

**Especialidade: Clínica Médica****Questão: 6**

Enunciado da Questão

Homem de 52 anos é avaliado por um psiquiatra no serviço de emergência com a queixa de estar ouvindo e vendo pessoas em miniatura que o ordenam a "matar todos ao seu redor". Ele relata que esses sintomas surgiram subitamente, nas últimas 48 horas, mas que já os apresenta de forma intermitente ("indas e vindas") há anos. Refere nunca ter procurado tratamento prévio para os sintomas, mas que esse episódio está particularmente grave. Nega o uso de substâncias ilícitas. O paciente está alerta e orientado em tempo, espaço e pessoa. O exame do estado mental é completamente normal, exceto pelo relato das alucinações visuais e auditivas. Seu processo de pensamento é normal. A triagem toxicológica urinária é positiva para maconha e negativa para outras substâncias. Ele é bastante insistente em dizer que precisa ser "internado/trancado" no hospital devido aos sintomas que está vivenciando.

Com base no relato apresentado, qual é o diagnóstico provável?

Alternativas

- A. Esquizofrenia.
- B. Transtorno psicótico induzido por substância/medicamento.
- C. Transtorno esquizoafetivo.
- D. Transtorno esquizofreniforme.
- E. Simulação (Malingering).

Fundamentação do Recurso

Solicita-se a anulação da questão, pois os elementos apresentados não permitem estabelecer, de maneira inequívoca, o diagnóstico de simulação.

A simulação caracteriza-se pela produção intencional de sintomas falsos ou grosseiramente exagerados, motivada pela obtenção de benefício externo identificável. No caso apresentado, não há demonstração de que o paciente esteja produzindo deliberadamente os sintomas nem descrição de vantagem externa, como obtenção de benefício financeiro, medicamentos, abrigo, afastamento de obrigações ou evasão de responsabilidade legal. A solicitação de internação, isoladamente, pode representar procura legítima por proteção diante de alucinações de comando com conteúdo homicida.

A preservação da orientação e da organização do pensamento não exclui psicose verdadeira. Da mesma forma, a ausência de sintomas negativos não afasta esquizofrenia, pois esses sintomas não são obrigatórios para o diagnóstico. A positividade urinária para cannabis demonstra exposição prévia, mas não comprova intoxicação atual nem relação causal entre o uso da substância e as manifestações psicóticas.

O início agudo de alucinações auditivas e visuais também exigiria investigação de causas clínicas, neurológicas e relacionadas a substâncias, possibilidades que não foram adequadamente aborda-



das nas alternativas. Assim, embora o caso possa levantar suspeita de simulação, não fornece os dois elementos necessários para confirmá-la: intencionalidade e benefício externo. Como nenhuma alternativa pode ser estabelecida de forma segura, solicita-se a anulação da questão.



Especialidade: Clínica Médica
Questão: 17

Enunciado da Questão

Homem de 47 anos com história de diabetes mellitus tipo 1, há 19 anos, não apresenta complicações relacionadas à doença e nenhuma queixa específica. Ele está em uso das insulinas degludeca e asparte. A pressão arterial é 129 x 68 mmHg e o IMC de 28 kg/m². Resultados dos exames séricos: hemoglobina glicada: 7,2%; colesterol total: 173 mg/dL; LDL: 92 mg/dL; HDL: 45 mg/dL; triglicerídeos: 178 mg/dL; creatinina sérica: 0,85 mg/dL. Relação albumina/creatinina urinária: 19 mg/g de creatinina (normal < 30 mg/g).

Em relação à conduta apropriada para reduzir o risco de doença cardiovascular, a orientação deve ser

Alternativas

- A. intensificar o esquema terapêutico para atingir uma meta de hemoglobina glicada < 7,0%.
- B. iniciar uma estatina.
- C. iniciar um inibidor da ECA.
- D. iniciar aspirina em baixa dose.
- E. iniciar semaglutida.

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

A questão apresenta margem para recurso em razão da atualização da estratificação de risco cardiovascular proposta pela **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – edição 2026**, especificamente no manejo do risco cardiovascular e da dislipidemia.

O paciente apresenta **diabetes mellitus tipo 1 há 19 anos**, 47 anos de idade, sem doença cardiovascular estabelecida, sem doença renal, sem albuminúria e sem complicações microvasculares descritas. Portanto, não apresenta, pelos dados fornecidos, critérios para classificação direta como **estratificador de muito alto risco (EMAR)**. Ressalta-se que a própria Diretriz SBD 2026 estabelece a duração de **20 anos de DM1** como um dos critérios relevantes para EMAR; este paciente possui 19 anos de doença. A Diretriz também estabelece que pacientes com DM1 há menos de 20 anos, sem EAR ou EMAR, devem ter o risco cardiovascular calculado pelo **Steno T1 Risk Engine**.

Da mesma forma, os dados apresentados não permitem identificar EAR no paciente. Não há hipertensão arterial, doença renal/albuminúria, tabagismo ou doença aterosclerótica estabelecida. Assim, não é possível classificá-lo diretamente como paciente de alto ou muito alto risco apenas pelos dados fornecidos.



