



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

EINSTEIN - 2026

EINSTEIN - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 9

Paciente do sexo masculino, de 68 anos, portador de doença pulmonar obstrutiva crônica, atualmente em uso de formoterol-budesonida 12-400 mcg (uma inalação oral duas vezes ao dia) e tiotrópio 2,5 mcg (duas inalações orais uma vez ao dia), passa em consulta ambulatorial de reavaliação terapêutica. Já teve três exacerbações com necessidade de corticoterapia no último ano, sendo que, na última, foi admitido no hospital e permaneceu internado por cinco dias, sem necessidade de ventilação mecânica ou UTI. É ex-tabagista, segue abstinência, é aderente à medicação, com técnica adequada de uso. Na avaliação clínica, não foram encontradas outras comorbidades a serem otimizadas. As próximas alternativas terapêuticas adequadas a esse paciente, considerando particularidades de apresentação, são as seguintes, exceto:

- A. dupilumab 300 mg subcutâneo quinzenal, caso tenha eosinofilia superior a 300 células/microL.
- B. azitromicina 500 mg via oral três vezes na semana, particularmente caso tenha infecções bacterianas recorrentes.
- C. mepolizumab 100 mg subcutâneo mensal, caso tenha eosinofilia superior a 300 células/microL.
- D. roflumilast 250 mcg via oral uma vez ao dia com bronquite crônica e obstrução moderada a grave na espirometria.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

1. A questão solicita a identificação da alternativa **incorreta** entre as opções de terapias farmacológicas para paciente com DPOC grave, em uso de formoterol-budesonida e tiotrópio, com exacerbações frequentes.

1. Alternativa C – Mepolizumabe

De acordo com o **GOLD 2025**, página 91, há a seguinte descrição literal:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

“Four large phase 3 studies have investigated the efficacy of the anti-IL-5 monoclonal antibody mepolizumab and the anti-IL-5 receptor- α antibody benralizumab in patients with COPD, who had a history of two or more exacerbations in the last year and increased blood eosinophil count. The studies showed inconsistent effects on exacerbation reduction, and none have received regulatory approval for treatment of COPD. Currently, large randomized trials are being conducted to investigate whether these and other biologic treatments are effective in a population who have more compelling evidence of eosinophilic or type II airway inflammation.”
(**GOLD 2025, p. 91**)

Ou seja, **os estudos com mepolizumabe mostraram resultados inconsistentes, e nenhum recebeu aprovação regulatória para o tratamento da DPOC.**

Embora um estudo publicado no *New England Journal of Medicine* (Brightling CE et al., 2023) tenha sugerido benefício em subgrupos, esse dado **não foi incorporado às diretrizes GOLD nem à bula do medicamento**, e portanto **não pode ser considerado evidência consolidada** para fins de questão de prova de residência.

→ Assim, a **alternativa C está incorreta.**

2. Alternativa D – Roflumilaste

O **GOLD 2025** (página 90) cita o **roflumilaste** como uma opção em pacientes com bronquite crônica e obstrução moderada a grave, com exacerbações frequentes, porém descreve corretamente a dose como **500 mg por via oral uma vez ao dia**, podendo-se iniciar com **250 mg por quatro semanas** apenas para reduzir efeitos colaterais gastrointestinais.

A alternativa apresentada na questão cita **“250 mcg via oral uma vez ao dia”**, o que contém **erro duplo de unidade e posologia** — não apenas a unidade “mcg” é incorreta (devendo ser “mg”), como a dose descrita não corresponde à recomendação terapêutica vigente.

→ Dessa forma, a **alternativa D também está incorreta.**

3. Alternativa B – Azitromicina

O **GOLD 2025**, página 90, reconhece o uso de **azitromicina** em pacientes exacerbadores, porém **com cautela**, devido ao risco de **resistência bacteriana** e **seleção de mi-**





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

crorganismos resistentes, especialmente em pacientes com **infecções respiratórias recorrentes**.

Assim, a diretriz deixa claro que o uso deve ser **restrito e cuidadosamente avaliado**, e **não é indicado simplesmente por haver infecções de repetição**, como o enunciado da alternativa sugere.

→ Portanto, a **alternativa B também não representa corretamente as recomendações do GOLD 2025**.

