



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026

medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 3

Homem, 54 anos de idade, submetido a transplante hepático há 65 dias, evoluiu com lesão renal aguda e elevação da carga viral de CMV após 3 semanas de tratamento preemptivo com ganciclovir. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Revisar a dose de ganciclovir de acordo com TFG e peso do paciente.
- B. Substituir ganciclovir por foscarnet e solicitar genotipagem do CMV.
- C. Substituir ganciclovir por maribavir e reduzir a imunossupressão.
- D. Administrar imunoglobulina e associar letermovir.

Recurso:

Resumo da atividade: Mudança de gabarito para (B)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica do problema: Paciente transplantado hepático em terapia preemptiva com ganciclovir apresentou falha virológica associada a lesão renal aguda, sugerindo resistência ou toxicidade ao ganciclovir. Fonte: **Tratamento de CMV em Transplante**.

- **Falha terapêutica ao ganciclovir:** Persistência ou aumento da carga viral após 2–3 semanas de tratamento é sinal de resistência ou de eficácia subótima do fármaco. Fonte: **Tratamento de CMV em Transplante**.
- **Uso de foscarnet:** Foscarnet é recomendado como terapia de segunda linha em casos de resistência documentada ou intolerância ao ganciclovir, apresentando atividade direta contra CMV sem depender de fosforilação viral. Fonte: **Tratamento de CMV em Transplante**.
- **Genotipagem do CMV:** A confirmação de mutações de resistência orienta a escolha terapêutica e evita exposição prolongada a fármacos ineficazes. Fonte: **Tratamento de CMV em Transplante**.

Conclusão e pedido: Diante do exposto, solicitamos mudança do gabarito para (B), pois a conduta mais adequada é substituir ganciclovir por foscarnet e solicitar genotipagem do CMV. Corrigir a dose do ganciclovir (para baixo) no contexto de piora de função renal não vai tratar o vírus.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO
OBJETIVA

UNIFESP - 2026

Referências

- — Tratamento de CMV em Transplante, 2024



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 13

Homem, 70 anos de idade, com Síndrome Mielodisplásica de Alto Risco em tratamento com agente hipometilante, apresenta neutropenia ($450/\text{mm}^3$). Exame físico: bom estado geral, $T = 38,1^\circ\text{C}$, $PA = 130/80 \text{ mmHg}$, $FC = 88 \text{ bpm}$. Escore de MASCC = 22. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Internação hospitalar para antibioticoterapia endovenosa com cefepime em monoterapia.
- B. Internação para antibioticoterapia endovenosa com piperacilina-tazobactam e vancomicina.
- C. Tratamento ambulatorial com moxifloxacino por via oral.
- D. Tratamento ambulatorial com ciprofloxacino e amoxicilina-clavulanato por via oral.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

A questão 13 nos traz o caso clínico de um paciente com neutropenia febril com MASCC de 22, configurando, teoricamente um baixo risco. No entanto, um ponto a se ressaltar, é que o paciente trazido pelo enunciado é portador de uma síndrome mielodisplásica de alto risco, doença hematológica de alto risco, que não é bem contemplada pelo escore MASCC.

O escore MASCC foi originalmente validado em populações heterogêneas de pacientes oncológicos, incluindo aqueles com neoplasias hematológicas, como leucemias agudas e linfomas, mas não foi especificamente validado em coortes exclusivas de SMD de alto risco.

As coortes de validação do escore MASCC, apesar de contemplarem pacientes portadores de alguns tipos de leucemias e linfomas, não contemplaram pacientes com SMD de alto risco.

O próprio guideline na NCCN, inclusive, descreve em seus critérios para considerar tratamento ambulatorial para pacientes de baixo risco uma neutropenia com duração prevista curta (< 7 dias), algo que não é compatível com o diagnóstico de SMD de alto risco.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Assim, o paciente em questão, via de regra, não poderia ser automaticamente candidato a terapia ambulatorial somente pelo MASCC, já que a duração da neutropenia esperada para o caso é prolongada, indicando que esse paciente seja manejado como uma neutropenia febril de alto risco.