Nessa situação, o risco deve ser determinado pelo **Steno T1 Risk Engine**, que utiliza dez variáveis: idade, sexo, duração do diabetes, pressão arterial sistólica, HbA1c, LDL-colesterol, albuminúria, TFGe, tabagismo e atividade física.

Considerando os dados disponíveis no enunciado — homem, 47 anos, DM1 há 19 anos, HbA1c 7,2%, PAS 129 mmHg, LDL 92 mg/dL, albuminúria normal e função renal preservada — o Steno T1 Risk Engine situa esse entre o risco baixo a intermediário, não sendo possível a determinação exata pois a questão não trouxe dados sobre tabagismo e atividade física. O resultado, portanto, não permite classificá-lo diretamente como paciente de alto risco pela simples presença do diabetes tipo 1.

Além disso, a Diretriz SBD 2026 diferencia a conduta de acordo com a categoria de risco. Para pacientes de **baixo risco**, a utilização de estatina é uma medida que **deve ser considerada**, e não uma indicação obrigatória. Já nos pacientes de risco intermediário ou superior, a recomendação de tratamento hipolipemiante torna-se mais assertiva.

Dessa forma, a alternativa **“iniciar uma estatina”** apresenta uma redação **categórica** e não contempla a necessidade de estratificação individual pelo Steno T1 Risk Engine determinada pela própria Diretriz SBD 2026.

Adicionalmente, o paciente apresenta IMC de 28 kg/m². Embora a semaglutida não possa ser considerada equivalente à estatina e sua indicação para redução de eventos cardiovasculares não seja diretamente aplicável a este paciente com DM1 e sem doença cardiovascular estabelecida, a presença de sobrepeso torna a alternativa “iniciar semaglutida” uma opção coerente.

Diante disso, solicita-se a anulação da questão.



Especialidade: Clínica Médica
Questão: 24

Enunciado da Questão

Homem de 45 anos dá entrada no serviço de emergência com queixa de dor e edema no braço, cãibras musculares, calafrios, febre e vômitos. O paciente relata que estava movendo uma pilha de madeira quando foi picado por uma aranha preta com uma marcação alaranjada em forma de ampulheta. Ele é tratado com soro antilatrofófico, recebendo alta após apresentar sinais vitais estáveis por duas horas. Dez dias depois, o paciente procura atendimento, queixando-se de febre e dor articular. Os sinais vitais revelam temperatura de 37,5 °C; frequência cardíaca de 75 bpm e frequência respiratória de 16 irpm.

Nesse momento, qual dos seguintes achados é esperado ao exame físico?

Alternativas

- A. Conjuntivite.
- B. Enduração no local da injeção.
- C. Exantema não pruriginoso.
- D. Icterícia.
- E. Linfadenopatia.

Fundamentação do Recurso

Solicito a ampliação do gabarito para aceitar as alternativas C e E, pois ambos os achados apresentados — exantema não pruriginoso e linfadenopatia — são manifestações descritas da doença do soro.

O quadro clínico apresentado é compatível com doença do soro, reação de hipersensibilidade tipo III mediada por imunocomplexos, que ocorre tipicamente entre 5 e 14 dias após a exposição a proteínas heterólogas. Portanto, o intervalo de dez dias após a administração do soro antilatrofófico é compatível com essa hipótese diagnóstica (de Silva et al., British Journal of Clinical Pharmacology, 2016).

A tríade clássica da doença do soro compreende febre, exantema e artralgia. A revisão de Roujeau e Stern (New England Journal of Medicine, 1994) inclui o exantema entre as manifestações frequentes dessa síndrome. Além disso, um caso publicado por Shanshal e Ebadian no mesmo periódico, em 2023, descreve febre, exantema não pruriginoso e artralgia após administração de globulina antitímocitária equina, demonstrando que a ausência de prurido não exclui o exantema como manifestação da doença do soro. Estudos prospectivos sobre reações a antivenenos também incluem exantema ou urticária entre os critérios diagnósticos utilizados (Ryan, Downes e Isbister, Toxicol, 2015; Ryan, Kearney, Brown e Isbister, Clinical Toxicology, 2015). Dessa forma, há suporte bibliográfico para a alternativa C.

A linfadenopatia, apresentada na alternativa E, também é reconhecida como manifestação da doença do soro. Esse achado consta na revisão Cochrane sobre reações a antivenenos (Nuchpraryoon e Garner, 2000) e foi documentado no estudo de Lawley et al. sobre doença do soro induzida por globulina antitímocitária equina (Journal of Investigative Dermatology, 1985).



Assim, as alternativas C e E apresentam achados compatíveis com a síndrome descrita. Na ausência de elementos no enunciado que permitam excluir inequivocamente uma delas, a questão admite duas respostas respaldadas pela literatura médica. Solicito, portanto, a ampliação do gabarito para C e E, atribuindo-se a pontuação aos candidatos que assinalaram qualquer uma dessas alternativas.