



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SUS - 2026

SUS - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 1

Paciente de 58 anos com DPOC apresenta-se em condição estável. Nos últimos doze meses, ele teve duas exacerbações, uma das quais exigiu hospitalização. Ele usa regularmente tiotrópio (2,5 mg/dia) e formoterol (12 µg, duas vezes ao dia) inalatórios; a medicação oral consiste em roflumilaste (500 mg/dia). A hipertensão arterial é bem controlada com metoprolol (50 mg/dia) e ramipril (10 mg/dia). A próxima conduta recomendada é

- A. adicionar budesonida inalatória.
- B. adicionar azitromicina oral.
- C. aumentar a dose dos broncodilatadores.
- D. trocar metoprolol por anlodipino.
- E. trocar os broncodilatadores por brometo de umeclidínio + trifenanato de vilanterol.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

O caso descreve um paciente de 58 anos com DPOC estável, que apresentou duas exacerbações (uma com hospitalização) nos últimos doze meses, em uso regular de tiotrópio (2,5 mg/dia), formoterol (12 µg duas vezes ao dia) e roflumilaste (500 mg/dia), além de hipertensão arterial controlada com metoprolol e ramipril. A questão solicita a próxima conduta terapêutica, porém não informa o valor dos eosinófilos sanguíneos, dado fundamental para a decisão clínica atual.

Segundo as diretrizes do Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD 2026), o benefício da adição de corticosteroide inalatório (ICS) à terapia de manutenção depende diretamente do valor dos eosinófilos sanguíneos. O efeito do ICS é mínimo em pacientes com contagem <100 células/ μ , sendo progressivamente maior acima desse valor, especialmente em pacientes com ≥ 300 células/ μ L.

Além disso, o uso de ICS em pacientes com baixos eosinófilos (<100 células/ μ L) está associado a aumento do risco de pneumonia e outros efeitos adversos, como candidíase oral, disfonia e equimoses cutâneas. A ausência do valor dos eosinófilos impede a adequada avaliação do risco-benefício, podendo expor o paciente a riscos desnecessários sem garantia de benefício clínico.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

As principais diretrizes internacionais, incluindo GOLD e American Thoracic Society, recomendam que a indicação de ICS em pacientes com DPOC e exacerbações frequentes seja baseada na avaliação dos eosinófilos sanguíneos.

Dessa forma, a ausência do valor dos eosinófilos sanguíneos torna impossível selecionar a alternativa correta, pois esse dado é essencial para a recomendação de corticosteroide inalatório segundo as diretrizes atuais.[1][3-4] Sem essa informação, não é possível aplicar a medicina baseada em evidências, já que o risco-benefício do ICS depende diretamente desse biomarcador. Portanto, a questão deve ser anulada ou reformulada para incluir o valor dos eosinófilos, permitindo uma decisão clínica fundamentada e alinhada às recomendações internacionais.

Cordialmente,

Referencias:

1. 2026 GOLD Report and Pocket Guide: Global Strategy for Prevention, Diagnosis, and Management of COPD – 2026 Report.
2. Blood Eosinophils and Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease Science Committee 2022 Review.
3. Diagnosis and Outpatient Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. Riley CM, Sciurba FC. JAMA. 2019;321(8):786-797. doi:10.1001/jama.2019.0131.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 13

Mulher de 52 anos apresenta quadro de quatro semanas de dispneia progressiva, dor torácica do lado esquerdo e tosse seca. O histórico é relevante para histerectomia para miomas uterinos há três anos. A oximetria de pulso é de 93% em ar ambiente. Exames séricos: hemoglobina: 9,8 g/dL; d-dímero: 770 ng/mL. O ultrassom mostra derrame pleural esquerdo, e a toracocentese revela: líquido amarelado e levemente turvo; proteína: 6,1 g/dL; lactato desidrogenase: 5.910 UI/L; pH: 7,44; adenosina deaminase: 12,1 UI/L; contagem de leucócitos: 157.109 células/mm³ (78% linfócitos); coloração de Gram e cultura para bactérias e fungos permanecem negativos; a citologia mostra linfócitos abundantes sem células malignas. Imagens da tomografia realizada são mostradas a seguir: Considerando a principal hipótese diagnóstica, o exame que mais provavelmente pode estabelecer o diagnóstico é



