QUESTÕES DAS PROVAS INTEGRADORAS – 5º PERÍODO

Seleção pelo conteúdo da N2 de SOI V · Provas 2023.1 a 2026.1 · **modo estudo**

Jessyka Fernandes

Total: 209 questões, extraídas na íntegra (enunciado, alternativas, gabarito e resposta comentada originais) das 7 provas integradoras enviadas e organizadas por tema da N2.

Por prova: 2023.1: 26 · 2023.2: 18 · 2024.1: 22 · 2024.2: 36 · 2025.1: 37 · 2025.2: 36 · 2026.1: 34.

Tema	Nº	Questões neste PDF
Lombalgia (e cervicalgia)	13	1–13
Osteomielite	3	14–16
Doenças articulares	7	17–23
Manguito rotador / dor no ombro	10	24–33
Síndrome do túnel do carpo	2	34–35
Osteoporose	3	36–38
Displasia do desenvolvimento do quadril	1	39–39
Acidente vascular encefálico (AVE)	12	40–51
Cefaleias	7	52–58
Alterações da consciência	2	59–60
Epilepsia e crises epilépticas	15	61–75
Delirium	5	76–80
Parkinson e distúrbios do movimento	10	81–90
Transtornos de ansiedade	5	91–95
Depressão / síndromes depressivas (incl. risco de suicídio e antidepressivos)	31	96–126
Meningites	13	127–139
Distúrbios cerebelares e intoxicações exógenas	11	140–150
Doenças desmielinizantes	7	151–157
Síndrome de Guillain-Barré	2	158–159
Esclerose lateral amiotrófica (ELA)	5	160–164
Vertigens	11	165–175
Distúrbios oculares	11	176–186
Doença de Alzheimer e demências	23	187–209

Lombalgia (e cervicalgia) (13 questões)

QUESTÃO 1 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 36

Enunciado:

Mulher, 65 anos, apresentou queixa de dor cervical há 10 dias, com irradiação para os membros superiores e sensação parestésica. A dor tem caráter limitante para a mobilização do pescoço. Relata rigidez matinal com duração de cerca de 30 minutos e dores noturnas importantes. Refere melhora com uso de analgésicos, tomados por conta própria, e piora do quadro após uso prolongado do celular. Acerca do caso analise as afirmativas abaixo:

I. O uso excessivo do celular leva a paciente a adotar flexão cervical por períodos prolongados, promovendo a inflamação articular, gerando o quadro de dor apresentado.

II. A irradiação da dor apresentada pela paciente deve ser decorrente do uso excessivo do celular, o que ocasionou uma tendinite do supraespinhal sem associação com a dor cervical.

III. O quadro de dor apresentado pela paciente pode também estar associado aos espasmos da musculatura paravertebral.

Está correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:

A) I e II.

B) I.

C) II e III.

D) I e III.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

I. A cervicalgia costuma ser insidiosa. Em raras situações, tem início de forma súbita, relacionada a movimentos bruscos do pescoço, longa permanência em posição forçada, esforço ou traumatismos. Na maior parte dos casos, melhora nitidamente com o repouso e piora com a movimentação. Com frequência, há espasmo da musculatura paravertebral. - CORRETA

II. A alteração sensitiva associada à compressão radicular é a irradiação da dor para o membro superior em um dermátomo definido. Em geral, o indivíduo refere parestesias no mesmo território.

Pode ocorrer também hipoestesia no território acometido. - ERRADA

III. Com frequência, há - espasmos da musculatura paravertebral nos casos de cervicobraquialgia - CORRETO

HEBERT, Sizínio et al. Ortopedia e traumatologia: princípios e prática. Porto Alegre: Artmed, 5. ed, 2017.

QUESTÃO 2 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 39

Enunciado:

Módulo (s): SOI

Ana se queixa de dor lombar, a qual começou cerca de dois meses atrás após levantar um objeto pesado. Ela descreve a dor como uma sensação de pressão e desconforto constante na região inferior das costas. A dor é mais intensa quando ela está em pé ou anda por longos períodos. Durante o exame físico, o médico observou que Ana mantém uma postura levemente inclinada para a frente enquanto anda. Ela apresenta restrição na extensão da coluna lombar e refere dor ao tentar se endireitar.

Com base no caso apresentado, analise as assertivas a seguir sobre a morfofisiologia da coluna lombar.

I- A curvatura exagerada para dentro da região lombar, conhecida como lordose, é uma adaptação normal da coluna vertebral, permitindo a absorção de choques e uma postura ereta.

II- A diminuição da altura dos discos intervertebrais pode ser indicativo de uma degeneração dos discos intervertebrais, resultando em uma maior flexibilidade da coluna.

III- Restrição na extensão da coluna lombar pode ser associada a uma hipercifose torácica, uma curvatura anormal para frente da parte superior das costas.

IV- A sensação de pressão e desconforto na região lombar pode estar relacionada a uma possível tensão muscular, comumente causada por atividades de levantamento de peso e postura inadequada.

Estão corretas:

Alternativas:

A) I e II.

B) II e III.

C) I e IV.

D) II, III e IV.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Correta - A curvatura exagerada para dentro da região lombar, conhecida como lordose, é uma adaptação normal da coluna vertebral, permitindo a absorção de choques e uma postura ereta. Isso auxilia na distribuição de peso ao longo da coluna.

Incorreta - A diminuição da altura dos discos intervertebrais observada na radiografia indica degeneração dos discos intervertebrais, resultando em uma menor flexibilidade da coluna. A degeneração dos discos intervertebrais tende a levar a uma menor altura dos discos, o que pode reduzir a flexibilidade da coluna.

Incorreta - Restrição na extensão da coluna lombar não está diretamente associada a uma hipercifose torácica. A hipercifose torácica refere-se a uma curvatura anormal para trás da parte superior das costas.

Correta - A sensação de pressão e desconforto na região lombar de Ana pode estar relacionada a uma possível tensão muscular, comumente causada por atividades de levantamento de peso e postura inadequada. A tensão muscular pode ser uma das causas de dor lombar e está frequentemente ligada a atividades que sobrecarregam os músculos da região lombar.

Referencia:

Moore, Keith L., et al. (2014). Anatomia Orientada para a Clínica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 3 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 1

Enunciado:

Durante uma consulta médica na atenção primária à saúde, um paciente de 50 anos, tabagista, obeso, que trabalha 60 horas por semana em um escritório, com estilo de vida sedentário, relata dor lombar persistente associada a formigamento e fraqueza em uma das pernas. O médico suspeita de lombalgia com radiculopatia.

Considerando o quadro clínico do paciente assinale a alternativa correta sobre a possível causa para lombalgia com radiculopatia e as estratégias de cuidado para dor crônica na atenção primária à saúde (APS).

Alternativas:

A) Sedentarismo e obesidade, levando à degeneração do disco intervertebral decorrente da carga horária de trabalho. Repouso absoluto e prescrição de opioides.

B) Tabagismo, obesidade e carga horária excessiva de trabalho, levando à compressão das raízes nervosas na região lombar. Fisioterapia, modificações na postura e uso de analgésicos não opioides.

C) Estresse no trabalho e tabagismo, levando à inflamação das articulações facetárias como principal causa da radiculopatia. Cirurgia de fusão espinhal como primeira linha de cuidado.

D) Desgaste da coluna vertebral causado pelo tabagismo e pela obesidade. Prescrição de corticosteroides sistêmicos e repouso absoluto.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

- O paciente apresenta lombalgia com radiculopatia devido ao tabagismo, obesidade e carga horária excessiva de trabalho, fatores que podem contribuir para a compressão das raízes nervosas na região lombar. As estratégias de cuidado mencionadas são apropriadas para o manejo da dor crônica na atenção primária à saúde, incluindo fisioterapia para fortalecimento muscular e melhoria da postura, além do uso de analgésicos não opioides para controle da dor.

- Embora o sedentarismo e a obesidade possam contribuir para o desenvolvimento da lombalgia com radiculopatia, a degeneração do disco intervertebral geralmente não está associada a uma carga horária excessiva de trabalho. As estratégias de cuidado mencionadas, como repouso absoluto e prescrição de opioides, podem não ser as mais adequadas para o manejo da dor crônica.

- Embora o estresse no trabalho e o tabagismo possam influenciar na dor lombar, a inflamação das articulações facetárias não é uma causa comum de radiculopatia. Além disso, a cirurgia de fusão espinhal pode ser uma opção de tratamento apenas em casos graves e específicos, não sendo a primeira linha de cuidado para dor crônica na APS.

- O desgaste da coluna vertebral causado pelo tabagismo e obesidade pode contribuir para a lombalgia, mas a prescrição de corticosteroides não é uma estratégia de cuidado padrão para dor crônica na APS, especialmente para casos de radiculopatia. Além disso, repouso absoluto pode levar à perda de condicionamento físico e piora dos sintomas.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. São Paulo, SP: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. Acesso em: 31 mar. 2024. GIANINI, Reinaldo J. SOS ortopedia 2a ed. Editora Manole, 2020. Capítulo 12. E-book. ISBN 9786555760231. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760231/. KATZUNG, Bertram G. (Org.). Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2023, 9788580555967.https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040194/pages/recent.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. São Paulo, SP: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788527737876. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737876/.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 4 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 31

Enunciado:

Homem, 50 anos, obeso, é atendido em Unidade Básica e Saúde com queixa de lombalgia crônica de início há cerca de sete meses. Trabalha como pedreiro e refere que a dor se intensifica aos esforços físicos e melhora com o repouso. Nega fraqueza, parestesias ou irradiação. Informa que a dor tem intensidade 6 em uma escala numérica de 0 a 10. Faz uso frequente de paracetamol, com alívio parcial do sintoma.

Com base no caso clínico descrito acima, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Por se tratar de lombalgia crônica com dor de intensidade moderada, está indicado substituir o paracetamol diretamente por um opioide forte, como a morfina.

B) Deve-se orientar repouso e afastamento das atividades físicas até a resolução completa da dor.

C) A mensuração da intensidade da dor é importante pois é considerada como estratégia para a escolha do melhor analgésico.

D) Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser avaliada por escalas, de modo que a escala numérica não tem utilidade na condução do caso.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Como a dor é uma experiência subjetiva, não é possível, para um observador externo, mensurar objetivamente essa experiência interna, complexa e pessoal. Sem tal medida, torna-se difícil determinar se um tratamento é necessário, se o prescrito é eficaz e até mesmo quando deve ser interrompido. Alguns métodos têm sido utilizados para facilitar a avaliação da experiência da dor com especial ênfase para as escalas verbais e visuais.

Na década de 1980, a OMS publicou o princípio da escada analgésica. Esse princípio é composto por três degraus e guia o uso sequencial de fármacos. Nessa escada, a intensidade da dor é considerada como estratégia para a escolha do melhor analgésico. O primeiro degrau da escada analgésica propõe que analgésicos simples e AINHs sejam utilizados em dores de intensidade leve a moderada, associados ou não aos adjuvantes da dor que potencializam a eficácia analgésica e/ou tratam outros sintomas que eventualmente exacerbam a dor. Em caso de persistência ou piora da dor, está indicado o avanço ao segundo degrau da escada analgésica, quando se associam analgésicos opioides fracos ao esquema prévio, como codeína e tramadol. Da mesma forma, havendo persistência ou aumento da dor, está indicada a passagem do segundo ao terceiro degrau da escada analgésica, substituindo-se os opioides fracos pelos opioides fortes, como morfina, metadona ou oxicodona. Em relação à recomendação sobre a atividade física, Koes e cols., em sua revisão de 15 guidelines internacionais sobre dor lombar baixa, referem que todas orientam que a pessoa se mantenha tão ativa quanto possível e progressivamente aumente seu nível de atividade.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática: Grupo A, 2019. E-book. ISBN

9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. Acesso em: 26 mar. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 5 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 9

Enunciado:

(UNINOVAFAPI) Maria, 62 anos, comparece à Unidade de Saúde da Família com queixa de dor lombar há mais de seis meses, a qual classifica como constante e de intensidade variável. Ela descreve a dor como um "peso nas costas" que piora ao final do dia. A paciente também relata dificuldade para dormir devido à dor e sente que o uso de analgésicos simples não proporciona alívio suficiente. Durante a consulta, o médico aplica a Escala Visual Analógica (EVA) para avaliar a intensidade da dor. Maria pontua sua dor em 8/10 na escala, indicando dor intensa. O médico decide ajustar o tratamento de acordo com essa avaliação. Com base no manejo da dor crônica na Atenção Primária à Saúde (APS) e na classificação da dor pela EVA, qual seria a conduta mais adequada para o manejo da dor de Maria?

Alternativas:

A) Manter apenas analgésicos comuns, como paracetamol, já que a dor não é incapacitante.

B) Prescrever antidepressivos tricíclicos, como amitriptilina, como primeira linha de tratamento.

C) Indicar cirurgia de coluna devido à presença de dor persistente.

D) Introduzir um opioide de baixa potência, como codeína, em associação ao analgésico simples.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Incorreta. A dor de Maria é classificada como intensa (8/10 na EVA) e está associada a impacto na qualidade de vida (dificuldade para dormir). Apenas analgésicos simples, como paracetamol, podem ser insuficientes para o manejo adequado de dor crônica intensa. O tratamento da dor crônica deve ser escalonado, e em casos como este, um opioide de baixa potência pode ser considerado.

Correta. A abordagem da dor crônica segue um escalonamento conforme a intensidade da dor. Para uma dor intensa como a de Maria (8/10 na EVA), um opioide de baixa potência, como a codeína, pode ser adicionado ao tratamento, associado a analgésicos simples, como paracetamol. Essa combinação é recomendada quando a dor não responde a analgésicos mais leves.

Incorreta. A cirurgia é indicada em casos específicos de dores lombares com causas estruturais que não respondem a tratamentos conservadores, como hérnia de disco com déficits neurológicos. No caso de Maria, não há indicação clara de cirurgia, e o manejo conservador é preferível.

Incorreta. Embora os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, possam ser úteis no manejo de dor crônica neuropática, eles não são a primeira linha de tratamento isolado para a dor lombar intensa de origem incerta como a de Maria. Um opioide de baixa potência seria mais apropriado no momento.

Alternativa E: Incorreta. O repouso absoluto não é indicado para o tratamento de dores lombares crônicas, pois pode piorar a dor e reduzir a mobilidade do paciente. A recomendação atual é manter atividades leves, respeitando os limites da dor, para evitar atrofia muscular e rigidez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick D. Textbook of Pain. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2014.

BONICA, John J. Management of Pain. 4. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

QUESTÃO 6 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 24

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Na Unidade Básica de Saúde, você atende um paciente de 68 anos com queixa de dor lombar crônica há 6 meses, irradiando para a região lateral da perna direita e o dorso do pé direito. Ele relata dificuldade em realizar atividades como caminhar por longas distâncias devido à dor e fraqueza na perna direita, além de sensação de formigamento no dorso do pé. A dor melhora ao descansar e se sentar, mas piora com a deambulação prolongada. Ele não apresenta febre, perda ponderal, alterações urinárias ou fecais. No exame físico, há fraqueza na dorsiflexão do hálux direito, reflexos preservados e diminuição da sensibilidade na região do dorso do pé direito. Não há sinais de incontinência urinária, déficits progressivos graves ou outros sintomas sistêmicos.

Com base no caso descrito, qual é a raiz nervosa mais provavelmente comprimida e qual seria a conduta inicial na APS?

Alternativas:

A) Raiz nervosa L5; iniciar analgesia, fisioterapia e reavaliar em 4 semanas.

B) Raiz nervosa L3; iniciar medidas conservadoras e reavaliar em 4 semanas.

C) Raiz nervosa S1; encaminhar imediatamente para avaliação neurocirúrgica.

D) Raiz nervosa L4; prescrever analgesia e encaminhar para ressonância magnética.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta Correta: Raiz nervosa L5; iniciar analgesia, fisioterapia e reavaliar em 4 semanas

Justificativa:

1. Identificação da raiz comprimida:

• A compressão da raiz nervosa L5 é indicada pela combinação de:

• Dor irradiada para a região lateral da perna e dorso do pé.

• Fraqueza na dorsiflexão do hálux, inervado por L5.

• Diminuição da sensibilidade no dorso do pé.

• Reflexos preservados (L5 não participa diretamente do arco reflexo tendíneo).

2. Conduta na APS:

• Na ausência de sinais de alarme (como febre, perda ponderal, déficit motor progressivo grave ou alterações esfincterianas), o manejo inicial na APS inclui:

• Medidas conservadoras: Prescrição de analgésicos e/ou AINEs, se não contraindicados.

• Fisioterapia: Para alívio da dor, fortalecimento muscular e prevenção de incapacidade.

• Educação do paciente: Orientações sobre postura, ergonomia e a importância de evitar esforços excessivos.

• Monitoramento: Reavaliação em 4-6 semanas para acompanhar evolução dos sintomas e considerar exames complementares caso não haja melhora.

Análise das Alternativas:

a)

Raiz nervosa L3; iniciar medidas conservadoras e reavaliar em 4 semanas.

• Errado:

• L3 causaria sintomas na região anterior da coxa, não na perna ou no pé.

• Embora a conduta conservadora esteja correta, a raiz identificada está errada.

-

Raiz nervosa L4; prescrever analgesia e encaminhar para ressonância magnética.

• Errado:

• L4 causa dor na face medial da perna e pé, além de reflexo patelar diminuído, o que não ocorre neste caso.

• Encaminhar para ressonância magnética seria inadequado na ausência de sinais de alarme.

Raiz nervosa L5; iniciar analgesia, fisioterapia e reavaliar em 4 semanas.

• Correto:

• Os achados clínicos são típicos de compressão da raiz nervosa L5, e a abordagem inicial conservadora é apropriada na APS.

-

Raiz nervosa S1; encaminhar imediatamente para avaliação neurocirúrgica.

• Errado:

• S1 causaria sintomas na região posterior da perna e lateral do pé, com reflexo do tendão calcâneo diminuído, o que não é observado.

• Encaminhamento imediato para avaliação neurocirúrgica seria indicado apenas em casos graves (déficit motor progressivo, incontinência, ou suspeita de tumor).

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019. 9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/.

DynaMed. Demência de Alzheimer. Disponível em:

https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

QUESTÃO 7 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 27

Enunciado:

(FESAR) Homem, 45 anos, procurou atendimento médico com queixas de dor lombar crônica. Ele relata que a dor começou há cerca de 3 meses e se intensificou nas últimas semanas, dificultando suas atividades diárias, especialmente ao permanecer sentado por longos períodos ou ao levantar objetos pesados. O paciente não possui histórico de traumas recentes, mas menciona um trabalho que exige esforço físico repetitivo. Para alívio da dor, foi prescrito um antiinflamatório não esteroidal (AINE) pelo médico e, posteriormente, utilizou um anti-inflamatório esteroidal (AIES) para tentar controlar os sintomas, pois a dor não diminuía com o uso do AINE. Sobre a farmacodinâmica dos medicamentos utilizados pelo paciente, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Os AINEs atuam inibindo a enzima fosfolipase A2, bloqueando a liberação de ácido araquidônico e, consequentemente, a síntese de prostaglandinas.

B) Os AIEs e AINEs têm a mesma ação farmacodinâmica e ambos são utilizados para bloquear receptores de histamina no tecido inflamado.

C) Os AINEs inibem a enzima ciclo-oxigenase (COX), reduzindo a produção de prostaglandinas, que são mediadoras da dor, inflamação e febre.

D) Os AIEs atuam diretamente na inibição da enzima ciclo-oxigenase (COX), responsável pela produção de prostaglandinas inflamatórias.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

VERDADEIRA:

Os AINEs atuam inibindo a enzima ciclo-oxigenase (COX), que existe em duas formas principais: COX-1 e COX-2. Ao inibir essa enzima, a síntese de prostaglandinas, que são responsáveis pela mediação de processos inflamatórios e dor, é reduzida. Essa é a principal via de ação dos AINEs para aliviar a dor e inflamação.

FALSA:

Os AINEs não atuam na inibição da enzima fosfolipase A2. Os AINEs inibem diretamente a enzima ciclo-oxigenase (COX), impedindo a conversão de ácido araquidônico em prostaglandinas. A fosfolipase A2 é a enzima que os AIEs bloqueiam, reduzindo a liberação inicial de ácido araquidônico.

(FALSA:

Os AIEs não atuam diretamente na inibição da COX. A função dos AIEs é inibir a fosfolipase A2 e reduzir a produção de citocinas pró-inflamatórias. Essa ação tem um efeito mais amplo na resposta inflamatória do que a ação dos AINEs, que inibem especificamente a COX. FALSA:

AINEs e AIEs não têm a mesma ação farmacodinâmica. Enquanto os AINEs inibem a enzima COX, os AIEs agem na inibição da fosfolipase A2 e na redução de citocinas inflamatórias. Além disso, nem AINEs nem AIEs atuam bloqueando receptores de histamina diretamente. Antihistamínicos são os medicamentos responsáveis por esse mecanismo de ação. A escolha da medicação para tratar a dor e inflamação depende da natureza e gravidade da condição. AINEs são indicados para reduzir dor leve a moderada, inflamação e febre, e têm ação específica nas enzimas COX-1 e COX-2. AIEs, por sua vez, são usados para tratar inflamações mais graves e crônicas, agindo em um nível mais profundo da cascata inflamatória.

Referência:

Ritter, James M. Rang & Dale Farmacologia. Disponível em: Minha Biblioteca, (9th edição). Grupo GEN, 2020.

QUESTÃO 8 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 42

Enunciado:

(UNITPAC) Paciente do sexo masculino, 68 anos, trabalhou por muitos anos na zona rural e procurou a UBS para realizar uma avaliação quanto a uma dor em região lombar que se iniciou há 4 meses. Ele refere que a dor melhora quando fica em repouso e piora quando faz esforços mais extenuantes. Queixa ainda que a mesma inicia em região lombar, pior à esquerda, e irradia para a nádega, face posterolateral da coxa, face lateral da perna e região dorsal do pé e do hálux. No exame físico, não conseguiu realizar o movimento de andar com apoio somente nos calcanhares. O paciente encontra-se ansioso para um diagnóstico após ter conversado com vizinhos que falaram que pode ser algo grave e tem tido medo de realizar movimentos desde então. Nega outras comorbidades e não faz uso de nenhuma medicação contínua. Considerando o quadro de lombalgia, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) Após a avaliação do paciente, pode-se afirmar que ele apresenta uma radiculopatia na raiz S1; sendo necessário realizar exames de imagem, sendo o preferencial a ressonância magnética.

B) Nos quadros de lombalgia, é muito importante atentar-se aos chamados sinais de alerta (“red flags”) e, além disso, avaliar a presença de fatores psicossociais (“yellow flags”).

C) Deverá ser orientado ao paciente que o tratamento inicial envolve repouso nos primeiros dias, fisioterapia adequada e não se recomenda iniciar anti-inflamatório.

D) Como o paciente apresenta dor irradiada para o membro inferior, deve-se evitar a prescrição de exercícios físicos até a realização de exames de imagem que confirmem a etiologia da dor.

GABARITO: B

Resposta comentada:

Apesar de o quadro clínico sugerir uma radiculopatia, os sintomas indicam comprometimento da raiz nervosa L5, e não S1. Isso é evidenciado pela dificuldade em andar sobre os calcanhares (déficit de dorsiflexão do pé), além da irradiação da dor para a face lateral da perna e dorso do pé, regiões inervadas por L5. A ressonância magnética é o exame de escolha para investigação de radiculopatia, especialmente se houver sinais neurológicos ou falha no tratamento conservador, mas a raiz envolvida está incorreta.

A presença de “red flags” (ex: idade avançada, dor noturna, histórico de câncer, trauma recente, déficit neurológico progressivo) deve sempre ser investigada em casos de lombalgia, pois podem indicar condições graves como fraturas, infecções ou tumores. Neste caso, embora a idade possa ser considerada um fator de atenção, não há outros sinais claros de alarme. Por outro lado, a ansiedade, medo do movimento e a influência dos vizinhos indicam a presença de “yellow flags”, que são fatores psicossociais que podem dificultar a recuperação e favorecer a cronificação da dor, o que faz desta alternativa correta.

Essa afirmativa vai contra as diretrizes atuais para o manejo de dor lombar, mesmo com irradiação (possível radiculopatia). A presença de dor irradiada não é uma contraindicação à prática de exercícios leves e orientados, principalmente se não houver sinais de alerta. Pelo contrário, manter o paciente ativo, com exercícios supervisionados ou prescritos de forma segura, faz parte do tratamento conservador inicial e ajuda na melhora dos sintomas e da função. A realização de exames de imagem, como a ressonância magnética, não é imediata na maioria dos casos, sendo indicada apenas se houver falha do tratamento conservador após 4–6 semanas ou sinais neurológicos progressivos.

O repouso absoluto não é recomendado, mesmo nos primeiros dias. A abordagem atual prioriza o retorno precoce às atividades, com adaptações, além de medidas farmacológicas (como AINEs em curto prazo) e fisioterapia individualizada. O repouso pode até piorar o quadro se prolongado. Portanto, a afirmação de que não se recomenda o uso de anti-inflamatório e que o repouso é necessário está equivocada.

Referências:

Livro da Sociedade Brasileira de Reumatologia / editores Caio Moreira, Samuel Katsuyuki Shinjo; editores associados Ivânio Alves Pereira, Michelle Ugolini-Lopes, Vanessa Hax. – 3. ed. – Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2023.

DynaMed. Dor lombar aguda. EBSCO Information Services. Disponível em:

https://www.dynamed.com/condition/acute-low-back-pain. Acesso em: 27 maio 2025.

QUESTÃO 9 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 50**

Enunciado:

(AFYA Paraíba) Maria, 58 anos, procurou a Unidade de Saúde da Família referindo dor lombar há mais de 6 meses. Relata que a dor piora ao final do dia, tem intensidade variável, mas nas últimas semanas tem sido mais constante. Relata também sensação de cansaço e dificuldade para dormir por causa da dor. Nega irradiação para membros inferiores. Refere que a dor "incomoda muito" e a impede de realizar suas atividades domésticas com autonomia. Ao ser questionada sobre a intensidade da dor em uma escala de 0 a 10 (sendo 0 nenhuma dor e 10 a pior dor imaginável), ela pontua a dor como 8. Ao exame físico, não há sinais de alarme. Foi descartada causa infecciosa, neoplásica ou traumática. Com base nesse caso clínico, avalie a dor e assinale a conduta mais adequada na Atenção Primária à Saúde.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) A dor é leve; a conduta é utilizar paracetamol, em dose máxima por 15 dias, e, se não houver melhora, prescrever corticoide sistêmico, pois o caso não sugere gravidade.

B) A dor é intensa; a conduta é fazer uma abordagem biopsicossocial, incentivar atividades físicas regulares, pois o manejo requer medidas farmacológicas e não farmacológicas.

C) A dor é moderada há mais de 6 meses; a conduta é encaminhar imediatamente a paciente para ortopedia, pois necessita de avaliação especializada.

D) A dor é moderada; a conduta é solicitar uma ressonância magnética lombar, pois o tempo da dor referida pelo usuário sugere uma doença estrutural grave.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O caso descrito trata de dor lombar crônica sem sinais de alarme, uma condição comum na APS. A conduta deve seguir os princípios da abordagem biopsicossocial, com atenção à função, ao sofrimento e à limitação da paciente. A classificação da dor pelo paciente é do tipo intensa, de acordo com a escala numérica. O tratamento inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas.

A dor é moderada há mais de 6 meses; a conduta é encaminhar imediatamente a paciente para ortopedia, pois necessita de avaliação especializada. Incorreta, pois a dor é intensa de acordo com a escala numérica.

Nem toda dor crônica precisa de encaminhamento imediato; a classificação da dor é intensa e não leve; a maioria pode e deve ser manejada na APS.

A dor é moderada; a conduta é solicitar uma ressonância magnética lombar, pois o tempo da dor referida pelo usuário sugere uma doença estrutural grave. Incorreta, pois a dor é do tipo intensa e o exame de imagem não é indicado como rotina na dor lombar crônica sem sinais de alarme.

A dor é leve; a conduta é utilizar paracetamol, em dose máxima por 15 dias, e, se não houver melhora, prescrever corticoide sistêmico, pois o caso não sugere gravidade.

Incorreta, pois a dor é intensa e o uso isolado de paracetamol e, especialmente, de corticoides sistêmicos, não é indicado como manejo da dor lombar crônica sem sinais específicos. A dor é classificada como intensa.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, cap. 103. BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para organização dos cuidados paliativos no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br. Acesso em: 28 abr. 2025.

PEREIRA, L. V. et al. Escalas de avaliação de dor: revisão integrativa. Revista Dor, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 394–401, 2020. DOI: https://doi.org/10.5935/1806-0013.20200070. OLIVEIRA, R. F.; LUZ, M. H. B. A. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e aplicação prática em serviços de saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20190249, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0249.

QUESTÃO 10 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 47

Enunciado:

(BANCO AFYA) Homem, 52 anos, operário da construção civil, procura atendimento por lombalgia persistente há 3 meses, sem irradiação. Relata piora ao final do dia e melhora com repouso. Nega febre, perda de peso ou déficits neurológicos. Diante do quadro, foi solicitada radiografia da coluna lombar.

Achados do exame:

Redução do espaço intervertebral entre L4-L5;

Esclerose subcondral;

Presença de osteófitos marginais.

Com base nesse cenário clínico e nos achados radiológicos, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) Os achados são compatíveis com infecção vertebral (espondilodiscite), devendo-se iniciar antibiótico empírico.

B) Os sinais radiológicos são sugestivos de espondiloartrose lombar, decorrentes de degeneração discal e facetária.

C) As alterações descritas na radiografia indicam espondilolistese, caracterizada por deslizamento de corpos vertebrais.

D) Os achados da radiografia são típicos de fratura vertebral recente, comum em traumas diretos na coluna lombar.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Resposta comentada:

A espondiloartrose é uma alteração degenerativa comum na coluna lombar, especialmente em adultos com atividades físicas intensas ou postura inadequada. Os achados radiológicos clássicos incluem: diminuição do espaço discal intervertebral, osteófitos (formações ósseas marginais) e esclerose subcondral, reflexo do desgaste das articulações interapofisárias.

Fraturas vertebrais recentes costumam apresentar colapso do corpo vertebral ou linhas de fratura visíveis. A espondilolistese envolve deslizamento vertebral, geralmente identificado com alinhamento anormal dos corpos vertebrais. A espondilodiscite apresenta redução do espaço discal com erosões nas placas terminais e é frequentemente acompanhada de febre e sinais inflamatórios sistêmicos.

Referências:

RESNICK, Donald. Diagnóstico por imagem: coluna vertebral. 2.ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

BRANT, William E.; HELMS, Clyde A. Fundamentos de Radiologia Diagnóstica. 4.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

SOUZA, Luiz A. de. Coluna lombar: diagnóstico e tratamento. Manole, 2016.

QUESTÃO 11 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 12**

Enunciado:

(AFYA ABAETETUBA) Mulher, 58 anos, procura a Unidade Básica de Saúde com queixa de dor lombar há mais de 6 meses, com piora progressiva e impacto nas atividades diárias. Refere dificuldade para dormir e realizar tarefas domésticas. Nega trauma recente. Durante a consulta, o médico solicita que a paciente classifique sua dor em uma escala de 0 a 10, na qual 0 representa ausência de dor e 10, a pior dor imaginável. A paciente relata intensidade 8/10. O profissional também considera a possibilidade de utilizar outras escalas para melhor avaliação funcional e impacto da dor. Considerando o manejo da dor crônica na Atenção Primária à Saúde, assinale a alternativa que indica a afirmativa correta.

Alternativas:

A) A mensuração da dor pela escala numérica auxilia no acompanhamento clínico e na avaliação da resposta ao tratamento.

B) A escala analógica da dor deve ser evitada na APS, pois não permite avaliação objetiva da intensidade da dor.

C) Escalas alternativas não são recomendadas, pois apenas a avaliação clínica direta é suficiente para mensurar a dor.

D) A dor crônica deve ser avaliada apenas por exames de imagem, sendo dispensável o uso de escalas subjetivas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A alternativa correta é a que indica “A mensuração da dor pela escala numérica auxilia no acompanhamento clínico e na avaliação da resposta ao tratamento”. A escala analógica ou numérica da dor é uma ferramenta simples, validada e amplamente utilizada na Atenção Primária para quantificar a intensidade da dor, permitindo monitorar a evolução clínica e a eficácia terapêutica. Além disso, outras escalas podem ser utilizadas para avaliar impacto funcional e aspectos multidimensionais da dor crônica, contribuindo para abordagem integral do paciente.

As demais alternativas estão incorretas:

A alternativa que indica “A escala analógica da dor deve ser evitada na APS” é incorreta. Trata-se de instrumento essencial na prática clínica, sendo recomendada para avaliação inicial e seguimento.

A alternativa que indica “A dor crônica deve ser avaliada apenas por exames de imagem” é incorreta. A dor é uma experiência subjetiva e deve ser avaliada clinicamente com apoio de escalas, não sendo exames complementares suficientes para sua mensuração. A alternativa que indica “Escalas alternativas não são recomendadas” é incorreta. Escalas complementares, como questionários de impacto funcional e qualidade de vida, são úteis e recomendadas na avaliação da dor crônica.

