



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

USP-RP - 2026

USP-RP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 4

Mulher, 56 anos, relata que ciclos menstruais ocorreram até os 52 anos. Nega ondas de calor leves e sintomas que interfiram em sua qualidade de vida. Seu peso é 56 Kg. IMC é de 20 kg/m². Nega doenças crônicas, mas fraturou duas costelas no ano passado após cachorro a derrubar. Nega tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e uso crônico de medicamentos. Sua ingestão diária fornece 1.200 mg de cálcio e 800 UI de vitamina D. Sua mãe fraturou o quadril. A paciente traz densitometria mineral óssea (Tabela), com exame de boa qualidade. Na avaliação radiológica não há fratura em coluna vertebral. O risco FRAX de 10 anos é de 3.5% para fratura osteoporótica grave. Qual é a melhor conduta para essa paciente?

Local	g/cm ²	T-score
Quadril total	0,850	-1,4
Colo femoral	0,785	-1,8
L1-L4	0,980	-0,4

Densitometria Óssea

- A. Alendronato via oral.
- B. Terapia de reposição hormonal.
- C. Observação clínica.
- D. Raloxifeno via oral.

Recurso:

Prezada banca examinadora, a questão de número 4 traz uma paciente de 56 anos, com menopausa aos 52 anos, IMC de 20 kg/m² que apresenta histórico de fraturas de costela após ser derrubada por cachorro. Diante de uma Densitometria óssea que demonstra osteopenia, com T-SCORE entre -1 e -2,5 DP para quadril total e colo de fêmur, é questionada a melhor conduta.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

A resposta fornecida foi a realização de observação clínica (letra C). No entanto questiono se a conduta conservadora seria realmente adequada, a partir da evidência da necessidade de intervenção por dois principais motivos: o tipo de fraturas ocorridas e o risco de fraturas osteoporóticas maiores em 10 anos (calculado pelo FRAX).

Quanto ao mecanismo de trauma descrito para as fraturas, há dúvida se o descrito ('cachorro a derrubar') define um episódio de fratura por fragilidade e não uma fratura traumática, como se interpretou para a indicação de conduta conservadora. A definição de fratura por fragilidade, conforme descrito no *Guideline da American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology (AAACE, 2020)*, é aquela decorrente de força similar à de uma queda partindo da posição de pé ou menor, que não resultaria em fraturas em um osso saudável. Há de se destacar ainda, que a topografia das fraturas ocorridas na referida paciente não é descrita como um dos sítios de fratura de exceção para o diagnóstico de fratura por fragilidade (sendo estes bem descritos como crânio, face, mãos e pés pela AAACE). O Manual Brasileiro de Osteoporose ressalta ainda que o diagnóstico de osteoporose pode ser feito na presença de uma fratura por fragilidade, principalmente na coluna, quadril, punho, úmero e costela, mesmo sem a avaliação medida da DMO.

Ademais, quando avaliado o risco de fraturas pelo instrumento FRAX calibrado para o Brasil, com base em dados epidemiológicos nacionais de incidência de fratura de quadril e mortalidade, é necessário avaliar a curva de limiares de intervenção baseado no risco calculado, a curva proposta pelo *National Osteoporosis Guideline Group (NOGG)*. Para uma mulher, brasileira, com 56 anos de idade, que realizou densitometria e apresenta risco de fraturas maiores de 3,5%, encontramos alto risco de fratura, conforme exposto abaixo após uso da ferramenta do FRAX como indicado no Manual Brasileiro de Osteoporose. O alto risco para fraturas nas curvas NOGG, determina limiar de intervenção.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

2 Preencha os campos abaixo informando as probabilidades de fraturas maiores e fraturas de quadril obtidas acima com a ferramenta FRAX.