Por esse motivo, solicito alteração do gabarito de letra D para letra A.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 14

Mulher, 54 anos de idade, há 5 anos foi diagnosticada com artrite reumatoide e está em uso de 5 mg de prednisona há 6 meses. Apresenta também diabetes tipo 2, hipertensão arterial e hipercolesterolemia e faz uso de canagliflozina, metformina, losartana e atorvastatina. Densitometria óssea: osteopenia. Quanto ao cálculo do FRAX, assinale a alternativa mais adequada.

- A. Não é necessário ser calculado, pois a paciente apresenta alto risco de fratura devido aos múltiplos fatores de risco.
- B. Deve ser realizado o TBS previamente para ajuste do FRAX.
- C. Não é necessário ser calculado, pois a paciente não apresenta osteoporose à densitometria óssea.
- D. Deve ser realizado assinalando corticoide e artrite reumatoide e ajustado para diabetes acrescentando 10 anos na idade da paciente.

Recurso:

Venho por meio deste solicitar a **anulação da questão 14** da prova para pré-requisito em Clínica Médica da UNIFESP, considerando que **não há alternativa correta**, conforme demonstrado abaixo.

1. Fundamentação técnica

A questão apresenta paciente com osteopenia, artrite reumatoide e uso de **prednisona 5 mg/dia há 6 meses**. O gabarito oficial aponta a alternativa **D** como correta — a qual afirma que o cálculo do FRAX deve ser realizado assinalando corticoide e artrite reumatoide, com ajuste adicional para diabetes.

Entretanto, de acordo com o próprio **FRAX® 2.0**, a variável “uso de glicocorticoides” deve ser marcada como **positiva** apenas como fator de risco geral, mas **ajustes adicionais de probabilidade** só são aplicáveis quando o paciente utiliza **≥ 7,5 mg/dia de prednisona** (ou equivalente) por pelo menos 3 meses.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

O FRAX explicita:

Ajustes de risco para uso de glicocorticoides devem ser aplicados quando a dose diária é **maior que 7,5 mg/dia de prednisona** (FRAX® – University of Sheffield)

No caso da questão, a paciente utiliza **5 mg/dia**, dose **abaixo do limiar** que justifique qualquer ajuste adicional no cálculo das probabilidades.

Assim:

- A alternativa **D** está incorreta, pois **propõe ajuste indevido** para corticoterapia que *não cumpre os critérios do FRAX*.
- As alternativas **A**, **B** e **C** também são incorretas por diferentes razões técnicas.
- Desta forma, **nenhuma alternativa reflete corretamente o uso do FRAX 2.0**, tornando a questão **sem resposta correta**, o que exige **anulação**.
- Além disso, não há evidência que somar fatores de risco para ajuste de probabilidade irão trazer melhora do desfecho, e quando fazemos este ajuste, devemos sempre considerar o que leva à pior perda de massa óssea.

2. Síntese do motivo da anulação

- O FRAX considera o uso de glicocorticoides como variável binária, mas **os ajustes de risco só são aplicados se a dose $\geq 7,5$ mg/dia**.
- A paciente usa **5 mg/dia**, portanto **não há ajuste a ser aplicado**, invalidando a alternativa D.
- Nenhuma das alternativas contempla a conduta correta segundo o FRAX® 2.0.
- A questão torna-se ambígua e **não possui resposta válida**, justificando a **anulação**.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

3. Referências Bibliográficas

1. **FRAX® 2.0 – University of Sheffield – Official Website.**
2. Kanis JA, et al. **Interpretation and use of FRAX in clinical practice.** Osteoporos Int. 2011;22(9):2395–2411.
3. Compston J, Cooper A, et al. **UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis (NOGG).** 2021
4. Sociedade Brasileira de Reumatologia. **Diretrizes de Osteoporose 2022.**

Conclusão

Dado que **o FRAX não recomenda ajuste da probabilidade de fratura** para pacientes que utilizam **menos de 7,5 mg/dia de prednisona**, a alternativa considerada correta pela banca **(D)** é tecnicamente **incompatível** com a ferramenta que a própria questão exige utilizar, tornando a questão **sem resposta correta**.

Diante disso, solicito respeitosamente a **anulação da questão 14**.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 16

Mulher, 73 anos de idade, teve uma fratura incompleta do rádio distal a direita após cair ao chão a partir de um plano elevado (aproximadamente 60 centímetros) ao realizar atividades domésticas. Essa paciente já havia sido diagnosticada com osteoporose há 6 anos e vinha sendo tratada com infusões de 5 mg de ácido zolendrônico anualmente, tendo recebido um total de 5 infusões até o momento. Exames laboratoriais: cálcio total = 9,4 mg/dL (VR 8,4– 10,3 mg/dL), fósforo = 3,4 mg/dL (VR 2,5–4,5 mg/dL), fosfatase alcalina = 80 U/L (VR 40–129 U/L), creatinina = 0,9 mg/dL (VR 0,6–1,3 mg/dL), 25-OH-vitamina D = 35 ng/mL (VR 30–60 ng/mL), calciúria = 180 mg/24h (VR 100–300 mg/24h), PTH = 45 pg/mL (VR 15–65 pg/mL). A radiografia de coluna torácica e lombar não evidencia nenhuma fratura vertebral. A seguir estão expostos os dados das duas últimas densitometrias ósseas realizada pela paciente (no mesmo aparelho). A mínima variação significativa (MVS) desse aparelho para L1-L4 é 2% e para fêmur total é 2,5%. Qual é a conduta mais adequada?

- A. Fazer férias ("holiday") do ácido zolendrônico por 1 a 3 anos.
- B. Manter a infusão de ácido zolendrônico até completar 10 infusões.
- C. Substituir ácido zolendrônico por denosumabe por 3 a 5 anos.
- D. Substituir ácido zolendrônico por teriparatida por 2 anos.

Recurso:

Prezados(as),

Venho respeitosamente solicitar a revisão da **Questão 16**, pois o enunciado não disponibiliza informações essenciais para que se possa determinar a conduta correta de forma objetiva, conforme preconizado pelas diretrizes de osteoporose.

O enunciado afirma que “estão expostos os dados das duas últimas densitometrias ósseas realizada pela paciente (no mesmo aparelho)” e informa a Mínima Variação Significativa (MVS). No entanto, **as densitometrias não foram apresentadas ao candidato**.

Esses dados seriam fundamentais para responder à questão, porque a decisão clínica entre:



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

- manutenção do bisfosfonato,
- extensão do tratamento,
- mudança de classe terapêutica,
- ou suspensão ("drug holiday"),

depende obrigatoriamente da análise comparativa entre as duas densitometrias, especialmente:

- evolução do T-score,
- variação percentual observada,
- comparação com a MVS,
- definição precisa de resposta terapêutica ou falha.

Sem essas informações, não é possível classificar a paciente como risco baixo, moderado ou alto, e portanto **não é possível escolher corretamente entre as alternativas**.

As quatro opções fornecidas requerem interpretação direta da resposta densitométrica, que **não pode ser realizada, pois a densitometria foi mencionada, mas não exibida no exame**. Assim, o candidato não dispõe das informações necessárias para julgar adequadamente qualquer das condutas sugeridas.

Diante disso, a questão apresenta **dados incompletos para resolução**, impossibilitando a escolha objetiva de uma alternativa correta, caracterizando **vício de formulação**.

Solicito, portanto, de forma cordial, a **anulação da Questão 16** ou sua revisão formal.

Agradeço pela atenção e pelo compromisso com a precisão técnica da avaliação.