Referências:

BICKLEY, L. S.; SZILAGYI, P. G.; HOFFMAN, R. M. Bates – Propedêutica Médica Essencial . 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

DUNCAN, B. B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019.

-

QUESTÃO 12 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 31

Enunciado:

(AFYA BRAGANÇA) Um idoso de 78 anos, acompanhado pelo filho, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor lombar intensa iniciada há 2 dias. O acompanhante relata “uma queda leve em casa”, mas fornece informações vagas e inconsistentes ao longo da anamnese. O paciente apresenta-se retraído, com dificuldade em manter contato visual, respondendo de forma breve às perguntas, frequentemente olhando para o filho antes de se manifestar. Ao exame físico, observam-se múltiplos hematomas em diferentes estágios de cicatrização em dorso e membros superiores, além de dor à palpação difusa, desproporcional ao exame musculoesquelético habitual, sem padrão típico de dor mecânica. Não há sinais neurológicos focais. Considerando os achados clínicos e o contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), qual é a conduta mais adequada para o caso?

Alternativas:

A) Prescrever analgesia e anti-inflamatórios, orientar repouso absoluto e manter acompanhamento longitudinal na APS, priorizando inicialmente o manejo sintomático da dor lombar.

B) Encaminhar ao serviço de urgência para analgesia parenteral e estabilização clínica inicial, postergando investigação etiológica detalhada para outro momento.

C) Solicitar exames de imagem para investigação de possível lesão osteomuscular, encaminhando para avaliação especializada e complementação diagnóstica da dor espinhal.

D) Suspeitar de violência contra a pessoa idosa, realizar escuta protegida, investigar trauma não acidental, garantir medidas de proteção e efetuar notificação compulsória.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Prescrever analgesia e anti-inflamatórios, orientar repouso absoluto e manter acompanhamento longitudinal na APS, priorizando inicialmente o manejo sintomático da dor lombar.

Justificativa:

Incorreta. Embora o controle da dor seja necessário, a alternativa reduz o caso à lombalgia comum e ignora sinais fortes de possível violência. A presença de múltiplos hematomas em diferentes fases de cicatrização, relato inconsistente do acompanhante e comportamento retraído do idoso tornam inadequado priorizar apenas analgesia e seguimento longitudinal sem investigação protetiva. Além de estar incorreta a orientação de repouso absoluto, deve ter repouso relativo.

Solicitar exames de imagem para investigação de possível lesão osteomuscular, encaminhando para avaliação especializada e complementação diagnóstica da dor espinhal.

Justificativa:

Incorreta. Exames de imagem podem ser indicados para avaliar lesão traumática, especialmente em idoso com dor intensa após queda. Porém, a alternativa continua insuficiente porque não reconhece o principal problema do caso: suspeita de trauma não acidental/violência. A conduta não deve se limitar à investigação osteomuscular; deve incluir proteção, escuta qualificada, avaliação de risco e notificação compulsória.

Suspeitar de violência contra a pessoa idosa, realizar escuta protegida, investigar trauma não acidental, garantir medidas de proteção e efetuar notificação compulsória.

Justificativa:

Correta. É a alternativa mais adequada. O conjunto de achados — informações vagas e inconsistentes, comportamento retraído, medo de falar na presença do acompanhante, múltiplos hematomas em diferentes estágios e dor desproporcional — obriga a equipe a considerar violência contra a pessoa idosa. A conduta na APS deve incluir abordagem cuidadosa, tentativa de escuta em ambiente seguro, avaliação do risco, proteção do paciente, registro em prontuário e notificação compulsória. O Ministério da Saúde inclui casos suspeitos ou confirmados de violência doméstica e/ou outras violências entre os agravos de notificação compulsória.

Encaminhar ao serviço de urgência para analgesia parenteral e estabilização clínica inicial, postergando investigação etiológica detalhada para outro momento.

Justificativa:

Incorreta. O encaminhamento à urgência pode ser necessário se houver instabilidade, suspeita de fratura grave, dor intratável ou risco imediato. Porém, a alternativa erra ao postergar a investigação etiológica e a proteção. Em suspeita de violência contra pessoa idosa, a equipe não deve adiar a avaliação do contexto, o registro e a notificação. A suspeita, por si só, já justifica notificação compulsória pelos serviços de saúde.

Referências:

BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book, p. 406. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2.ª ed.

Porto Alegre: ArtMed,

2019. E-book, p. 1490. ISBN 9788582715369.

-

QUESTÃO 13 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 48

Enunciado:

(AFYA PORTO VELHO) Homem de 38 anos, programador de software com histórico prévio de radiculopatia lombar, comparece à Unidade Básica de Saúde queixando-se de dor cervical intensa há 5 semanas. Relata que passa cerca de 10 horas diárias com o pescoço acentuadamente flexionado, visualizando telas de dispositivos móveis, gerando grande sobrecarga axial. A dor é descrita como "em choque", originando-se na região cervical inferior e irradiando-se pela face lateral do membro superior direito até os dedos polegar e indicador, acompanhada de parestesias. O exame físico revela teste de Spurling positivo à direita, sem febre, perda de peso ou sinais de mielopatia. O paciente relata uso prévio de paracetamol de forma isolada, sem melhora significativa do quadro álgico. Analise o caso clínico apresentado e correlacione o padrão e a base morfofisiológica da dor do paciente com a abordagem farmacológica mais indicada para este momento do tratamento conservador.

Alternativas:

A) O quadro descreve dor de padrão referido, decorrente da reversão da lordose cervical anatômica fisiológica, sendo indicado o bloqueio radicular seletivo como primeira intervenção para o alívio dos sintomas.

B) O quadro descreve dor de padrão mecânico, decorrente de contratura muscular pelo vício postural crônico, sendo indicada a manutenção do paracetamol devido ao seu potente efeito anti-inflamatório periférico.

C) O quadro descreve dor de padrão inflamatório sistêmico, decorrente da degeneração da articulação atlantoaxial, sendo indicada a prescrição imediata de corticosteroides para supressão da resposta imune celular.

D) O quadro descreve dor de padrão radicular, decorrente de compressão nervosa e inflamação local, sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para a inibição da síntese de prostaglandinas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Resposta correta: "

O quadro descreve dor de padrão radicular, decorrente de compressão nervosa e inflamação local, sendo indicado o uso de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) para a inibição da síntese de prostaglandinas.

" Comentário: está correta, pois o paciente apresenta sinais clássicos de dor radicular (descrita em choque, seguindo trajeto dermatômico para o membro superior com parestesias, e com teste de Spurling positivo). O histórico de radiculopatia lombar e a flexão excessiva do pescoço (uso de telas) são fatores de risco documentados para o aumento da carga axial e compressão de raízes nervosas ventrais/dorsais cervicais. Como o paracetamol (um analgésico de ação predominantemente central) falhou no tratamento inicial, a conduta conservadora adequada (fase subaguda de 4-6 semanas) inclui a prescrição de AINEs (como ibuprofeno ou naproxeno), cujo mecanismo farmacodinâmico é a inibição da enzima COX, reduzindo a cascata de prostaglandinas e controlando a inflamação ao redor da raiz nervosa comprimida.

A alternativa "O quadro descreve dor de padrão mecânico, decorrente de contratura muscular pelo vício postural crônico, sendo indicada a manutenção do paracetamol devido ao seu potente efeito anti-inflamatório periférico." está incorreta. O erro está na classificação semiológica da dor e na farmacologia. A dor mecânica caracteriza-se por ser localizada e sem irradiação dermatômica neurológica. Além disso, o paracetamol não possui potente efeito anti-inflamatório periférico, sendo essa uma limitação conhecida do fármaco em quadros com componente inflamatório estrutural. A alternativa "

O quadro descreve dor de padrão referido, decorrente da reversão da lordose cervical anatômica fisiológica, sendo indicado o bloqueio radicular seletivo como primeira intervenção para o alívio dos sintomas.

" está incorreta. O erro está no padrão da dor e na linha de tratamento. A dor referida costuma ser profunda e não segue o trajeto radicular em "choque". Ademais, bloqueios radiculares seletivos estão indicados em casos de persistência dos sintomas (6 a 12 semanas) ou falha do tratamento conservador inicial (AINEs e fisioterapia), e não como primeira intervenção.

A alternativa "

O quadro descreve dor de padrão inflamatório sistêmico, decorrente da degeneração da articulação atlantoaxial, sendo indicada a prescrição imediata de corticosteroides para supressão da resposta imune celular.

" está incorreta. A dor inflamatória descrita no material (ex: Espondiloartropatias ou Artrite Reumatoide) melhora com o movimento e piora ao repouso, o que difere do quadro mecânico-radicular de compressão. A articulação atlantoaxial (C1-C2) é responsável pela rotação do pescoço, mas os sintomas nos membros superiores indicam acometimento de raízes cervicais mais baixas (C5-C7). Além disso, injeções de esteroides ou prescrições sistêmicas imunossupressoras não são a primeira linha para essa queixa.

Referências:

BRUTON, L. L. HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book, p. 406. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024.

E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231 SPLITTGERBER, Ryan. Snell Neuroanatomia Clínica. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

-

Osteomielite (3 questões)

QUESTÃO 14 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 37**

Enunciado:

(UNISL JI-Paraná) Um homem de 58 anos, diabético há mais de 20 anos, procura atendimento ambulatorial com queixa de ferida no pé esquerdo, de difícil cicatrização, acompanhada de leve secreção purulenta e odor fétido há duas semanas. O paciente relata dor leve, localizada, mas refere que por vezes nem a percebe devido à sensibilidade diminuída no local. No exame físico, observa-se úlcera plantar profunda com exposição óssea. A radiografia evidencia áreas de rarefação óssea. Os níveis de VHS e PCR estão elevados.

Com base no caso clínico, marque a alternativa mais provável sobre a via de transmissão e o agente etiológico associado à condição descrita.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Infecção iatrogênica por gram-negativos, como Salmonella spp., com transmissão típica em contextos cirúrgicos recentes.

B) Disseminação por contiguidade a partir de tecidos moles infectados, sendo o Staphylococcus aureus o agente mais provável.

C) Disseminação hematogênica de Escherichia coli, sendo esta a causa mais comum em adultos com osteomielite.

D) Penetração direta por trauma contuso, associada a Haemophilus influenzae, comum em pacientes imunossuprimidos.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Resposta correta:

Disseminação por contiguidade a partir de tecidos moles infectados, sendo o Staphylococcus aureus o agente mais provável.

O paciente possui úlcera crônica em membro inferior associada a neuropatia periférica e provável insuficiência vascular, contexto clínico típico de osteomielite por contiguidade, especialmente em diabéticos. Nesses casos, a infecção se dissemina a partir dos tecidos moles infectados adjacentes à ferida. O agente mais comumente isolado é o Staphylococcus aureus, que faz parte da flora da pele e tem alta capacidade de aderência ao osso e formação de biofilmes. Justificativa das alternativas incorretas:

Alternativa: "

Disseminação hematogênica de Escherichia coli, sendo esta a causa mais comum em adultos com osteomielite.

"

A disseminação hematogênica é mais comum em crianças, e o principal agente nesse caso também seria o Staphylococcus aureus, não E. coli. Além disso, E. coli está mais associada à osteomielite em pacientes com infecção urinária ou septicemia por gramnegativos. Alternativa: "

Penetração direta por trauma contuso, associada a Haemophilus influenzae, comum em pacientes imunossuprimidos.

"

A penetração direta por trauma pode causar osteomielite, mas não é o mecanismo provável aqui, pois o caso não relata nenhum ferimento penetrante ou fratura exposta. Além disso, Haemophilus influenzae é um agente raro de osteomielite e está mais associado a crianças não vacinadas.

Alternativa: "

Infecção iatrogênica por gram-negativos, como Salmonella spp., com transmissão típica em contextos cirúrgicos recentes.

"

A infecção iatrogênica por gram-negativos pode ocorrer em pós-operatórios ortopédicos, mas o paciente não tem histórico de cirurgia recente. Salmonella spp. também é um patógeno incomum.

Referências:

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10ª edição. Grupo GEN, 2021. 9788527738378. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/. Acesso em: 14 nov. 2024.

DynaMed. Osteomielite. Serviços de informação da EBSCO. Disponível em:

<https://www.dynamed.com/condition/osteomyelitis#GUID-99BED570-4D40-4137-A8E9E6A229609104 >. Acesso em: 24 nov. 2024. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 1360. ISBN 9788527737876. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 15 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 46**

Enunciado:

(UNIPTAN) Paciente masculino, 25 anos, sofreu acidente de motocicleta há duas semanas, evoluindo com fratura exposta de fêmur esquerdo (Gustilo-Anderson tipo IIIA). Foi submetido a estabilização inicial com fixador externo e agora encontra-se internado para realização de osteossíntese com colocação de haste intramedular. O aluno de medicina do 5° período, acompanhando o caso no bloco cirúrgico, é questionado pelo preceptor sobre os cuidados específicos de assepsia e antissepsia necessários na prevenção de infecção osteoarticular, especialmente osteomielite, durante a cirurgia ortopédica com implante de prótese interna. Durante o preparo cirúrgico deste paciente, qual a conduta de assepsia e antissepsia que contribui de forma mais significativa para a prevenção da osteomielite?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Aplicação de antisséptico (clorexidine ou PVPI) degermante e alcoólico em movimentos centrífugos, com tempo de contato mínimo adequado.

B) Uso de antibiótico profilático iniciado 24 horas antes da cirurgia e mantido por cinco dias após o procedimento.

C) Aplicação de antisséptico (clorexidine ou PVPI) degermante e alcoólico, seguido por enxágue com soro fisiológico estéril imediatamente antes da incisão.

D) Remoção completa dos pelos da região com lâmina de barbear no dia anterior à cirurgia para facilitar a antissepsia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Gabarito: Aplicação de antisséptico (clorexidine ou PVPI) degermante e alcoólico em movimentos centrífugos, com tempo de contato mínimo de dois minutos antes do campo estéril. Justificativa da alternativa correta:

A alternativa A está correta, pois o preparo adequado da pele com antissépticos degermantes e alcoólicos, como clorexidina ou pvpi, com aplicação em movimentos centrífugos e tempo de contato mínimo de dois minutos, é uma das medidas mais eficazes na prevenção de infecções cirúrgicas, incluindo osteomielite associada a implantes ortopédicos. Justificativas das alternativas incorretas:

Remoção completa dos pelos da região com lâmina de barbear no dia anterior à cirurgia para facilitar a antissepsia. Incorreta. A tricotomia com lâmina aumenta o risco de microtraumas cutâneos e infecção. Quando necessária, deve ser feita com aparelho elétrico no momento imediatamente anterior ao procedimento.

Uso de antibiótico profilático iniciado 24 horas antes da cirurgia e mantido por cinco dias após o procedimento. Incorreta. A profilaxia antibiótica deve ser iniciada dentro de 60 minutos antes da incisão cirúrgica e geralmente não ultrapassa 24 horas após o término da cirurgia.

Aplicação de antisséptico (clorexidine ou PVPI) degermante e alcoólico, seguido por enxágue com soro fisiológico estéril imediatamente antes da incisão.

Incorreta. O enxágue do antisséptico com soro fisiológico antes da incisão reduz sua eficácia, devendo o antisséptico secar naturalmente para garantir seu efeito completo.

Referências:

FAGUNDES, Djalma J. ; TAHA, Murched O. Técnica cirúrgica: princípios e atualizações. Barueri: Manole, 2023. E-book. p. Capa. ISBN 9788520464007. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520464007/. Acesso em: 18 abr. 2025. POSSARI, João F. Centro Cirúrgico - Planejamento, Organização e Gestão. 5ª ed. Rio de Janeiro: IÁTRIA, 2009. E-book. p. 96. ISBN 9788576140887. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788576140887/. Acesso em: 24 nov. 2024. KIRK, Raymond Maurice. Bases técnicas da cirurgia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 224p., il. ISBN 978-85-352-4465-6.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica GVIMS/GGTES/DIRE3/ANVISA N° 05/2024: Orientações sobre antissepsia cirúrgica das mãos com preparações alcoólicas e escovação cirúrgica. Disponível em: NOTA-TECNICA2024-HIGIENE-DAS-MAOS-14-11-24_.pdf. Acesso em 24 de nov. 2024. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota Técnica N° 01/2018 GVIMS/GGTES/ANVISA: Higienização das mãos em serviços de saúde. Disponível em: notatecnica-01-2018-higienizacao-das-maos.pdf. Acesso em 24 de nov. 2024.

QUESTÃO 16 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 27

Enunciado:

(AFYA SANTA INÊS) Um homem de 58 anos, diabético e com história de úlcera plantar crônica, procura atendimento com dor intensa no pé direito, edema e hiperemia local. A avaliação clínica sugere osteomielite associada a infecção por Staphylococcus aureus sensível à meticilina (MSSA), confirmada por cultura óssea. Considerando o agente etiológico identificado e os princípios farmacológicos dos antimicrobianos, o médico decide instituir antibioticoterapia intravenosa direcionada.

Com base na análise do caso clínico e no mecanismo de ação dos antimicrobianos, assinale a alternativa que melhor correlaciona o fármaco indicado ao seu princípio de ação no tratamento da osteomielite por MSSA.

Alternativas:

A) Oxacilina – Inibe a síntese da parede celular bacteriana ao se ligar às proteínas ligadoras de penicilina.

B) Ciprofloxacino – Atua na síntese da parede celular por inibição da transpeptidação bacteriana.

C) Azitromicina – Inibe a DNA-girase bacteriana, impedindo a replicação do DNA.

D) Vancomicina – Inibe a síntese proteica ao se ligar à subunidade 30S ribossomal bacteriana.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A osteomielite por MSSA tem como tratamento de escolha antibióticos beta-lactâmicos resistentes à penicilinase, como a oxacilina. A oxacilina atua inibindo a síntese da parede celular bacteriana, ligando-se às PBPs (proteínas ligadoras de penicilina), impedindo a formação adequada do peptidoglicano e levando à lise bacteriana. Esse mecanismo é particularmente eficaz contra Staphylococcus aureus sensível à meticilina. A Vancomicina inibe síntese de parede celular, não síntese proteica. O Ciprofloxacino inibe a DNA-girase, não a parede celular.

A Azitromicina atua na subunidade 50S ribossomal, não na DNA-girase.

Referências:

KATZUNG, Bertram G.; TREVOR, Anthony J. Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

BENNETT, John E.; DOLIN, Raphael; BLASER, Martin J. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 9. ed. Philadelphia: Elsevier, 2020. HARRISON, J. Larry et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21. ed. New York: McGraw-Hill, 2022.

-

Doenças articulares (7 questões)

QUESTÃO 17 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 15**

Enunciado:

H.M.A, sexo feminino, 64 anos, procurou um especialista musculoesquelético em busca de orientação devido a uma história de 3 anos de piora progressiva de dor em ambos os joelhos. Seus joelhos ficaram rígidos por cerca de 20 minutos quando ela se levantou naquele dia pela manhã. O exame das mãos da paciente revelou aumento significativo de algumas das articulações interfalângicas distais. Os pés apresentavam deformidades semelhantes nas articulações metatarsofalangeanas. Após questionamento adicional, a paciente admitiu sentir dor ocasional e rigidez nessas articulações também.

Fonte: Adaptado de Orthapedics Today - Osteoarthritis Case Study [on-line], Disponível em: https://www.healio.com/news/orthopedics/20120331/osteoarthritis-case-study. Acessado em 10 abr 2023.

Sobre o caso acima apresentado, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Apesar da paciente ser do sexo feminino, a osteoartrite, pelo menos em indivíduos de meia-idade e idosos, é muito mais comum em homens do que em mulheres.

B) As articulações interfalângicas distais são frequentemente afetadas pela osteoartrite, podendo formar os chamados nódulos de Bouchard, apresentados pela paciente.

C) A prevalência de osteoartrite (AO) aumenta acentuadamente com o avanço da idade, sendo considerada incomum em adultos com menos de 40 anos.

D) A osteoartrite geralmente afeta certas articulações e poupa outras. As articulações mais afetadas, em geral, são punho, cotovelo e tornozelo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

A prevalência de osteoartrite (AO) aumenta acentuadamente com o avanço da idade, sendo incomum em adultos com < 40 anos e altamente prevalente naqueles com idade > 60 anos. Trata-se também de uma doença que, pelo menos em indivíduos de meia-idade e idosos, é muito mais comum em mulheres do que em homens.

Sobre os locais de acometimento, a OA afeta certas articulações e poupa outras. As articulações afetadas, em geral, são o quadril, o joelho, a coluna cervical e lombossacral e a primeira articulação metatarsofalângica (MTF). Nas mãos, as articulações interfalângicas distais e proximais, assim como a base do polegar, são afetadas com frequência. A osteoartrite pode afetar as articulações interfalângicas distais (nódulos de Heberden) e as articulações interfalângicas proximais (nódulos de Bouchard). Em geral, são poupados o punho, o cotovelo e o tornozelo.

Fonte: JAMESON, J L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina interna de Harrison - 2 volumes. 20th ed. Rio de Janeiro: Grupo A, 2019.

QUESTÃO 18 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 26

Enunciado:

Homem, 42 anos, obeso e hipertenso, comparece ao pronto-socorro com quadro de dor intensa no tornozelo direito, de início há 8 horas. Informa episódio de dor e edema no hálux esquerdo, 2 meses antes, com melhora após uso de AINEs, por conta própria. Nega febre ou hiporexia. História de etilismo com consumo de três a quatro garrafas de cerveja, no mínimo 3 vezes por semana. Ao exame: FC: 84 bpm; PA: 150 x 90 mmHg; Tax: 37,8ºC; FR: 16 irpmin, presença de edema, calor e rubor no tornozelo direito, nodulações em articulações interfalangeanas proximais da mão esquerda, mão direita sem alterações. Exames laboratoriais: Hemoglobina: 14,6 g/dL (VR 13-18 g/dL); Leucócitos: 14.230/mm3 (VR 4000-11000/mm^3); Creatinina: 1,1 mg/dl (VR 0,7-1,3 mg/dL); Ácido úrico: 6,2mg/dL (VR: 7,0 a 9,6 mg/dL); PCR: 86 mg/dL (VR menor 6 mg/dL). RX tornozelo D: aumento de partes moles, sem outras alterações.

Considerando o provável diagnóstico do paciente, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) O ácido úrico sérico abaixo do valor de referência afasta o diagnóstico de artrite gotosa.

B) A artrocentese é dispensável, pois o quadro clínico e a história prévia de podagra confirmam o diagnóstico de gota.

C) Mesmo que o paciente se apresenta com temperatura pouco elevada, o diagnóstico diferencial com artrite séptica deve ser considerado.

D) Por se tratar de uma crise aguda, o consumo de álcool não interfere na recorrência das crises, não sendo necessário orientar sua cessação.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Níveis séricos de ácido úrico em vigência de crise não possuem NENHUM valor diagno stico. Os sinais e sintomas apresentados poderiam ser explicados tanto pela hipo tese de artrite séptica quanto pela hipótese de artrite gotosa, ainda que essa u ltima seja a mais provável (febre muito baixa e sem calafrios, ause ncia de bloqueio articular, histo ŕ ia prévia de podagra sem profilaxia secundária adequada). O passo propedêutico fundamental aqui é sem dúvida a artrocentese diagnóstica: exames microbiológicos (Gram e cultura), além da pesquisa de cristais (microscopia de luz polarizada) confirmam o diagnóstico.

Independente do estágio da doença, a cessação do etilismo é fundamental para evitar crises futuras e diminuir os ataques de artrite.

Referência:

Terkeltaub R. Update on gout: new therapeutic strategies and options. Nat Rev Rheumatol. 2010; 6(1):30-8.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 19 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 47

Enunciado:

(UNISL JI-PARANÁ) Mulher, 45 anos, previamente saudável, apresenta queixa de dor nas articulações das mãos e punhos há 3 meses. A dor é intermitente e varia de intensidade, sem relação direta com esforço físico. Pela manhã, a paciente relata dificuldade para movimentar as articulações, o que melhora ao longo do dia. Nos últimos meses, também percebeu um leve inchaço nas articulações, além de se sentir mais cansada. Não há histórico de trauma ou esforço excessivo. O exame físico revela edema discreto nas articulações metacarpofalângicas, com sensibilidade leve à palpação e amplitude de movimento reduzida. Diante do quadro clínico, assinale a alternativa que classifica corretamente a dor articular apresentada e sua justificativa.

Alternativas:

A) A dor articular é inflamatória, devido à presença de edema, sensibilidade e rigidez matinal que melhora com o movimento.

B) A dor articular é inflamatória, pois a paciente apresenta dor contínua associada à fadiga, o que indica inflamação sistêmica.

C) A dor articular é mecânica, pois a paciente não relata piora da dor com movimentos específicos e o edema é leve.

D) A dor articular é mecânica, pois a paciente descreve variação de intensidade da dor sem um padrão consistente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Respostas Comentadas:A)

A dor articular é mecânica, pois a paciente descreve variação de intensidade da dor sem um padrão consistente.

Comentário: Esta afirmação é incorreta. Embora a dor mecânica possa variar em intensidade, a ausência de um padrão consistente não é uma característica distintiva para classificá-la como dor mecânica. As dores mecânicas geralmente têm uma relação mais clara com atividades físicas e tendem a piorar com o movimento. Portanto, essa opção não considera outros fatores importantes, como a rigidez matinal e o edema.

A dor articular é inflamatória, devido à presença de edema, sensibilidade e rigidez matinal que melhora com o movimento.

Comentário: Esta é a resposta correta. A descrição dos sintomas, como edema discreto nas articulações, sensibilidade à palpação e rigidez matinal que melhora com o movimento, são características clássicas da dor articular inflamatória. A presença desses sinais sugere uma condição inflamatória, como artrite, que precisa ser considerada no diagnóstico.

A dor articular é inflamatória, pois a paciente apresenta dor contínua associada à fadiga, o que indica inflamação sistêmica.

Comentário: Embora a fadiga possa ser um sintoma associado a condições inflamatórias, a afirmação é inadequada como base para classificar a dor. A dor contínua e a fadiga, isoladamente, não são suficientes para concluir que a dor articular é inflamatória, especialmente sem outros sinais evidentes, como rigidez matinal e edema significativo. Essa opção é incorreta.

A dor articular é mecânica, pois a paciente não relata piora da dor com movimentos específicos e o edema é leve.

Comentário: Esta opção é incorreta. A descrição de "não relata piora da dor com movimentos específicos" pode ser interpretada de maneira confusa, pois a dor inflamatória pode não piorar necessariamente com o movimento, especialmente se houver rigidez matinal. Além disso, a leveza do edema não descarta a possibilidade de uma condição inflamatória, que é confirmada por outros sintomas. Portanto, essa opção é incorreta.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. Acesso em: 30 mai. 2024. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. Acesso em: 30 mai. 2024.

QUESTÃO 20 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 35**

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Senhor, 76 anos, com osteoartrite de joelhos e dispepsia recorrente. Hipertenso em uso de captopril e com função renal limítrofe. Procura a Unidade Básica de Saúde por dor crônica e limitação funcional. O médico está em dúvida sobre o melhor analgésico para o paciente devido às comorbidades, se poderá utilizar anti-inflamatório não esteroidal (AINE) ou o anti-inflamatório esteroidal (AIE). Qual conduta integra melhor a farmacodinâmica desses medicamentos ao manejo seguro da dor crônica para este paciente na atenção primária?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) Introduzir corticosteroide oral de uso contínuo, em dose baixa, e associar AINE seletivo parcial COX-2 conforme a necessidade, para controle rápido da inflamação e da dor de maior intensidade.

B) Programar paracetamol e anti-inflamatório tópico; se AINE sistêmico for inevitável, usar dose mínima de um com seletividade parcial COX-2 com protetor gástrico e monitorar função renal e pressão arterial.

C) Optar por AINE seletivo COX-1 duas vezes ao dia durante refeição, sem protetor gástrico, pois o uso com alimentos reduz o risco gastrintestinal; considerar infiltração local ou uso tópico do corticosteroide.

D) Usar AINE seletivo COX-2 diário associado ao AAS para equilibrar riscos vasculares e gástricos de forma preventiva, com protetor gástrico, alternando com infiltração local de corticosteroide ou tópico.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Alternativa correta: “Programar paracetamol e diclofenaco tópico; se AINE sistêmico for inevitável, usar dose mínima de seletivo parcial COX-2 com protetor gástrico e monitorar função renal e pressão arterial.

Justificativa:

Esta conduta é a mais adequada à luz da farmacodinâmica e da abordagem da dor crônica no idoso. O paracetamol atua centralmente na inibição da síntese de prostaglandinas, oferecendo efeito analgésico com baixo risco gastrintestinal. O diclofenaco tópico permite analgesia local com mínima

absorção sistêmica, reduzindo efeitos adversos renais e GI.

Caso seja necessária a introdução de AINE sistêmico, o meloxicam — um oxicam parcialmente seletivo para COX-2 — tem perfil mais seguro em doses ≤7,5 mg/dia, pois reduz a síntese de prostaglandinas inflamatórias com menor inibição da COX-1 gástrica. O acompanhamento clínico com uso de protetor gástrico, controle pressórico e monitoramento da função renal é obrigatório em idosos, pela redução da taxa de filtração glomerular e maior risco de retenção de sódio e efeitos cardiovasculares. “O meloxicam exibe seletividade parcial para COX-2 e apresenta menos lesões gástricas que o piroxicam em doses de 7,5 mg/dia.”

“A atividade dos AINEs envolve a inibição da COX-1 e COX-2, reduzindo prostaglandinas que participam da inflamação, mas também da proteção da mucosa gástrica e da perfusão renal.”

“Na atenção primária, o manejo da dor crônica deve priorizar terapias seguras, integrando medidas não farmacológicas, analgésicos simples e AINEs apenas quando estritamente necessários, sempre com vigilância de comorbidades e uso racional de recursos.”

Distratores:

Usar AINE seletivo COX-2 diário associado ao AAS para equilibrar riscos vasculares e gástricos de forma preventiva, com protetor gástrico, alternando com infiltração local de corticosteroide ou tópico.

AINE seletivo COX-2+ AAS aumenta risco gastrintestinal, pois o uso concomitante elimina a vantagem seletiva do COX-2. Mesmo com IBP, o risco combinado GI e cardiovascular persiste. “Os inibidores seletivos da COX-2 perdem sua vantagem gastrintestinal quando usados com ácido acetilsalicílico.” (Goodman & Gilman, 2023).

Optar por AINE seletivo COX-1 duas vezes ao dia durante refeição, sem protetor gástrico, pois o uso com alimentos reduz o risco gastrintestinal; considerar infiltração local ou uso tópico do corticosteroide.

AINE seletivo COX-1 possui ação anti-inflamatória eficaz e meia-vida longa, mas continua associado a alto risco de úlcera e sangramento, especialmente sem IBP. Alimentos apenas retardam a absorção, não reduzem risco GI. “A alimentação retarda a absorção, mas não reduz o risco de ulceração gastrintestinal.” (Goodman & Gilman, 2023).

Introduzir corticosteroide oral de uso contínuo, em dose baixa, e associar AINE seletivo parcial COX-2 conforme a necessidade, para controle rápido da inflamação e da dor de maior intensidade.

O uso prolongado de corticosteroide oral e AINE seletivo parcial COX-2 simultâneo é contraindicado em dor crônica não oncológica, pois aumenta o risco de eventos GI, renais e cardiovasculares, além de catabolismo muscular e osteoporose. “O cetorolaco é limitado a até cinco dias de uso devido ao risco de hemorragia GI e nefrotoxicidade.” (Goodman & Gilman, 2023). “Na APS, deve-se evitar corticosteroides sistêmicos contínuos na dor musculoesquelética crônica, priorizando medidas não farmacológicas e educação em dor.” (Gusso & Lopes, 2022).

Referências:

BRUNTON, L. L. Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 13. ed. Rio de Janeiro: AMGH, 2018.

GUSSO, G. ; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. v. 2, cap. 103, p. 2121–2144.

QUESTÃO 21 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 38**

Enunciado:

(BANCO AFYA) Homem de 50 anos, com histórico de hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, procura atendimento ambulatorial por dor súbita e intensa no hálux direito há dois dias. Refere que a dor iniciou durante a madrugada, sem trauma local, e piorou progressivamente, acompanhada de inchaço, vermelhidão e calor intenso no local, impossibilitando o apoio do pé no chão. Sem sinais de toxemia. Ao exame físico, observa-se articulação metatarsofalângica do hálux direito com tumefação evidente, rubor, calor e dor intensa à palpação mínima, além de limitação completa da movimentação articular. As demais articulações estão preservadas. A punção articular evidenciou líquido inflamatório turvo, com contagem de leucócitos de 30.000/mm^3 e predomínio de neutrófilos, ainda apresenta estruturas alongadas em forma de agulha, com birrefringência negativa à luz polarizada.

Com base nesse quadro clínico e laboratorial, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A presença de cristais de urato e início súbito, com sinais inflamatórios importantes, são sugestivos de crise aguda de gota.

B) O quadro é compatível com a d oença do depósito de cristais de fosfato de cálcio, pelo início na articulação metatarsofalângica.

C) O quadro é compatível com artrite séptica, pois o líquido articular com cristais é uma característica exclusiva dessa infecção.