@medway.residenciamedica



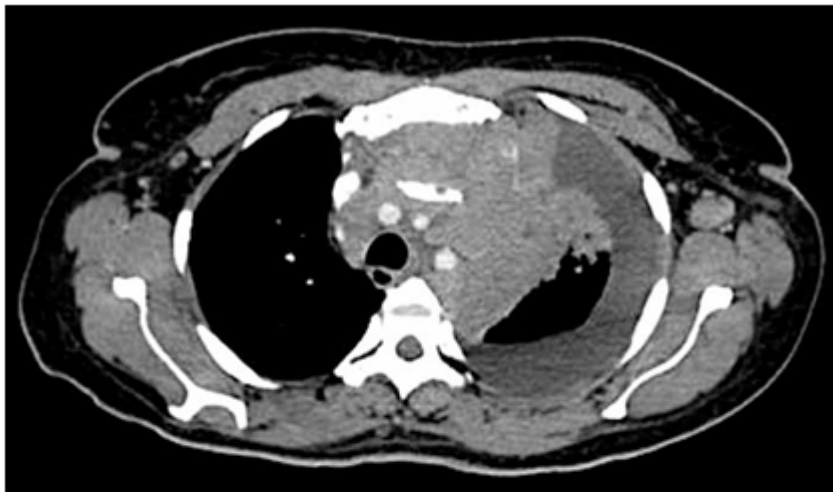
Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

SUS - 2026



(Arquivo pessoal; imagem usada com autorização)

- A. a biópsia pleural por toracoscopia.
- B. a broncoscopia flexível.
- C. a citometria de fluxo do líquido pleural.
- D. o ensaio de liberação de interferon- γ sérico.
- E. a mediastinoscopia.

Recurso:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se ampliação do gabarito da questão para **tanto a alternativa A (biópsia pleural por toracoscopia) quanto a alternativa C (citometria de fluxo do líquido pleural)** como corretas, considerando o contexto clínico apresentado.

O quadro de derrame pleural exsudativo, linfocítico, com citologia negativa para malignidade, é sugestivo de etiologias como linfoma, outros processos linfoproliferativos ou malignidade pleural. A biópsia pleural por toracoscopia é considerada padrão-ouro para o diagnóstico de malignidade pleural, com sensibilidade superior a 90% para neoplasias e tuberculose, permitindo avaliação macroscópica e coleta de múltiplas amostras para histopatologia e imunohistoquímica. A American College of Chest Physicians recomenda a biópsia pleural (guiada por imagem ou toracoscopia) como próximo passo após citologia negativa em pacientes com suspeita de malignidade pleural.

Entretanto, diante de um derrame pleural linfocítico, especialmente com contagem elevada de linfócitos e ausência de células malignas na citologia, a suspeita de linfoma pleural deve ser considerada. Nesses casos, a citometria de fluxo do líquido pleural pode ser diagnóstica, permitindo a identificação de populações clonais de células B ou T, com sensibilidade elevada para linfoproliferativos, podendo evitar procedimentos invasivos em casos selecionados. A citometria de fluxo aumenta o rendimento diagnóstico em efusões malignas, especialmente hematológicas, e é recomendada como parte do algoritmo diagnóstico em efusões linfocíticas de causa indeterminada.

Portanto, à luz das evidências atuais, ambas as abordagens são justificáveis e recomendadas para o diagnóstico etiológico do derrame pleural exsudativo linfocítico, devendo o gabarito ser ampliado para contemplar as alternativas A e C como corretas.

Cordialmente,

Referencias:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

1- Evaluation of Exudative Pleural Effusions: A Multicenter, Prospective, Observational Study. Ak G, Metintas S, Taskin AN, et al. Lung. 2022;200(6):807-815. doi:10.1007/s00408-022-00573-8.

2- Medical Thoracoscopy vs CT Scan-Guided Abrams Pleural Needle Biopsy for Diagnosis of Patients With Pleural Effusions: A Randomized, Controlled Trial. Metintas M, Ak G, Dunder E, et al. Chest. 2010;137(6):1362-8. doi:10.1378/chest.09-0884.

3- Pleural Controversy: Close Needle Pleural Biopsy or Thoracoscopy-Which First?. Koegelenberg CF, Diacon AH. Respirology (Carlton, Vic.). 2011;16(5):738-46. doi:10.1111/j.1440-1843.2011.01973.x.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 15