4. Alternativa A – Dupilumabe

O **dupilumabe** é o único biológico atualmente **reconhecido nas diretrizes GOLD 2025 (p. 92-93)** como potencial opção em casos de DPOC com **fenótipo eosinofílico (>300 células/μL)** e exacerbações persistentes, com benefício demonstrado em ensaios clínicos recentes.

→ Assim, **a alternativa A é a única considerada correta** conforme o texto oficial do GOLD 2025.

Conclusão

A questão apresenta **três alternativas incorretas (B, C e D)**, todas em desacordo com o **GOLD 2025**.

Dessa forma, o enunciado torna-se **inválido**, uma vez que **há mais de uma opção incorreta**, inviabilizando a escolha única exigida.

Solicita-se, portanto, **a anulação da questão** ou **revisão do gabarito oficial**, considerando a fundamentação técnica e as diretrizes internacionais mais recentes.

Referências bibliográficas:

- **Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2025 Report).** *Global Strategy for the Prevention, Diagnosis, and Management of COPD*. Published November 12, 2024. Pages 90-93



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 17

Mulher de 54 anos, com histórico de troca valvar mitral, refere febre reumática na infância. Está assintomática, em acompanhamento ambulatorial, e será submetida a colonoscopia eletiva para rastreamento de câncer colorretal. Qual é a conduta correta em relação à profilaxia para endocardite infecciosa nesse caso?

- A. Realizar profilaxia antibiótica endovenosa uma hora antes do procedimento com 2 g de ampicilina e 90 mg de gentamicina.
- B. Realizar profilaxia antibiótica apenas se houver biópsia ou polipectomia durante a colonoscopia.
- C. Não realizar profilaxia antibiótica, pois não há clara evidência de benefício em procedimento gastrointestinal.
- D. Realizar profilaxia antibiótica via oral com 2 g de amoxicilina uma hora antes da colonoscopia.

Recurso:

Resumo da atividade: Anulação

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema:

A questão sobre profilaxia de endocardite infecciosa (EI) em colonoscopia eletiva de rastreio em paciente de alto risco por prótese valvar apresenta conflito entre as recomendações das diretrizes brasileiras com as principais diretrizes internacionais.

Fundamentação técnica:

As principais diretrizes internacionais não recomendam antibioticoprofilaxia para EI em procedimentos não dentários do trato gastrointestinal. A American Heart Association (AHA) explicita que, em pacientes com valvopatias de alto risco, a profilaxia “não é recomendada” para procedimentos não dentários, citando nominalmente a colonoscopia, na



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

ausência de infecção ativa. A diretriz ESC 2023, por sua vez, não estabelece recomendação rotineira: em alto risco, a profilaxia “pode ser considerada” para procedimentos respiratórios, gastrointestinais, geniturinários e de pele/tecidos moles (classe IIb, nível C), o que reforça o caráter opcional e a baixa força da recomendação fora do contexto odontológico. No âmbito nacional, a Diretriz de Valvopatias da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC 2020) reconhece expressamente que as diretrizes americanas e europeias deixaram de indicar profilaxia antes de intervenções GI/GU por ausência de evidência robusta; ainda assim, por ponderação da gravidade de uma eventual EI, “optou por considerar” a profilaxia em pacientes de alto risco apenas quando se tratar de procedimentos geniturinários ou gastrointestinais associados à lesão de mucosa, recomendação de classe IIa e nível de evidência C.

Conclusão com pedido:

Diante do conflito entre diretrizes e considerando a falta de adequada evidência científica, não há alternativa única inequivocamente correta com base em evidência de maior hierarquia, razão pela qual se solicita a anulação da questão.

Referências:

Tarasoutchi F, Montera MW, Ramos AIO, et al. Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias – 2020. Arq Bras Cardiol. 2020;115(4):720-775. doi:10.36660/abc.20201047.

Wilson WR, Gewitz M, Lockhart PB, et al. Prevention of viridans group streptococcal infective endocarditis: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 2021;143(20):e963-e978. doi:10.1161/CIR.0000000000000969.

Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of endocarditis. Eur Heart J. 2023;44(39):3948-4048.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 29

Paciente do sexo feminino, portadora de artrite reumatoide, em uso de leflunomida, associada a prednisona 30 mg/dia há 3 meses, é internada por quadro de colecistite aguda, com indicação de cirurgia de urgência. Qual é a correta recomendação a ser dada à equipe cirúrgica no manejo perioperatório dessa paciente?

- A. Administrar a dose habitual de corticoide pela manhã, seguida de dose adicional intravenosa de hidrocortisona antes do procedimento e a cada 8 horas, por 24 horas.
- B. Manter a dose de corticoide de uso habitual da paciente, uma vez que 30 mg de prednisona uma vez ao dia não está associada à supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal.
- C. Por se tratar de cirurgia de pequeno porte, ainda que exista supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, não há indicação de modificação da dose usual de corticoide.
- D. Orientar a postergar a cirurgia para avaliação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, por meio da dosagem de cortisol sérico pela manhã. Caso a dosagem seja $< 5 \mu\text{g/dL}$, indicar dose adicional de corticoide no perioperatório.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

A alternativa **A** ("administrar a dose habitual de corticoide pela manhã, seguida de dose adicional intravenosa de hidrocortisona antes do procedimento e a cada 8 horas, por 24 horas") não está alinhada com as recomendações mais atuais do manejo perioperatório de glicocorticoides em pacientes com artrite reumatoide.

Segundo o guideline de 2022 do American College of Rheumatology (ACR), a conduta recomendada para pacientes em uso crônico de glicocorticoides (como prednisona 30 mg/dia por mais de 3 semanas) é **manter a dose habitual diária de corticoide no perioperatório, sem administração de doses suprafisiológicas ("stress dose") de hidrocortisona**, exceto em casos de insuficiência adrenal primária ou secundária, ou instabilidade hemodinâmica - o que não é mencionado no caso. O aumento da dose perioperatória não reduz o risco de insuficiência adrenal em pacientes sem diagnóstico prévio dessa condição e está associado a maior risco de complicações, como hiperglicemia e infecção.^[1-2]

A literatura reforça que o risco de complicações perioperatórias é proporcional à dose de glicocorticoide utilizada, e que doses elevadas aumentam o risco de infecção e atraso na ci-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

catrização. Portanto, a estratégia de administrar doses adicionais de hidrocortisona não é respaldada pelas diretrizes do ACR para pacientes com artrite reumatoide em uso crônico de glicocorticoides, devendo-se priorizar a manutenção da dose habitual e individualizar o manejo conforme o risco clínico.^[1-2]

Dessa forma, solicito a revisão do gabarito, pois a alternativa A não representa a conduta recomendada pelas principais sociedades internacionais, e pode expor o paciente a riscos desnecessários. Sendo assim, a questão merece ser anulada.

Referências:

1. [2022 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty.](#)

Goodman SM, Springer BD, Chen AF, et al. Arthritis Care & Research. 2022;74(9):1399-1408. doi:10.1002/acr.24893.

2. [Perioperative Management of Immunosuppression in Patients With Rheumatoid Arthritis.](#)

George MD, Baker JF. Current Opinion in Rheumatology. 2019;31(3):300-306. doi:10.1097/BOR.0000000000000589.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 42

Homem, 63 anos, com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus tipo 2 e artrite reumatoide (tratada previamente com rituximabe, cuja infusão foi suspensa após reação grave), desenvolveu síndrome coronariana aguda tratada com stent farmacológico há 7 meses, e vem em seguimento ambulatorial desde então. Atualmente, está em uso de: rosuvastatina, 20 mg/dia; ezetimiba, 10 mg/dia; AAS, 100 mg; ticagrelor, 90 mg; bisoprolol, 2,5 mg 12/12 h; enalapril, 20 mg, 12/12 h; dapaglifozina, 10 mg; methotrexato 20 mg/semana; ácido fólico 5 mg/semana. Exames atuais: LDL-C basal (antes do tratamento) = 192 mg/dL; LDL-C atual = 88 mg/dL; creatinina = 0,96 mg/dL. Qual é a conduta apropriada no manejo da dislipidemia?