D) Trata-se de um caso típico de osteoartrite, pois o envolvimento é monoarticular e associado a sinais flogísticos e líquido turvo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

-

O quadro é compatível com artrite séptica, pois o líquido articular com cristais é uma característica exclusiva dessa infecção.

Justificativa: Incorreta. A artrite séptica é uma infecção bacteriana grave, caracterizada por líquido sinovial com muito mais de 50.000 leucócitos/mm^3, turvo e cultura positiva. A presença de cristais não é exclusiva nem característica dessa infecção; na verdade, sua detecção indica uma artrite

microcristalina. Além disso, a birrefringência negativa observada é típica de cristais de urato monossódico, encontrados na gota.

-

A presença de cristais de urato e início súbito, com sinais inflamatórios importantes, são sugestivos de crise aguda de gota.

Justificativa: Correta. O quadro clínico é clássico de gota aguda (podagra): início súbito, monoartrite dolorosa, sinais flogísticos intensos e acometimento da primeira metatarsofalângica.

O líquido sinovial inflamatório, com predomínio de neutrófilos e birrefringência negativa à luz polarizada, confirma o diagnóstico de artrite por cristais de urato monossódico.

-

Trata-se de um caso típico de osteoartrite, pois o envolvimento é monoarticular e associado a sinais flogísticos e líquido turvo.

Justificativa: Incorreta. A osteoartrite (artrose) é uma doença degenerativa e crônica, geralmente não inflamatória. O líquido sinovial é claro, viscoso e com baixa contagem de leucócitos.

Além disso, a presença de febre, líquido inflamatório turvo e birrefringência negativa são incompatíveis com osteoartrite e apontam para gota.

- O quadro é compatível com a doença do depósito de cristais de fosfato de cálcio, pelo início na articulação metatarsofalângica.

Justificativa: Incorreta. A doença do depósito de cristais de pirofosfato de cálcio (pseudogota) acomete principalmente joelhos e punhos, raramente o hálux. Além disso, os cristais dessa condição apresentam birrefringência positiva, e não negativa. O local acometido (primeiro metatarsofalângico) e o tipo de birrefringência tornam o diagnóstico de gota o mais provável.

Referências:

HOCHBERG, Marc C. Artrite e outras doenças articulares. In: Goldman-Cecil Medicina Interna. 26.ª ed. Elsevier, 2020.

JAMESON, J. Larry et al. Harrison – Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2023.

QUESTÃO 22 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 5

Enunciado:

(AFYA PORTO NACIONAL) Mulher, 42 anos procura atendimento por dor articular há 4 meses. Refere dor e rigidez matinal nas mãos e punhos com duração superior há 1 hora, associada a edema e dificuldade para realizar atividades finas. Nas últimas semanas, passou a apresentar fadiga, febre baixa vespertina e perda de 3 kg. Nega trauma prévio. Ao exame físico: artrite simétrica de interfalângicas proximais e metacarpofalângicas, discreto aumento de temperatura local, sem hiperemia intensa.

Considerando o quadro clínico, assinale a alternativa que melhor corresponde ao diagnóstico provável.

Alternativas:

A) A presença de febre baixa e perda ponderal indica artrite infecciosa aguda, tipicamente monoarticular, de evolução abrupta e com sinais flogísticos intensos, com limitação funcional importante.

B) O conjunto de dor articular simétrica, rigidez matinal prolongada, sinais inflamatórios locais e manifestações sistêmicas sugere artrite inflamatória crônica, sendo a artrite reumatoide a hipótese diagnóstica mais provável.

C) O quadro sugere artralgia mecânica associada a osteoartrose, caracterizada por dor que piora ao repouso prolongado, ausência de sinais inflamatórios sistêmicos e acometimento preferencial de grandes articulações de forma assimétrica.

D) O quadro é compatível com lúpus eritematoso sistêmico, pois artrite simétrica de pequenas articulações, fadiga, febre baixa e perda ponderal podem ser manifestações inaugurais da doença.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O quadro sugere artralgia mecânica associada a osteoartrose, caracterizada por dor que piora ao repouso prolongado, ausência de sinais inflamatórios sistêmicos e acometimento preferencial de grandes articulações de forma assimétrica.

Incorreta. A osteoartrose é a causa mais comum de dor articular em adultos de meiaidade e representa o principal diagnóstico a ser afastado neste contexto. No entanto, seus achados característicos contradizem sistematicamente os dados da vinheta. Na osteoartrose, a dor piora com o esforço e melhora com o repouso — o oposto da rigidez matinal prolongada descrita, que é marca registrada da artrite inflamatória. A rigidez matinal na osteoartrose dura menos de 30 minutos, enquanto a vinheta descreve rigidez superior a uma hora. O acometimento osteoartrótico tem predileção por grandes articulações como joelhos, quadris e interfalângicas distais, frequentemente de forma assimétrica — ao contrário do padrão simétrico de IFP e MCF descrito. Por fim, a osteoartrose não cursa com manifestações sistêmicas: a presença de fadiga, febre baixa vespertina e perda de 3 kg indica processo inflamatório crônico ativo, incompatível com doença mecânico-degenerativa.

O conjunto de dor articular simétrica, rigidez matinal prolongada, sinais inflamatórios locais e manifestações sistêmicas sugere artrite inflamatória crônica, sendo a artrite reumatoide a hipótese diagnóstica mais provável.

Correta. O quadro satisfaz múltiplos domínios dos critérios ACR/EULAR 2010 para artrite reumatoide. O acometimento simétrico de MCF e IFP — articulações-alvo da AR — associado à rigidez matinal superior a uma hora e à duração de quatro meses preenche os critérios de distribuição articular, duração e padrão inflamatório. Do ponto de vista fisiopatológico, a AR é mediada por ativação imunológica com expansão clonal de linfócitos T autorreativos, produção de autoanticorpos e liberação de citocinas próinflamatórias — especialmente TNF-α, IL-1 e IL-6 — que sustentam a sinovite proliferativa, o edema articular e as manifestações sistêmicas. A fadiga, a febre baixa vespertina e a perda ponderal refletem o estado inflamatório crônico sistêmico mediado por essas citocinas, sendo manifestações esperadas na AR ativa. O perfil epidemiológico — mulher de 42 anos — é concordante, uma vez que a AR acomete predominantemente mulheres na faixa etária de 40 a 60 anos, com razão feminino: masculino de aproximadamente 3:1.

A presença de febre baixa e perda ponderal indica artrite infecciosa aguda, tipicamente monoarticular, de evolução abrupta e com sinais flogísticos intensos e limitação funcional importante.

Incorreta. A febre e a perda ponderal, analisadas isoladamente, poderiam sugerir processo infeccioso — e esse é o erro que o distrator explora. No entanto, a artrite infecciosa tem características que contradizem diretamente o quadro descrito em três domínios simultâneos. Quanto ao padrão articular, a artrite séptica é tipicamente monoarticular — enquanto a vinheta descreve poliartrite simétrica de MCF e IFP. Quanto à evolução temporal, a artrite infecciosa tem instalação abrupta em horas a dias, com

rápida progressão — enquanto o quadro evolui há quatro meses. Quanto à intensidade dos sinais flogísticos, a artrite séptica cursa com hiperemia intensa, calor acentuado, edema importante e febre alta — enquanto a vinheta descreve discreto aumento de temperatura local sem hiperemia intensa e febre baixa arrastada. O diagnóstico de artrite infecciosa exige a integração desses três elementos — padrão articular, evolução e intensidade inflamatória — e não pode ser sustentado pela presença isolada de febre e perda ponderal.

O quadro é compatível com lúpus eritematoso sistêmico, pois artrite simétrica de pequenas articulações, fadiga, febre baixa e perda ponderal podem ser manifestações inaugurais da doença.

Incorreta. O LES é o principal diagnóstico diferencial da AR em mulher adulta com poliartrite simétrica e manifestações sistêmicas — e todos os elementos descritos na alternativa são, individualmente, achados reais do LES. O erro não está no reconhecimento do LES como hipótese plausível, mas na ausência de outros critérios classificatórios que tornariam esse diagnóstico mais provável que a AR. A vinheta não descreve rash malar, fotossensibilidade, úlceras orais, serosite, acometimento renal, citopenias ou alterações neuropsiquiátricas — manifestações que, segundo os critérios SLICC 2012 e EULAR/ACR 2019, sustentariam a classificação de LES. Em contrapartida, o padrão articular descrito — acometimento simétrico de IFP e MCF com rigidez matinal superior a uma hora por quatro meses — satisfaz múltiplos domínios dos critérios ACR/EULAR 2010 para AR. O candidato deve reconhecer que o LES é possível, mas insuficientemente sustentado pelos dados da vinheta em comparação com a AR, que é o diagnóstico mais provável diante dos achados disponíveis.

Referência:

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231 -

QUESTÃO 23 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original nº 44**

Enunciado:

(AFYA SANTA INÊS) Uma mulher de 68 anos comparece à Unidade Básica de Saúde relatando dor e inchaço nas mãos há cerca de dois meses. Refere rigidez matinal prolongada, com duração aproximada de duas horas, dificuldade para abrir torneiras, segurar utensílios e realizar tarefas domésticas. A dor melhora parcialmente com movimentação ao longo do dia e piora após períodos de repouso. Nega trauma, febre ou lesões cutâneas recentes. No exame físico, observa-se edema, dor à palpação e discreto aumento de temperatura em articulações metacarpofalangianas e interfalangianas proximais de ambas as mãos, de forma bilateral e simétrica. Considerando a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial na Atenção Primária, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Tratar como osteoartrite erosiva, iniciar analgésico simples e orientar exercícios, pois a idade e o acometimento das mãos favorecem doença degenerativa.

B) Reconhecer suspeita de artrite reumatoide, solicitar exames iniciais, usar AINE se não houver contraindicações e encaminhar precocemente ao reumatologista.

C) Solicitar fator reumatoide e radiografias das mãos, iniciar prednisona oral contínua e aguardar os resultados antes de decidir encaminhamento.

D) Iniciar metotrexato na Unidade Básica, associar corticoide prolongado e encaminhar apenas se houver erosões ou deformidades articulares.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Solicitar fator reumatoide e radiografias das mãos, iniciar prednisona oral contínua e aguardar os resultados antes de decidir encaminhamento.

Justificativa:

Incorreta. Solicitar fator reumatoide e radiografias das mãos pode fazer parte da investigação inicial, mas o encaminhamento ao reumatologista não deve aguardar esses resultados quando há suspeita de artrite inflamatória persistente. A paciente apresenta rigidez matinal prolongada, edema, dor, discreto aumento de temperatura e acometimento simétrico de pequenas articulações das mãos, achados sugestivos de artrite reumatoide. Além disso, prednisona oral contínua como conduta inicial isolada pode mascarar a atividade inflamatória, atrasar o diagnóstico definitivo e expor a paciente a

efeitos adversos, especialmente em idosa.

Tratar como osteoartrite erosiva, iniciar analgésico simples e orientar exercícios, pois a idade e o acometimento das mãos favorecem doença degenerativa.

Justificativa:

Incorreta. Embora a idade e o acometimento das mãos possam sugerir doença degenerativa, o padrão clínico descrito é mais compatível com artrite inflamatória. A rigidez matinal de aproximadamente duas horas, a melhora com movimentação, a piora após repouso, o edema articular, o aumento de temperatura e o acometimento simétrico de metacarpofalangianas e interfalangianas proximais favorecem artrite reumatoide. Na osteoartrite, a rigidez costuma ser breve, a dor é mais mecânica e o acometimento típico envolve interfalangianas distais, base do polegar e articulações de carga.

Reconhecer suspeita de artrite reumatoide, solicitar exames iniciais, usar AINE se não houver contraindicações e encaminhar precocemente ao reumatologista.

Justificativa:

Correta. O quadro é sugestivo de artrite reumatoide inicial, caracterizada por sinovite persistente, rigidez matinal prolongada, acometimento simétrico de pequenas articulações das mãos e limitação funcional. Na Atenção Primária, a conduta adequada é reconhecer a suspeita clínica, solicitar exames iniciais sem atrasar o encaminhamento, usar anti-inflamatório não esteroidal se não houver contraindicações para controle sintomático e encaminhar precocemente ao reumatologista para confirmação diagnóstica e início de terapia modificadora da doença.

Iniciar metotrexato na Unidade Básica, associar corticoide prolongado e encaminhar apenas se houver erosões ou deformidades articulares.

Justificativa:

Incorreta. O metotrexato é uma medicação modificadora de doença importante no tratamento da artrite reumatoide, mas seu início exige confirmação diagnóstica, avaliação de contraindicações, exames basais e monitorização laboratorial. Além disso, não se deve aguardar erosões ou deformidades para encaminhar, pois o objetivo é tratar precocemente para evitar dano articular irreversível. Corticoide prolongado também não deve ser usado como estratégia principal na Atenção Primária sem planejamento e acompanhamento adequados.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade — 2 volumes: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed,

2019. E-book, p. 875. ISBN 9788582715369.

-

Manguito rotador / dor no ombro (10 questões)

QUESTÃO 24 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 47

Enunciado:

Módulo:(s) HAM

Cabeleireira, 55 anos, tem uma alta carga laboral em seu salão. Recentemente, tem sentido dor intensa em ombro direito, sobretudo quando executa movimentos de grande amplitude com essa articulação. Durante exame clínico, não apresenta dor durante o Teste de Speed, mas refere quadro

álgico intenso durante testes de Jobe e Neer. Quanto ao caso clínico acima e aos testes realizados, analise as assertivas abaixo.

I - Uma hipótese diagnóstica provável é a lesão do manguito rotador, composto por tendões que auxiliam na estabilidade do ombro. Fazem parte dele: supraespinhoso, infraespinhoso, redondo menor e trapézio.

II - O Teste de Jobe consiste na elevação ativa do ombro contra a resistência. É realizado com o ombro em rotação interna e a sua positividade pode indicar lesão do tendão do supraespinhoso.

III - O teste de impacto de Neer é positivo quando a dor é reproduzida pela elevação anterior máxima do ombro. A sua positividade é específica de bursite subacromial.

IV - Teste de Speed consiste na flexão ativa do ombro em rotação externa contra resistência. A presença ou ausência de dor durante sua realização avalia a possibilidade de lesão do tendão do infraespinhoso.

Estão corretas apenas as assertivas:

Alternativas:

A) I e II.

B) II.

C) II e III.

D) III e IV.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A assertiva II é correta e autoexplicativa. As demais afirmações são falsas. Assertiva I: trapézio não faz parte do manguito rotador. Fazem parte dele: supraespinhoso, infraespinho, redondo menor e subescapular.

Assertiva I I I: o teste de Neer não é específico de bursite subacromial, podendo ser positivo nas síndromes do impacto.

Assertiva IV: o Teste de Speed avalia a cabeça longa do bíceps.

Referência:

PORTO, C. C. Semiologia Médica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. SILVA, Rose Mary Ferreira Lisboa da. Tratado de semiologia médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1 recurso

online. ISBN 978-85-277-2636-8. Disponível em:

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/978-85-277-2636-8>. Acesso em: 17 jul. 2017.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 25 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 12

Enunciado:

Um paciente idoso, de 72 anos, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor no ombro esquerdo, que começou gradualmente há cerca de três meses. Ele relata que a dor é mais intensa durante a noite e ao levantar o braço. O paciente menciona que não houve nenhum evento traumático significativo associado à dor. Durante o exame físico, observa-se dor à palpação na região do acrômio e limitação da abdução ativa do ombro.

Qual dos seguintes testes poderia confirmar o diagnóstico de síndrome do impacto neste paciente?

Alternativas:

A) Teste de Speed.

B) Teste de Neer.

C) Teste de Yergason.

D) Teste de Phalen.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A resposta correta é o teste de Neer que avalia a síndrome do impacto envolvendo o tendão do músculo supraespinhal e é realizado da seguinte forma: o membro superior, em extensão e rotação neutra, é elevado passiva e rapidamente no plano da escápula, pelo examinador, que impede com uma das mãos a rotação da escápula. Nessa situaç ão, o tubérculo maior do úmero projeta-se contra a face anteroinferior do acrômio e reproduz o impacto, com a dor característica produzida pela irritação da bolsa serosa e do tendão do supraespinal. A estrutura chamada de “manguito rotador” é o conjunto de quatro tendões inseridos na cabeça do úmero. Os tendões que formam essa estrutura são: supraespinhal, infraespinhal, redondo menor e subescapular. Lesões de manguito são a principal causa de dor no ombro, sendo o supraespinhal o tendão mais comumente afetado, em virtude de sua localização anatômica mais suscetível ao impacto subacromial e de sua hipovascularização relativa.

Referências:

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. Ortopedia e Traumatologia. Grupo A, 2017. E-book. ISBN 9788582713778. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713778/. Acesso em: 19 mar. 2024. RAYMUNDO, José Luiz P.; MIRANDA, Isabel H. Ortopedia para clínicos: exame e diagnóstico. Editora Manole, 2021. E-book. ISBN 9788520462768. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520462768/. Acesso em: 19 mar. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 26 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 16

Enunciado:

(UNIFIPMOC) Homem, 24 anos de idade, é velocista da natação brasileira, e há cerca de 06 meses iniciou com uma dor persistente no ombro direito, que se agravava durante suas atividades diárias e esportivas. Ele relata que a dor piora significativamente ao levantar o braço acima da cabeça e durante movimentos repetitivos da natação. Além da dor, ele também percebeu que a força do ombro direito diminuiu ao realizar tarefas simples, como levantar objetos pesados ou levantar o braço para alcançar prateleiras mais altas. O paciente procurou o médico, que ao exame físico, constatou dor localizada na região anterior e lateral do ombro direito, particularmente à palpação sobre o tubérculo maior do úmero. O médico também fez testes específicos, sendo o teste de Jobe positivo.

O provável músculo lesado é o:

Alternativas:

A) subescapular.

B) supraespinhoso.

C) infraespinhoso.

D) bíceps.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Supraespinhoso. CORRETA. A lesão nesse músculo causa dor localizada na região anterior e lateral do ombro, ele se insere tubérculo maior do úmero e o teste específico para sua lesão é o teste de Jobe. Teste de Jobe: quando positivo, indica alteração do supraespinal, e é testado pela elevação ativa do membro superior (no plano da escápula) em extensão e rotação interna, contra a resistência oposta produzida pelo examinador.

Infraespinhoso. INCORRETA. O teste específico para lesão desse músculo é o teste de Patte. Além disso, está mais associado ao movimento de rotação externa do ombro. Subescapular: INCORRETA. O teste específico para lesão desse músculo é o teste de Gerber. Além disso, está mais associado ao movimento de rotação interna do ombro. Bíceps: INCORRETA. O teste específico para lesão desse músculo é o teste de Speed ou Yergason.

Referências:

COHEN, Moisés. Tratado de Ortopedia. 1.ed. São Paulo: Roca, 2007. CIPRIANO, Joseph J. Manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. Grupo A, 2012. FILHO, Tarcisio Eloy Pessoa de B.; CAMARGO, Olavo Pires de; CAMANHO, Gilberto L. Clínica Ortopédica. Editora Manole, 2012.

QUESTÃO 27 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 44

Enunciado:

(UNIDEP) João, 45 anos, pedreiro, apresenta dor no ombro direito há 3 meses, especialmente ao levantar o braço ou realizar rotação. Para realizar o exame físico o médico estuda a morfofisiologia do ombro.

Com base no caso, leia as alternativas abaixo:

I. A articulação glenoumeral é a principal articulação do ombro, conectando a cabeça do úmero à cavidade glenoide da escápula.

II. O manguito rotador é formado por quatro músculos: supraespinhal, infraespinhal, redondo maior e subescapular.

III. A articulação do ombro permite movimentos ao redor de três eixos, possibilitando flexão–extensão, abdução–adução, rotação (medial e lateral) do úmero e circundução.

IV. Os ligamentos que fazem parte da articulação do ombro são: glenoumerais, coraumeral, coracoacromial, coracoclavicular e acromioclavicular.

Assinale a alternativa que contenha somente as assertivas corretas:

Alternativas:

A) I e III.

B) I, II e III.

C) II, III e IV.

D) I, III e IV.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A articulação do ombro é sinovial do tipo esferóidea que possibilita grande amplitude de movimento; sua mobilidade, porém, torna-a relativamente instável. A cabeça do úmero, grande e redonda, articula-se com a cavidade glenoidal da escápulaque é relativamente rasa, mas o lábio glenoidal, uma estrutura fibrocartilagínea e anular, aprofunda discreta, mas efetivamente essa cavidade. As duas faces articulares são cobertas por cartilagem hialina. Os ligamentos que compõe essa articulação são os ligamentos glenoumerais, que são três faixas fibrosas, evidentes apenas na face interna da cápsula, que reforçam a parte anterior da cápsula articular; ligamento coracoumeral é uma faixa larga e forte que vai da base do processo coracoide até a face anterior dos tubérculos maior e menor do úmero; ligamento transverso do úmero é uma faixa fibrosa larga que segue mais ou menos obliquamente do tubérculo maior até o tubérculo menor do úmero, transpondo o sulco intertubercular. O arco coracoacromial é uma estrutura extrínseca, protetora, formada pela face inferior lisa do acrômio e do processo coracoide da escápula, com o ligamento coracoacromial entre eles. Os quatro dos músculos escapuloumerais (intrínsecos do ombro) – supraespinal, infraespinal, redondo menor e subescapular (músculos SIRS) – são denominados músculos do manguito rotador porque formam um manguito rotador musculotendíneo ao redor da articulação do ombro A articulação do ombro é a mais livremente móvel do corpo, possibilitando flexão–extensão, abdução–adução, rotação (medial e lateral) do úmero e circundução. Em relação as alternativas:

II. O correto é:

O manguito rotador é formado por quatro músculos: supraespinhal, infraespinhal, redondo menor e subescapular. Na alternativa está o músculo redondo maior.

IV. O correto é:

Os ligamentos que fazem parte da articulação do ombro são: glenoumerais, coraumeral, coracoacromial e ligamento transverso do úmero. Na questão cita os ligamentos coracoclavicular e acromioclavicula, porém estes fazem parte da articulação acromioclavicular e não da glenoumeral (ombro).

Referências:

MOORE, K L.; DALLEY, A F. Anatomia orientada para a clínica. 7 ed. Rio De Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., 2021.

MARIEB, E. N.; HOEHN, K. Anatomia Humana. 7ª ed. Pearson Education, 2014

QUESTÃO 28 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 3**

Enunciado:

(UNIDEP) Homem, 72 anos, aposentado, hipertenso bem controlado, procura atendimento queixando-se de dor crônica no ombro direito há 3 meses, piora ao elevar o braço e ao carregar peso. Refere dificuldade para pentear o cabelo e abrir portas, sem relato de trauma recente ou sintomas sistêmicos. No exame físico, observa-se redução da amplitude ativa na abdução e rotação interna, além de sinal de Jobe e Neer positivos, sem sinais de inflamação articular. Em relação ao quadro clínico acima, considerando a principal hipótese diagnóstica, analise as alternativas abaixo e assinale a correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A artrografia convencional com contraste iodado é o exame de primeira linha para caracterizar lesões do manguito rotador, substituindo a necessidade de ressonância magnética.

B) A ressonância magnética é excelente para a avaliação do manguito rotador, já que fornece dados objetivos sobre a qualidade dos tendões, seja na fase inflamatória, seja na fase de ruptura.

C) A ecografia pode ilustrar o grau de retração, com alta precisão, em casos de lesões do manguito rotador, além de evidenciar a descontinuidade do tendão com sinal de alta intensidade.

D) Em casos como o relatado no problema, a ecografia é o exame mais específico, visto que esse exame não demonstra dificuldades para detectar lesões menores e lesões parciais do manguito.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A ressonância magnética (RM) é, de fato, o método de escolha (“padrão-ouro”) para avaliação do manguito rotador, pois permite visualizar alterações tanto inflamatórias (edema e tendinopatia) quanto rupturas parciais ou completas, além de quantificar retração e atrofia muscular. A ultrassonografia é um exame útil e dinâmico, mas sua sensibilidade e especificidade são inferiores às da RM, especialmente para lesões parciais de pequena magnitude e para avaliar retração muscular.

Embora a ecografia demonstre descontinuidade tendínea e líquido anecoico (sinal de ruptura), ela não utiliza “sinal de alta intensidade” (jargão de RM) e tem limitação na mensuração precisa da retração muscular.

A artrografia convencional é invasiva e obsoleta para esse fim; não é exame de primeira linha nem substitui a RM na caracterização das lesões do manguito rotador.

Referências:

HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P. B.; XAVIER, Renato; et al. Ortopedia e Traumatologia. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2017. E-book. p. 118. ISBN 9788582713778. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582713778/. Acesso em: 20 abr. 2025.
SKINNER, Harry B.; MCMAHON, Patrick J. CURRENT Ortopedia. 5. ed. Porto Alegre: AMGH,

2015. E-book. p. 141. ISBN 9788580554366.

DynaMed. Gestão do Impacto do Manguito Rotador. EBSCO Information Services. Acessado em 14 de novembro de 2024. Disponível em:

https://www.dynamed.com/management/management-of-rotator-cuff-impingement. Acesso em: 27 maio 2025.

QUESTÃO 29 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 38

Enunciado:

(AFYA Abaetetuba) Homem, 52 anos, pedreiro, procura a UBS com queixa de dor no ombro direito há cerca de 2 meses, com piora progressiva. Relata dor principalmente ao levantar o braço acima da cabeça e dificuldade para executar movimentos como pentear o cabelo ou alcançar prateleiras. Ao exame físico, apresenta dor à elevação ativa do braço entre 60° e 120°, mas a elevação passiva está preservada. O teste de Neer é positivo, e o teste de Jobe provoca dor e fraqueza.

Com base no caso apresentado, qual é a principal hipótese diagnóstica para o caso?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Síndrome do impacto e possível lesão do supraespinal.

B) Ruptura do tendão da cabeça longa do bíceps.

C) Síndrome do impacto e possível lesão do infraespinhal.

D) Capsulite adesiva (ombro congelado).

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Síndrome do impacto e possível lesão do infraespinhal.

O infraespinhal é avaliado pelo teste de Patte, e não cursaria com alteração no teste de Neer e Obe tão pronunciado.

Ruptura do tendão da cabeça longa do bíceps.

Quando há ruptura do tendão, ocorre dor súbita e intensa na parte superior do braço, especialmente perto do ombro ou cotovelo, que piora ao levantar ou puxar pesos. Outros sintomas podem ser hematomas, inchaço, fraqueza e, em alguns casos, uma deformidade conhecida como "sinal do Popeye", e alteração no teste de Speed.

Capsulite adesiva (ombro congelado).

Na capsulite adesiva, o paciente apresentaria alteração na mobilidade passiva e muita rigidez ao movimento.

Portanto, a lesão que melhor explica os sintomas do paciente seria síndrome do impacto com lesão do supraespinhal.

A lesão do manguito rotador frequentemente se manifesta com dor à mobilidade ativa, preservando a mobilidade passiva. O teste de Neer, ao provocar dor com a elevação passiva forçada do braço, indica síndrome do impacto subacromial. Já o teste de Jobe (ou "teste do supraespinal") avalia especificamente o músculo supraespinal, um dos componentes do manguito rotador; dor e fraqueza nesse teste são sugestivos de lesão tendínea ou tendinopatia. O conjunto desses achados é compatível com uma lesão do manguito rotador associada à síndrome de impacto.

Referências:

McGEE, S. Evidence-Based Physical Diagnosis. 5. ed. Elsevier, 2021. PORTO, C.C. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. PORTO, C. C. ; PORTO, A. L. Exame Clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. SKINNER, Harry B. ; MCMAHON, Patrick J. CURRENT Ortopedia. 5ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

QUESTÃO 30 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 2

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Mulher de 38 anos, cabeleireira, refere dor crônica em ombro direito há cerca de 3 anos. Geralmente a dor é classificada como 3 na escala visual analógica da dor e consegue manter suas atividades laborativas e habituais. Já teve algumas exacerbações e faz uso de anti-inflamatório não esteroide por conta própria. Comparece em primeira consulta na UBS com relato de que há 2 semanas está com dor incapacitante no ombro, classificada como 9 na escala visual analógica, e que não apresentou melhora com os medicamentos utilizados anteriormente. Relata que a dor piora com movimento e ao dormir sobre o membro e tem medo de estar com doença cardíaca. Ao exame físico: amplitude de movimento preservada na mobilização passiva do ombro direito, porém com dor; teste de Neer e Jobe alterados e teste do braço caído sem alterações. Sem outras alterações no exame físico. Foi prescrita analgesia corretamente.

Analise o caso clínico e marque a alternativa correta em relação às condutas e provável etiologia do quadro clínico.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Encaminhar para fisioterapia para fortalecimento e solicitar ultrassonografia do ombro direito, por provável tendinite do supraespinhoso exacerbada.

B) Encaminhar para o cardiologista e solicitar ecocardiograma, além de orientar repouso até resultado do exame, por provável insuficiência cardíaca.

C) Solicitar radiografia de ombro direito e orientar repouso absoluto do membro, por provável capsulite adesiva com alteração anatômica do acrômio.

D) Encaminhar a paciente para a ortopedia para procedimento cirúrgico e solicitar ressonância do ombro direito, por provável ruptura de supraespinhoso.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Encaminhar a paciente para a ortopedia para procedimento cirúrgico e solicitar ressonância do ombro direito, por provável ruptura de supraespinhoso. Paciente até poderá ser encaminhada para a ortopedia em outro momento caso não responda ao tratamento inicial instituído, porém o exame físico atual não sugere ruptura do supraespinhoso, com teste do braço caído sem alterações.

Solicitar radiografia de ombro direito e orientar repouso absoluto do membro, por provável capsulite adesiva com alteração anatômica do acrômio. Alteração anatômica do acrômio irá gerar maior impacto no supraespinhoso e realmente é visível no RX, porém não tem relação com capsulite adesiva e um paciente com capsulite tem diminuição da amplitude de movimento na mobilização passiva e ativa.

Encaminhar para fisioterapia para fortalecimento e solicitar ultrassonografia do ombro direito, por provável tendinite do supraespinhoso exacerbada.

Correta, trata-se de uma síndrome do manguito rotador crônica, exacerbada nas últimas 2 semanas; paciente deverá realizar fortalecimento muscular.

Encaminhar para o cardiologista e solicitar ecocardiograma, além de orientar repouso até resultado do exame, por provável insuficiência cardíaca.

Paciente não apresenta sinais de doença cardíaca, sem edemas de MMII, sem dispneia aos esforços ou outras alterações no exame físico.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388, cap.

103. Acesso em: 05 maio 2025.

RAYMUNDO, José Luiz P. ; MIRANDA, Isabel H. Ortopedia para clínicos: exame e diagnóstico. Barueri: Manole, 2021. E-book, p. 90. ISBN 9788520462768. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520462768/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 31 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 27**

Enunciado:

(AFYA GARANHUNS) Um trabalhador de 42 anos, auxiliar de almoxarifado, procurou nos últimos dias o setor de Medicina do Trabalho relatando dor no ombro direito há três meses, que piora consideravelmente ao levantar o braço acima da cabeça ou ao realizar movimentos repetitivos de alcance. Ao ser questionado, paciente nega trauma prévio, mas refere sobrecarga durante o trabalho devido ao levantamento frequente de caixas pesadas acima do nível dos ombros. O exame físico revelou dor à manobra de Neer e teste de Jobe positivo.

Considerando os exames complementares disponíveis e os aspectos ergonômicos relacionados, analise e diferencie as estratégias diagnósticas e preventivas mais adequadas para esse caso.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Radiografia simples do ombro confirma o diagnóstico de síndrome do manguito rotador, sendo a primeira escolha de exame e, associada à manutenção da postura estática no trabalho, reduz a sobrecarga mecânica.

B) Ressonância magnética do ombro é indicada apenas após falha de tratamento conservador durante 3 meses e deve ser acompanhada pela limitação de toda atividade de rotação externa no ambiente laboral.

C) Ultrassonografia do ombro é útil para detecção de rupturas do manguito rotador e, aliada à análise ergonômica do posto de trabalho, permite ajustes que evitem movimentos de abdução acima de 90°, prevenindo recidivas.

D) Eletroneuromiografia é o exame de escolha para diagnóstico inicial da síndrome do manguito rotador e deve ser associada à imobilização prolongada do membro superior durante a jornada de trabalho.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

A alternativa correta é "

Ultrassonografia do ombro é útil para detecção de rupturas do manguito rotador e, aliada à análise ergonômica do posto de trabalho, permite ajustes que evitem movimentos de abdução acima de 90°, prevenindo recidivas.

" A ultrassonografia do ombro é útil para detecção de rupturas do manguito rotador e, aliada à análise ergonômica do posto de trabalho, permite ajustes que evitem movimentos de abdução acima de 90°, prevenindo recidivas.

Radiografia simples do ombro confirma o diagnóstico de síndrome do manguito rotador, sendo a primeira escolha de exame e, associada à manutenção da postura estática no trabalho, reduz a sobrecarga mecânica.

Está incorreta porque, apesar de ser uma abordagem diagnóstica auxiliar interessante para a síndrome do manguito rotador, a radiografia simples é focada na análise de comprometimento de estruturas ósseas e não necessariamente no diagnóstico da síndrome propriamente dita, o qual necessita de abordagens adicionais para sua confirmação.