Homem de 29 anos, com histórico de transtorno psiquiátrico há seis anos, é levado ao hospital pela família devido ao agravamento das alucinações. Normalmente ele ouve vozes suaves e ocasionalmente vê ladrões mascarados, mas consegue diferenciar as alucinações da realidade. Os sintomas psicóticos geralmente são bem controlados com ziprasidona, mas as alucinações começaram a piorar há três dias, após uma briga com sua parceira. Isso culminou com ele pulando através das portas de vidro em perseguição a "ladrões mascarados" durante o jantar na casa da família. Sua fala também se tornou altamente desorganizada. Ele admite ter ideias suicidas e diz se sentir deprimido. O paciente teve três episódios no passado em que as alucinações pioraram enquanto também se sentia deprimido (todos duraram cerca de três semanas), e os sintomas psicóticos pioraram simultaneamente. A família afirma que ele foi internado três vezes e que a dose de antipsicóticos foi aumentada nas duas últimas ocasiões. Não há histórico de abuso de substâncias, e o exame toxicológico é negativo para substâncias ilícitas. Considerando todos esses achados, com maior probabilidade, o diagnóstico correto é

- A. esquizofrenia.
- B. transtorno esquizofreniforme.
- C. transtorno bipolar.
- D. transtorno esquizoafetivo.
- E. transtorno depressivo maior com características psicóticas.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente com histórico psicótico de 6 anos apresenta exacerbações de alucinações e discurso desorganizado predominantemente psicótico, com sintomas depressivos associados transitórios. Não há evidência de persistência do humor deprimido na maior parte do curso da doença.

Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Fundamentação técnica:

- **Transtorno esquizoafetivo (Critério C):** exige que sintomas de humor estejam presentes por grande parte da duração total da doença, o que não ocorre neste caso, em que predomina o quadro psicótico intermitente.
Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014.
- **Esquizofrenia:** definida por sintomas psicóticos (ideias delirantes, alucinações, discurso desorganizado) por ≥ 6 meses, com possível presença de sintomas de humor breves ou secundários.
Fonte: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014.
- **Sintomas depressivos secundários:** podem ocorrer em fases psicóticas da esquizofrenia, com risco de suicídio elevado.
Fonte: Psiquiatria para estudantes de medicina.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito para (A).

Referências

- American Psychiatric Association — Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5, 2014
- Psiquiatria para estudantes de medicina — Psiquiatria para estudantes de medicina, EDIPUCRS



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 29

Homem de 67 anos, com histórico de doença arterial coronariana, para a qual foi submetido à cirurgia de re-vascularização do miocárdio há cinco anos, realiza um ecocardiograma que mostra um ventrículo esquerdo (VE) levemente aumentado com fração de ejeção de VE de 25%. Ele consegue se exercitar quatro vezes por semana durante uma hora e também faz caminhadas por alguns horas todos os fins de semana. Ele está em terapia medicamentosa com doses otimizadas de carvedilol, lisi-nopril, espironolactona, aspirina e atorvastatina. O eletro-cardiograma mostra ritmo sinusal com bloqueio de ramo direito e duração do QRS de 138 ms. A recomendação de escolha para esse paciente é

- A. associar sacubitril -valsartana.
- B. associar sotalol.
- C. indicar um cardioversor desfibrilador implantável.
- D. recomendar um marcapasso biventricular.
- E. manter o tratamento atual.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora

A questão 29 não apresenta uma resposta conceitual adequada. Conforme a Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023, "CDI é recomendado em pacientes com história de IAM > 40 dias ou cardiopatia isquêmica crônica, sob tratamento farmacológico ótimo, sem isquemia miocárdica passível de tratamento por revascularização cirúrgica ou percutânea e expectativa de vida de pelo menos 1 ano e que apresentem FEVE $\leq 35\%$ e CF II-III, ou FEVE $\leq 30\%$ e CF I, II ou III". Nesse caso, é um paciente que não encontra-se em terapia médica otimizada, faltando a prescrição de um inibidor de SGLT2.

Referência Bibliográfica: Teixeira RA, Fagundes AA, Baggio Junior JM, Oliveira JC, Medeiros PTJ, Valdigem BP, Teno LAC, et al. Diretriz Brasileira de Dispositivos Cardíacos Eletrônicos Implantáveis – 2023. Arq. Bras. Cardiol. 2023;120(1):e20220892.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 31

Mulher de 45 anos, com doença de Crohn ileal fibroestenótica, é atendida com quadro de diarreia crônica. Ela foi submetida a uma ressecção ileal há três anos para tratamento de obstrução do intestino delgado. Há dois meses, uma ileocectomia para obstrução recorrente foi realizada. A revisão de suas anotações cirúrgicas indica que aproximadamente 120 cm de íleo foram ressecados. Desde então, ela tem evacuado diariamente, com fezes múltiplas, soltas e fétidas. Não há hematoquezia ou melena. A paciente refere perda de peso de 3,6 kg nos últimos três meses e nega tabagismo ou consumo de álcool. Ao exame físico: sinais vitais normais; IMC: 20 kg/m²; abdome: notam-se cicatrizes cirúrgicas de aspecto normal, sem dor. A causa mais provável da diarreia é