- A. Manter o tratamento atual, já que houve redução > 50% do LDL-C.
- B. Aumentar rosuvastatina para 40 mg/dia e manter ezetimiba.
- C. Associar ácido bempedoico, pois o paciente permanece acima da meta de LDL-C.
- D. Iniciar evolocumabe, uma vez que o LDL-C ainda está acima da meta.

Recurso:

Prezada banca,

Solicito a anulação da questão, visto que ela apresenta duas alternativas corretas segundo as diretrizes atuais. O paciente descrito enquadra-se como de muito alto risco cardiovascular, e de acordo com a Diretriz Brasileira de Dislipidemia da SBC 2025, a meta de LDL-C para esse grupo é inferior a 50 mg/dL, além de redução igual ou superior a 50% em relação ao valor basal. Embora tenha ocorrido redução percentual adequada, o LDL-C atual de 88 mg/dL está muito acima da meta estabelecida.

Tanto a SBC 2025 quanto a ESC 2025 orientam que, quando a combinação de estatina de alta potência com ezetimiba não atinge a meta, existem duas estratégias corretas para intensificação terapêutica: a adição de ácido bempedoico ou o início de um inibidor de PCSK9. Ambas as intervenções são recomendadas e constam nos algoritmos terapêuticos como opções válidas e equivalentes para pacientes que permanecem acima da meta, exatamente como no caso proposto.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

EINSTEIN - 2026

Dessa forma, tanto a alternativa C quanto a alternativa D estão corretas, o que inviabiliza a escolha de uma única resposta. Por apresentar duas alternativas verdadeiras, a questão possui erro de construção e deve ser anulada.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 47

Homem de 35 anos, asmático desde a infância, vem em uso de budesonida-formoterol (Symbicort® Turbuhaler) 12/400 mcg, 2 jatos, 2 vezes por dia, com técnica inalatória adequada. Atualmente, está assintomático, não apresentou crises nem exacerbação nos últimos 6 meses, e não tem limitação para realizar atividades físicas. Vem para a consulta ambulatorial querendo orientações sobre a manutenção da medicação e traz consigo exames que foram solicitados para esse retorno: • Espirometria: VEF_1 = 98% do previsto, pós-broncodilatador sem resposta significativa; • FeNO: 12 ppb; • Eosinófilos séricos: 80 céls/uL; • IgE total: dentro da normalidade. Qual alternativa indica a classificação e a conduta corretas com relação ao tratamento da asma para esse paciente?

- A. Paciente apresenta critérios de cura, com baixa chance de remissão e deve-se suspender totalmente a medicação inalatória.
- B. Paciente apresenta critérios de remissão, com baixa chance de exacerbação e, nesse caso, deve-se reduzir a dose para budesonida-formoterol 6/200 mcg, conforme necessidade, e manter vigilância por 6-12 meses.
- C. Paciente apresenta critérios de remissão, com baixa chance de exacerbação e, portanto, deve-se manter a dose de budesonida-formoterol por mais 6 meses antes de considerar redução da medicação.
- D. Paciente não tem critérios de remissão e deve iniciar avaliação para biológico, considerando que já usou budesonida-formoterol em alta dose previamente.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (C)

À Banca Examinadora, Solicito gentilmente a anulação da questão por não haver resposta correta.

Síntese técnica do problema: Homem de 35 anos assintomático há 6 meses em uso de budesonida-formoterol 12/400 mcg bid apresenta VEF_1 normal, baixos marcadores inflamatórios e sem exacerbações recentes..

Fundamentação técnica:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

EINSTEIN - 2026

- **Critério de remissão:** considera-se remissão apenas após *período mínimo de 12 meses* de controle sem exacerbações e função pulmonar estável. O paciente acumula apenas 6 meses de controle, estando, portanto, **ainda não em remissão**. Fonte: Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020, 2020 e GINA 2025.
- **Stepdown terapêutico:** Não há nas alternativas a dose de budesonida-formoterol 6/200 mcg 2x ao dia para manutenção, o paciente está no step 4 e deveria ser reduzido ao Step 3. Nenhuma alternativa contempla tal alteração.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, Solicitamos anulação da questão por não ter alternativa correta.

Referências:

- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia — Recomendações para o manejo da asma da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia – 2020 46(1), 2020
- Global Initiative for Asthma — Adaptado - GINA 2025, 2025



@medway.residenciamedica



Medway