Ressonância magnética do ombro é indicada apenas após falha de tratamento conservador durante 3 meses e deve ser acompanhada pela limitação de toda atividade de rotação externa no ambiente laboral.

Está incorreta porque a ressonância magnética é o exame de imagem de maior precisão para diagnóstico da síndrome do manguito rotador.

Eletroneuromiografia é o exame de escolha para diagnóstico inicial da síndrome do manguito rotador e deve ser associada à imobilização prolongada do membro superior durante a jornada de trabalho.

Está incorreta porque a eletroneuromiografia não é o exame de escolha inicial para diagnóstico da síndrome do manguito rotador, mas sim para avaliação de compressões nervosas.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.1012. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 15 nov. 2025.

SKINNER, Harry B.; MCMAHON, Patrick J. CURRENT Ortopedia. 5. ed. Porto Alegre: AMGH,

2015. E-book. p.137. ISBN 9788580554366. Disponível em:

https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580554366/. Acesso em: 15 nov. 2025.

QUESTÃO 32 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 3

Enunciado:

(AFYA TERESINA) Paciente de 72 anos procura ambulatório com queixa de dor no ombro direito há seis meses, pior ao elevar o braço para pentear o cabelo ou alcançar objetos acima da cabeça. Refere dor noturna e limitação progressiva da mobilidade. Ao exame físico, observa-se redução da amplitude ativa de abdução por dor, com mobilidade passiva parcialmente preservada. O teste de Neer desencadeia dor na face anterolateral do ombro. O teste de Jobe (empty can) é positivo, com dor e fraqueza à resistência. O teste para tendinite da cabeça longa do bíceps não reproduz dor significativa.

Com base na avaliação clínica descrita, qual diagnóstico é mais compatível com os achados do exame físico?

Alternativas:

A) Luxação glenoumeral crônica, caracterizada por deformidade evidente e perda completa da mobilidade.

B) Capsulite adesiva, caracterizada por limitação semelhante dos movimentos ativos e passivos do ombro.

C) Síndrome do manguito rotador, evidenciada por dor ao teste de Neer e positividade no teste de Jobe.

D) Tendinite isolada da cabeça longa do bíceps, com dor reproduzida nos testes específicos para o bíceps.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Síndrome do manguito rotador, evidenciada por dor ao teste de Neer e positividade no teste de Jobe. – Correta. O teste de Neer avalia impacto subacromial e, quando positivo, sugere síndrome do manguito rotador. O teste de Jobe avalia especificamente o músculo supraespinal, frequentemente acometido nessa síndrome. A limitação predominantemente ativa reforça o diagnóstico.

Capsulite adesiva, caracterizada por limitação semelhante dos movimentos ativos e passivos do ombro. – Incorreta. Na capsulite adesiva, há limitação global tanto da mobilidade ativa quanto da passiva, o que não ocorre no caso descrito.

Tendinite isolada da cabeça longa do bíceps, com dor reproduzida nos testes específicos para o bíceps.

– Incorreta. O teste específico para o bíceps não reproduziu dor significativa, tornando essa hipótese menos provável.

Luxação glenoumeral crônica, caracterizada por deformidade evidente e perda completa da mobilidade. – Incorreta. Não há relato de deformidade, trauma ou perda completa de mobilidade compatível com luxação.

Referências:

MAGEE, D. J. Avaliação Musculoesquelética. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HOPPENFELD, S. Exame Físico da Coluna e das Extremidades . Porto Alegre: Artmed, 2011. -

QUESTÃO 33 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 22

Enunciado:

(AFYA TERESINA) Homem de 46 anos, professor de educação física, relata dor no ombro direito há quatro meses, pior à elevação do membro e ao realizar movimentos acima da cabeça. Refere dor noturna e limitação funcional progressiva. Ao exame físico, apresenta dor à palpação na região anterolateral do ombro e testes de impacto positivos. A ultrassonografia evidencia tendinopatia do supraespinal compatível com síndrome do manguito rotador. O paciente apresenta espasmo muscular associado e questiona sobre o uso de relaxantes musculares para controle dos sintomas, além do anti-inflamatório já prescrito.

Considerando as bases farmacológicas no controle sintomático da síndrome do manguito rotador, qual alternativa apresenta a conduta mais adequada em relação ao uso de relaxantes musculares?

Alternativas:

A) Associar relaxante muscular de ação central por curto período, considerando seu efeito na redução do espasmo e possível sedação como efeito adverso.

B) Indicar relaxante muscular de ação central contínuo, por ser uma classe que não apresenta efeitos adversos relevantes no sistema nervoso central.

C) Prescrever relaxante muscular periférico com ação específica sobre o tendão inflamado, sem interferência no sistema nervoso central.

D) Substituir o anti-inflamatório por relaxante muscular de ação central isolado, visto que este atua diretamente na inflamação tendínea.

GABARITO: A

Resposta comentada:

Associar relaxante muscular de ação central por curto período, considerando seu efeito na redução do espasmo e possível sedação como efeito adverso. – Correta. Relaxantes musculares de ação central, como ciclobenzaprina, atuam reduzindo a atividade tônica muscular por mecanismos centrais, sendo úteis no alívio de espasmo associado à dor musculoesquelética. Devem ser utilizados por curto período devido a efeitos adversos como sedação e tontura.

Indicar relaxante muscular de uso contínuo prolongado, pois não apresenta efeitos adversos relevantes no sistema nervoso central. – Incorreta. Relaxantes musculares centrais apresentam efeitos adversos importantes, especialmente sedação, e não devem ser utilizados por tempo prolongado sem reavaliação.

Substituir o anti-inflamatório por relaxante muscular isolado, visto que este atua diretamente na inflamação tendínea. – Incorreta. Relaxantes musculares não possuem ação anti-inflamatória direta sobre o tendão; o processo inflamatório é melhor abordado com anti-inflamatórios e medidas físicas.

Prescrever relaxante muscular periférico com ação específica sobre o tendão inflamado, sem interferência no sistema nervoso central. – Incorreta. Relaxantes musculares utilizados para dor musculoesquelética atuam predominantemente no sistema nervoso central, não havendo ação específica sobre o tendão inflamado.

Referências:

KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. Farmacologia Básica e Clínica . 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

MAGEE, D. J. Avaliação Musculoesquelética. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

-

Síndrome do túnel do carpo (2 questões)

QUESTÃO 34 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 32**

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Gestante de 32 anos, no terceiro trimestre, relata dor no punho, dormência e formigamento em 1°, 2° e 3° dedos da mão direita há cerca de 2 meses, piorando à noite e ao usar o celular por longos períodos. Nas últimas semanas percebeu fraqueza ao segurar objetos e dificuldade em atividades que exigem atividade motora fina. Ao exame, observa-se diminuição da sensibilidade na face palmar dos três primeiros dedos e discreta atrofia da eminência tenar. Teste de Phalen reproduz o formigamento descrito.

Com base nesse quadro clínico, qual das alternativas melhor explica a fisiopatologia responsável pelos sintomas da paciente?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) As alterações hormonais e a retenção de líquido da gestação favorecem o edema dos tecidos do túnel do carpo, aumentando a pressão local e comprimindo o nervo mediano, o que causa isquemia e provoca os sintomas.

B) As alterações hormonais da gestação provocam episódios de vasoespasmo periférico e consequente isquemia do nervo mediano, resultando em neuropatia sensitivo-motora transitória, o que explica os sintomas.

C) O aumento do volume sanguíneo durante a gestação e o crescimento uterino progressivo provocam congestão venosa no antebraço, dificultando o retorno venoso e causando neuropatia por estiramento do nervo mediano.

D) As alterações hormonais da gestação induzem degeneração axonal difusa crônica das fibras sensitivas do nervo mediano, sem envolvimento compressivo, sendo a degeneração responsável pelo quadro clínico.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A questão apresenta um caso clínico típico de Síndrome do Túnel do Carpo, com a paciente apresentando dor em punho e parestesia em 1°, 2° e 3° dedos da mão, que piora à noite. O exame físico reforça a hipótese, com diminuição da sensibilidade na face palmar dos três primeiros dedos e discreta atrofia da eminência tenar, seguida de Teste de Phalen positivo. A fisiopatologia dessa síndrome está centrada na compressão do nervo mediano, à medida que ele se desloca com os tendões flexores através de um canal feito pelos ossos do carpo e o ligamento transverso do carpo. A compressão pode ocorrer por uma variedade de condições que produzem uma redução na capacidade do canal do carpo (i. e., alterações ósseas ou nos ligamentos) ou um aumento do volume do conteúdo do túnel (i. e., inflamação dos tendões, edema sinovial ou tumores). Sabe-se que algumas condições são fatores de risco para o quadro, como gestação, edema, traumatismo, osteoartrose, artrite inflamatória e distúrbios infiltrativos. A paciente do caso encontra-se gestante, o que leva à retenção hídrica e aumento da permeabilidade capilar, que causam edema dos tecidos moles, inclusive dentro do túnel do carpo. Dessa forma, a única alternativa que descreve a fisiopatologia correta é: “A retenção de líquido da gestação favorece o edema dos tecidos do túnel do carpo, aumentando a pressão local e comprimindo o nervo mediano, o que causa isquemia e provoca os sintomas”. As demais alternativas descrevem mecanismos que não condizem com a fisiopatologia

compressiva e local da síndrome do túnel do carpo.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.3335. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 19 out. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book. p. 504. ISBN 9788527737876. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 19 out. 2025.

QUESTÃO 35 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 7

Enunciado:

(AFYA SANTA INÊS) Mulher de 34 anos, no segundo trimestre de gestação, procura atendimento ambulatorial com queixa de formigamento e dormência na mão direita há cerca de 2 meses. Refere piora noturna dos sintomas, acordando com necessidade de "sacudir a mão" para aliviar o desconforto. Nega trauma prévio. Ao exame físico, apresenta parestesia nos três primeiros dedos e metade radial do quarto dedo, além de teste de Phalen positivo. Força preservada, sem atrofia tenar evidente. Considerando os achados clínicos e o fator de risco apresentado, qual alternativa melhor explica a fisiopatologia do quadro?

Alternativas:

A) Processo degenerativo primário dos ossos do carpo, levando à compressão neural tardia.

B) Lesão traumática repetitiva do nervo ulnar no punho, causando neuropatia sensitivomotora distal.

C) Compressão do nervo mediano no túnel do carpo devido ao aumento da pressão intracompartimental.

D) Inflamação autoimune direta do nervo mediano, levando à degeneração axonal primária irreversível.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

A Síndrome do Túnel do Carpo é causada pela compressão do nervo mediano no interior do túnel do carpo, um espaço anatômico inextensível limitado pelos ossos do carpo e pelo retináculo dos flexores.

Na gestação, ocorre retenção hídrica, edema de bainhas sinoviais dos tendões flexores e aumento da pressão intracompartimental. Esse aumento pressórico provoca: comprometimento do fluxo sanguíneo intraneural (isquemia), desmielinização segmentar inicial (neuropatia compressiva e, em casos prolongados, possível degeneração axonal). Os sintomas clássicos são parestesia em território do nervo mediano e piora noturna, o que reflete essa fisiopatologia compressiva.

Inflamação autoimune direta do nervo mediano, levando à degeneração axonal primária irreversível.

Alternativa incorreta - não há relação de autoimunidade com o quadro gestacional.

Lesão traumática repetitiva do nervo ulnar no punho, causando neuropatia sensitivomotora distal.

Alternativa incorreta - Quadro da paciente não sugere doença do ulnar, e sim do mediano. Processo degenerativo primário dos ossos do carpo, levando à compressão neural tardia. Alternativa incorreta - Quadro agudo durante a gestação, logo, não sugere um processo degenerativo e, como não há lesão motora, não sugere quadro tardio.

Referências:

II, Arthur F D. AGUR, Anne M R. Moore Anatomia Orientada Para a Clínica. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book, p. 998. ISBN 9788527740128. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/. LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. -

Osteoporose (3 questões)

QUESTÃO 36 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 14

Enunciado:

(UNIGRANRIO BARRA) Paciente jovem de 20 anos de idade, admitida com dor no quadril. Atendida pelo ortopedista e constatada, pelo exame radiológico, fratura do ilíaco. Relato de queda com trauma pélvico lateral.

Cálcio total: 9mg\dL (8,8 a 10,4mg\dL)

Vitamina D: 45ng\mL (acima de 20ng\mL)

Há rarefação de densidade óssea pela densitometria.

Diante do que foi exposto, qual o diagnóstico mais provável?

Alternativas:

A) Osteoporose idiopática.

B) Fratura patológica pela deficiência de cálcio.

C) Osteoporose secundária à hipovitaminose D.

D) Deficiência de ferro.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

(Osteoporose secundária à hipovitaminose D

A hipovitaminose D pode levar à osteoporose secundária devido à menor absorção de cálcio, resultando em ossos fracos. No entanto, os níveis de vitamina D da paciente estão normais, tornando essa alternativa menos provável.

Fratura patológica pela deficiência de Cálcio

A deficiência de cálcio pode causar ossos fracos e fraturas patológicas. Contudo, os níveis de cálcio da paciente estão normais, o que torna essa alternativa improvável. Osteoporose idiopática

Osteoporose idiopática é um diagnóstico de exclusão, usado quando não há causa identificável para a perda de densidade óssea. Em uma paciente jovem com níveis normais de cálcio e vitamina D, mas com ossos fracos e rarefação óssea, essa alternativa é plausível, especialmente se não houver outras condições subjacentes identificáveis.

Deficiência de ferro

A deficiência de ferro não está diretamente relacionada à saúde óssea ou à fratura do ilíaco. Embora a anemia por deficiência de ferro possa causar fraqueza e fadiga, não é uma causa comum de fraturas ósseas ou osteoporose.

Referências:

FAVUS, Murray J. Primer on Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. 2nd edition. New York: Raven Press, 1993.

GALI, Julio Cesar. Osteoporose. ACTA ORTOP BRAS 9(2) - ABR/JUN, 2001. COSTA, Arual Augusto. Wiermann & Miranda: Imagem em Medicina. São Paulo: Cromosete Gráfica e Editora Ltda, 1998.

QUESTÃO 37 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 26

Enunciado:

(AFYA ITABUNA) Idosa, 72 anos, apresenta duas fraturas vertebrais nos últimos 18 meses, apesar de ter utilizado bifosfonato oral (alendronato). Refere lombalgia crônica, redução de 4 cm na estatura e dificuldade para caminhar longas distâncias. O exame de densitometria óssea mostra T-score de −3,5 em coluna lombar e −3,0 em fêmur total. Ela mantém corretamente as medidas não farmacológicas (cálcio, vitamina D, exercícios e cessação do tabagismo). Diante do alto risco de novas fraturas, o reumatologista decide substituir o antirreabsortivo por um medicamento anabólico, visando estimular a formação óssea e reduzir o risco de fraturas.

Analise o caso clínico acima e identifique o medicamento escolhido e sua classe farmacológica.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Teriparatida, um análogo do PTH.

B) Denosumabe, um anticorpo monoclonal anti-RANKL.

C) Raloxifeno, um modulador seletivo dos receptores de estrogênio.

D) Pamidronato, um bifosfonato antirreabsortivo.

GABARITO: A

Resposta comentada:

Teriparatida é um análogo recombinante do hormônio paratireoideo (PTH 1-34). Mecanismo de ação: quando administrada de forma intermitente, estimula a atividade e diferenciação dos osteoblastos, promovendo formação de matriz óssea nova e aumento da densidade mineral óssea (DMO).

Classe farmacológica: fármaco anabólico (formador ósseo).

Indicação:

Osteoporose grave (T-score ≤ −3,0);

Fraturas múltiplas ou falha com antirreabsortivos (bifosfonatos ou denosumabe). Por que está correta?

O caso clínico mostra osteoporose grave e refratária, em que o tratamento de escolha é justamente um anabólico como teriparatida, para estimular a formação óssea ativa. Alternativas incorretas:

Denosumabe, um anticorpo monoclonal anti-RANKL.

Raloxifeno, um modulador seletivo dos receptores de estrogênio.

Pamidronato, um bifosfonato antirreabsortivo.

Pamidronato: É um bifosfonato que inibe a reabsorção óssea mediada pelos osteoclastos, as células responsáveis por degradar o tecido ósseo.

Denosumabe: É um anticorpo monoclonal que se liga ao RANKL, uma proteína essencial para a formação e ativação dos osteoclastos. Ao bloquear o RANKL, ele impede a reabsorção óssea.

Raloxifeno: É um modulador seletivo do receptor de estrogênio (SERM) que age como agonista nos receptores ósseos, mimetizando os efeitos do estrogênio para reduzir a reabsorção óssea.

Todos os 3 medicamentos são catabólicos, atuando inibindo a reabsorção óssea.

Referências:

MITCHELL, Richard N.; KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; AL, et. Robbins & Cotran Fundamentos de Patologia. 9. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017. Ebook. Pi ISBN 9788595151796. Disponível em: https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151796/. Acesso em: 21 out. 2025.

RITTER, James M.; FLOR, Haste; Graeme Henderson; e outros. Rang & Dale Farmacologia. 10. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025. E-book, pág. 426. ISBN 9786561110228. Disponível em:

https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786561110228/. Acesso em: 21 out. 2025.

QUESTÃO 38 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 21

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Mulher, 52 anos, portadora de lúpus eritematoso sistêmico, em uso contínuo de prednisona há mais de 8 anos, procura atendimento por dor lombar progressiva. Nega trauma recente. Ao exame físico, apresenta redução de estatura, dor à palpação de coluna lombar e discreta cifose toracolombar.

Foi realizada tomografia da coluna lombar (imagem abaixo).

Disponível em: https://radiopaedia.org/articles/.

Com base no caso clínico e na imagem apresentada, analise e interprete os achados radiológicos, assinalando a alternativa correta.

Alternativas:

A) Revela esclerose vertebral difusa associada à formação de pontes ósseas marginais contínuas.

B) Redução difusa da densidade óssea com adelgaçamento cortical e fraturas vertebrais por compressão.

C) Evidenciam-se áreas líticas focais com destruição óssea irregular envolvendo corpo vertebral e pedículo.

D) Aumento da densidade óssea com espessamento cortical e redução do espaço intervertebral.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A imagem demonstra aumento da densidade óssea com espessamento cortical e redução do espaço intervertebral. Incorreta. A imagem não evidencia aumento da densidade óssea nem espessamento cortical. Ao contrário, observa-se redução difusa da densidade óssea e adelgaçamento cortical. O padrão descrito nesta alternativa é mais compatível com alterações degenerativas, como espondilose, que cursam com esclerose e osteófitos, e não com osteoporose secundária associada ao uso prolongado de corticosteroides. Observa-se redução difusa da densidade óssea com adelgaçamento cortical e fraturas vertebrais por compressão em múltiplos níveis. Correta. A imagem demonstra osteopenia difusa, adelgaçamento cortical e múltiplas fraturas vertebrais por compressão (esmagamento), achados típicos de osteoporose. No contexto clínico apresentado, o uso prolongado de corticosteroides é fator etiológico relevante, pois esses fármacos reduzem a atividade osteoblástica, aumentam a reabsorção óssea mediada por osteoclastos, diminuem a absorção intestinal de cálcio e favorecem hipogonadismo funcional, culminando em perda acelerada de massa óssea e maior risco de fraturas vertebrais.

Evidenciam-se áreas líticas focais com destruição óssea irregular envolvendo corpo vertebral e pedículo.

Incorreta. Lesões metastáticas costumam apresentar padrão focal, com destruição óssea localizada e possível comprometimento do pedículo vertebral. A imagem descrita apresenta redução difusa da densidade óssea e fraturas compressivas múltiplas, sem evidência de lesões expansivas ou destrutivas focais, o que afasta processo neoplásico metastático como diagnóstico principal.

A imagem revela esclerose vertebral difusa associada à formação de pontes ósseas marginais contínuas. Incorreta. A espondilite anquilosante caracteriza-se por formação de sindesmófitos e esclerose vertebral progressiva, podendo evoluir para anquilose. Esses achados não são observados na imagem. O padrão identificado é de redução da densidade óssea e fraturas por compressão, compatível com osteoporose, especialmente em paciente com fator de risco farmacológico estabelecido.

Referência:

GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. Goldman-Cecil Medicina. 26. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2022. E-book, p. 1762. ISBN 9788595159297. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159297/. -

Displasia do desenvolvimento do quadril (1 questões)

QUESTÃO 39 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 19**

Enunciado:

(UNISL Porto Velho) Uma recém-nascida feminina, primogênita, nascida a termo, por apresentação pélvica, é avaliada com 4 semanas de vida. Ao examinar o quadril esquerdo, notase que, ao aproximar suavemente o fêmur em direção ao tronco e depois afastá-lo, percebe-se um discreto deslizamento da cabeça femoral, seguido de retorno súbito com sensação de “clique”. Há limitação na abertura das pernas para o lado esquerdo e dobras glúteas assimétricas. Analise as alternativas abaixo em relação à fisiopatologia relacionada à alteração no exame físico e assinale o mecanismo principal que gera essa instabilidade.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Frouxidão ligamentar sistêmica por relaxina materna elevada.

B) Defeito isolado na ossificação endocondral do acetábulo no 2° trimestre.

C) Alteração genética na síntese do colágeno da cápsula articular.

D) Acetábulo raso pela falta de modelagem recíproca da cabeça femoral.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Resposta correta:

Acetábulo raso pela falta de modelagem recíproca da cabeça femoral.

Justificativa: A displasia surge quando o acetábulo permanece raso, não acomodando a cabeça femoral esférica; sem contato firme, não há estímulo mútuo para o desenvolvimento adequado das faces articulares.

Justificativas dos distratores.

Defeito isolado na ossificação endocondral do acetábulo no 2° trimestre: Incorreta. A ossificação endocondral é apenas parte do processo; o ponto central é o encaixe biomecânico cabeçaacetábulo. Incorreta. A apresentação pélvica predispõe, mas não causa ruptura ligamentar direta no feto. Frouxidão ligamentar sistêmica por relaxina materna elevada: Incorreta. Relaxina amplia a mobilidade pélvica materna, mas não explica instabilidade unilateral no bebê. Alteração genética na síntese do colágeno da cápsula articular: Incorreta. Não há evidência de mutação única que cause cápsula articular displásica isolada.

Referências:

Chen, M. Y. M., Pope, T. L., & Ott, D. J. (2012). Basic Radiology (2nd ed., p. 1). Porto Alegre, Brazil: AMGH. E-book. ISBN 978-8580551099.

Norris, T. L. (2021). In Porth's Pathophysiology: Concepts of Altered Health States (10ª ed., p. 504). Rio de Janeiro, Brazil: Guanabara Koogan. E-book. ISBN 978-8527737876.

Acidente vascular encefálico (AVE) (12 questões)

QUESTÃO 40 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 45**

Enunciado:

Um paciente idoso de 75 anos é admitido na emergência com quadro de hemiparesia à direita e dificuldade para falar. Foi diagnosticado com um acidente vascular encefálico isquêmico agudo. Durante a avaliação, o paciente começa a ter dificuldade para respirar e a saturação de oxigênio cai para 85%. O paciente é colocado em oxigenoterapia com máscara de Venturi, mas a saturação permanece baixa.

Qual a indicação para intubação orotraqueal neste caso de complicação do acidente vascular encefálico?

Alternativas:

A) A intubação orotraqueal deve ser evitada, pois o paciente está em um quadro agudo de acidente vascular encefálico, o que pode aumentar o risco de complicações durante o procedimento.

B) A intubação orotraqueal é indicada neste caso, pois a queda da saturação de oxigênio e a dificuldade respiratória podem indicar a presença de edema cerebral.

C) A intubação orotraqueal só é indicada se o paciente não conseguir tolerar uma máscara de oxigênio, caso contrário, a terapia com máscara de oxigênio deve ser mantida.

D) A intubação orotraqueal deve ser realizada somente se o paciente apresentar um quadro de insuficiência respiratória grave, com pCO2 elevada e pH baixo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A intubação orotraqueal é indicada quando há necessidade de garantir a ventilação adequada do paciente e prevenir a hipoxemia, independentemente da presença de hipercapnia ou acidose respiratória.

A queda da saturação de oxigênio e a dificuldade respiratória indicam a possibilidade de edema cerebral, que pode comprometer a ventilação e causar hipoxemia. Nesses casos, a intubação orotraqueal é indicada para garantir a ventilação adequada do paciente e prevenir a hipoxemia. A presença de um quadro agudo de acidente vascular encefálico não é uma contraindicação absoluta para a intubação orotraqueal. A decisão deve ser baseada na avaliação clínica do paciente e nos seus sinais vitais.

A terapia com máscara de oxigênio pode não ser suficiente para manter uma oxigenação adequada em casos de comprometimento respiratório grave, como é o caso deste paciente. Portanto, a resposta correta é a alternativa - a intubação orotraqueal é indicada neste caso, pois a queda da saturação de oxigênio e a dificuldade respiratória podem indicar a presença de edema cerebral, que pode comprometer a ventilação e causar hipoxemia. A intubação orotraqueal é necessária para garantir a ventilação adequada do paciente e prevenir a hipoxemia.

BICKLEY, Lynn S. Bates-Propedêutica Médica Essencial. São Paulo Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527734493. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788527734493/. Acesso em: 23

mai. 2023.

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica, 8ª edição. São Paulo Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN

9788527734998. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/4/books/9788527734998/. Acesso em: 23

mai. 2023.

QUESTÃO 41 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 8

Enunciado:

Módulo:(s) IESC + HAM

Uma médica realiza visita domiciliar em uma mulher de 80 anos que está se recuperando de um AVE isquêmico, ocorrido há 2 meses. A paciente apresenta hemiparesia à direita e dificuldade de locomoção. Deambula com o apoio de andador e possui dificuldades para a realização das atividades de vida diária, tal como a utilização do banheiro. Apresenta ainda insônia e solicita a prescrição de uma medicação para auxiliá-la com esta queixa. Considerando o caso clínico e o risco potencial de queda da paciente, analise as afirmativas abaixo.

I - Deve-se prescrever um fármaco para insônia neste momento.

II - Deve-se recomendar a instalação de corrimãos no banheiro.

III - Deve-se recomendar a remoção obstáculos como móveis e tapetes que possam atrapalharo deslocamento da paciente dentro de casa.

Está correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:

A) I e II.

B) II e III.

C) I e III.

D) I, II e III.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Deve-se remover obstáculos e instalar corrimãos no banheiro. Não se deve prescrever fármacos para insônia em idosos com alto risco de queda, pois estes aumentam tal risco.

Referência:

Duncan, Schmidt e Giulinani. Medicina Ambulatorial,5a ed. Artmed.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 42 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 50

Enunciado:

Paciente, masculino, 26 anos, previamente hígido, dá entrada na sala vermelha de um hospital com quadro de rebaixamento do nível de consciência. Familiar relatou que ele se queixou de uma cefaleia intensa iniciada há 2 horas. Realizada Tomografia Computadorizada sem contraste que evidenciou uma imagem sugestiva de hemorragia intraparenquimatosa extensa. O médico plantonista suspeitou do rompimento de uma malformação arteriovenosa (MAV, e diante do Glasgow 5 do paciente, decidiu pela intubação orotraqueal.

Sobre esse procedimento, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Todo paciente que necessite de intubação endotraqueal deve receber oxigênio em baixo fluxo imediatamente antes do início do procedimento.

B) A laringoscopia deve ser realizada com as duas mãos: enquanto a mão direita segura o cabo do laringoscópio, a mão esquerda eleva e inclina a cabeça do paciente.

C) A confirmação da posição do tubo por ausculta epigástrica seguida dos quatro campos pulmonares é desnecessária quando o médico tem certeza de que o tubo foi introduzido na traqueia.

D) Deve-se abrir a boca do paciente e, com cuidado, posicionar o laringoscópio; em seguida, ajustar a língua e tecidos moles da boca para o lado esquerdo com a lâmina, até localizar a epiglote.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

- Na alternativa recomenda-se que todo paciente que necessite de intubação endotraqueal receba oxigênio em baixo fluxo imediatamente antes de iniciar, está errada pois é recomendado oxigênio em alto fluxo.

Na alternativa que informa que a laringoscopia deve ser realizada utilizando-se as duas mãos. Enquanto a mão direita segura o cabo do laringoscópio, a mão esquerda pode elevar e inclinar a cabeça do paciente, está errada, pois a mão esquerda segura o cabo do laringoscópio, a mão direita

pode elevar e inclinar a cabeça.

- Na alternativa que diz que a confirmação da posição do tubo com ausculta epigástrica seguida dos quatro campos pulmonares é desnecessária quando o médico tem certeza da introdução do tubo na traqueia, está errada, pois a confirmação da posição do tubo pela ausculta deve sem sempre realizada.

Referências:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/202103/PROTOCOLO%2 0DE%20INTUBA%C3%87%C3%83ODE%20VIAS%20A%C3% 89REAS.pdf

Protocolo-de-Via-Aérea-na-Emergência-HCFMUSP-2019.pdf (emergenciausp.com.br)

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 43 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 36

Atenção: Questão idêntica também cobrada na Integradora 2024.1 (Questão 49).

Enunciado:

(UNIREDENTOR) Um idoso, de 70 anos foi, recentemente, diagnosticado com sequelas de um AVC isquêmico. Ele apresenta hemiparesia à direita e dificuldade para levantar-se da cama. É hipertenso, diabético e faz uso de múltiplas medicações, inclusive por conta própria. O paciente está em reabilitação e tem como objetivo melhorar sua independência funcional. Considerando o caso clínico acima, marque a assertiva correta que relaciona o quadro com potenciais riscos de queda.

Alternativas:

A) Ao realizar a avaliação de um paciente abordando riscos intrínsecos de queda, os antecendentes de queda e o medo de cair devem ser levados em conta, mas a idade e o sexo não são fatores levados em consideração.

B) O paciente faz uso de múltiplas medicações, inclusive por conta própria, o que é um fator de risco importante para quedas. Novos medicamentos, mudanças de doses, posologia e classes devem ser questionados.

C) Durante a anamnese e coleta de história clínica, o fundamental é procurar os fatores extrínsecos para risco de queda, não sendo de grande importância aqueles relacionados a pessoa, considerados intrínsecos.

D) O exame físico necessita de especial atenção ao sistema musculoesquelético, não sendo necessária a realização de exame físico do sistema cardiovascular e neurológico, uma vez que têm menor fator de risco.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

As quedas podem estar associadas a fatores intrínsecos (decorrentes de alterações fisiológicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos), fatores extrínsecos, (circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso) e fatores situacionais, como correr para atender o telefone ou ir ao banheiro. A probabilidade de quedas aumenta à medida que esses fatores se acumulam. Aproximadamente, 70% das quedas ocorrem no ambiente domiciliar. Portanto, orientações ambientais são fundamentais para sua prevenção. Ao fazer exame físico é importante especial atenção aos sistemas cardiovascular, neurológico e musculoesquelético.

É importante indagar sobre prescrições de novos medicamentos ou mudanças recentes nas doses. Revisar regularmente e reduzir, quando possível, o número e a dose dos medicamentos, incluindo aqueles não prescritos. Considerar tratamentos não farmacológicos. A polifarmácia e medicações específicas são grande causadoras de quedas.

Fatores sociodemográficos são considerados fatores intrínsecos, como: Idade avançada, sexo feminino, ausência de cônjuge, antecedente de queda, medo de cair.

Referências:

Prospero, Lucas P. Amerepam - Manual de Geriatria. Disponível em: Minha Biblioteca, (2nd edição). Grupo GEN, 2019.

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos); (Cadernos de Atenção Básica; n. 19), Cap. 12.

QUESTÃO 44 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original nº 46

Enunciado:

(FMIT) Uma idosa de 88 anos chega ao pronto atendimento acompanhada pela filha, que relata que a mãe teve uma queda em casa há aproximadamente duas horas, enquanto tomava banho, sem trauma cranioencefálico. A filha informa que a paciente havia se alimentado normalmente durante o almoço e parecia bem antes do ocorrido. A paciente agora se queixa de dor intensa no quadril direito e dificuldade para se levantar ou caminhar.

Durante o exame físico, observa-se que a paciente está levemente desorientada, com dificuldade para responder a perguntas simples, e apresenta hemiparesia à esquerda. Com base nos sinais e sintomas apresentados, assinale a alternativa que melhor descreve a situação clínica da paciente.

Alternativas:

A) A desorientação e a hemiparesia à esquerda são sinais compatíveis com um possível acidente vascular encefálico, e a queda pode ser considerada uma consequência direta desse evento neurológico.

B) O ambiente do banheiro é um local de alto risco para quedas em idosos, mas os sinais neurológicos apresentados no pronto atendimento são mais típicos de um quadro clínico compatível com hipoglicemia.

C) A idosa não apresentava desmaio ou perda de consciência no pronto atendimento, portanto os sinais neurológicos não indicam um risco significativo de acidente vascular encefálico antes ou após o acidente.

D) A queda da idosa foi possivelmente causada por um problema visual, como catarata, mas os sinais neurológicos apresentados no pronto atendimento exigem investigação de causas adicionais, como diabetes.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta correta:

A combinação de desorientação e hemiparesia à esquerda é altamente sugestiva de um AVC. A queda pode ter sido uma consequência direta desse evento neurológico. É essencial realizar uma avaliação neurológica detalhada e exames de imagem, como tomografia computadorizada ou ressonância magnética, para confirmar o diagnóstico e iniciar o tratamento adequado Justificativa para as alternativas erradas (Ajustadas):

A queda da idosa foi possivelmente causada por um problema visual, como catarata, mas os sinais neurológicos apresentados no pronto atendimento indicam necessidade de investigação de causas adicionais, como diabetes.(Errada): Problemas visuais ou condições crônicas, como diabetes, podem predispor a quedas, mas os sinais apresentados (hemiparesia e desorientação) indicam claramente um evento neurológico agudo, como um acidente vascular encefálico (AVE), que deve ser priorizado.

A desorientação e a hemiparesia à esquerda são sinais compatíveis com um possível acidente vascular encefálico, e a queda pode ser considerada uma consequência direta desse evento neurológico. (Correta): Os achados de desorientação e hemiparesia são altamente sugestivos de um AVC. A queda deve ser tratada como um possível reflexo do evento neurológico agudo, e a investigação deve priorizar exames de imagem, como tomografia computadorizada, para confirmar o diagnóstico e iniciar o manejo adequado.

A idosa não apresentava desmaio ou perda de consciência no pronto atendimento, portanto os sinais neurológicos não indicam um risco significativo de acidente vascular encefálico antes ou após a queda. (Errada): A ausência de desmaios ou perda de consciência não exclui o diagnóstico de AVC. Os sinais clínicos apresentados (hemiparesia e desorientação) indicam um alto risco de evento vascular cerebral, que exige investigação imediata.

O ambiente do banheiro é um local de alto risco para quedas em idosos, mas os sinais neurológicos apresentados no pronto atendimento são mais típicos de um quadro clínico compatível com hipoglicemia.

(Errada): O banheiro é um local de alto risco, mas os sinais apresentados (hemiparesia e desorientação) não são típicos de hipoglicemia isolada. Esses achados clínicos estão mais associados a um evento neurológico agudo, como AVC, que deve ser investigado prioritariamente.

Referências:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. Grupo A,

2014. E-book. ISBN 9788580553550. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/. Acesso em: 31 mai. 2024. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. Anatomia Orientada para Clínica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788527734608. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734608/. Acesso em: 31 mai. 2024. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. Acesso em: 30 mai. 2024. FREITAS, Elizabete Viana, D. et al. Manual prático de geriatria. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731843/. Acesso em: 21 out. 2024.

QUESTÃO 45 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 50

Enunciado:

(IESVAP) Um homem de 68 anos, hipertenso de longa data e em uso irregular de medicamentos, é admitido no pronto-socorro de um hospital secundário após ser encontrado em casa com rebaixamento do nível de consciência. Ao exame físico, ele apresenta Glasgow 10, pressão arterial de 210/120 mmHg, pupilas isocóricas e reagentes, e sinais de déficit motor em hemicorpo direito. A tomografia computadorizada de crânio revelou hemorragia intraparenquimatosa no núcleo lentiforme esquerdo, com efeito de massa e dilatação dos ventrículos laterais, compatível com hidrocefalia.

Com base no quadro clínico e nos achados de imagem, analise as seguintes afirmativas:

I. O paciente não apresenta no momento da admissão uma indicação de neurocirurgia. Entretanto, medidas para tratamento de hipertensão intracraniana devem ser instaladas, como: elevação de cabeceira e hiperventilação.

II. Diante do quadro de AVC hemorrágico com hidrocefalia, o paciente deve ser internado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), para monitorização da pressão arterial e neurológica contínua e suporte avançado de vida.

III. Paciente deve ser regulado para um hospital terciário que disponham de neurocirurgia e UTI. Assinale a alternativa que contempla as afirmativas verdadeiras.

Alternativas:

A) Apenas I e II estão corretas.

B) Apenas I está correta.

C) Apenas II está correta.

D) Apenas II e III estão corretas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Afirmação I: O paciente apresenta hidrocefalia associada ao AVC hemorrágico, que usualmente demanda um tratamento neurocirúrgico com drenagem ventricular externa Afirmação II: Pacientes com AVC hemorrágico e complicações como hidrocefalia necessitam de internação em UTI para monitorização contínua da hipertensão e manejo adequado das complicações.

Afirmação III: Em hospitais secundários, quando não há disponibilidade de neurocirurgia e UTI, a regulação de leitos deve ser acionada para a transferência do paciente a um centro de referência com esses recursos, seguindo os critérios de prioridade e normas vigentes.

Referências:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. Grupo A,

2014. E-book. ISBN 9788580553550. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/. MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M R. Anatomia Orientada para Clínica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2022. E-book. ISBN 9788527734608. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734608/. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/.

QUESTÃO 46 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 25

Enunciado:

(AFYA Bragança) Em uma Unidade Básica de Saúde, um médico da Estratégia Saúde da Família realiza visita domiciliar a um paciente de 78 anos, com histórico recente de acidente vascular cerebral isquêmico. O paciente apresenta hemiparesia à direita, marcha instável e refere episódios de tontura ao se levantar. Durante a entrevista, a esposa relata que ele já quase caiu duas vezes ao tentar ir ao banheiro sem auxílio. O médico realiza avaliação clínica e utiliza a Escala de Risco de Queda de Morse para estimar o risco do paciente. Diante dessa situação, qual dos fatores abaixo representa o principal risco potencial de queda para este paciente?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) Presença de déficit visual relacionado à idade.

B) Déficit motor e instabilidade da marcha pós-AVC.

C) Episódios de incontinência urinária noturna.

D) Uso de aparelho auditivo unilateral.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

"

Presença de déficit visual relacionado à idade.

" Incorreta. Embora o déficit visual seja um fator de risco, no caso apresentado, o principal elemento está relacionado às sequelas motoras do AVC. "Uso de aparelho auditivo unilateral." Incorreta. A perda auditiva pode contribuir para confusão ambiental, mas tem menor impacto direto na mobilidade.

"Episódios de incontinência urinária noturna." Incorreta. A incontinência pode representar um risco indireto, mas não é o fator predominante no contexto clínico apresentado. "

Déficit motor e instabilidade da marcha pós-AVC.

" Correta. O comprometimento motor e a marcha instável são diretamente relacionados ao risco aumentado de queda, especialmente após um AVC isquêmico.

Referências:

S., B.L.; G., S.P. Bates - Propedêutica Médica, 12ª edição. Grupo GEN, 2018. 9788527733090. CELENO, P. C. Semiologia Médica, 8ª edição. Grupo GEN, 2019. 9788527734998. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. ii. ISBN 9786558040231. GOLDMAN, Lee; SCHAFER, Andrew I. Goldman-Cecil Medicina. 26ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2022. E-book. p. Capa. ISBN 9788595159297.

QUESTÃO 47 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 35

Enunciado:

(FMIT) Homem, 70 anos, portador de hipertensão e diabetes, chega ao pronto-socorro 90 minutos após quadro de vômitos e rebaixamento do nível de consciência. No exame, na admissão, apresenta PA 220×120 mmHg, Glasgow 12 e déficit motor em hemicorpo direito (força grau II). Paciente não apresenta passado cirúrgico recente, não faz uso de anticoagulantes e não apresenta sangramento.

Após estabilização inicial: a pressão arterial permaneceu: 180x105 mmHg | FC: 92 bpm | $SatO_2$: 96% | Glicemia capilar: 110 mg/dL. O déficit motor permaneceu. Com base na fisiopatologia dos tipos de AVC e nos fatores de risco, avalie as ferramentas diagnósticas disponíveis e escolha a sequência de investigação e manejo inicial mais adequada, supondo que o paciente permaneceu com a pressão de 180x105 mmHg.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Submeter o paciente primeiro à ressonância magnética para diferenciar isquêmico de hemorrágico e, se hemorrágico, prover redução agressiva da pressão arterial e submeter à cirurgia urgente.

B) Observar evolução clínica por 6 h sem exame de imagem, apenas iniciando aspirina oral e provendo controle da pressão arterial, pois a maioria dos casos é de acidente isquêmico transitório.

C) Solicitar angiografia cerebral invasiva para confirmar o tipo de lesão; tratar com embolização se hemorrágico ou, se for isquêmico, realizar trombólise intravenosa e controle da pressão arterial.

D) Realizar TC sem contraste imediatamente para excluir hemorragia; se não houver sangramento craniano e ainda estiver dentro da janela terapêutica (≤ 4,5 h), realizar trombólise intravenosa.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Avaliação das alternativas:

Realizar TC sem contraste imediatamente para excluir hemorragia; se não houver sangramento craniano e ainda estiver dentro da janela terapêutica (≤ 4,5 h), realizar trombólise intravenosa. (correta): segue diretrizes AHA/ASA – TC urgente, exclusão de hemorragia e trombólise em até 4,5 h.

Submeter o paciente primeiro à ressonância magnética para diferenciar isquêmico de hemorrágico e, se hemorrágico, prover redução agressiva da pressão arterial e submeter à cirurgia urgente. RM atrasa o diagnóstico e perda de janela terapêutica e a conduta de controle agressivo da pressão arterial também não é adequada. Observar evolução clínica por 6 h sem exame de imagem, apenas iniciando aspirina oral e provendo controle da pressão arterial, pois a maioria dos casos é de acidente isquêmico transitório: AAS antes de excluir hemorragia pode agravar sangramento. Observação sem imagem retarda intervenção e piora prognóstico.

Solicitar angiografia cerebral invasiva para confirmar o tipo de lesão; tratar com embolização se hemorrágico ou, se for isquêmico, realizar trombólise intravenosa e controle da pressão arterial.

Angiografia invasiva não é indicada no manejo inicial; gera atrasos e riscos desnecessários.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 428. ISBN 9788527737876.

QUESTÃO 48 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 25

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) No pronto atendimento, diferentes pacientes são avaliados com diagnóstico de acidente vascular encefálico (AVE). Um homem de 33 anos, com forame oval patente, apresenta déficit motor súbito à direita, sendo diagnosticado com AVE isquêmico por êmbolo paradoxal. Outro paciente, idoso e hipertenso, evolui com hemorragia intracerebral espontânea em gânglios da base e aumento da pressão intracraniana. Um terceiro paciente, em uso de anticoagulante, apresenta hemorragia extensa, enquanto outro, com AVE isquêmico em território da artéria cerebral média, é submetido à trombólise precoce.

Qual das alternativas abaixo está mais adequada?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) No AVE isquêmico ocorre obstrução arterial sempre seguida de hemorragia local, edema cerebral progressivo e destrutivo com disfunção metabólica generalizada; no AVE hemorrágico há êmbolo paradoxal que interrompe o fluxo sanguíneo e causa necrose neuronal por hipóxia tecidual intensa e duradoura, comprometendo áreas encefálicas.

B) No AVE isquêmico ocorre oclusão arterial com redução do fluxo sanguíneo, hipóxia neuronal e formação de área de penumbra viável que pode ser recuperada com reperfusão; no AVE hemorrágico há ruptura vascular, extravasamento de sangue, compressão tecidual e aumento da pressão intracraniana.

C) No AVE isquêmico ocorre ruptura vascular com extravasamento de sangue, além do crescente aumento da pressão intracraniana, que pode ser significativa e grave; no AVE hemorrágico há oclusão arterial com redução do fluxo sanguíneo, hipóxia neuronal e penumbra reversível por reperfusão terapêutica precoce.

D) No AVE isquêmico ocorre vasodilatação intensa com ruptura de microaneurismas e sangramento difuso e persistente associado à perda de autorregulação cerebral; no AVE hemorrágico há hipoperfusão cerebral transitória com preservação da integridade vascular e ausência completa de extravasamento sanguíneo no parênquima.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

No AVE isquêmico, há oclusão arterial (ex.: êmbolo paradoxal que atravessa um forame oval patente a partir da circulação venosa), reduzindo abruptamente o fluxo sanguíneo e o aporte de oxigênio e glicose. Isso gera falência energética, despolarização neuronal, liberação excessiva de glutamato, influxo de cálcio e produção de radicais livres, culminando em morte celular no núcleo do infarto. Ao redor, mantém-se a penumbra isquêmica, tecido ainda viável, porém em risco, justificando reperfusão precoce (quando indicada) para limitar a expansão do infarto.

No AVE hemorrágico, ocorre ruptura de pequenos vasos (tipicamente perfurantes em gânglios da base de hipertensos), com extravasamento de sangue, efeito de massa, edema e elevação da pressão intracraniana (PIC), comprometendo a perfusão e causando isquemia secundária adjacente. Anticoagulação e hipertensão sustentada favorecem expansão do hematoma e pior prognóstico. Esse contraste obstrução/hipoperfusão versus ruptura/efeito de massa é exatamente o que a alternativa descreve. Incorreta.

No AVE isquêmico ocorre ruptura vascular com extravasamento de sangue, além do crescente aumento da pressão intracraniana, que pode ser significativa e grave; no AVE hemorrágico há oclusão arterial com redução do fluxo sanguíneo, hipóxia neuronal e penumbra reversível por reperfusão terapêutica precoce.

A alternativa inverte os mecanismos: atribui ruptura vascular e extravasamento ao AVE isquêmico (que é obstrutivo) e coloca oclusão arterial com penumbra no AVE hemorrágico (que é ruptural). Penumbra é conceito característico da isquemia, não do sangramento.

Incorreta. No AVE isquêmico ocorre obstrução arterial seguida de hemorragia local, edema cerebral progressivo e destrutivo com disfunção metabólica generalizada; no AVE hemorrágico há êmbolo paradoxal que interrompe o fluxo sanguíneo e causa necrose neuronal por hipóxia tecidual intensa e duradoura, comprometendo extensas áreas encefálicas.

Inclui hemorragia local como etapa do AVE isquêmico e, ao mesmo tempo, diz que o êmbolo paradoxal causa o quadro hemorrágico. O êmbolo paradoxal oclui artéria e provoca isquemia, não sangramento primário; no AVE isquêmico não há extravasamento de sangue como mecanismo inicial.

Incorreta. No AVE isquêmico ocorre vasodilatação intensa com ruptura de microaneurismas e sangramento difuso e persistente associado à perda de autorregulação cerebral; no AVE hemorrágico há hipoperfusão cerebral transitória com preservação da integridade vascular e ausência completa de extravasamento sanguíneo, mantendo o parênquima estruturalmente preservado.

Atribui ao AVE isquêmico ruptura de microaneurismas e sangramento difuso, fenômenos típicos do hemorrágico hipertensivo; e descreve o AVE hemorrágico como hipoperfusão sem extravasamento, o que contradiz a própria definição de hemorragia intraparenquimatosa (sangue no parênquima com efeito de massa e aumento da PIC).

Referências:

MOORE, Keith L. ; DALLEY, Arthur F. ; AGUR, Anne M. R. Anatomia orientada para a clínica. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

NORRIS, Tommie L. Porth: Fisiopatologia. 10.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

QUESTÃO 49 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 42

Enunciado:

(UNIREDENTOR) Sr. Antônio, 79 anos, sofreu AVC isquêmico há seis meses e realiza acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Apresenta déficit motor residual em hemicorpo direito, marcha assimétrica com base alargada e episódios de desequilíbrio ao levantar-se da cadeira. Durante a visita domiciliar, a equipe identifica uso de benzodiazepínico à noite, iluminação precária no quarto e ausência de barras de apoio no banheiro.

Considerando o contexto clínico e os princípios da atenção integral ao idoso, identifique qual a conduta mais apropriada da equipe de Atenção Primária à Saúde que visa reduzir o risco de quedas e promover segurança funcional.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Treinar marcha independente em casa, associado à reavaliação neurológica sem ajustes ambientais.

B) Revisar medicamentos em uso e reorganização do ambiente domiciliar conforme avaliação funcional.

C) Prescrever órtese de tornozelo e recomendar repouso prolongado até melhora do tônus muscular.

D) Aumentar a dose de benzodiazepínico para favorecer o sono e reduzir episódios de agitação noturna.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Comentário geral:

O manejo do idoso pós-AVC com risco de quedas deve integrar avaliação clínica, funcional, medicamentosa e ambiental, conforme diretrizes da Atenção Primária. Treinar marcha independente em casa, associado à reavaliação neurológica sem ajustes ambientais - Incorreta. O treino de marcha é benéfico quando supervisionado e acompanhado de avaliação de segurança domiciliar. A ausência de adaptações no ambiente e o estímulo à marcha independente em contexto de desequilíbrio aumentam a probabilidade de queda e reinternação.

Revisar medicamentos em uso e reorganização do ambiente domiciliar conforme avaliação funcional - Correta. Essa alternativa reflete a conduta integral preconizada pela Medicina de Família e Comunidade. A revisão do uso de benzodiazepínicos e a adequação ambiental (melhor iluminação, barras de apoio, retirada de obstáculos) são medidas de alto impacto na prevenção de quedas e na promoção da funcionalidade. Aumentar a dose de benzodiazepínico para favorecer o sono e reduzir episódios de agitação noturna — Incorreta. O uso de benzodiazepínicos em idosos está associado a sonolência diurna, comprometimento cognitivo e instabilidade postural, elevando o risco de quedas. A conduta correta é a reavaliação da necessidade e possível descontinuação com acompanhamento clínico.

Prescrever órtese de tornozelo e recomendar repouso prolongado até melhora do tônus muscular — Incorreta. O repouso prolongado leva à sarcopenia e perda adicional de equilíbrio, agravando o risco de quedas. O foco deve ser a reabilitação ativa e segura, com fortalecimento e adaptação do ambiente, e não a imobilização.

Referências:

BASTOS, R. R. O Método Clínico. 1. ed. Juiz de Fora: Bartlebee, 2014. CAMPBELL, William W. ; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788527738415. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738415/. Acesso em: 12 maio 2025.

GREENBERG, David A. ; AMINOFF, Michael J. ; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. 8th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2014. E-book. p. 412. ISBN 9788580553550. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580553550/. Acesso em: 24 nov. 2024.

McGEE, S. Evidence-Based Physical Diagnosis. 5. ed. Elsevier, 2021. PORTO, C.C. Semiologia Médica, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. Ebook. ISBN 9788527734998. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998. Acesso em: 30 de out. 2024.

PORTO, C. C. ; PORTO, A. L. Exame clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2017. E-book, p. 304. ISBN 9788527731034. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/. Acesso em: 08 nov. 2024.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C. ; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed,

2019. E-book. p.2157. ISBN 9788582715369.

QUESTÃO 50 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 26

Enunciado:

(AFYA PORTO NACIONAL) Durante visita domiciliar da equipe da Unidade de Saúde da Família, um idoso de 78 anos, hipertenso e diabético, é avaliado após internação por evento neurológico agudo ocorrido há 3 meses. A filha relata que o pai apresentou início súbito de fraqueza no hemicorpo direito e dificuldade para falar. No hospital, a tomografia computadorizada de crânio sem contraste realizada na admissão não evidenciou áreas hiperdensas, mas mostrou discreta perda da diferenciação entre substância cinzenta e branca na região insular esquerda, apagamento de sulcos corticais adjacentes e hipodensidade precoce no território da artéria cerebral média esquerda.

Três meses após o evento, o idoso permanece com hemiparesia direita, dificuldade para marcha, dependência parcial para banho, vestuário e alimentação, além de necessidade de supervisão contínua para uso correto das medicações. A filha, cuidadora principal, refere cansaço intenso, irritabilidade, redução do sono, abandono de atividades pessoais e sensação de não conseguir conciliar o cuidado com as demais demandas familiares. Considerando a fisiopatologia do AVE, os achados clínico-radiológicos, a condição de dependência do idoso e a avaliação do impacto do cuidado na saúde da cuidadora, a conduta mais adequada da equipe na visita domiciliar é:

Alternativas:

A) reconhecer sequela funcional de AVE isquêmico, avaliar dependência do idoso e aplicar a Escala de Zarit para avaliar a sobrecarga da cuidadora.

B) encaminhar para fisioterapia domiciliar e orientar prevenção de quedas, mantendo avaliação da cuidadora apenas se houver piora funcional do idoso.

C) interpretar o quadro como AVE hemorrágico tardio, pois a hemiparesia persistente exige suspender a reabilitação e restringir a mobilização domiciliar.

D) solicitar reavaliação neurológica e nova tomografia, mantendo orientações gerais à família, pois a prioridade pós-AVE é documentar evolução radiológica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Justificativa Pedagógica

Reconhecer sequela funcional de AVE isquêmico, avaliar dependência, necessidades de reabilitação e mensurar sobrecarga da cuidadora com a Escala de Zarit.

Justificativa:

Correta. O quadro clínico inicial, com hemiparesia direita e dificuldade de fala, associado à TC sem hemorragia e com sinais sugestivos de isquemia no território da artéria cerebral média esquerda, é compatível com AVE isquêmico. Após três meses, a persistência de hemiparesia, dificuldade de marcha e dependência parcial indica sequela funcional pósAVE. Na visita domiciliar, a equipe deve avaliar grau de dependência, necessidade de reabilitação, segurança no domicílio e também a saúde da cuidadora. Como a filha relata cansaço intenso, irritabilidade, redução do sono e abandono de atividades pessoais, há sinais claros de sobrecarga, justificando mensuração estruturada com a Escala de Zarit. Solicitar reavaliação neurológica e nova tomografia, mantendo orientações gerais à família, pois a prioridade pós-AVE é documentar evolução radiológica.

Justificativa:

Incorreta. A reavaliação neurológica e exames de imagem podem ser indicados se houver piora clínica, novo déficit neurológico, crise convulsiva, suspeita de complicação ou novo evento vascular. Porém, no caso descrito, o paciente está em fase crônica pós-AVE, com sequelas funcionais persistentes e sem sinais de agravamento agudo. Na Atenção Primária e na visita domiciliar, a prioridade não é documentar evolução radiológica, mas avaliar funcionalidade, dependência, reabilitação, prevenção de complicações, adesão ao tratamento e sobrecarga da cuidadora.

Interpretar como AVE hemorrágico tardio, pois hemiparesia persistente exige suspender reabilitação e restringir mobilização domiciliar.

Justificativa:

Incorreta. O enunciado descreve TC inicial sem hemorragia intracraniana e com achados compatíveis com isquemia. Hemiparesia persistente após três meses não caracteriza AVE hemorrágico tardio; representa sequela neurológica funcional pós-AVE. Além disso, suspender reabilitação e restringir mobilização sem indicação clínica seria inadequado, pois pode agravar perda funcional, sarcopenia, contraturas, risco de quedas, dependência e complicações da imobilidade. A reabilitação deve ser estimulada e adaptada à condição do idoso.

Encaminhar para fisioterapia domiciliar e orientar prevenção de quedas, mantendo avaliação da cuidadora apenas se houver piora funcional do idoso.

Justificativa:

Incorreta. A alternativa contém medidas parcialmente adequadas, como fisioterapia domiciliar e prevenção de quedas, mas é incompleta. O erro está em adiar a avaliação da cuidadora. A filha já apresenta sinais evidentes de sobrecarga: cansaço intenso, irritabilidade, redução do sono, abandono de atividades pessoais e dificuldade para conciliar o cuidado com outras demandas familiares. Portanto, a avaliação da cuidadora deve ser realizada desde a visita atual, de preferência de forma estruturada, como com a Escala de Zarit, e não apenas se houver piora funcional do idoso.

Referências:

II, Arthur F. D. AGUR, Anne M. R. Moore, Anatomia Orientada Para a Clínica. 9.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. p. 998. ISBN 9788527740128. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/. Acesso em: 12 out. 2025.

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 12 out. 2025.

-

QUESTÃO 51 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 41

Enunciado:

(AFYA ABAETETUBA) Homem de 64 anos, hipertenso, diabético e dislipidêmico, apresentou acidente vascular cerebral isquêmico há três semanas, com recuperação funcional satisfatória.

A investigação etiológica incluiu:

ecocardiograma transtorácico sem trombo intracardíaco.

monitorização cardíaca prolongada sem evidência de fibrilação atrial. angiotomografia de carótidas evidenciando placa aterosclerótica na bifurcação carotídea esquerda, sem estenose crítica.

Considerando o mecanismo fisiopatológico do evento e as estratégias farmacológicas recomendadas assinale a alternativa que apresenta a conduta mais adequada e sua justificativa.

Alternativas:

A) Iniciar anticoagulação oral de longa duração, pois a formação de fibrina é o principal determinante fisiopatológico da trombose arterial associada à aterosclerose.

B) Indicar inibidor direto da trombina como terapia antitrombótica de primeira linha, devido à superioridade comprovada na prevenção secundária do AVC aterotrombótico.

C) Manter fibrinólise farmacológica prolongada para promover lise contínua de trombos arteriais formados sobre placas ateroscleróticas instáveis e prevenir acidentes vasculares.

D) Instituir antiagregante plaquetário contínuo, pois na aterotrombose arterial a ruptura ou erosão de placas ateroscleróticas desencadeia ativação e agregação plaquetária.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

“Instituir antiagregante plaquetário de uso contínuo, pois na aterotrombose arterial a ruptura ou erosão de placas ateroscleróticas desencadeia ativação e agregação plaquetária predominante.”

Julgamento correto:

Justificativa fisiopatológica

Na aterotrombose arterial, ocorre:

ruptura ou erosão da placa aterosclerótica

exposição de colágeno subendotelial e fator tecidual

ativação plaquetária

agregação plaquetária

formação de trombo rico em plaquetas

Os trombos arteriais são chamados de:

“trombos brancos”

porque possuem grande quantidade de plaquetas e pouca fibrina. Por isso, a estratégia farmacológica central na prevenção secundária do AVC não cardioembólico é a inibição plaquetária.

Exemplos de antiagregantes

ácido acetilsalicílico

clopidogrel

ticagrelor

associação temporária (AAS + clopidogrel) em situações específicas Esses medicamentos reduzem significativamente o risco de recorrência de AVC. “

Iniciar anticoagulação oral de longa duração, pois a formação de fibrina é o principal determinante fisiopatológico da trombose arterial associada à aterosclerose.

” Julgamento incorreto:

Justificativa

Embora a fibrina participe da trombose arterial, ela não é o componente predominante. Na aterotrombose arterial:

o elemento principal é a agregação plaquetária

a coagulação e a fibrina atuam mais na propagação do trombo

A anticoagulação oral é indicada principalmente quando há fonte cardioembólica, como: fibrilação atrial

trombo intracardíaco

prótese valvar mecânica

trombo ventricular

Como o caso exclui fonte cardioembólica, a anticoagulação não é a estratégia de escolha. “

Indicar inibidor direto da trombina como terapia antitrombótica de primeira linha, devido à superioridade comprovada na prevenção secundária do AVC aterotrombótico.

” Julgamento incorreto:

Justificativa

Os inibidores diretos da trombina (ex.: dabigatrana) atuam bloqueando:

trombina (fator IIa)

A trombina converte:

fibrinogênio → fibrina

Esse mecanismo é eficaz na prevenção de trombose cardioembólica, especialmente em: fibrilação atrial

Entretanto:

não demonstraram superioridade na prevenção de AVC aterotrombótico não são terapia de primeira linha para AVC não cardioembólico

Assim, a alternativa está incorreta tanto na indicação clínica quanto na afirmação de superioridade terapêutica.

“

Manter fibrinólise farmacológica prolongada para promover lise contínua de trombos arteriais formados sobre placas ateroscleróticas instáveis e prevenir acidentes vasculares.

”

Julgamento incorreto:

Justificativa

Os fibrinolíticos (ex.: alteplase) atuam convertendo:

plasminogênio → plasmina

A plasmina degrada a fibrina e promove dissolução do trombo.

Essa terapia é indicada apenas na fase aguda do AVC isquêmico, com o objetivo de: reperfusão arterial precoce.

Ela não é utilizada em regime crônico porque:

aumenta muito o risco de hemorragia intracraniana

não possui benefício comprovado na prevenção secundária

Portanto, o uso prolongado ou de manutenção de fibrinolíticos não existe na prática clínica.

Referências:

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; Jon C. Aster; et al. Robbins & Kumar, Patologia Básica. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025. E-book. p. Capa. ISBN 9786561110143. BRUTON, L L. HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p.406. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de

Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. SILVA, Penildon. Farmacologia, 8.ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Ebook, p. 484. ISBN 978-85-277-2034-2. KATZUNG, Bertram G. VANDERAH, Todd W. Farmacologia básica e clínica. 15.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book, p. 1130. ISBN 9786558040194.

-

Cefaleias (7 questões)

QUESTÃO 52 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 35

Enunciado:

Homem, 42 anos de idade, auxiliar administrativo de um consultório, é atendido no Pronto Socorro, referindo dor de cabeça intensa, às vezes excruciante, com localização periorbital, associada a sintomas autonômicos ipsilaterais e agitação. Segundo ele, o quadro alterna períodos de dor intensa, com repetição frequente dos sintomas durante a noite, e remissão completa por meses. Com base nestas informações, selecione, dentre as alternativas abaixo, aquela que representa o diagnóstico deste paciente.

Alternativas:

A) Enxaqueca com aura.

B) Cefaleia em salvas.

C) Cefaleia tensional.

D) Arterite temporal.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O relato deste paciente é compatível com o diagnóstico de cefaleia em salvas. A cefaleia em salvas (cluster headache) é a mais comum das cefaleias autonômicas do trigêmeo. O termo “cluster” é derivado dos curtos ciclos de atividade da cefaleia (semanas) característicos desse transtorno, interrompidos por longos períodos de remissão completa, meses ou anos. E epidemiologicamente mais comum no sexo masculino, e os episódios de dor são comuns durante a noite e podem ocorrer sazonalmente.

Referência: RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Editora Manole, 2014.

QUESTÃO 53 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 39

Enunciado:

Uma mulher de 45 anos com histórico de enxaqueca e diagnóstico recente de hipertensão apresentou um histórico de dor de cabeça crescente há dois dias. Ela havia tomado medicamentos de venda livre com algum alívio. No segundo dia, a paciente acordou com uma dor terrível localizada no occipício e irradiando para a testa, associada a fotofobia, náuseas e vômitos. A dor de cabeça era diferente de qualquer outra que ela já havia experimentado na vida. O exame físico revelou uma mulher desidratada e angustiada com pressão arterial de 180/120 mm Hg, pulso de 110 batimentos por minuto e temperatura corporal de 97° F (36,1°C). Não havia déficits neurológicos. A paciente foi internada. Realizou-se angiografia cerebral, que demonstrou múltiplos aneurismas. Ela permaneceu inconsciente após uma cirurgia no cérebro e precisou de ventilação mecânica. Sua condição continuou a se deteriorar. Depois que uma varredura cerebral nuclear demonstrou ausência de fluxo sanguíneo para o cérebro, a paciente foi declarada com morte cerebral.

Fonte: Adaptado de https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/0301/p374.html, acesso em 01/09/2023,

O caso clínico acima, provavelmente, se trata de:

Alternativas:

A) uma hemorragia intracerebral (HIC) de acometimento cerebelar, condizente com a ausência de déficits neurológicas e cefaleia intensa súbita.

B) uma hemorragia subaracnóidea (HSA), que geralmente se manifesta com uma cefaleia “explosiva”, muitas vezes descrita como “a pior dor de cabeça na vida”.

C) um acidente vascular encefálico (AVE) isgquêmico agudo, quadro etiologicamente compatível com os múltiplos aneurismas e ruim prognóstico da paciente.

D) um ataque isquêmico transitório (AIT) recorrente, que teve a sua duração prolongada para mais de 48h devido ao uso de analgésicos pela paciente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

- À hemorragia subaracnóidea (HSA) geralmente se manifesta com uma cefaleia “explosiva”, muitas vezes descrita como “a pior dor de cabeça na vida” e muitas vezes está associada a ruptura de aneurismas, também apresentados pela paciente. Também não possui bom prognóstico, principlamente em casos de diagnóstico tardio, podendo levar o paciente a óbito.

- À hemorragia cerebelar, em geral, tem início abrupto, com vômitos, cefaleia e ataxia grave, a qual geralmente impede o paciente de ficar de pé e caminhar.

- O acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, de modo geral, poossui melhor prognóstico do que o acidente vascular encefálico hemorrágico.

- O ataque isquêmico transitório (AIT) designa sintomas neurológicos de origem isquêmica com duração inferior a 24 h. Na verdade, a duração da maioria deles varia de apenas alguns minutos a uma hora. Muitas vezes denominado miniacidente vascular encefálico.

Fonte: Louis, Elan, D. et al. Merritt - Tratado de Neurologia, 13ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2018.

QUESTÃO 54 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 49

Enunciado:

(UNIGRANRIO BARRA) Um paciente de 35 anos, do sexo feminino, comparece ao Pronto Atendimento queixando-se de dor de cabeça intensa, unilateral, localizada na região temporal esquerda, acompanhada de náuseas, vômito e de fotofobia. A dor é intermitente, com duração de aproximadamente 14 horas por crise, e ocorre cerca de 2 vezes por semana. O paciente não apresenta sintomas neurológicos focais.

Qual é o diagnóstico mais provável para essa paciente?

Alternativas:

A) Cefaleia Tensional.

B) Arterite temporal.

C) Migrania sem aura.

D) Cefaleia em salvas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Comentários da resposta:

Enxaqueca é a resposta correta. A paciente apresenta características clássicas de enxaqueca, incluindo dor unilateral, intensa, localizada na região temporal, acompanhada de náuseas e fotossensibilidade.

Cefaleia Tensional está errada, pois é geralmente bilateral, com dor leve a moderada, e não apresenta sintomas associados como náuseas e sensibilidade à luz. Cefaleia em salvas está errada, pois é caracterizada por dor intensa, unilateral, localizada na região orbital, mas é mais comum em homens e não apresenta sintomas associados como náuseas.

A arterite temporal (também conhecida como arterite de células gigantes) é uma condição inflamatória que afeta as artérias temporais e pode causar dor de cabeça intensa, especialmente em pacientes com mais de 50 anos. A ausência de sintomas sistêmicos como febre, perda de peso ou fadiga, também fala contra esse diagnóstico.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. SPECIALI, José Geraldo et al. Protocolo nacional para diagnóstico e manejo das cefaleias nas unidades de urgência do brasil-2018. Academia Brasileira de Neurologia–Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia. Disponível em:

https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf, v. 205, 2018.

QUESTÃO 55 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 12**

Enunciado:

(UNIGRANRIO Caxias) Helena, 45 anos, apresenta queixa de dor de cabeça recorrente há cinco anos. Os episódios ocorrem em média 2 vezes por mês, duram em média 24 horas, têm caráter pulsátil, geralmente unilateral, de intensidade moderada a intensa, e pioram com esforços físicos simples. Durante as crises, ela sente fotofobia e fonofobia, mas não costuma ter náuseas, vômitos ou defeitos visuais transitórios (aura). Exames clínico, neurológico e de neuroimagem são normais. Ela faz uso eventual de dipirona ou ibuprofeno para alívio da dor. Com base nesse quadro clínico, qual é a classificação mais provável para o tipo de cefaleia de Helena?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Enxaqueca sem Aura.

B) Cefaleia em Salvas.

C) Enxaqueca com Aura.

D) Cefaleia Tensional Episódica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta Comentada

Alternativa "Enxaqueca sem Aura" está correta.

Critérios ICHD-3 para Enxaqueca sem Aura: dor pulsátil, unilateral, duração de 4–72 h, intensidade moderada a intensa, piora com atividade rotineira e presença de fotofobia e fonofobia, sem sintomas de aura.

Justificativas das demais opções.

Cefaleia Tensional Episódica: caracteriza-se por dor em aperto/tensão, bilateral, de intensidade geralmente leve, sem sintomas de foto/fonofobia significativos. Cefaleia em Salvas: ocorre em crises muito intensas, de curta duração (15–180 min), estritamente periorbitárias e acompanhadas de sinais autonômicos (lacrimejamento, congestão nasal).

Enxaqueca com Aura: exige presença de sintomas neurológicos transitórios (aura) antes ou durante a cefaleia, o que não ocorre no caso.

Referências:

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 428. ISBN 9788527737876. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 56 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 39**

Enunciado:

(AFYA ITACOATIARA) Joana, 64 anos, previamente saudável, comparece ao Pronto Atendimento com queixa de cefaleia intensa, súbita, descrita como "a pior da vida", iniciada há cerca de 1 hora. Está nauseada, referindo fotofobia e rigidez de nuca ao exame físico. Enquanto aguardava atendimento, evoluiu com confusão mental súbita, dificuldade para falar e desvio da comissura labial para a esquerda. Considerando a apresentação clínica e a conduta no atendimento de urgência, qual das alternativas representa a abordagem mais adequada neste momento?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Administrar analgésico intravenoso, observar melhora da dor e encaminhar para ambulatório neurológico.

B) Solicitar punção lombar imediatamente para investigação de meningite, devido à rigidez de nuca.

C) Solicitar TC de crânio sem contraste de urgência e iniciar avaliação de escala de AVC e suporte neurológico.

D) Administrar anticoagulante profilático, pois há risco de AVC isquêmico em pacientes com cefaleia súbita.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Correta -

Solicitar TC de crânio sem contraste de urgência e iniciar avaliação de escala de AVC e suporte neurológico.

O quadro clínico evolutivo de cefaleia súbita, intensa ("thunderclap headache"), seguido de sinais neurológicos focais (afasia, desvio de rima labial), é altamente sugestivo de um AVC, possivelmente hemorrágico (ex.: hemorragia subaracnoide ou intraparenquimatosa) ou isquêmico com início abrupto. A TC de crânio sem contraste é o exame de imagem de escolha nas primeiras horas para diferenciar AVC isquêmico de hemorrágico, sendo rápida, disponível e eficaz para detectar sangue.

A Escala de AVC (ex.: NIHSS) ajuda a quantificar a gravidade do evento e orientar possíveis intervenções como trombólise.

O atendimento neurológico urgente e suporte das funções vitais são essenciais para prevenir sequelas.

Incorreta -

Administrar analgésico intravenoso, observar melhora da dor e encaminhar para ambulatório neurológico.

A cefaleia em trovão e os sinais neurológicos subsequentes configuram uma emergência neurológica, não devendo ser tratada apenas como cefaleia primária. O atraso na imagem pode ser fatal.

Incorreta -

Solicitar punção lombar imediatamente para investigação de meningite, devido à rigidez de nuca.

- Embora a rigidez de nuca esteja presente, a punção lombar é contraindicada antes da TC, pois, em casos de hipertensão intracraniana (ex.: hemorragia), pode precipitar herniação cerebral.

Incorreta - Administrar anticoagulante profilático, pois há risco de AVC isquêmico em pacientes com cefaleia súbita - Em casos de AVC hemorrágico (mais provável aqui), anticoagulantes agravam o quadro. Nenhuma anticoagulação deve ser feita antes da imagem.

Referências:

Arthur F D.; AGUR, Anne M R. Moore Anatomia Orientada Para a Clínica. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. p. 998.

KUMAR, Vinay. Robbins Patologia Básica. 10th ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018. E-book, p. 83333.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504.

QUESTÃO 57 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 13**

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Homem de 52 anos procura atendimento no pronto-socorro com cefaleia intensa iniciada subitamente enquanto assistia televisão. Refere dor holocraniana de forte intensidade, descrita como “a pior dor de cabeça da vida”, atingindo intensidade máxima em menos de 1 minuto. Evoluiu com náuseas e dois episódios de vômitos. Nega trauma recente.

Relata episódios prévios de enxaqueca há vários anos, geralmente associados ao estresse e com melhora após uso de analgésicos comuns. Afirma, entretanto, que a dor atual é completamente diferente das crises habituais, tanto pela intensidade quanto pela forma de início.

Ao exame físico:

pressão arterial: 165x95 mmHg.

paciente alerta, porém muito desconfortável.

sem déficit neurológico focal evidente no exame inicial.

discreta rigidez de nuca.

Com base nas características clínicas descritas, assinale a alternativa que apresenta a interpretação mais adequada para o quadro de cefaleia do paciente.

Alternativas:

A) O início abrupto da dor com rápida escalada da intensidade e mudança do padrão habitual de cefaleia sugere cefaleia secundária potencialmente grave, como hemorragia subaracnóidea.

B) O histórico de enxaqueca e a presença de náuseas e vômitos são compatíveis com exacerbação de cefaleia primária, sendo apropriado tratamento sintomático inicial com analgésicos.

C) Cefaleias secundárias graves cursam com déficit neurológico focal e evolução progressiva em dias a semanas, tornando improvável uma causa intracraniana aguda neste caso.

D) A ausência de déficit neurológico focal no exame inicial torna menos provável uma causa estrutural intracraniana grave, favorecendo observação clínica e tratamento sintomático.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

O histórico de enxaqueca e a presença de náuseas e vômitos são compatíveis com exacerbação de cefaleia primária, sendo apropriado tratamento sintomático inicial com analgésicos.

Incorreta. A alternativa explora o viés de ancoragem diagnóstica — assumir que toda cefaleia em paciente com enxaqueca prévia é enxaqueca. O erro está em ignorar os sinais de alarme presentes: início em thunderclap, intensidade máxima em menos de 1 minuto, mudança completa do padrão habitual relatada pelo próprio paciente e rigidez de nuca ao exame. Nenhum desses elementos é compatível com cefaleia primária. Tratar esse quadro como enxaqueca sem investigação é erro clínico grave, com risco de morte por HSA não diagnosticada.

O início abrupto da dor com rápida escalada da intensidade e mudança do padrão habitual de cefaleia sugere cefaleia secundária potencialmente grave, como hemorragia subaracnóidea.

Correta. O quadro reúne os critérios clássicos de alarme para HSA: thunderclap headache com intensidade máxima em menos de 1 minuto, descrição como "pior dor de cabeça da vida", mudança completa do padrão habitual relatada pelo próprio paciente, rigidez de nuca e vômitos. Pela ICHD-3, esse perfil exige investigação imediata para cefaleia secundária grave até prova em contrário, independentemente do histórico de cefaleia primária. A HSA por ruptura de aneurisma é a principal etiologia a ser excluída, com TC de crânio nas primeiras 6 horas apresentando sensibilidade próxima a 98% (Perry et al., BMJ, 2011).

A ausência de déficit neurológico focal no exame inicial torna menos provável uma causa estrutural intracraniana grave, favorecendo observação clínica e tratamento sintomático. Incorreta. Este é o distrator mais perigoso do conjunto, pois reproduz um erro real de raciocínio clínico com consequências graves. A HSA frequentemente se apresenta sem déficit neurológico focal nas fases iniciais — especialmente nos graus I e II da escala de Hunt-Hess, que correspondem justamente aos casos com melhor prognóstico e maior risco de diagnóstico tardio. A ausência de déficit focal não exclui HSA nem reduz a urgência da investigação. Os sinais de alarme determinantes neste caso são o padrão thunderclap, a mudança do padrão habitual e a rigidez de nuca — todos independentes da presença de déficit focal.

Cefaleias secundárias graves cursam com déficit neurológico focal e evolução progressiva em dias a semanas, tornando improvável uma causa intracraniana aguda neste caso. Incorreta. A afirmação é factualmente incorreta como regra geral. Cefaleias secundárias graves têm padrões temporais distintos conforme a etiologia: a HSA, a dissecção arterial cervical e a apoplexia hipofisária são exemplos clássicos de instalação hiperaguda, em segundos a minutos, sem necessariamente cursar com déficit focal no início. A evolução progressiva em dias a semanas caracteriza outras etiologias, como neoplasia intracraniana ou hematoma subdural crônico — não a HSA. Generalizar esse padrão para todas as cefaleias secundárias graves é erro conceitual que pode levar ao diagnóstico tardio em emergências neurológicas.

Referência:

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. -

QUESTÃO 58 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 39

Enunciado:

(AFYA REDENÇÃO) Mulher de 32 anos procura atendimento em unidade de pronto atendimento por cefaleia iniciada há cerca de 3 horas. Refere dor unilateral, pulsátil, de forte intensidade, atualmente 8/10, associada a náuseas, fotofobia e piora com esforço físico, como caminhar ou subir escadas.

Relata crises semelhantes nos últimos anos, com duração habitual entre 4 e 12 horas, ocorrendo cerca de duas vezes por mês e interferindo nas atividades habituais. Em crises anteriores, obteve alívio apenas parcial com analgésicos comuns, especialmente quando a dor era mais intensa, como na crise atual. O exame neurológico é normal, não há sinais de alarme para cefaleia secundária e a paciente nega passado médico relevante. Considerando este quadro clínico de intensidade moderada a forte, em paciente sem contraindicações cardiovasculares, qual é a opção terapêutica mais adequada para o tratamento agudo específico da crise, considerando seu mecanismo de ação?

Alternativas:

A) Antagonistas dopaminérgicos, por bloqueio de receptores D_2, com inibição da liberação de neuropeptídeos no corno dorsal da medula e redução da transmissão nociceptiva trigeminovascular.

B) Oxigênio em alto fluxo, por modulação do reflexo trigêmino-autonômico craniano, como terapia abortiva de primeira linha nas cefaleias primárias de forte intensidade e início súbito.

C) Betabloqueadores, por antagonismo beta-adrenérgico central, com redução da excitabilidade cortical e inibição da propagação da depressão alastrante durante a fase aguda da crise.

D) Triptanos, por agonismo serotoninérgico 5-HT_1B/5-HT_1D, com inibição da liberação de CGRP e neuropeptídeos trigeminais e vasoconstrição craniana seletiva.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Antagonistas dopaminérgicos, por bloqueio de receptores D_2, com inibição da liberação de neuropeptídeos no corno dorsal da medula e redução da transmissão nociceptiva trigeminovascular.

Incorreta. Antagonistas dopaminérgicos como metoclopramida e proclorperazina têm uso adjuvante no manejo agudo da migrânea — controlam náuseas e vômitos e apresentam efeito analgésico modesto. O mecanismo descrito na alternativa, porém, é incorreto: o bloqueio D_2 não atua primariamente sobre a liberação de neuropeptídeos no corno dorsal nem representa o mecanismo central da via trigeminovascular. Além disso, essas drogas não constituem o tratamento específico preferencial para crises moderadas a graves. Esse papel pertence aos triptanos, que atuam diretamente nos receptores 5-HT_1B/$_1$D da via trigeminovascular com mecanismo específico e evidência de primeira linha.

Triptanos, por agonismo serotoninérgico 5-HT_1B/5-HT_1D, com inibição da liberação de CGRP e neuropeptídeos trigeminais e vasoconstrição craniana seletiva.

Correta. O quadro é compatível com crise aguda de migrânea sem aura: dor unilateral pulsátil de forte intensidade, náuseas, fotofobia, piora com esforço físico, padrão recorrente e exame neurológico normal. Os triptanos são agonistas 5-$HT_1B/_1D$ com três mecanismos complementares: vasoconstrição craniana seletiva via receptores 5-HT_1B nos vasos meníngeos; inibição pré-sináptica da liberação de CGRP e neuropeptídeos próinflamatórios nas terminações trigeminais perivasculares via receptores 5-HT_1D; e inibição da transmissão nociceptiva no núcleo caudal do trigêmeo. São o tratamento agudo específico de primeira linha para migrânea moderada a grave em pacientes sem contraindicações cardiovasculares, conforme o PCDT do Ministério da Saúde (2018) e as diretrizes da European Headache Federation (2019).

Betabloqueadores, por antagonismo beta-adrenérgico central, com redução da excitabilidade cortical e inibição da propagação da depressão alastrante durante a fase aguda da crise.

Incorreta. Betabloqueadores como propranolol e metoprolol são fármacos de primeira linha na profilaxia da migrânea, não no tratamento abortivo da crise instalada. O mecanismo descrito — redução da excitabilidade cortical e inibição da depressão alastrante — é o proposto para explicar o efeito preventivo, não agudo. Durante uma crise já em curso, betabloqueadores não interrompem a ativação trigeminovascular nem reduzem a dor de forma clinicamente relevante. Usá-los na fase aguda não tem respaldo em nenhuma diretriz atual.

Oxigênio em alto fluxo, por modulação do reflexo trigêmino-autonômico craniano, como terapia abortiva de primeira linha nas cefaleias primárias de forte intensidade e início súbito.

Incorreta. Oxigênio em alto fluxo (100%, 12–15 L/min por 15–20 minutos) é terapia abortiva de primeira linha para a cefaleia em salvas, não para migrânea. Seu mecanismo — inibição do reflexo trigêmino-autonômico com supressão das descargas no hipotálamo posterior e no gânglio esfenopalatino — é específico para a fisiopatologia da cefaleia em cluster. O caso descrito não apresenta os elementos característicos das salvas: ausência de dor orbitária ou temporal excruciante de curta duração (15–180 minutos), ausência de sinais autonômicos ipsilaterais (lacrimejamento, ptose, rinorreia, miose) e ausência do padrão circadiano típico. O quadro é de migrânea, para a qual o oxigênio não tem indicação como terapia de primeira linha.

Referências:

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. GOADSBY, Peter J. Enxaqueca e outras cefaleias primárias. In: LOSCALZO, Joseph et al. (org.). Medicina interna de Harrison . 21.ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2024. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504. ISBN 978852773787.

-

Alterações da consciência (2 questões)

QUESTÃO 59 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 24**

Enunciado:

(UNISL Porto Velho) Senhor Antônio, 82 anos, hipertenso controlado, é trazido pela filha ao PS com sonolência profunda, confusão mental intermitente e um episódio convulsivo. No quarto, encontram-se várias embalagens de medicamentos espalhadas, algumas fora do prazo de validade. A filha relata cuidar dele sozinha, diz que não tem muito tempo e que às vezes "erra" na dose e quantidade dos remédios. O médico observa que este paciente já foi internado duas outras vezes este ano por possível erro na medicação.

Diante do quadro, a conduta mais adequada é:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Administrar soro e glicose endovenoso, solicitar hemograma e bioquímica, mantendo o idoso em observação hospitalar e orientar a cuidadora.

B) Priorizar neuroimagem e EEG, manter o paciente internado, mas dispensar notificação após confissão do erro pela cuidadora, apenas orientando-a.

C) Investigar intoxicação exógena, solicitar gasometria arterial, eletrólitos, exame toxicológico e comunicar/notificar as autoridades competentes.

D) Considerar intoxicação exógena, coletar gasometria arterial, eletrólitos, dosagem sérica de drogas e, se comprovada intoxicação, notificar o Conselho Tutelar.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Considerar intoxicação, coletar gasometria arterial, eletrólitos, dosagem sérica de drogas e, se comprovada intoxicação, notificar o Conselho Tutelar. Incorreta. Embora esta alternativa inclua gasometria arterial e dosagem sérica de fármacos, não contempla exame toxicológico completo nem sugere acionar o Ministério Público quando indicado.

Investigar intoxicação exógena, solicitar gasometria arterial, eletrólitos, exame toxicológico e comunicar/notificar as autoridades competentes. Correta. Essa conduta abrange investigação laboratorial adequada (gasometria arterial, eletrólitos e toxicológico), além de acionar as autoridades competentes para proteção do idoso.

Administrar soro e glicose endovenoso, solicitar hemograma e bioquímica, mantendo o idoso em observação hospitalar e orientar a cuidadora. Incorreta. Limita-se ao suporte hídrico e exames gerais, sem investigar causa tóxica nem notificar órgãos de proteção, descumprindo protocolos de violência contra o idoso.

Priorizar neuroimagem e EEG, manter o paciente internado, mas dispensar notificação após confissão do erro pela cuidadora, apenas orientando-a. Incorreta. Adia a investigação tóxica e a notificação obrigatória, o que pode comprometer a segurança do idoso e viola diretrizes de proteção e abordagem ética.

Referências:

BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 76. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. -000160.630010.803e3c.919ff5.50cb4c.673247.42aecf.637f9

QUESTÃO 60 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 30

Enunciado:

(AFYA ITACOATIARA) Durante o atendimento na unidade de saúde, uma idosa de 68 anos é trazida pela filha com rebaixamento do nível de consciência, sonolência, fala arrastada e episódios de confusão mental. A filha relata que encontrou a mãe com frascos abertos de clonazepam e amitriptilina, usados para insônia e dor crônica. A senhora foi encontrada neste estado há cerca de 3 horas, mas a família demorou para conseguir um carro. Ao ser questionada sobre o uso, a filha menciona que a mãe toma os remédios por conta própria, pois “não gosta de incomodar o médico para renovar receita”. O médico avaliou sinais vitais, prestou suporte básico de vida e acionou o SAMU para transferência.

Após as medidas iniciais, qual é a conduta mais adequada e qual a medida de segurança do paciente mais importante a ser implementada para evitar novos episódios?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) Implementar plano de reavaliação medicamentosa com revisão da prescrição e educação em saúde familiar para prevenção de intoxicações.

B) Realizar lavagem gástrica imediatamente na unidade, antes da remoção, para reduzir a absorção das medicações ingeridas e seu efeito colateral.

C) Suspender toda a medicação em uso contínuo, substituindo por novos fármacos para dor e ansiedade, a fim de evitar recorrência e acelerar a recuperação clínica.

D) Realizar lavagem gástrica, observando a paciente na unidade por algumas horas antes da transferência hospitalar para monitorar possíveis complicações.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

- Avaliar sinais vitais, prestar suporte básico de vida, acionar o SAMU para transferência e realizar lavagem gástrica imediatamente na unidade, antes da remoção, para reduzir a absorção das medicações ingeridas e seu efeito colateral.

Justificativa: Incorreta.

A lavagem gástrica não é indicada fora do ambiente hospitalar nem após 1 hora da ingestão, especialmente em pacientes idosos e rebaixados, devido ao alto risco de broncoaspiração. A prioridade é suporte vital e transporte seguro, não procedimentos invasivos sem proteção de vias aéreas.

- Avaliar sinais vitais e suporte básico de vida na unidade, acionar o SAMU para transferência e implementar plano de reavaliação medicamentosa com revisão da prescrição e educação em saúde familiar para prevenção de intoxicações.

Justificativa: Correta.

Essa alternativa reflete a conduta clínica e preventiva adequada: estabilização inicial, suporte básico de vida, transferência segura ao hospital e, no âmbito da APS, revisão da prescrição e educação da família para evitar automedicação e uso indevido. É a resposta alinhada às diretrizes da Atenção Primária e à Política Nacional de Segurança do Paciente. Avaliar sinais vitais, manter suporte básico de vida, acionar o SAMU e realizar lavagem gástrica de forma preventiva, observando a paciente na unidade por algumas horas antes da transferência hospitalar para monitorar possíveis complicações.

Justificativa: Incorreta.

Embora pareça prudente pela vigilância inicial, a lavagem gástrica “preventiva” é contraindicada após mais de 1 hora de ingestão e em pacientes com alteração de consciência. A observação prolongada na UBS também é inadequada diante do risco de deterioração clínica. O correto é transferência imediata após estabilização.

- Avaliar sinais vitais, prestar suporte básico de vida, acionar o SAMU e suspender toda a medicação em uso contínuo, substituindo por novos fármacos para dor e ansiedade, a fim de evitar recorrência e acelerar a recuperação clínica.

Justificativa: Incorreta.

Suspender toda a medicação crônica sem avaliação médica especializada é uma conduta iatrogênica e insegura, podendo descompensar comorbidades e causar abstinência. A substituição empírica por “novos fármacos” sem revisão interprofissional contraria as práticas seguras e o princípio da prescrição racional da Atenção Primária.

Referências:

BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book, p. 440.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Luiz Carlos Corrêa (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. HAUSER, Stephen L. ; KASPER, Dennis L. ; LONGO, Dan L. ; JAMESON, J. Larry; FAUCI, Anthony S. ; LOSCALZO, Joseph (ed.). Harrison – Princípios de Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: AMGH, 2023.

Epilepsia e crises epilépticas (15 questões)

QUESTÃO 61 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 32**

Enunciado:

Uma menina de quatro meses é trazida pelos pais à emergência com histórico de convulsões durante a febre. A menina estava bem até a noite anterior, quando desenvolveu febre de 38,5°C e, cerca de uma hora depois, começou a ter convulsões tônicas-clônicas generalizadas. A convulsão durou cerca de 5 minutos e ela ficou sonolenta após a crise. Os pais relataram que a menina teve convulsões semelhantes em episódios anteriores de febre. Diante desse caso,o médico de plantão, a princípio, suspeita de (A) que se caracteriza por (B):

Alternativas:

A) (A) crise convulsiva em vigência de febre; (B) ser provavelmente hereditária.

B) (A) epilepsia; (B) crises não-recorrentes febris.

C) (A) meningite; (B) febre, crise convulsiva, vômito em jato e etiologia viral.

D) (A) crise convulsiva febril; (B) ausência de infecção do sistema nervoso central,

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A crise convulsiva febril é um evento que ocorre na infância, entre três meses e cinco anos de idade, associado à febre, mas sem evidência de infecção intracraniana ou doença neurológica aguda. Estão excluídas crises na vigência de febre em crianças que já tenham apresentado crise epiléptica afebril. A crise febril deve ser distinguida de epilepsia, que se caracteriza por crises não-recorrentes febris”

RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Editora Manole, 2014. 9788520452240. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788520452240/. Acesso em: 01 jun. 2022.

SIQUEIRA, Luis Felipe M.; Atualização no diagnóstico e tratamento das crises epilépticas febris, Rev Assoc Med Bras 2010; 56(4): 489-92.

QUESTÃO 62 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 38

Enunciado:

Homem de 74 anos é levado por familiares à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) após observarem que o idoso apresentou possível “crise convulsiva” em domicílio, sendo o primeiro episódio da vida. Descreveram como: “braço direito apresentou contração intensa contínua e involuntária, em extensão, e em seguida paciente perdeu a consciência e apresentou abalos rítmicos inicialmente em membro superior e inferior à direita e posteriormente por todo o corpo. Permaneceu de olhos abertos e com versão ocular, além de sialorreia. Duração em torno de 2 minutos. Manteve-se sonolento até a chegada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)”. História prévia de Acidente Vascular Cerebral (AVC) há cerca de 9 meses com sequela de hemiparesia à direita e leve afasia. Ao exame físico apresentava-se sonolento, confuso e desorientado, pressão arterial de 150 x 90 mmHg, SAO2: 99%, Frequência cardíaca: 92 bpm, ritmo cardíaco irregular. Observa-se sangue em cavidade oral.

Em relação ao caso, qual a hipótese provável e a classificação da crise, respectivamente?

Alternativas:

A) Epilepsia sintomática secundária à doença cerebrovascular, com crise motora tônica de início focal, evoluindo para tônico-clônica generalizada.

B) Epilepsia sintomática de causa genética, com crise classificada como mioclônica focal, com evolução para bilateral e generalizada.

C) Epilepsia sintomática secundária à doença cerebrovascular, com crise classificada como motora tônico-clônica de início generalizado.

D) Epilepsia sintomática secundária à doença cerebrovascular, com crise classificada como motora atônica focal, com evolução para bilateral.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Trata-se de provável epilepsia sintomática remota secundária a Acidente Vascular Cerebral prévio. Quanto à classificação da crise, o fenômeno semiológico de contração involuntária contínua define o movimento como "tônico". Como o início é apenas em membro superior direito, ela é classificada como "focal", com consciência mantida inicialmente, e os abalos apendiculares que ocorrem posteriormente são definidos como "generalização secundária" ou evolução para bilateral.

Referência:

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica, 8ª edição. Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN

9788527734998. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788527734998/. Acesso em: 15 mai. 2023.

BICKLEY, Lynn S, Bates-Propedêutica Médica Essencial. Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN

9788527734493. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788527734493/. Acesso em: 15 mai. 2023.

QUESTÃO 63 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 46

Enunciado:

A.N.M, sexo feminino, 22 anos, trazida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com relatos dos familiares de que a mesma caiu, o corpo se contraiu e enrijeceu por alguns segundos, houve um grito alto e posteriormente começou a contrair e contorcer as extremidades do corpo permanecendo assim até o momento da chegada ao hospital com um gap de tempo de aproximadamente 20 minutos. A paciente é sabidamente epiléptica, fazendo uso de ácido valproico, porém recentemente familiares relatam que a mesma estava ingerindo bebidas alcoolicas em demasia. Refere já tratar de epilepsia desde os 14 anos de idade quando teve a primeira crise durante a escola. Desde então vem apresentando crises convulsivas de forma recorrente a cada 6 meses em média.

Analise o caso clínico acima e marque a alternativa correta.

Alternativas:

A) A abordagem inicial no P.S de A.N.M deve ser com dissulfiram para melhor resposta as crises

B) O grito é um pedido de ajuda por estar sentindo mal, devendo ser considerado como dado semiológico.

C) A paciente apresentou crise do tipo tônico clônica e uma causa que deve ser descartada é hipoglicemia.

D) A crise causada pelo álcool acontece cerca de 30 minutos após a ingesta de quantidade moderada de álcool.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

A paciente apresenta uma crise convulsiva em via publico do tipo tonico (contração dos músculos) clonica (abalos musculares). No atendimento inicial é importante descartar hipoglicemia. Em caso de paciente abordado em crise a medicação de escolha é o diazepam EV.

Bibliografia:

PORTO, Celmo C. Semiologia Médica, 8ª edição. Grupo GEN, 2019. E-book. ISBN

9788527734998. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788527734998/. Acesso em: 15

mai. 2023.

QUESTÃO 64 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 42

Enunciado:

Módulo:(s) HAM

Um estudante de medicina estava em um jantar com amigos, quando de repente, um homem adulto que estava na mesa ao lado perdeu subitamente a consciência, caiu ao solo e começou a apresentar movimentos bruscos e descoordenados dos quatro membros, salivação excessiva, mordedura de língua e liberação esfincteriana. As pessoas ao redor ficaram em pânico.

Quais são as medidas imediatas que o estudante deve tomar?

Alternativas:

A) Introduzir um objeto na boca do paciente para evitar a mordedura da língua e conter firmemente seus membros até o fim dos movimentos.

B) Afastar objetos perigosos do paciente, colocá-lo de lado, apoiar a sua cabeça em algo macio para evitar traumatismos e ligar para o SAMU, descrevendo os sintomas observados.

C) Oferecer água ou açúcar ao paciente durante a crise e mantê-lo em decúbito dorsal até a chegada do socorro.

D) Aguardar o término da crise sem qualquer intervenção e, assim que o paciente recuperar a consciência, liberá-lo sem acionar o serviço de emergência.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

As medidas iniciais, diante de uma crise epiléptica, incluem:

Manter-se calmo.

Colocar o paciente de lado.

Apoiar a cabeça do paciente em algo macio para evitar traumatismo. Não imobilizar o paciente impedindo seus movimentos.

Afastar qualquer objetivo perigoso.

Não colocar nada na boca do paciente.

Permanecer ao lado da pessoa até que ela recupere a consciência. Outra medida importante inclui ligar para o SAMU e fornecer uma descrição detalhada dos sintomas o que é crucial para o atendimento médico subsequente.

Referência:

RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Barueri, SP: Editora Manole, 2014. E-book. ISBN 9788520452240.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 65 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 42

Enunciado:

Um estudante de medicina do quinto período está em um café, quando um colega de faculdade, após queixar-se de um desconforto epigástrico, apresenta o olhar fixo e movimentos semelhantes à mastigação. Ele está acordado, porém não responde e não consegue comunicar-se claramente. A crise dura aproximadamente 2 minutos, e após esse período, o colega parece confuso por alguns instantes, mas gradativamente retorna ao estado de consciência plena. Com base nas características clínicas descritas, qual é a classificação mais apropriada para o tipo de crise epiléptica apresentada pelo paciente?

Alternativas:

A) Crise focal perceptiva.

B) Crise focal disperceptiva.

C) Crise de ausência generalizada.

D) Crise tônico-clônica generalizada.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A alternativa correta é crise epiléptica focal disperceptiva. As crises focais disperceptivas, antes denominadas crises parciais complexas, são crises focais nas quais a consciência, a responsividade ou a memória estão comprometidas. A descarga convulsiva geralmente se origina no lobo temporal ou no lobo frontal medial, mas pode se originar em qualquer lugar. Os sintomas assumem muitas formas, mas geralmente são estereotipados para o paciente individual. Os episódios podem começar com uma aura. Sensações epigástricas são as manifestações de aura mais comuns, mas também podem ocorrer sintomas afetivos (medo, psíquicos (déjà vu e sensoriais (alucinações olfatórias. A consciência está comprometida. As crises costumam persistir por 1 a 3 minutos. As manifestações motoras das crises parciais complexas são caracterizadas por atividade motora involuntária coordenada, denominada automatismo, que toma a forma de movimentos orobucolinguais em cerca de 75% dos pacientes, e outros movimentos faciais, cervicais ou manuais em cerca de 50% dos casos. Sentar-se ou ficar em pé, mexer em objetos e realizar movimentos bilaterais dos membros são ações menos comuns.

Referência:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. Grupo A,

2014. E-book. ISBN 9788580553550. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/. Acesso em: 22 abr. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 66 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 17

Enunciado:

(FACIMPA) Um homem, de 28 anos, previamente diagnosticado com epilepsia, é trazido ao pronto-socorro por uma ambulância após ter sofrido múltiplas crises convulsivas nas últimas duas horas. Os paramédicos informam que, desde a primeira crise, ele não recuperou completamente a consciência e teve mais três episódios de convulsões tônico-clônicas generalizadas durante o transporte. Na admissão, o paciente está inconsciente, com movimentos clônicos intermitentes e salivação excessiva. Os sinais vitais indicam pressão arterial de 160/100 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, saturação de oxigênio em 85% no ar ambiente, e frequência respiratória de 30 irpm. O exame físico revela cianose perioral e sons respiratórios diminuídos. O paciente permanece não responsivo, com crise convulsiva ativa e risco iminente de insuficiência respiratória.

Após administração de benzodiazepínicos intravenosos e terapia inicial para controle da crise sem sucesso, qual decisão seria a mais adequada?

Alternativas:

A) Iniciar oxigenação por cateter nasal e observar se há melhora da saturação, sem necessidade de medidas invasivas.

B) Realizar intubação orotraqueal, após posicionar adequadamente o paciente e utilizar o material e medicação apropriada para facilitar o procedimento.

C) Administrar uma nova dose de benzodiazepínico, pois o controle completo das crises eliminará a necessidade de intervenção na via aérea.

D) Administrar bloqueador neuromuscular imediatamente com oxigênio em alta concentração por máscara, sem necessidade de sedação, para controle da crise.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Realizar intubação orotraqueal, após posicionar adequadamente o paciente e utilizar o material e medicação apropriada para facilitar o procedimento: O paciente apresenta estado de mal epiléptico, com risco iminente de insuficiência respiratória e hipoxemia (saturação de 85%). A intubação orotraqueal é indicada para proteger a via aérea e garantir ventilação adequada. É fundamental preparar o material para IOT e utilizar medicações sedativas (como midazolam ou propofol) e bloqueadores neuromusculares (como rocurônio ou succinilcolina) para facilitar o procedimento. O correto posicionamento do paciente também é essencial para otimizar a visualização da via aérea durante a intubação.

Administrar uma nova dose de benzodiazepínico, pois o controle completo das crises eliminará a necessidade de intervenção na via aérea.: Embora o controle das crises convulsivas seja crucial, o paciente já apresenta comprometimento respiratório e hipoxemia, o que justifica a necessidade de intubação. Apenas administrar mais benzodiazepínicos não corrigirá a falência respiratória.

Iniciar ventilação com oxigênio por cateter nasal e observar se há melhora da saturação, sem necessidade de medidas invasivas: A ventilação com máscara pode ser uma medida temporária, mas não será suficiente em um paciente com crises convulsivas recorrentes e hipoxemia grave. A intubação orotraqueal é necessária para proteger a via aérea e garantir ventilação contínua.

Administrar bloqueador neuromuscular imediatamente com oxigênio em alta concentração por máscara, sem necessidade de sedação, para controle da crise. O uso de bloqueadores neuromusculares é indicado para facilitar a intubação, mas eles devem ser administrados junto com sedativos para garantir o conforto e segurança do paciente. Risco iminente de insuficiência respiratória e hipoxemia (saturação de 85%) impõe a decisão de intubação orotraqueal para proteger

a via aérea e garantir ventilação adequada.

Referências:

BLECK, Thomas P. "Status epilepticus and the use of antiepileptic drugs in critical care." The Lancet Neurology, v. 15, n. 6, p. 614-624, 2016.

BROPHY, Gretchen M. et al. "Guidelines for the evaluation and management of status epilepticus." Neurocritical Care, v. 17, n. 1, p. 3-23, 2012.

DE COCK, Pieter A. J. et al. "Airway management in patients with seizures: What's the evidence?" Seizure, v. 76, p. 88-94, 2020.

QUESTÃO 67 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original nº 40

Enunciado:

(IESVAP) Um homem de 35 anos, com histórico de epilepsia desde a adolescência, é levado ao pronto-socorro após uma convulsão tônico-clônica generalizada que já dura mais de 10 minutos. Ao chegar, o paciente apresenta atividade convulsiva persistente e rebaixamento do nível de consciência.

De acordo com o protocolo do ATLS, as seguintes medidas iniciais foram realizadas:

• Monitorização contínua dos sinais vitais;

• Administração de oxigênio suplementar via máscara facial, com saturação inicialmente mantida acima de 94%;

• Acesso venoso periférico bilateral obtido para administração de medicamentos;

• Controle da glicemia capilar, que foi normal.

A conduta inicial incluiu a administração de uma dose de benzodiazepínico intravenoso (diazepam). Após 5 minutos, devido à persistência da crise convulsiva, foi administrada uma segunda dose de benzodiazepínico. Contudo, passados mais 5 minutos, a crise não cessou, e o paciente evoluiu com rebaixamento significativo do nível de consciência (Glasgow 7), respiração irregular e queda progressiva da saturação de oxigênio.

Diante deste quadro de estado de mal epiléptico refratário e do risco iminente de falência respiratória, qual das alternativas abaixo representa o próximo passo mais adequado no manejo deste paciente?

Alternativas:

A) Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, fornecer oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e iniciar infusão contínua de benzodiazepínico.

B) Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, fornecer oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e administrar um fenitoína endovenosa.

C) Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, fornecer oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e administrar uma infusão contínua de propofol.

D) Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, fornecer oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e administrar uma terceira dose de benzodiazepínico.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Alternativas

-Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, administrar oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e introduzir um anticonvulsivante de segunda linha como a fenitoína.

Justificativa: CORRETA. O manejo prioritário é proteger as vias aéreas e administrar um anticonvulsivante de segunda linha para controle da crise, conforme os protocolos clínicos recomendado

-Realizar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, administrar oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e iniciar infusão contínua de midazolam como sedativo.

Justificativa: INCORRETA. Apesar da intubação ser necessária, o uso de midazolam contínuo antes de tentar um anticonvulsivante de segunda linha não segue os protocolos adequados. -Iniciar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, administrar oxigênio suplementar, realizar intubação orotraqueal e administrar uma infusão contínua de propofol.

Justificativa: INCORRETA. Propofol é indicado apenas em casos refratários ao uso de anticonvulsivantes de segunda linha, como fenitoína, e exige monitorização intensiva em UTI. -Administrar ventilação assistida com máscara bolsa-válvula, fornecer oxigênio suplementar, preparar intubação orotraqueal e administrar uma terceira dose de benzodiazepínico intravenoso.

Justificativa: INCORRETA. Repetir benzodiazepínicos neste momento é ineficaz e pode aumentar o risco de depressão respiratória sem controle efetivo da crise.

Referências:

BRUM, Lucimar F S.; ROCKENBACH, Liliana; BELLICANTA, Patricia L. Farmacologia básica. Porto Alegre: Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788595025271. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595025271/. BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. Porto Alegre: Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788580556155. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556155/. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Epilepsia. Disponível em https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/ consultas/relatorios/2019/relatorio_pcdt_epilepsia_cp13_2019.pdf/view. RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Barueri: Editora Manole, 2014. E-book. ISBN 9788520452240. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240/. SILVA, Luciana R.; COSTA, Luanda Flores da. Condutas pediátricas no pronto atendimento e na terapia intensiva 2a ed. Barueri: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN 9788520458013. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520458013/.

QUESTÃO 68 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 48**

Enunciado:

(UNIGRANRIO CAXIAS) Um acadêmico de medicina está almoçando com a sua família em um restaurante de sua cidade, quando observa um homem de aproximadamente 30 anos, previamente hígido, apresentar uma crise epiléptica. O paciente cai ao solo e apresenta uma contração muscular generalizada, seguida por uma série de movimentos rítmicos em todos os membros. Após cerca de dois minutos, o paciente começa a se recuperar lentamente, com confusão mental transitória e sonolência. Nenhum episódio prévio semelhante foi relatado por amigos ou familiares que o acompanham.

Com base nesse quadro clínico, qual é a classificação mais provável para essa crise epiléptica?

Alternativas:

A) Crise tônico-clônica generalizada.

B) Crise focal disperceptiva.

C) Crise focal perceptiva.

D) Crise de ausência.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Crise de ausência. INCORRETA. Estas crises são geneticamente transmitidas, em geral começam na infância e raramente persistem na adolescência. As crises se caracterizam por perda da consciência breve (por 5 a 10 segundos), sem perda do tônus postural. Manifestações motoras sutis, como piscamento ocular ou leve rotação da cabeça, são comuns. Movimentos automáticos mais complexos (automatismos) são incomuns. A orientação plena ocorre imediatamente após a crise cessar.

Crise focal disperceptiva. INCORRETA. A crise focal com alteração da consciência apresenta sinais focais e o comprometimento da consciência, com duração variável, mas não inclui movimentos tônico-clônicos generalizados. Além do comprometimento da consciência, os pacientes podem apresentar automatismos, como estalar os lábios, mastigar, gesticular, deglutir repetidamente, repetir palavras ou frases, deambular, correr, despir-se, estalar os dedos, e perseverar desajeitadamente em uma tarefa motora em curso, ou algum tipo de atividade motora complexa sem um direcionamento específico, mas que não é apropriada. Após a crise, esses pacientes muitas vezes estão transitoriamente confusos e desorientados; esse estado pode durar vários minutos.

Crise tônico-clônica generalizada. CORRETA. As crises tônico-clônico generalizadas são caracterizadas por contração tônica simétrica e bilateral, seguida de contração clônica dos quatro membros, usualmente associadas a fenômenos autonômicos como apneia, liberação esfincteriana, sialorreia e mordedura de língua, durante cerca de 1 minuto. A contração tônica dos músculos da respiração pode produzir uma vocalização induzida pela expiração (um grito ou gemido). O período pós-crítico é caracterizado por confusão mental e sonolência.

Crise focal perceptiva.

INCORRETA. As crises focais perceptivas efletem descargas epilépticas que ocorrem em uma área limitada (focal) do córtex cerebral. Praticamente qualquer sinal ou sintoma pode estar relacionado com esse foco epileptogênico, dependendo da localização. Assim, o paciente pode apresentar qualquer tipo de aura ou qualquer tipo de manifestação observáv el durante as crises. Exemplo: fenômenos motores (marcha jacksoniana: começa em um grupo muscular específico e dissemina envolvendo regiões contíguas), sensoriais, autonômicos e psíquicos (alucinações, por exemplo). A aura mais comum para qualquer crise de iníc io focal é a sensação de desconforto abdominal. No entanto, outras auras podem incluir: sensação de irrealidade, de distanciamento do meio ambiente, sensação de déjà vu ou jamais vu. Durante a crise focal perceptiva o paciente normalmente é capaz de interagir de forma apropriada com seu meio.

Referências:

Bertolucci, Paulo H., F. et al. Guia de Neurologia. Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Manole, 2011.

Greenberg, David, A. et al. Neurologia clínica. Disponível em: Minha Biblioteca, (8th edição). Grupo A, 2014.

DUNCAN. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 4th edição. Capítulo 48. Disponível em

<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582711149/>. Harrison's Principles of Internal Medicine. 21ª edição. McGraw-Hill Education, 2022. Capítulo 445: Epilepsy and Other Seizure Disorders.

QUESTÃO 69 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 13

Enunciado:

(UNINOVAFAPI) Um homem de 27 anos, previamente saudável, é trazido ao pronto-socorro após apresentar crise convulsiva tônico-clônica generalizada que persiste há mais de 10 minutos, sem recuperação do nível de consciência. Ele está cianótico, com respiração irregular e abundante salivação. Glicemia capilar: 102 mg/dL. Ausência de acesso venoso periférico. A equipe de atendimento discute a estratégia para a abordagem inicial da via aérea. Qual das condutas abaixo representa a intervenção mais adequada e imediata para estabilização da via aérea nesse cenário?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio a 100%, aguardar o término da crise convulsiva para considerar intubação orotraqueal e encaminhar para unidade de terapia intensiva.

B) Realizar manobra de tração mandibular (jaw thrust) associada à cânula nasofaríngea, aspirar vias aéreas, ventilar com oxigênio a 100% e preparar intubação orotraqueal com sequência rápida.

C) Inserir cânula orofaríngea, ventilar o paciente com oxigênio a 21%, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal, para facilitar futura intubação, e encaminhar para terapia intensiva.

D) Administrar midazolam intramuscular ou nasal, em seguida, realizar laringoscopia imediata para intubação orotraqueal, mesmo sem monitorização adequada, devido ao risco imediato de apneia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O paciente apresenta um estado de mal epiléptico convulsivo (crise convulsiva com duração superior a 5 minutos sem recuperação da consciência), o que configura uma emergência médica com risco iminente de comprometimento da via aérea e hipóxia. Ele está cianótico, com respiração irregular e salivação abundante, o que aumenta o risco de aspiração. Correta:

Realizar manobra de tração mandibular (jaw thrust) associada à cânula nasofaríngea, aspirar vias aéreas, ventilar com oxigênio a 100% e preparar intubação orotraqueal com sequência rápida.

A manobra de tração mandibular (jaw thrust) é indicada para pacientes inconscientes sem necessidade de movimentar a coluna cervical. A cânula nasofaríngea auxilia na manutenção da via aérea pérvia, especialmente quando o paciente ainda apresenta tônus mandibular. A preparação para intubação orotraqueal com sequência rápida (ISR) é o padrão-ouro nesse cenário, pois permite controle definitivo da via aérea em um paciente crítico e potencialmente hipoxêmico, utilizando sedação e bloqueio neuromuscular.

Iniciar ventilação com bolsa-válvula-máscara com oxigênio a 100%, aguardar o término da crise convulsiva para considerar intubação orotraqueal e encaminhar para unidade de terapia intensiva. Errada. A ventilação com bolsa-válvula-máscara pode ser iniciada como medida transitória se o paciente estiver em apneia, mas aguardar o fim da crise para considerar intubação é contraindicado nesse cenário. O paciente já apresenta sinais de falência respiratória iminente, o que exige intervenção imediata da via aérea com preparação para ISR.

Inserir cânula orofaríngea, ventilar o paciente com oxigênio a 21%, posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal, para facilitar futura intubação, e encaminhar para terapia intensiva.

Errada. A cânula orofaríngea só deve ser usada em pacientes inconscientes sem reflexo de vômito; além disso, o decúbito dorsal horizontal aumenta o risco de aspiração, principalmente em pacientes com salivação excessiva e sem proteção de via aérea. O posicionamento ideal é com elevação do dorso ou posição de sniffing, se possível.

Administrar midazolam intramuscular ou nasal, em seguida, realizar laringoscopia imediata para intubação orotraqueal, mesmo sem monitorização adequada, devido ao risco imediato de apneia. Errada. Embora o midazolam IM seja uma opção válida em situações sem acesso venoso, a laringoscopia imediata sem monitorização e preparo para ISR é extremamente arriscada, pois pode precipitar hipoxemia, bradicardia ou parada cardíaca. A prioridade é estabilizar o paciente com oxigenação e proteção adequada da via aérea antes da laringoscopia.

Referências:

MICK, Calvin A. Brown III, John C. Sakles, Nathan W. Manual de Walls para o Manejo da Via Aérea na Emergência. 6ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2024. E-book. p. 7. ISBN 9786558821984. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821984/. Acesso em: 24 nov. 2024.

MAIA, Ian Ward A. AMOROSO, Diego; NETO, Rodrigo Antonio B.; et al. Manual de via aérea na emergência. Barueri: Manole, 2023. E-book. p. Capa. ISBN 9786555767179. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767179/. Acesso em: 24 nov. 2024.
KIRK, Raymond Maurice. Bases técnicas da cirurgia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 224p., il. ISBN 978-85-352-4465-6.

AMINI, Andre; KOHN, Michael A. Emergências clínicas. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. p. 355-360.

QUESTÃO 70 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 22

Enunciado:

(UNIREDENTOR) Criança, 7 anos, está apresentando múltiplos lapsos transitórios de consciência. A professora diz que ela parece estar "fora do ar", pois ele não responde ao chamado durante a crise, mas não apresenta quedas ao solo. A crise tem duração de segundos e logo ele retorna ao normal. Os pais da criança ficaram preocupados, levaram-na ao neurologista e foi solicitado um eletroencefalograma que mostrou paroxismos de ponta-onda generalizadas a 3Hz.

Assinale a alternativa que melhor classifica a crise epiléptica.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Crise de início focal perceptiva de início não motor tipo autonômica.

B) Crise de início focal perceptiva de início não motor tipo cognitiva.

C) Crise de início generalizado não motor tipo mioclônica.

D) Crise de início generalizado não motor tipo ausência típica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

-

Crise de início generalizado não motor tipo ausência típica.

Alternativa correta. O paciente apresenta crises sem interação com o meio, sem alterações motoras, sem automatismos, sem alterações emocionais ou cognitivas como déjà vu ou jamais vu. Além de apresentar eletroencefalograma típico de crise de ausência típica.

-

Crise de início focal perceptiva de início não motor tipo autonômica.

Alternativa incorreta, pois o paciente apresenta crise sem interação com o meio.

-

Crise de início generalizado não motor tipo mioclônica.

Alternativa incorreta, pois o paciente não apresenta alteração motora durante a crise.

-

Crise de início focal perceptiva de início não motor tipo cognitiva.

Alternativa incorreta, pois o paciente apresenta crise sem interação com o meio.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 504. ISBN 9788527737876.

QUESTÃO 71 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 43**

Enunciado:

(AFYA Santa Inês) Um estudante de medicina está aproveitando seu dia de folga em um parque quando presencia uma cena alarmante. Uma pessoa repentinamente começa a apresentar abalos musculares descontrolados, com movimentos bruscos e incoordenados, salivação excessiva, liberação de esfíncter e perda da consciência.

Com base nas características clínicas apresentadas no caso clínico, qual é o tipo de crise epiléptica mais provável?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Crise Mioclônica.

B) Crise Tônico-Clônica Generalizada.

C) Crise de Ausência.

D) Crise Parcial Complexa.

GABARITO: B

Resposta comentada:

As características clínicas descritas no caso clínico, abalos musculares descontrolados, com movimentos bruscos e incoordenados, salivação excessiva, liberação de esfíncter e perda da consciência, sugerem uma crise epiléptica generalizada.

Portanto, a opção correta é a

Crise Tônico-Clônica Generalizada.

Este tipo de crise é caracterizado por contrações musculares tônicas seguidas de movimentos clônicos, e é uma das formas mais reconhecíveis de epilepsia. É importante que profissionais de saúde saibam reconhecer este tipo de crise para uma intervenção adequada e rápida. Crise de ausência há perda de consciência, porém sem alterações motoras. Crises focais ou parciais são caracterizadas por abalos musculares sem perda da consciência. Crises mioclônicas são caracterizadas por abalos musculares rápidos sem perda da consciência.

Referências:

Celeno, P. C. Semiologia Médica. 8. ed.

Gustavo, M. C. Psiquiatria para o Médico Generalista.

QUESTÃO 72 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 8

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Homem, 36 anos, chega ao pronto-socorro em convulsão tônicoclônica generalizada contínua há 30 minutos, após uso de bebida alcoólica. Sem história prévia conhecida. Ao exame tem respiração ruidosa, sialorreia abundante, saturação 84% já em uso de oxigênio por máscara não reinalante a 100%, resposta motora apenas aos estímulos dolorosos e pressão arterial 150/90 mmHg; benzodiazepínico endovenoso já administrado pela equipe de atendimento pré-hospitalar sem controle completo das crises.

Diante do exposto, qual a conduta mais adequada?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Abrir via aérea exclusivamente com manobra de tração da língua e inserção de cânula nasofaríngea; administrar sedativo de ação anticonvulsivante e aguardar a completa resolução da crise.

B) Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com elevação cervical, realizar abertura de via aérea e administrar benzodiazepínico em dose elevada e bloqueador neuromuscular.

C) Realizar IOT com indução por sequência rápida, etomidato e succinilcolina (ou rocurônio), confirmação por capnografia e ausculta, fixar tubo e acoplar o sistema à ventilação mecânica.

D) Manter o paciente em posição sentada a fim de reduzir o risco de aspiração; realizar abertura de via aérea pela manobra chin-lift e proceder à ventilação com bolsa-válvulamáscara.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Realizar IOT com indução por sequência rápida, etomidato e succinilcolina (ou rocurônio), confirmação por capnografia e ausculta, fixar tubo e acoplar o sistema à ventilação mecânica. — está correta.

Justificativa: esta alternativa contém a sequência completa, lógica e baseada em boas práticas para manejo de via aérea em status epilepticus com via aérea ainda considerada fácil: realização de intubação por sequência de indução rápida (RSI) com agente sedativo hemodinamicamente estável (p.ex. etomidato) e bloqueador neuromuscular rápido (succinilcolina ou rocurônio), que facilita a intubação em paciente convulsionando e reduz risco de broncoaspiração; e (7) confirmação obrigatória por capnografia contínua e ausculta, fixação do tubo e início de ventilação controlada. Condizente com emergência e anestesiologia e com as recomendações para pacientes com risco aumentado de aspiração e depressão respiratória por status epiléptico.

Alternativas incorretas:

Abrir via aérea exclusivamente com manobra de tração da língua e inserção de cânula nasofaríngea; administrar sedativo de ação anticonvulsivante e aguardar a completa resolução da crise. — Incorreta.

Justificativa: a manobra de tração de língua isolada é insuficiente; o uso de cânula nasofaríngea pode ser útil. Esperar indefinidamente por resolução após doses adicionais de anticonvulsivantes pode atrasar a proteção da via aérea em paciente já dessaturando e com convulsões refratárias — abordagem não segura para o caso apresentado, que tem indicação de IOT.

Manter o paciente em posição sentada a fim de reduzir o risco de aspiração; realizar abertura de via aérea pela manobra chin-lift e proceder à ventilação com bolsa-válvulamáscara. Incorreta. Justificativa: manter o paciente sentado durante convulsão tônicoclônica não é prático nem seguro (quedas, aspiração). Realizar chin-lift sem excluir trauma cervical é um erro potencialmente grave; se houver suspeita de trauma cervical, deve-se optar por jaw-thrust e controle da coluna cervical.

Posicionar o paciente em decúbito dorsal horizontal com elevação cervical, realizar abertura de via aérea e administrar benzodiazepínico em dose elevada e bloqueador neuromuscular. — Incorreta.

Justificativa: posicionar em decúbito dorsal horizontal com elevação cervical sem avaliar risco de trauma cervical pode ser inadequado; administrar benzodiazepínico em dose alta não soluciona o caso que tem indicação de IOT com sequência de indução rápida com sedativo e bloqueador neuromuscular.

Referências:

KIRK, Raymond Maurice. Bases técnicas da cirurgia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 224p., il. ISBN 978-85-352-4465-6.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Adult Advanced Cardiovascular Life Support (ACLS) Provider Manual. Dallas: AHA, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA — SBA. Diretrizes para manejo da via aérea difícil e sequências de intubação. Rio de Janeiro: SBA; 2019.

THOMPSON, G. A.; et al. Emergências neurológicas: atendimento inicial em sala de emergência. In: GOLDMAN-Cecil: Tratado de Medicina. 25. ed. Elsevier, 2016.

QUESTÃO 73 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 41**

Enunciado:

(AFYA CRUZEIRO DO SUL) Você está no Pronto Socorro, chega um paciente do sexo masculino, 34 anos, 70kg, trazido pelo SAMU, por quadro de síncope, rebaixamento do nível de consciência e crises convulsivas tônico-clônicas em sua residência (não aferido tempo da crise – sic acompanhante). Médico do SAMU relata que o fato ocorreu há 2 horas e que não presenciou o ocorrido. Paciente tem histórico de epilepsia desde os 12 anos, faz uso regular de fenobarbital 100mg duas vezes ao dia. Porém está há uma semana sem o uso, pois não conseguiu a receita. Durante o atendimento, você percebe o paciente pouco sonolento e desorientado, sem sinais de trauma, com sinais vitais estáveis. Durante a anamnese, o paciente inicia outro episódio de crise convulsiva com duração de 3 minutos. Diante do quadro clínico, indique quais seriam as primeiras condutas mais adequadas durante o período da crise.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Monitorizar o paciente, solicitar uma tomografia computadorizada e realizar fenobarbital 100mg via oral.

B) Monitorizar o paciente, lateralizar, ABCDE, verificar saturação e administrar diazepam via oral.

C) Monitorizar o paciente, retirar objetos que possam causar dano, lateralizar, ABCDE, e realizar o teste glicêmico.

D) Monitorizar o paciente, ABCDE, tentar retirar prótese dentária do paciente com sua mão, administrar diazepam intramuscular.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Justificativa: em uma crise autolimitada (3 a 5 minutos), não há necessidade de medicação, sendo necessário somente a segurança do paciente, preservação de via aérea, ABCDE, monitorização do paciente e descartar um distúrbio glicêmico. Portanto, o item correto é o que traz “Retirar objetos que possam causar dano, lateralizar, ABCDE, monitorizar e realizar o teste glicêmico”.

Distratores

*

Monitorizar o paciente, ABCDE, tentar retirar prótese dentária do paciente com sua mão, administrar diazepam intramuscular.

Incorreta porque no paciente com quadro de crise convulsiva não é indicado manipular região oral por risco de lesão. * Monitorizar o paciente, lateralizar, ABCDE, verificar saturação e administrar diazepam via oral. Incorreta porque não é necessário realizar o diazepam por ser crise autolimitada e durante a crise não se fazem medicamentos orais.

*

Monitorizar o paciente, solicitar uma tomografia computadorizada e realizar fenobarbital 100mg via oral.

Incorreta, pois a tomografia computadorizada não está indicada, pois não há sinais de trauma, além de não ser necessária medicação.

Referência:

HAJJAR, Ludhmila Abrahão; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antônio; MARINO, Lucas Oliveira; MARCHINI, Julio Flávio Meirelles; ALENCAR, Júlio César Garcia de; TURAÇA, Karina; BESEN, Bruno Adler Maccagnan. Medicina de emergência: abordagem prática. 18. ed. Barueri, SP: Manole, 2024. 1.744 p. ISBN 978-85-204-5954-6.

QUESTÃO 74 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 1

Enunciado:

(AFYA CRUZEIRO DO SUL) Um menino de 11 anos é levado ao ambulatório de neuropediatria pelos pais devido a episódios recorrentes de “desligamento” ao longo do dia, iniciados há cerca de 6 meses. Durante os episódios, ele interrompe subitamente a atividade que está realizando, permanece com olhar fixo e não responde quando chamado. Os eventos duram aproximadamente 10 a 15 segundos, têm início e término abruptos e ocorrem várias vezes ao dia.

Os pais negam queda, movimentos tônico-clônicos, perda do controle esfincteriano, mordedura de língua ou confusão após os episódios. Após cada evento, a criança retoma imediatamente a atividade anterior, sem sonolência ou desorientação. A professora relata que os episódios são frequentes em sala de aula e têm prejudicado o rendimento escolar. Ao exame neurológico, não há déficits focais. Durante a consulta, a hiperventilação desencadeia episódio semelhante ao descrito.

Com base no quadro clínico, na classificação da crise epiléptica e no mecanismo farmacológico da medicação de escolha para esse tipo de crise, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) Crise de ausência típica — Etossuximida: bloqueio de canais de Ca^{2+} tipo T talâmicos, reduzindo oscilações talamocorticais paroxísticas.

B) Crise focal com consciência comprometida — Carbamazepina: bloqueio de canais de Na^{+} corticais, reduzindo descargas em foco epileptogênico.

C) Crise tônico-clônica generalizada — Benzodiazepínico: aumento da frequência de abertura dos canais de Cl^{-} via GABA-A, reduzindo hiperexcitabilidade.

D) Crise de ausência típica — Fenobarbital: aumento da duração de abertura dos canais de Cl^{-} via GABA-A, reduzindo excitabilidade neuronal.

GABARITO: A

Resposta comentada:

Crise focal com consciência comprometida — Carbamazepina: bloqueio de canais de Na^+ corticais, reduzindo descargas em foco epileptogênico.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A carbamazepina atua predominantemente pelo bloqueio de canais de sódio voltagem-dependentes e é útil em crises focais. Entretanto, o quadro clínico descrito não é compatível com crise focal com comprometimento da consciência. O menino apresenta episódios breves de desconexão, com início e término abruptos, ausência de fase pós-ictal, ocorrência várias vezes ao dia e desencadeamento por hiperventilação, achados típicos de crise de ausência típica. Além disso, carbamazepina pode piorar crises de ausência em alguns pacientes.

Crise de ausência típica — Fenobarbital: aumento da duração de abertura dos canais de Cl^- via GABA-A, reduzindo excitabilidade neuronal.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A primeira parte está correta, pois o quadro clínico é compatível com crise de ausência típica. O mecanismo farmacológico do fenobarbital também está adequado, já que os barbitúricos aumentam a duração da abertura dos canais de cloro mediados pelo receptor GABA_A. No entanto, o erro está na escolha do fármaco: o fenobarbital não é medicação de escolha para crise de ausência típica. A medicação clássica de primeira escolha, especialmente na ausência típica isolada, é a etossuximida.

Crise de ausência típica — Etossuximida: bloqueio de canais de Ca^{2+} tipo T talâmicos, reduzindo oscilações talamocorticais paroxísticas.

Justificativa:

Alternativa correta. O quadro clínico descreve uma crise de ausência típica, caracterizada por episódios breves de desconexão, olhar fixo, ausência de resposta ao chamado, início e término abruptos, ausência de confusão pós-ictal e desencadeamento por hiperventilação. A etossuximida é medicação de escolha para crises de ausência típicas isoladas. Seu principal mecanismo de ação é o bloqueio ou redução das correntes de cálcio tipo T em neurônios talâmicos, diminuindo as oscilações talamocorticais responsáveis pelo padrão clínico e eletroencefalográfico das ausências.

Crise tônico-clônica generalizada — Benzodiazepínico: aumento da frequência de abertura dos canais de Cl^- via GABA-A, reduzindo hiperexcitabilidade.

Justificativa:

Alternativa incorreta. O mecanismo farmacológico descrito para os benzodiazepínicos está correto: eles aumentam a frequência de abertura dos canais de cloro mediados pelo receptor GABA_A, potencializando a neurotransmissão inibitória. Entretanto, o caso não descreve crise tônico-clônica generalizada. Não há queda, rigidez tônica, abalos clônicos, mordedura de língua, perda esfincteriana ou período pós-ictal. O quadro é mais compatível com crise de ausência típica. Além disso, benzodiazepínicos são importantes em crises prolongadas e estado de mal epiléptico, mas não são a medicação de escolha para tratamento habitual de ausência típica isolada.

Referências:

BRUTON, L. L. HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book, p. 406. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph. FAUCI,

Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. -

QUESTÃO 75 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 43**

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Um paciente masculino, 32 anos, é levado ao pronto atendimento em status epilepticus há cerca de 15 minutos. Após administração de benzodiazepínico, mantém rebaixamento do nível de consciência (Glasgow 6), respiração irregular, presença de secreções em cavidade oral e queda da saturação (SpO_2 88%). A equipe decide realizar manejo definitivo da via aérea com intubação orotraqueal (IOT). Considerando o manejo adequado da via aérea nesse contexto, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) A utilização da cânula orofaríngea está contraindicada devido ao risco de indução de vômito em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou inconscientes.

B) O posicionamento ideal para a intubação é com o paciente em decúbito dorsal, cabeça rodada lateralmente e pescoço fletido ao máximo.

C) Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, a manobra de abertura de via aérea mais indicada é sempre a hiperextensão cervical, independentemente do contexto clínico.

D) A aspiração de secreções deve ser realizada de forma breve e eficiente antes da laringoscopia, minimizando hipóxia e risco de broncoaspiração.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa incorreta:

Em pacientes com rebaixamento do nível de consciência, a manobra de abertura de via aérea mais indicada é sempre a hiperextensão cervical, independentemente do contexto clínico.

Justificativa: A hiperextensão cervical (head tilt– chin lift) é uma manobra eficaz para abertura de vias aéreas em pacientes inconscientes, porém não deve ser aplicada indiscriminadamente, especialmente quando há suspeita de trauma cervical. Nesses casos, a tração da mandíbula (jaw thrust) é preferível por reduzir movimentação da coluna cervical. A alternativa erra ao afirmar “sempre”, ignorando o raciocínio clínico.

Alternativa incorreta:

A utilização da cânula orofaríngea está contraindicada devido ao risco de indução de vômito em pacientes com rebaixamento do nível de consciência ou inconscientes.

Justificativa: A cânula orofaríngea (Guedel) é indicada justamente em pacientes inconscientes, pois previne a queda da língua e obstrução da via aérea. O risco de vômito ocorre principalmente em pacientes com reflexo de proteção presente (conscientes ou semiconscientes). Portanto, a alternativa inverte a indicação clássica do dispositivo.

Alternativa correta:

A aspiração de secreções deve ser realizada de forma breve e eficiente antes da laringoscopia, minimizando hipóxia e risco de broncoaspiração.

Justificativa: No contexto de status epilepticus com rebaixamento do nível de consciência e secreções abundantes, a aspiração adequada é etapa crítica. Deve ser realizada de forma rápida, eficaz e preferencialmente antes da laringoscopia, reduzindo: risco de broncoaspiração,

dificuldade de visualização das estruturas laríngeas,

episódios de dessaturação prolongada.

O uso correto do aspirador faz parte da preparação essencial para uma IOT segura. Alternativa incorreta:

O posicionamento ideal para a intubação é com o paciente em decúbito dorsal, cabeça rodada lateralmente e pescoço fletido ao máximo.

Justificativa: O posicionamento descrito está inadequado. A posição ideal para IOT em via aérea fácil é a posição olfativa (sniffing position), caracterizada por:

leve flexão cervical,

extensão da cabeça no plano atlanto-occipital.

Esse alinhamento otimiza os eixos oral, faríngeo e laríngeo. Rotação lateral da cabeça e flexão máxima prejudicam a visualização glótica e aumentam a dificuldade do procedimento.

Referências:

KIRK, Raymond Maurice. Bases técnicas da cirurgia. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. MAIA, Ian Ward A.; AMOROSO, Diego; NETO, Rodrigo Antonio B.; et al. Manual de via aérea na emergência. Barueri: Manole, 2023. E-book. ISBN 9786555767179. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786555767179/. Acesso em: 12 maio 2025.

BROWN III, Calvin A.; SAKLES, John C.; MICK, Nathan W. Manual de Walls para o manejo da via aérea na emergência. 6. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2024. E-book. ISBN

9786558821984. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558821984/. Acesso em: 12 maio 2025.

-

Delirium (5 questões)

QUESTÃO 76 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 4**

Enunciado:

Paciente idoso, de 80 anos, recebe uma visita no seu domicílio do médico da equipe saúde da família. Encontrou no momento o idoso com quadro de agitação psicomotora e discurso desconexo da realidade. Familiares relatam quadro evoluindo gradualmente nos últimos 2 meses, associado a perda de memória remota.

Sobre o quadro clínico e a avaliação do estado mental do paciente, assinale a alternativa correta:

Alternativas:

A) O discurso desconexo pode se entender como alteração da percepção e o paciente apresentar alucinações visuais e auditivas.

B) Trata-se de um quadro de Delirium com alteração do nível de consciência e estado vígil, e o paciente deve ser encaminhado à Unidade de Saúde da Família.

C) Trata se de um quadro de Demência, levando em consideração a idade do paciente, no qual a atenção no exame do estado mental geralmente pode estar comprometida.

D) A agitação psicomotora é uma complicação comum dos quadros de Demência e Delirium e pode levar o paciente à risco de vida.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

O Delirium é um quadro de início súbito, que se instala de horas à menos de um mês e cursa com alteração da memória recente. Alucinações são entendidas como alterações da percepção do exame do estado mental e geralmente estão ausentes no quadro de demência. Trata se então de um quadro de Demência, porém a atenção no exame do estado mental geralmente está normal. Ambos quadro podem evoluir com agitação psicomotora e devem ser tratados como urgência psiquiátrica.

Fonte: Ref Bibliográfica:

Tratado de Medicina de Família e Comunidade. Gustavo Gusso 2012. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019. 9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/%/books/9788582715062/

QUESTÃO 77 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 14**

Enunciado:

(UNISL Porto Velho) Homem de 68 anos é trazido ao pronto-socorro pela esposa após 2 dias de "comportamento estranho".

A família relata que: os sintomas começaram de forma abrupta há 48 horas e variam ao longo do dia — às vezes ele está completamente sonolento e, em outros momentos, muito alerta. Ele é incapaz de manter a atenção em tarefas simples (por exemplo, "aperta minha mão"), distraindose facilmente e desviando o foco no meio da conversa. Está alternando entre sonolência (olhos semicerrados, difícil de despertar) e breves períodos de atenção exagerada e ainda salta de um tema a outro sem ligação lógica. Hoje refere ver "pequenos insetos correndo pelo chão" e gesticula para espantá-los, estando desorientado quanto ao local e à data. Assinale a alternativa que melhor descreve o quadro.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) Nível de consciência flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e alucinações visuais.

B) Nível de consciência estável, atenção preservada, raciocínio lógico, sem alterações perceptivas.

C) Sonolência constante, atenção normal, discurso coerente e sem fenômenos perceptivos.

D) Desorientação lenta e progressiva ao longo dos anos, com perda de memória e sem alucinações.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Justificativas:

Nível de consciência estável, atenção preservada, raciocínio lógico, sem alterações perceptivas. Incorreta. Nível de consciência flutuante e alucinações não ocorrem; descarta delirium.

Nível de consciência flutuante, desatenção, pensamento desorganizado e alucinações visuais. Correta. Flutuação do nível de consciência, déficit de atenção, fala desconexa e alucinações são marcas de delirium.

Sonolência constante, atenção normal, discurso coerente e sem fenômenos perceptivos. Incorreta. Sonolência fixa e atenção normal não caracterizam delirium, mas outro quadro (ex.: sedação).

Desorientação lenta e progressiva ao longo dos anos, com perda de memória e sem alucinações. Incorreta. Quadro insidioso de demência, não súbito nem flutuante; sem alucinações típicas de delirium.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 78 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 7

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Uma paciente de 82 anos, institucionalizada, com história de doença de Alzheimer leve, infecção urinária recorrente e uso contínuo de benzodiazepínico e anticolinérgico, é admitida no hospital por desidratação moderada. Após 48 horas, a equipe observa confusão mental, fala incoerente, aumento da atividade psicomotora e inversão do ciclo sono-vigília.

Acerca do caso clínico descrito, analise as afirmativas abaixo:

I - A infecção urinária atua como fator precipitante para o quadro neurológico ao induzir resposta inflamatória sistêmica, com liberação de citocinas que alteram a neurotransmissão cerebral.

II - O uso de benzodiazepínicos e anticolinérgicos contribui para o quadro neurológico acima por provocar redução da atividade colinérgica e, portanto, levar a um aumento relativo da atividade dopaminérgica.

III - A desidratação e a hipoperfusão cerebral associadas comprometem a oxigenação neuronal, favorecendo o desequilíbrio de neurotransmissores no quadro clínico.

IV - Neste caso, a doença de Alzheimer prévia representa um fator protetor, pois já existe uma reserva cognitiva baixa.

É correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) I, II e III.

B) I e II.

C) II, III e IV.

D) II e IV.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

I – Correta.

As infecções são importantes fatores precipitantes de delirium, especialmente em idosos. A resposta inflamatória sistêmica eleva níveis de IL-1β, TNF-α e IL-6, que atravessam a barreira hematoencefálica, comprometendo a neurotransmissão colinérgica e a homeostase cerebral.

II – Correta.

Tanto os benzodiazepínicos (por ação GABAérgica excessiva) quanto os anticolinérgicos (por inibição muscarínica central) alteram a modulação colinérgico-dopaminérgica, mecanismo fundamental na fisiopatologia do delirium.

III – Correta.

A desidratação e a hipoperfusão cerebral reduzem a oxigenação e a oferta de glicose aos neurônios, desencadeando disfunção metabólica e neurotransmissora que favorece a manifestação do delirium.

IV – Incorreta.

A doença de Alzheimer não é fator protetor, mas predisponente. A perda neuronal e a disfunção colinérgica preexistentes diminuem a reserva cognitiva e aumentam a vulnerabilidade cerebral a estímulos precipitantes.

Alternativa correta: I, II e III.

Referência:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book, pp. 433-439. ISBN 9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/. Acesso em outubro de 2025.

QUESTÃO 79 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 32

Enunciado:

(AFYA TERESINA) Homem de 78 anos é levado ao pronto atendimento por familiares devido a quadro de confusão mental iniciado há dois dias. Apresenta desatenção, dificuldade em manter diálogo, inversão do ciclo sono-vigília e episódios de agitação alternados com sonolência.

Tem história de hipertensão e diabetes. Está em uso recente de antibiótico para infecção urinária. Ao exame, encontra-se desorientado no tempo e no espaço, com flutuação do nível de consciência ao longo do dia. Não há história prévia de declínio cognitivo progressivo.

Com base no quadro clínico apresentado, qual alternativa melhor caracteriza o diagnóstico e os mecanismos fisiopatológicos associados?

Alternativas:

A) Quadro compatível com demência, caracterizado por início insidioso, declínio cognitivo progressivo e atenção geralmente preservada nas fases iniciais.

B) Quadro compatível com depressão maior, caracterizado por humor deprimido persistente, lentificação psicomotora e consciência habitualmente preservada.

C) Quadro compatível com delirium, caracterizado por início agudo, flutuação da consciência e desatenção, frequentemente associado a infecção e disfunção colinérgica.

D) Quadro compatível com síndrome ansiosa aguda, caracterizado por medo intenso, hiperalerta, consciência preservada e ausência de desatenção flutuante.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Quadro compatível com delirium, caracterizado por início agudo, flutuação da consciência e desatenção, frequentemente associado a infecção e disfunção colinérgica.

Justificativa:

Alternativa correta. O caso descreve um quadro típico de delirium, caracterizado por início agudo, alteração da atenção, flutuação do nível de consciência, desorientação, inversão do ciclo sono-vigília e alternância entre agitação e sonolência. Em idosos, o delirium é frequentemente precipitado por fatores orgânicos, como infecção urinária, medicamentos, distúrbios metabólicos, desidratação e hospitalização. Do ponto de vista fisiopatológico, estão envolvidos mecanismos como disfunção colinérgica, excesso dopaminérgico relativo, neuroinflamação e resposta inflamatória sistêmica.

Quadro compatível com demência, caracterizado por início insidioso, declínio cognitivo progressivo e atenção geralmente preservada nas fases iniciais.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A demência, ou transtorno neurocognitivo maior, costuma apresentar evolução crônica, insidiosa e progressiva, geralmente ao longo de meses ou anos. No caso apresentado, o quadro teve início há apenas dois dias, com flutuação do nível de consciência e desatenção marcante, características que favorecem delirium. Além disso, a ausência de história prévia de declínio cognitivo progressivo torna demência menos provável como diagnóstico principal.

Quadro compatível com depressão maior, caracterizado por humor deprimido persistente, lentificação psicomotora e consciência habitualmente preservada.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A depressão maior pode cursar com lentificação psicomotora, apatia, redução de energia, alteração do sono e prejuízo subjetivo de memória, especialmente em idosos. Entretanto, não costuma causar início agudo de confusão mental, flutuação do nível de consciência, desatenção intensa e desorientação temporoespacial em curto período. Esses achados são mais compatíveis com delirium do que com transtorno depressivo primário.

Quadro compatível com síndrome ansiosa aguda, caracterizado por medo intenso, hiperalerta, consciência preservada e ausência de desatenção flutuante.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A síndrome ansiosa aguda pode provocar inquietação, taquicardia, sudorese, tremores, sensação de medo e hipervigilância. Contudo, a consciência costuma estar preservada, e não há desatenção flutuante importante, sonolência alternada com agitação ou desorientação temporoespacial significativa. O caso também apresenta provável fator orgânico desencadeante, como infecção urinária e uso recente de antibiótico, reforçando o diagnóstico de delirium.

Referência:

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. -

QUESTÃO 80 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 33

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Idoso, 82 anos, portador de demência e hipertensão arterial, em uso contínuo de memantina, quetiapina e losartana, necessita de ajuda para atividades diárias, como banho. Deambula com apoio de órtese e faz uso de dieta pastosa, sem episódios de engasgo. Está internado há 2 dias para tratamento de infecção urinária. Durante a madrugada, apresentou agitação, insistindo em levantar-se da cama, confusão mental e retirada do acesso venoso. Para prevenção de quedas, foi necessária contenção física e química.

Analise o caso clínico e assinale a alternativa que apresenta um fator precipitante para o quadro noturno do paciente.

Alternativas:

A) Infecção urinária

B) Idade

C) Demência

D) Hipertensão arterial

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Infecção urinária - correta.

O quadro descrito é mais compatível com delirium, especialmente pelo início agudo, piora noturna, agitação, confusão, tentativa de sair da cama e retirada de dispositivos. Em psicopatologia e clínica, seguindo a lógica usada por Dalgalarrondo, o delirium é um estado confusional agudo, geralmente secundário a condição clínica, infecciosa, metabólica ou medicamentosa.

Nesse caso, a infecção urinária é o principal fator precipitante, isto é, o desencadeante agudo do quadro noturno.

Por que as outras estão incorretas:

Idade

A idade avançada é um fator predisponente, não precipitante.

Ela aumenta a vulnerabilidade do paciente para delirium, mas não explica, sozinha, o surgimento agudo do quadro nessa madrugada.

Demência

Também é fator predisponente. Pacientes com demência têm risco muito maior de desenvolver delirium; porém, a demência não é o desencadeante agudo mais provável no caso.

Na prática, a demência “prepara o terreno”, e a infecção “dispara” o quadro. Hipertensão

Não é fator precipitante típico de delirium nesse contexto.

Pode ser uma comorbidade clínica relevante, mas, isoladamente, não explica o estado confusional agudo descrito.

Referência:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book, p. 440. ISBN 9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/. -

Parkinson e distúrbios do movimento (10 questões)

QUESTÃO 81 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 37**

Enunciado:

Um homem de 27 anos diagnosticado com esquizofrenia, faz uso de haloperidol há 3 anos. Após o início do tratamento, os sintomas positivos relacionados a patologia (alucinações e episódios de mania) se tornaram menos frequentes e, após 6 semanas, deixaram de ocorrer. Entretanto, recentemente, procurou a unidade básica de saúde localizada em seu bairro, depois de apresentar distúrbios motores.

Com base no relato, identifique a alternativa correta:

Alternativas:

A) O Haloperidol, um Antipsicótico de Primeira Geração (APG), está relacionado à sintomas piramidais e podem causar espasticidade e padrões de contração muscular primitivas.

B) O Haloperidol, Antipsicótico de Primeira Geração (APG), está relacionado à sintomas extrapiramidais e pode causar a manifestação de movimentos involuntários.

C) O Haloperidol, Antipsicótico de Primeira Geração (APG), está relacionado à sintomas extrapiramidais e piramidais incluindo espasmos e movimentos involuntários.

D) O Haloperidol, Antipsicótico de Primeira Geração (APG), atua como agonista dos receptores dopaminérgico do tipo D2, por isso não está relacionado à distúrbios motores.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O Haloperidol, Antipsicótico de Primeira Geração (APG), atua como antagonista dos receptores dopaminérgico do tipo D2 nas vias dopaminérgicas centrais, inibindo os sintomas positivos como delirium, mania e alucinações. Entretanto, os APGs estão relacionados à Sintomas Extrapiramidais (EPS), que são um conjunto de disfunções neurológicas, observadas como comprometimento em comportamentos motores voluntários, manifestação de movimentos involuntários, ou ambos,

REFERÊNCIA

BRUM, Lucimar Filot da S.; ROCKENBACH, Liliana; BELLICANTA, Patricia L. Farmacologia básica. Grupo A. 9788595025271. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/*/books/9788595025271/. Acesso em: 01 jun. 2022.

QUESTÃO 82 **Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 7**

Enunciado:

Homem, 60 anos, é atendido em ambulatório de neurologia com relato de tremor de repouso em membro superior direito, lentidão na execução dos movimentos e sensação de rigidez nas articulações. Informa ainda diminuição na expressão facial e redução no volume da voz. Os sintomas motores são piores do lado direito e se iniciaram há cerca de cinco anos. Com base no caso clínico descrito acima, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) O tremor descrito é característico do tremor essencial, que predomina em repouso e melhora com a ingestão de álcool.

B) O tremor de repouso, a bradicinesia e a rigidez caracterizam uma síndrome parkinsoniana, sendo a doença de Parkinson o diagnóstico mais provável.

C) A assimetria dos sintomas motores afasta o diagnóstico de doença de Parkinson e sugere parkinsonismo secundário.

D) A redução do volume da voz e da expressão facial indica acometimento cerebelar, sendo a ataxia o achado central do quadro.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

As manifestações motoras clássicas da doença de Parkinson são tremor de repouso, rigidez muscular, acinesia e modificações de postura e equilíbrio. Na maioria das vezes, os sintomas começam de modo unilateral e, com o tempo, adicionam-se manifestações contralaterais. Durante toda a evolução, porém, a assimetria é característica da doença. O tremor de repouso pode acometer qualquer dos quatro membros e o mento. Mais raramente, pode afetar as pregas vocais e o segmento cefálico. É considerado tremor de repouso porque sua amplitude é maior quando o posicionamento do membro ou especificamente da mão está em uma postura relaxada, não contraída. Quando se inicia um movimento com o membro, o tremor tende a diminuir ou mesmo desaparecer por alguns momentos.

A acinesia ou bradicinesia é caracterizada por uma dificuldade para executar os movimentos. Há uma redução de todos os movimentos automáticos, como o balançar passivo dos braços durante a marcha e a redução da mímica facial ao falar ou se expressar com a linguagem corpórea. A capacidade de se comunicar reduz substancialmente, já que a voz diminui de volume e a articulação das palavras se

torna imprecisa.

Referência:

BERTOLUCCI, Paulo H F.; FERRAZ, Henrique B.; FÉLIX, Evandro Penteado V.; PEDROSO, José L. Guia de Neurologia. Editora Manole, 2011. E-book. ISBN 9788520452394. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452394/. Acesso em: 26 mar. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 83 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 21

Enunciado:

(FASA VIC) Homem, 72 anos, comparece à primeira consulta no ambulatório de neurologia do município onde reside. Apresenta história de tremor em mãos, assimétrico, pior à direita, iniciado há cerca de 6 meses, com piora progressiva, informa ainda lentidão na execução dos movimentos.

Analise o caso clínico e assinale a alternativa correta sobre a principal hipótese diagnóstica.

Alternativas:

A) A presença de passos lentificados e com base ampliada caracterizam a festinação na marcha do paciente com doença de Parkinson.

B) No início do quadro clínico, a presença de instabilidade postural e quedas são sinais de alerta que tornam improvável o diagnóstico de doença de Parkinson.

C) O surgimento de demência dentro do primeiro ano do surgimento de sintomas motores indica doença de Parkinson com prognóstico desfavorável.

D) Tremor é um achado obrigatório para o diagnóstico de Doença de Parkinson, sendo a simetria um critério de suporte.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Tremor é um achado obrigatório para o diagnóstico de Doença de Parkinson, sendo simetria um critério de suporte. INCORRETA. O diagnóstico de doença de Parkinson é clínico, com associação do critério diagnóstico obrigatório bradicinesia com tremor ou com rigidez. A presença de tremor não é obrigatória na doença. Quando presente o tremor é geralmente assimétrico (um lado pior do que o

outro), mas esse achado não é obrigatório.

No início do quadro clínico, a presença de instabilidade postural e quedas são sinais de alerta que tornam improvável o diagnóstico de doença de Parkinson. CORRETA. A presença precoce de quedas e instabilidade postural falam contra o diagnóstico de doença de Parkinson, sugerindo a presença de outro diagnóstico, como atrofia de múltiplos sistemas, por exemplo. A presença de passos lentificados e com base ampliada caracterizam a festinação na marcha do paciente com Doença de Parkinson. INCORRETA. A festinação da marcha é caracterizada por passos curtos e rápidos quase sem deslocamento que vão aumentando progressivamente sua amplitude, até conseguir andar.

O surgimento de demência dentro do primeiro ano do surgimento de sintomas motores indica doença de Parkinson com prognóstico desfavorável. INCORRETA. O surgimento de demência dentro do primeiro ano do surgimento de sintomas motores, por definição, afasta o diagnóstico de Doença de Parkinson e sugere o diagnóstico de Demência de Lewy.

Referências:

CELENO, P. C. Semiologia Médica. 8 ed. Grupo GEN, 2019. 9788527734998. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998/ S., B.L.; G., S.P. Bates - Propedêutica Médica. 12 ed. Grupo GEN, 2018. 9788527733090. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733090/ LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN

9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. Acesso em: 30 mai. 2024. Freitas, Elizabete Viana de Tratado de geriatria e gerontologia/Elizabete Viana de Freitas, Ligia Py.

- 5. ed. - Rio de Janeiro :Guanabara Koogan, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/.

QUESTÃO 84 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original nº 43

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Homem, 67 anos, aposentado é encaminhado ao ambulatório de neurologia, por apresentar sintomas de tremores nas mãos, rigidez e dificuldade para iniciar o movimento, há cerca de 18 meses. Sua esposa relata que, nas últimas semanas, ele tem apresentado uma diminuição significativa na expressão facial, tornando-se mais difícil para ela entender suas emoções. O paciente também tem notado que sua escrita está menor e mais difícil de ler. Relata ainda que, ao longo do último ano, também começou a ter dificuldades para dormir e episódios de sonolência diurna. Não há histórico familiar significativo de doenças neurológicas. De acordo com a provável hipótese diagnóstica, analise as principais alterações motoras que podem ser observadas nesta patologia:

I - Tremor em repouso, muitas vezes descrito como "tremor em contar moedas".

II - Dificuldade em iniciar e realizar movimentos, levando a uma redução da velocidade e amplitude dos movimentos.

III - Postura encurvada, com ombros abduzidos e cabeça inclinada para trás.

IV - A expressão facial é reduzida (hipomimia), com dificuldade em sorrir e uma aparência de "máscara facial".

Está correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:

A) I, II, e IV.

B) I, III, e IV.

C) II, III, e IV.

D) I, II, e III.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta correta: I, II, e IV.

I - Tremor em repouso, muitas vezes descrito como "tremor em contar moedas''. CORRETA. Na doença de Parkinson o tremor é tipicamente de repouso, descrito como "tremor em contar moedas''.

II - Dificuldade em iniciar e realizar movimentos, levando a uma redução da velocidade e amplitude dos movimentos. CORRETA. O sintoma característico da doença de Parkinson é a bradicinesia manifestada como uma lentidão dos movimentos.

III - Postura encurvada, com ombros abduzidos e cabeça inclinada para trás. INCORRETO. Na doença de Parkinson geralmente observa-se uma postura encurvada em que o tronco pode se curvar para frente. Além disso, a cabeça geralmente encontra-se inclinada para frente ou para baixo, dificultando o contato visual e a interação social.

IV - A expressão facial é reduzida (hipomimia), com dificuldade em sorrir e uma aparência de "máscara facial". CORRETA. Uma das manifestações da bradicinesia no paciente parkinsoniano é a redução da expressão facial.

Referências:

RITTER, James M. Rang & Dale Farmacologia: Grupo GEN, 2020.

HILAL-DANDAN, Randa; BRUNTON, Laurence. Manual de farmacologia e terapêutica de Goodman & Gilman: Grupo A, 2015. E-book. ISBN 9788580555066.

GREENBERG, D. A.; AMINOFF, M. J.; SIMON, R. P. Neurologia clínica. Porto Alegre: AMGH, 2014.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

QUESTÃO 85 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 21

Enunciado:

(AFYA Bragança) Durante o atendimento em uma unidade básica de saúde, um médico residente avalia um paciente de 67 anos, aposentado, que se queixa de lentidão nos movimentos, tremores e dificuldade crescente para caminhar. Durante a entrevista clínica, o paciente relata que os sintomas iniciaram há cerca de dois anos, mas vêm se intensificando. No exame físico, observase tremor em repouso unilateral, rigidez muscular, fácies hipomímica (“face em máscara”) e apresenta marcha com passos curtos e arrastados. O residente suspeita de síndrome parkinsoniana e considera a hipótese diagnóstica de Doença de Parkinson idiopática. Diante desse quadro clínico, a conduta mais adequada seria:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) encaminhar para avaliação neurológica especializada e iniciar acompanhamento com equipe multidisciplinar.

B) prescrever levodopa imediatamente, sem necessidade de confirmação diagnóstica.

C) solicitar ressonância magnética de crânio como exame obrigatório, de primeira linha, para confirmar o diagnóstico.

D) iniciar tratamento empírico com antipsicóticos típicos e reavaliar em 30 dias.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

"

iniciar tratamento empírico com antipsicóticos típicos e reavaliar em 30 dias.

" Incorreta. Antipsicóticos típicos podem agravar sintomas motores extrapiramidais e são contraindicados sem indicação precisa.

"

solicitar ressonância magnética de crânio como exame obrigatório, de primeira linha, para confirmar o diagnóstico.

" Incorreta. A ressonância pode ser útil para excluir outras causas secundárias, mas o diagnóstico de Doença de Parkinson é clínico. "encaminhar para avaliação neurológica especializada e iniciar acompanhamento com equipe multidisciplinar." Correta. A Doença de Parkinson é uma síndrome clínica diagnosticada com base em critérios clínicos. Encaminhamento ao neurologista é indicado para confirmação diagnóstica, ajuste terapêutico e seguimento especializado.

"

prescrever levodopa imediatamente, sem necessidade de confirmação diagnóstica.

" Incorreta. A introdução de levodopa deve ser avaliada com cautela e preferencialmente iniciada por especialista, após confirmação diagnóstica.

Referências:

S., B.L.; G., S.P. Bates - Propedêutica Médica, 12ª edição: Grupo GEN, 2018. 9788527733090. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. ii. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 86 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original nº 49

Enunciado:

(UNISL Porto Velho) Homem, 55 anos, relata perda progressiva do olfato e constipação crônica há cerca de 8 anos. Há 3 anos, desenvolveu episódios de comportamento agitado durante o sono REM. No último ano, passou a apresentar tremor de repouso no membro superior direito, rigidez e bradicinesia.

Qual dos sinais ou sintomas listados abaixo está associado especificamente ao comprometimento pré-motor e não dopaminérgico em relação à doença de base?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) Anosmia

B) Bradicinesia

C) Tremor de repouso

D) Rigidez muscular

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Justificativas.

Correta.

O estadiamento de Braak descreve que a patologia de Lewy inicia-se no sistema olfatório (bulbo e trato olfativo) e no núcleo motor dorsal do vago, causando anosmia e constipação anos antes das manifestações motoras clássicas. Anosmia reflete o acometimento precoce de áreas não dopaminérgicas.

Incorreta.

O tremor de repouso é uma manifestação motora clássica da Doença de Parkinson, resultante da degeneração dopaminérgica nigroestriatal e da hiperatividade do globo pálido interno sobre o tálamo, não se encaixando entre os sinais pré-motores ou não dopaminérgicos. Incorreta.

A rigidez muscular também decorre da perda de dopamina na via nigroestriatal, por meio do aumento da inibição tálamo-cortical pelo GPi. Trata-se de sintoma motor e dopaminérgico, não de fase pré-motora.

Incorreta.

A bradicinesia surge quando a depleção dopaminérgica atinge mais de 50–60% dos neurônios da substância negra. É um sinal motor tardio, refletindo perda de dopamina estriatal, não um marcador pré-motor ou não dopaminérgico.

Referências:

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 504. ISBN 9788527737876. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 87 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 31

Enunciado:

(UNIGRANRIO CAXIAS) Homem, 68 anos, procura o ambulatório por tremor na mão direita há 18 meses, pior em repouso e que melhora com a ação. Refere lentidão para atividades diárias, rigidez no braço direito e constipação crônica. A esposa relata comportamento durante o sono REM (fala e movimentos bruscos), além de hiposmia há anos. Nega quedas frequentes. Atualmente em uso losartana e vitamina D. Nega uso de outros medicamentos crônicos ou, se necessário, recentemente. Sem história de AVC. Exames de hemograma, TSH, B12 normais. RM de crânio: alterações microangiopáticas leves, sem hidrocefalia.

Exame neurológico:

Bradicinesia em teste de pinça e batida de dedos (direita > esquerda). Rigidez em roda denteada no membro superior direito.

Tremor de repouso de 4–6 Hz em “contar moedas” na mão direita, reduz com tarefa voluntária.

Marcha com passos curtos, redução do balanço do braço direito, teste do empurrão com 1 passo de recuperação.

Sem paresia de olhar vertical, sem ataxia, sem sinais piramidais marcantes. Com base no quadro clínico e no exame neurológico, qual é a hipótese diagnóstica mais provável e a conduta inicial mais adequada em ambulatório, considerando princípios de cuidados paliativos precoces?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Tremor essencial; iniciar propranolol e evitar levodopa, pois o tremor não responde; iniciar ansiolítico se necessário.

B) Paralisia supranuclear progressiva (PSP); priorizar órteses e evitar levodopa, encaminhar para fonoaudiologia e fisioterapia.

C) Parkinsonismo induzido por fármacos; observar por 6–12 semanas, caso não apresente melhora, encaminhar para fisioterapia.

D) Doença de Parkinson; iniciar terapia dopaminérgica, educação do paciente e cuidador, fisioterapia/terapia ocupacional/fonoaudiologia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Doença de Parkinson

Critérios clínicos pró-DP: bradicinesia + tremor de repouso + rigidez, assimetria (direita > esquerda), redução do balanço do braço, resposta esperada à levodopa. Características de suporte: hiposmia, transtorno comportamental do sono REM, constipação.

Ausência de red flags de parkinsonismos atípicos: sem quedas precoces e graves, sem paralisia do olhar vertical (PSP), sem ataxia/disautonomia grave precoce (MSA), sem sinais piramidais ou demência rápida (DLB/atípicos).

Não é tremor essencial: TE é predominantemente de ação/postural, usualmente bilateral, melhora com álcool, sem bradicinesia/rigidez.

Não é induzido por fármaco: não há uso de bloqueadores dopaminérgicos. PSP cursa com paralisia de olhar vertical e quedas muito precoces.

Referencia:

CAMPBELL, William W.; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788527738415.

QUESTÃO 88 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 45**

Enunciado:

(AFYA GARANHUNS) Um paciente de 68 anos compareceu ao ambulatório de neurologia acompanhado de sua filha. Ela relata que seu pai apresenta tremor no membro superior direito, rigidez muscular progressiva e lentidão para realizar atividades diárias há cerca de dois anos. Durante a anamnese, o pai refere também episódios de constipação, hiposmia e distúrbios do sono que iniciaram anos antes do diagnóstico. O exame neurológico confirma bradicinesia, rigidez em roda dentada e marcha em pequenos passos.

Considerando os achados clínicos e os mecanismos fisiopatológicos envolvidos, na principal hipótese, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra explica tanto a bradicinesia quanto o tremor. A disseminação dos corpos de Lewy para regiões extranigroestriatais explica os sintomas não motores.

B) A perda neuronal colinérgica no córtex motor é o principal mecanismo responsável pelos tremores e rigidez. Já os sintomas não motores resultam de hiperatividade serotoninérgica, ou seja, atividade exacerbada de serotonina.

C) A redução da acetilcolina, o aumento da serotonina e o aumento da noradrenalina no tronco encefálico justificam a bradicinesia e as alterações do sono neste caso.

D) O aumento da liberação de dopamina e a inibição do corpo estriado explicam a lentidão motora e as alterações autonômicas observadas na fase precoce da doença.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Correta:

A degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra explica tanto a bradicinesia quanto o tremor. A disseminação dos corpos de Lewy para regiões extranigroestriatais explica os sintomas não motores.

A degeneração dos neurônios dopaminérgicos da substância negra e o acúmulo de corpos de Lewy explicam tanto a bradicinesia e o tremor quanto sintomas não motores como constipação e distúrbios

do sono, pela disseminação da patologia a áreas não motoras do sistema nervoso, pois a doença de Parkinson decorre da degeneração progressiva dos neurônios dopaminérgicos da substância negra pars compacta, com consequente redução da dopamina no corpo estriado. Essa deficiência altera o equilíbrio dopamina–acetilcolina, produzindo sintomas motores (bradicinesia, tremor, rigidez). Os sintomas não motores – como constipação, hiposmia e distúrbios do sono – refletem o envolvimento precoce de núcleos autonômicos e bulbares, bem como a disseminação dos corpos de Lewy para regiões extranigroestriatais.

Incorretas:

A perda neuronal colinérgica no córtex motor é o principal mecanismo responsável pelos tremores e rigidez. Já os sintomas não motores resultam de hiperatividade serotoninérgica, ou seja, atividade exacerbada de serotonina.

Está incorreta porque a lesão cardinal na Doença de Parkinson é a perda de neurônios dopaminérgicos da substância negra pars compacta → redução de dopamina no corpo estriado, que provoca o desequilíbrio das vias diretas/indiretas e gera bradicinesia, rigidez e, em parte, o tremor. A colina (sistema colinérgico) pode modular funções corticais e contribui para alterações cognitivas e para o desequilíbrio dopamina/acetilcolina, mas não é o mecanismo principal dos sintomas motores. Quanto à serotonina: alterações serotoninérgicas ocorrem, mas a afirmativa de que sintomas não motores resultam de hiperatividade serotoninérgica é imprecisa; manifestações não motoras refletem envolvimento difuso por α-sinucleína/corpos de Lewy em núcleos autonômicos e do tronco, e degeneração de múltiplos sistemas neurotransmissores (incluindo dopamina, noradrenalina, serotonina, acetilcolina) — não uma simples hiperatividade serotoninérgica.

O aumento da liberação de dopamina e a inibição do corpo estriado explicam a lentidão motora e as alterações autonômicas observadas na fase precoce da doença. Está incorreta porque esta alternativa descreve o oposto do que ocorre. Na doença de Parkinson há redução (não aumento) da disponibilidade de dopamina no estriado. A diminuição dopaminérgica conduz a aumento da saída inibitória do globo pálido interno/via indireta, resultando em hipocinesia/bradicinesia. Sobre “inibição do corpo estriado”: o estriado funciona em circuitos complexos (vias diretas/indiretas); não se resume a “inibição do corpo estriado” como explicação simples. Alterações autonômicas: decorrem do envolvimento de núcleos autonômicos e de projeções fora do sistema nigroestriatal, não de aumento da dopamina.

A redução da acetilcolina, o aumento da serotonina e o aumento da noradrenalina no tronco encefálico justificam a bradicinesia e as alterações do sono neste caso. Está incorreta porque na doença de Parkinson há um desbalanceamento entre dopamina (↓) e acetilcolina (ACh). Muitos sinais motores refletem a relativa predominância colinérgica face à perda dopaminérgica — isto é, não é típica uma redução de ACh como causa primária da bradicinesia. Noradrenalina: os neurônios noradrenérgicos (lócus coeruleus) frequentemente sofrem degeneração na doença de Parkinson, contribuindo para sintomas autonômicos e transtornos do sono — logo, não há um “aumento de noradrenalina” como mecanismo. Sono: alterações do sono resultam do envolvimento de múltiplos núcleos do tronco (incluindo estruturas colinérgicas, serotoninérgicas, noradrenérgicas e o sistema dopaminérgico), além de depósitos de α-sinucleína — não pela combinação apontada (↓ACh + ↑NA).

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. ; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.1012. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 15 nov. 2025.

QUESTÃO 89 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 8**

Enunciado:

(AFYA PORTO NACIONAL) Um homem de 74 anos, aposentado, acompanhado na Unidade Básica de Saúde por hipertensão e dislipidemia, comparece à consulta acompanhado da filha. Ela relata que, há cerca de dois anos, ele apresenta lentificação progressiva dos movimentos, rigidez muscular, redução da expressão facial e marcha com passos curtos. Nos últimos três meses, sofreu duas quedas da própria altura dentro de casa, principalmente ao iniciar a marcha e ao mudar de direção. O paciente refere constipação intestinal, sono fragmentado e episódios de tontura ao levantar. