. Exames laboratoriais: cortisol após 1 mg de dexametasona 2,5 µg/dL (ref.: < 1,8 µg/dL), ACTH plasmático 8 pg/mL (ref.: 7 a 45 pg/mL), aldosterona 9 ng/dL, renina não supressa, DHEAS dentro dos limites da normalidade. Em relação ao caso apresentado, a conduta mais adequada é:

- A. Adrenalectomia esquerda.
- B. Tomografia de tórax para estadiamento.
- C. Controle tomográfico em seis meses.
- D. Não são necessárias condutas adicionais.

Recurso:

Recurso para questão USP-SP - Especialidades clínicas

Prezada banca examinadora, venho por meio deste, solicitar troca de gabarito da questão 67 para a alternativa D.

A alternativa correta para o caso apresentado é **D ("Não são necessárias condutas adicionais")**, conforme as recomendações mais recentes das sociedades Canadian Urological Association e American Urological Association. A paciente apresenta um incidentaloma adrenal unilateral de 2,8 cm, com densidade <10 UH, sem sinais clínicos de síndrome de Cushing, e exames laboratoriais compatíveis com secreção autônoma de cortisol leve (MACS).

Segundo o consenso internacional, pacientes com MACS sem estigmas clássicos de hiper-cortisolismo e sem comorbidades progressivas atribuíveis ao excesso de cortisol devem ser manejados de forma individualizada, com decisão compartilhada. A cirurgia (adrenalectomia) pode ser considerada apenas em pacientes jovens ou com piora significativa de comorbidades metabólicas atribuíveis ao excesso de cortisol, o que não é o caso apresentado. A taxa de progressão para síndrome de Cushing manifesta é extremamente baixa (<0,1%), e



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

a maioria dos pacientes permanece estável em seguimento clínico.

A conduta recomendada pelas diretrizes é vigilância clínica anual, com reavaliação laboratorial e de imagem apenas se houver surgimento de sintomas ou piora das comorbidades. Não há indicação de cirurgia, exames adicionais ou seguimento radiológico rotineiro para adenomas benignos <4 cm, não funcionantes ou com MACS leve e estável.

Portanto, a alternativa D é a mais adequada e está alinhada com o melhor padrão de prática clínica atual, devendo ser adotada como gabarito da questão.

Referências:

1. Diagnosis, Management, and Follow-Up of the Incidentally Discovered Adrenal Mass: CUA Guideline Endorsed by the AUA. Rowe NE, Kumar R, Schieda N, et al. The Journal of Urology. 2023;210(4):590-599. doi:10.1097/JU.0000000000003644
2. Adrenal Incidentaloma. Kebebew E. The New England Journal of Medicine. 2021;384(16):1542-1551. doi:10.1056/NEJMc2031112.
3. Mild Autonomous Cortisol Secretion: Pathophysiology, Comorbidities and Management Approaches. Prete A, Bancos I. Nature Reviews. Endocrinology. 2024;20(8):460-473. doi:10.1038/s41574-024-00984-y.
4. Evaluation of Hypercortisolism in Mild Autonomous Cortisol Secretion. Khalid S, Parimi JTN, McCoy RG. JAMA Internal Medicine. 2025;185(11):1387-1388. doi:10.1001/jamainternmed.2025.3865.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 76

Homem, 35 anos de idade, assintomático, realiza check-up com exames que apresentam HBsAg positivo, HBeAg positivo, HBV-DNA 1.500.000 UI/mL, TPG/ALT normal. Sorologias para HIV, HCV e HDV são negativas. Ultrassonografia do fígado sem alterações. Neste momento, a conduta mais adequada inclui:

- A. Prescrição de lamivudina.
- B. Indicação de biópsia hepática.
- C. Prescrição de tenofovir.
- D. Avaliação periódica de ALT.

Recurso:

Prezada, banca examinadora

Solicito a ampliação do gabarito para contemplar também a alternativa **(C) – Prescrição de tenofovir**, uma vez que essa conduta está **claramente prevista no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Hepatite B** do Ministério da Saúde.

O PCDT estabelece que pacientes **HBeAg positivos**, com **HBV-DNA > 20.000 UI/mL** e **idade superior a 30 anos devem ser tratados mesmo quando a ALT está normal**, devido ao risco aumentado de fibrose significativa e progressão da doença (BRASIL, 2022).

O paciente do caso possui **35 anos** e apresenta **HBV-DNA 1.500.000 UI/mL**, enquadrando-se precisamente nessa recomendação.

Portanto, a alternativa **C** é **tecnicamente correta segundo a diretriz oficial brasileira vigente**, devendo ser aceita juntamente com a alternativa **D** que está embasada em diretrizes internacionais.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B Crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-SP - 2026



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 88

Mulher, 87 anos de idade, com perda de 5% do peso corporal nos últimos seis meses, refere engasgos ocasionais, amargor na boca e falta de apetite. Nega sintomas de depressão ou de ansiedade. Tem diabetes e hipertensão tratados com dieta, metformina e losartana. Ao exame clínico, apresenta bom estado geral, sem alterações significativas, com IMC de 23,5 kg/m². Em relação ao caso descrito, assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada para esta paciente.

- A. Substituir losartana por enalapril.
- B. Substituir metformina por dapagliflozina.
- C. Flexibilizar uso de sal e carboidratos.
- D. Solicitar endoscopia digestiva alta.

Recurso:

Prezada banca examinadora da Universidade de São Paulo,

Venho, por meio deste, solicitar a ampliação do gabarito da questão referente ao manejo de paciente idosa (87 anos) com perda ponderal significativa, disfagia ocasional, amargor bucal e inapetência, para incluir como alternativa correta a realização de **endoscopia digestiva alta**, conforme opção D.

A literatura médica e as diretrizes internacionais mais recentes, especialmente as publicadas pela American College of Gastroenterology e pela American Society for Gastrointestinal Endoscopy, recomendam fortemente a realização de Endoscopia Digestiva Alta como exame de primeira linha em pacientes idosos que apresentam sintomas de disfagia, perda de peso não intencional e sinais de alteração do trato gastrointestinal superior. Tais sintomas são considerados "alarm features" e indicam risco aumentado de neoplasias, estenoses, esofagite e outras condições estruturais que demandam diagnóstico precoce e intervenção específica.

Segundo o guideline "Gastro-Esophageal Disorders of the Geriatric Population" da American College of Gastroenterology, a Endoscopia é indicada como ferramenta diagnóstica inicial em idosos com disfagia, especialmente quando associada à perda de peso, por apresentar maior rendimento diagnóstico nessa população e permitir intervenção terapêutica



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

imediate quando necessário. A American Society for Gastrointestinal Endoscopy reforça que a presença de sintomas de alarme, como disfagia e perda ponderal, justifica a indicação de EGD para exclusão de malignidades e outras causas orgânicas relevantes.

Além disso, a diretriz da American College of Gastroenterology para manejo de dispepsia recomenda endoscopia em pacientes com mais de 60 anos e sintomas de alarme, como perda de peso e disfagia, devido ao risco aumentado de neoplasias e outras patologias graves nessa faixa etária.

Portanto, a alternativa D (solicitar endoscopia digestiva alta) está plenamente respaldada pelo consenso internacional e representa conduta adequada, segura e baseada em evidências para o caso clínico apresentado. Solicito, assim, a revisão do gabarito para contemplar essa alternativa como correta.

Referências:

Yadlapati RH, Shaheen NJ. Gastro-Esophageal Disorders of the Geriatric Population. The American Journal of Gastroenterology. 2025;120(Suppl 10):S34-S44. doi:10.14309/ajg.0000000000003641.05.

Pasha SF, Acosta RD, Chandrasekhara V, et al. The Role of Endoscopy in the Evaluation and Management of Dysphagia. Gastrointestinal Endoscopy. 2014;79(2):191-201. doi:10.1016/j.gie.2013.07.042.

Mari A, Calabrese F, Pasta A, et al. Esophageal and Oropharyngeal Dysphagia: Clinical Recommendations From the United European Gastroenterology and European Society for Neurogastroenterology and Motility. United European Gastroenterology Journal. 2025;13(6):855-901. doi:10.1002/ueg2.70062.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 117

Homem, 38 anos de idade, sem antecedentes, procura atendimento com queixa de náuseas, vômitos e dor abdominal há 1 dia. Nega uso de medicações. Ao exame clínico, apresenta-se em regular estado geral, desidratado 2/4+, FR de 30 irpm, Glasgow 13, pupilas reagentes. Exame abdominal sem alterações significativas. • Exames laboratoriais: Ph: 7,10 PaCO₂: 15 mmHg HCO₃: 4 mEq/L Na⁺: 140 mEq/L Cl: 100 mEq/L Glicose: 100 mg/dL Ur: 20 mg/dL Cr: 1,1 mg/dL Lactato: 2,5 mg/dL Osmolaridade medida: 330 mOsm/kg A conduta terapêutica prioritária após começo da volemia com hidratação e da acidose com bicarbonato é:

- A. Fomepizol.
- B. Carvão ativado.
- C. Hidroxi cobalamina.
- D. Diálise.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venh, por meio deste, solicitar a revisão da questão 117, referente ao manejo das intoxicações álcoois tóxicos, como metanol e etilenoglicol.

Tanto o metanol quanto o etilenoglicol são álcoois cujo risco está principalmente nos metabólitos ácidos altamente tóxicos, e não nos álcoois em si; no caso do metanol, o ácido fórmico, e no caso do etilenoglicol, os ácidos glicólico (principal), glioxílico e oxálico.

Embora o uso de antídotos, como o fomepizol, seja fundamental para bloquear a formação de novos metabólitos, o seu uso não remove os ácidos já formados, que são os principais determinantes da toxicidade orgânica e, portanto, da gravidade clínica.

A presença de acidose metabólica grave, como no caso, em que temos um pH<7,15 (além do ânion gap de 36, muito elevado, denotando já um acúmulo importante de ácidos), indica que uma grande quantidade do álcool já foi metabolizada, produzindo alta carga de áci-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-SP - 2026

dos orgânicos tóxicos. Isso caracteriza um quadro avançado de intoxicação, no qual o antidoto isolado não é suficiente para reverter rapidamente o risco de toxicidade orgânica.

Nesses casos, a hemodiálise deve ser considerada a conduta prioritária, pois é a única terapêutica capaz de, simultaneamente, remover os álcoois (seja o metanol, seja o etilenoglicol) e eliminar os metabólitos tóxicos já produzidos, como ácido fórmico e ácido glicólico.

Assim, diante de casos de intoxicação, como é o caso da nossa questão, evidenciada pelo $\text{pH} < 7,35$ e pelo ânion-gap bastante elevado ($> 24-28$, a depender da referência), com acidose metabólica significativa, a hemodiálise é considerada a intervenção mais urgente e determinante, superando outras medidas isoladas, inclusive o fomepizol.

Dessa forma, solicito troca do gabarito para o item D ou anulação da questão.

Referências:

- AACT/ACMT Practice Guidelines for Methanol and Ethylene Glycol Poisoning
- UpToDate: "Methanol poisoning"; "Ethylene glycol poisoning"
- Goldfrank's Toxicologic Emergencies, 11ª edição



@medway.residenciamedica



Medway