- A. aumento da excreção fecal de ácido biliar.
- B. depleção de ácido biliar.
- C. supercrescimento bacteriano do intestino delgado.
- D. insuficiência pancreática exócrina.
- E. recorrência da doença de Crohn.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicita-se à banca examinadora que considere na questão 31 **corretas ambas as alternativas** referentes à causa da diarreia crônica em paciente com doença de Crohn ileal fibroestenótica submetida à ressecção ileal extensa, especificamente: **depleção de ácido biliar** e **supercrescimento bacteriano do intestino delgado (SIBO)**.

A literatura médica atual reconhece que a ressecção de mais de 100 cm de íleo compromete a reabsorção de ácidos biliares, levando à depleção do pool biliar, má absorção de gorduras e diarreia aquosa e fétida. Revisões sistemáticas e artigos de consenso apontam que até 80% dos pacientes pós-ressecção ileal desenvolvem diarreia por esse mecanismo.[\[1\]\[2\]\[3\]\[4\]\[5\]](#) Além disso, a American College of Gastroenterology e a American Gastroenterological Association destacam que alterações anatômicas, estenoses e múltiplas cirurgias favorecem o desenvolvimento de SIBO, que também cursa com diarreia crônica, distensão abdo-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

minal e perda ponderal, sendo prevalente em pacientes com doença de Crohn e ressecção ileal.[\[6\]\[7\]](#)

Ambas as condições podem coexistir e são frequentemente indistinguíveis clinicamente, exigindo investigação direcionada e abordagem terapêutica individualizada. A literatura recente reforça que a diarreia pós-ressecção ileal é multifatorial, e tanto a depleção de ácido biliar quanto o SIBO devem ser considerados no diagnóstico diferencial e manejo desses pacientes.[\[1\]\[2\]\[6\]\[7\]\[8\]\[3\]\[4\]\[9\]\[5\]](#)

Diante do exposto, solicita-se que a banca reconheça a validade de ambas as alternativas, em consonância com o consenso clínico e as recomendações das principais sociedades gastroenterológicas internacionais.

Referencias Bibliográficas:

1. [The Role of Bile Acids in Chronic Diarrhea](#). Camilleri M, Vijayvargiya P. The American Journal of Gastroenterology. 2020;115(10):1596-1603. doi:10.14309/ajg.0000000000000696.
2. [Review Article: Bile Acid Diarrhoea - Pathogenesis, Diagnosis and Management](#). Motacki N, Simrén M, Bajor A. Alimentary Pharmacology & Therapeutics. 2016;43(8):884-898. doi:10.1111/apt.13570.
3. [Systematic Review of Bile Acids Metabolism in Crohn's Disease: Implications for Pathogenesis and Therapeutic Interventions](#). Abubasheer TM, Saad K, Altaweel A, et al. Digestive Diseases and Sciences. 2025;:10.1007/s10620-025-09557-z. doi:10.1007/s10620-025-09557-z.
4. [The Continuing Importance of Bile Acids in Liver and Intestinal Disease](#). Hofmann AF. Archives of Internal Medicine. 1999 Dec 13-27;159(22):2647-58. doi:10.1001/archinte.159.22.2647.
5. [Jejunal Absorption of Bile Salts After Resection of the Ileum](#). Tilson MD, Boyer JL, Wright HK. Surgery. 1975;77(2):231-4.
6. [AGA Clinical Practice Update on Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Expert Review](#). Quigley EMM, Murray JA, Pimentel M. Gastroenterology. 2020;159(4):1526-1532. doi:10.1053/j.gastro.2020.06.090.
7. [ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth](#). Pimentel M, Saad RJ, Long MD, Rao SSC. The American Journal of Gastroenterology. 2020;115(2):165-178. doi:10.14309/ajg.0000000000000501.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

SUS - 2026

8. [Influence of the Bile Acid/Microbiota Axis in Ileal Surgery: A Systematic Review](#). Senanayake T, Makanyengo S, Hoedt EC, et al. Colorectal Disease : The Official Journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 2024;26(2):243-257. doi: 10.1111/codi.16837.
9. [Increased Primary Bile Acids With Ileocolonic Resection Impact Ileal Inflammation and Gut Microbiota in Inflammatory Bowel Disease](#). Battat R, Scherl EJ, Lukin D, et al. Journal of Crohn's & Colitis. 2023;17(5):795-803. doi:10.1093/ecco-jcc/jjac173.



@medway.residenciamedica



Medway