Atenciosamente,



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

Especialidade: Clínica Médica

Questão: 41

Homem, 65 anos de idade, é admitido por dor retroesternal em aperto há 2 horas, náuseas e sudorese. Tem antecedente de hipertensão arterial sistêmica e hipercolesterolemia. Exame físico: PA = 140/90 mmHg simétrica, FR = 20 irpm, FC = 90 bpm, SpO₂ = 96% em ar ambiente, peso = 80 Kg; ausculta cardíaca e pulmonar sem alterações, sem edemas, pulsos simétricos e boa perfusão periférica. Eletrocardiograma: supradesnivelamento de segmento ST de parede anterior. A previsão de transferência para hospital com cateterismo cardíaco é de 120 minutos. Qual é a terapêutica imediata mais adequada?

- A. AAS 200 mg VO, clopidogrel 300 mg VO, enoxaparina 30 mg EV e tenecteplase 45 mg EV.
- B. AAS 200 mg VO, clopidogrel 600 mg VO, heparina não fracionada 4.000 UI EV e transferência para intervenção coronariana percutânea primária.
- C. AAS 200 mg VO, clopidogrel 300 mg VO, enoxaparina 30 mg EV e enoxaparina 80 mg subcutânea.
- D. AAS 200 mg VO, clopidogrel 75 mg VO, enoxaparina 30 mg EV, enoxaparina 80 mg subcutânea e alteplase em dose acelerada.

Recurso:

Prezada banca examinadora,

Venho, por meio deste recurso, solicitar a **ampliação do gabarito da questão 41** para considerar corretas **as alternativas A e B**, diante da interpretação contemporânea das principais diretrizes de tratamento do IAM com supradesnivelamento do segmento ST (IAMCSST), especialmente no contexto de um **tempo estimado de transferência de 120 minutos**, que se encontra exatamente no limite entre duas condutas possíveis: angioplastia primária ou estratégia fármaco-invasiva.

A divergência entre diretrizes reconhecidas reforça a necessidade de aceitar ambas as respostas como tecnicamente adequadas.

1. Diretrizes Americanas (AHA/ACC 2025)

As recomendações atualizadas mantêm o ponto de corte de **120 minutos ou menos** como aceitável para encaminhamento imediato à angioplastia primária. Assim, quan-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

UNIFESP - 2026

do o tempo previsto é de até 120 minutos, a preferência é pela intervenção coronariana percutânea primária.

Dessa forma, a alternativa **B** (transferência para ICP primária associada à medicação inicial apropriada) é plenamente condizente com as recomendações americanas.

2. Diretriz Brasileira de Infarto (SBC 2015)

A diretriz nacional também utiliza a lógica de **≤ 120 minutos** como limiar para definir o envio para angioplastia primária, alinhando-se às diretrizes norte-americanas. Novamente, essa recomendação sustenta a validade da alternativa **B**.

3. Diretriz Europeia (ESC 2023)

A diretriz europeia, por sua vez, estabelece uma diferença importante: o limite para intervenção primária é **< 120 minutos**, isto é, estritamente menor. Assim, quando a previsão é **exatamente 120 minutos**, como no caso apresentado, a conduta recomendada passa a ser **estratégia fármaco-invasiva**, com fibrinólise imediata seguida de transferência. Essa abordagem corresponde à alternativa **A**.

Portanto, observa-se que as duas alternativas representam **condutas adequadas**, dependendo da diretriz adotada. Como o enunciado não especifica qual guideline deve ser seguido, e o tempo de 120 minutos se encontra exatamente na zona limítrofe entre as duas estratégias, o julgamento estrito de apenas uma alternativa como correta não se sustenta diante da diversidade de recomendações internacionais e nacionais.

Diante do exposto, a melhor decisão é a **ampliação do gabarito** para incluir **A e B** como alternativas corretas, respeitando a pluralidade de diretrizes atuais e garantindo justiça na avaliação.

Atenciosamente,

Referências utilizadas

1. **AHA/ACC 2025 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction.** American Heart Association/American College of Cardiology, 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO

OBJETIVA

UNIFESP - 2026

2. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Síndromes Coronárias Agudas – SBC 2015.** Arq Bras Cardiol. 2015;105(3):179-264.
3. **ESC Guidelines for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting With ST-Segment Elevation (ESC 2023).** European Heart Journal. 2023;44(39):3720–3826.



@medway.residenciamedica



Medway