Idade:

Fraturas maiores:

Gênero: ☒ Feminino
☐ Masculino

Fraturas de quadril:

Densitometria óssea: ☒ Realizou
☐ Não realizou

CALCULAR



*usar ponto nas casas decimais
*todos os campos devem ser
preenchidos



@medway.residenciamedica



Medway

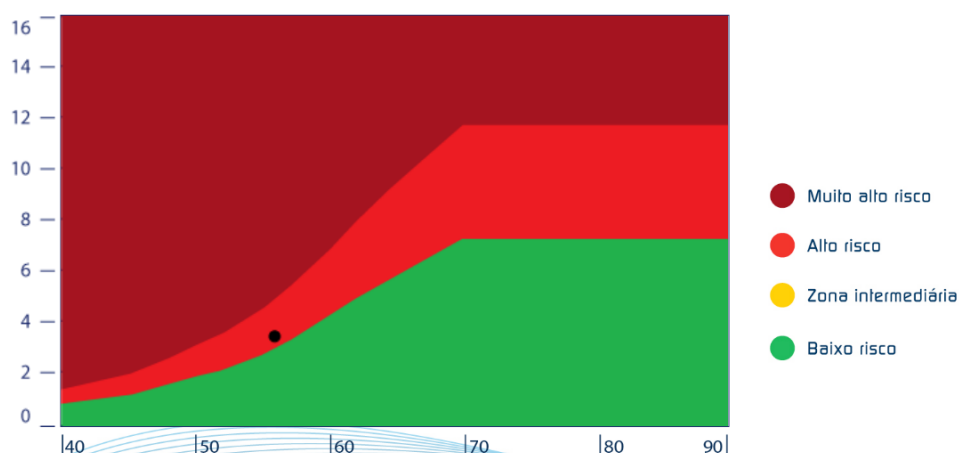


RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

3

FRATURAS MAIORES



A AACE e o Manual Brasileiro de Osteoporose recomendam tratamento farmacológico para aqueles pacientes com Osteopenia, ou seja, T-score entre -1 e -2,5 na coluna, colo de fêmur, quadril total ou 1/3 distal do rádio com história de fratura por fragilidade e/ou com FRAX acima do limiar de intervenção específico daquele país. Diante do exposto o uso de um dos fármacos anti-reabsortivos como Alendronato, Risendronato, Zoledronato ou Denosumabe deve ser considerado como opção inicial de tratamento. Assim sendo, a escolha de Alendronato torna-se adequada como conduta para o caso exposto.

Considerando que as fraturas apresentadas podem ser interpretadas como fraturas por fragilidade óssea e que o FRAX ajustado para dados da população brasileira determinaria alto risco para fraturas maiores nos próximos 10 anos, entendo que a resposta contida na alternativa A (Alendronato por via oral) pode ser adequada como gabarito da referida questão.

Solicito cordialmente a análise de recurso para troca de gabarito para letra A ou anulação da questão, uma vez que o instrumento para entendimento do risco de fraturas pelo FRAX não é disponível aos candidatos durante a resolução da prova e que há dúvidas na interpretação do mecanismo de fratura para as apresentadas, afinal a descrição de que a paciente



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

foi derrubada por um cachorro deixa dúvidas se houve alta energia para se considerar fratura traumática ou não, podendo-se considerar fratura por fragilidade.

Referências Bibliográficas:

CAMACHO, Pauline M. et al. American Association of Clinical Endocrinologists/American College of Endocrinology clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of postmenopausal osteoporosis—2020 update. **Endocrine Practice**, v. 26, p. 1-46, 2020.

PEDRO, Adriana Orcesi; PLAPLER, P. G.; SZEJNFELD, Vera Lúcia. Manual brasileiro de osteoporose: orientações práticas para os profissionais de saúde. **São Paulo: Editora Clannad**, v. 1, 2021.

KHAN, Aliya A. et al. Osteoporotic fractures: diagnosis, evaluation, and significance from the International Working Group on DXA Best Practices. In: **Mayo clinic proceedings**. Elsevier, 2024. p. 1127-1141.

GREGSON, Celia L. et al. The 2024 UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. **Archives of Osteoporosis**, v. 20, n. 1, p. 119, 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 16

Homem, 45 anos, procura atendimento devido mal-estar geral e cefaleia holocraniana intensa há 6 horas, com início após o almoço. Refere também náuseas, vômitos e visão turva. Sem outras queixas. Relata apresentar pré-diabetes e hipercolesterolemia, sem outras comorbidades. Em uso de metformina 1g/dia e atorvastatina 40mg/dia. Exame físico: REG, FC: 92 bpm, PA: 174 x 112 mmHg, FR: 16 irpm, SatO2: 95% em ar ambiente. Sem outras alterações. Qual é a conduta mais apropriada para o caso nesse momento?

- A. Reduzir a pressão arterial de forma rápida com nifedipina.
- B. Reduzir a pressão arterial de forma lenta com nitroprussiato de sódio.
- C. Reduzir a pressão arterial de forma lenta com captopril.
- D. Reduzir a pressão arterial de forma rápida com nitroglicerina.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A questão de número 16 do concurso para ingresso em R+ de Clínica Médica versa sobre um paciente com cefaleia nova e sintomas visuais no contexto de marcada hipertensão (174 x 112 mmHg). Nesse sentido é questionada a conduta mais apropriada.

Nesse momento duas hipóteses diagnósticas se tornam importantes: Síndrome de Encefalopatia Posterior Reversível (PRES) e AVC hemorrágico.

Visto que no AVC hemorrágico, conforme o estudo INTERACT III, precisa de manejo agressivo da pressão, atingindo o alvo em até 1 hora do tratamento.

Já no caso da PRES o manejo pressórico pode ser mais lento.

Assim, a conduta mais adequada seria tomografia de crânio. Por prevalência, uma hipótese a ser considerada seria AVC hemorrágico, necessitando de redução rápida de pressão com nitroprussiato.

Como nenhum dos itens contempla essas medidas, não há resposta adequada dentre os itens enunciados e solicito anulação da questão.





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 49

Homem, 98 anos, em seguimento ambulatorial há mais de 10 anos, expressa vontade de não realizar terapia renal substitutiva há dois anos, quando foi diagnosticado com estágio G5 de doença renal crônica. O mesmo é admitido em pronto-socorro com náuseas diárias há 1 mês, associado à perda ponderal progressiva, prurido intenso e desorientação no espaço. Exames laboratoriais: creatinina 8,1 mg/dL, ureia 187 mg/dL, K 5,5 mmol/L, Na 144 mmol/L, pH 7,2, HCO₃ 16 mmol/L, albumina 2,1 g/dL. Qual é a conduta mais adequada para este caso?

- A. Orientar hidratação e dieta hiperprotéica via enteral.
- B. Analgo sedação com morfina endovenosa sob internação.
- C. Iniciar ondansetrona e pregabalina com retorno ambulatorial.
- D. Prescrever diálise incremental após punção de cateter.

Recurso:

À Banca Examinadora,

A alternativa considerada correta (letra C) não contempla a complexidade clínica e ética do caso apresentado. O paciente é um idoso de 98 anos, com DRC estágio G5 não dialítico por diretivas antecipadas de vontade, que agora se apresenta com quadro compatível com uremia avançada: náuseas persistentes, perda ponderal, prurido refratário, hipoalbuminemia importante e alteração do estado mental (desorientação). Além disso, há distúrbio ácido-base significativo (pH 7,2 e HCO₃ 16), indicando acidose metabólica moderada a grave, que por si só exige manejo ativo em ambiente hospitalar.

A alternativa C sugere apenas controle sintomático mínimo, em regime ambulatorial, sem garantir monitorização, ajuste terapêutico ou suporte adequado. No entanto, pacientes em uremia com alteração do sensorium não devem ser manejados em domicílio, pois há risco de piora rápida, desidratação, intoxicação urêmica, arritmias e incapacidade de autocuidado. O retorno ambulatorial não assegura controle de sintomas, tampouco respeito pleno ao princípio da não maleficência.

Além disso, o fato de o paciente ter recusado terapia renal substitutiva não significa recusa de cuidados hospitalares ou cuidados paliativos. Pelo contrário: suas diretivas antecipadas





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

reforçam que o foco deve ser conforto e controle efetivo dos sintomas, o que não é alcançável por simples prescrição de ondansetrona e pregabalina e liberação para casa.

Entre as opções disponíveis, a alternativa B (analgo-sedação sob internação) é a que melhor se alinha ao princípio dos cuidados paliativos, garantindo manejo adequado de dispnéia, náuseas, confusão, desconforto global e sofrimento existencial. Trata-se de abordagem proporcional, centrada em sintomas, sem contrariar a vontade previamente expressa de não realizar diálise. É a única opção que promove cuidado integral, seguro e humanizado.

Portanto, solicito revisão do gabarito, dado que a alternativa C não atende às necessidades clínicas e paliativas desse paciente e representa risco assistencial, enquanto a alternativa B é a única que oferece controle sintomático digno e coerente com suas diretivas antecipadas de vontade.

Referências

- Sociedade Brasileira de Nefrologia — Diretrizes para Terapia Renal Substitutiva (Edição Única), 2021
- KDIGO Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3(1):1-150.
- UpToDate – Conservative management of end-stage kidney disease (último acesso).
- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) – Diretrizes de Cuidados Paliativos para Idosos Frágeis (2018).
- World Health Organization (WHO) – Palliative Care Guidelines.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 72

Mulher, 66 anos, procurou atendimento devido palpitações taquicárdicas iniciadas 1 hora antes, sem outras queixas. Os episódios são recorrentes, com duração inferior a 30 minutos, iniciados há 1 mês. Hipertensa em uso de ramipril, anlodipino e hidroclorotiazida. Exame físico inicial mostrava ritmo cardíaco irregular, FC média de 106 bpm e PA de 128 x 80 mmHg, sem outras alterações. Eletrocardiograma inicial: ritmo de fibrilação atrial. Durante o atendimento, houve reversão espontânea da arritmia, com restabelecimento do ritmo sinusal após cerca de 10 minutos da realização do eletrocardiograma da entrada. Ecocardiograma: fração de ejeção do ventrículo esquerdo = 42%, sem alterações de mobilidade segmentar, ausência de doença valvar cardíaca. Qual é a conduta inicial mais adequada para essa paciente?

- A. Uso contínuo de propafenona, sem anticoagulação oral.
- B. Ablação por cateter, sem anticoagulação oral.
- C. Ablação por cateter, com anticoagulação oral.
- D. Uso contínuo de amiodarona, com anticoagulação oral.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicito ampliação do gabarito para letra C. Conforme a Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial de 2025, "A ablação por cateter de FA deve ser considerada como terapia de primeira linha em pacientes portadores de FA paroxística sintomática em caso de escolha do paciente". Portanto, a letra C também está correta. Página 41 dessa Diretriz.

Referência: Cintra FD, Pisani CF, Rezende AGS, Henz BD, Armaganijan LV, Pimentel M, Lopes RD, et al. Diretriz Brasileira de Fibrilação Atrial – 2025. 2025;00(00):00.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 94

Mulher, 81 anos, com diagnóstico recente de demência devido à doença de Alzheimer, apresentando alterações comportamentais. Exame físico: FC = 58 bpm, sem outras alterações. Qual é a medida medicamentosa mais indicada nesse momento?

- A. Donepezila.
- B. Quetiapina.
- C. Clonazepam.
- D. Sertralina.

Recurso:

Prezada Banca Examinadora,

Solicito revisão do gabarito da questão, que considera como correta apenas a alternativa D (sertralina). A formulação apresentada pela banca não especifica quais são as alterações comportamentais presentes na paciente com demência devido à doença de Alzheimer, impossibilitando definir um único tratamento farmacológico adequado. O termo alterações comportamentais é amplo e abrange quadros distintos, como sintomas depressivos, agitação psicomotora, irritabilidade, agressividade, ansiedade, distúrbios do sono e até delirium superposto. Cada um desses domínios exige condutas diferentes.

A sertralina é apropriada quando há sintomas depressivos ou ansiosos. Porém, se o quadro for predominantemente de agitação, agressividade ou comportamento disruptivo, o fármaco de eleição passa a ser um antipsicótico atípico de baixo risco, como a quetiapina, conforme diretrizes da American Psychiatric Association (APA), National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Além disso, o achado de bradicardia (FC 58 bpm) contraindica o donepezila neste momento, mas não diferencia entre depressão, agitação ou delírio.

Sem definição clara do sintoma-alvo, a questão se torna ambígua e admite mais de uma resposta possível. Assim, solicito a ampliação do gabarito para contemplar tanto a alternativa D (sertralina), quando o quadro for depressivo ou ansioso, quanto a alternativa B (quetiapina), quando a alteração comportamental for agitação ou agressividade, dada a impossibi-





RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

USP-RP - 2026

bilidade de identificar o fenômeno comportamental específico com as informações fornecidas.

Referências:

- Alzheimer's Association (USA). Dementia-Related Behavioral Symptoms Guidelines. 2023 Update.
- International Psychogeriatric Association (IPA). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: Consensus Statement. 2016.
- UpToDate – Management of neuropsychiatric symptoms of dementia.



@medway.residenciamedica



Medway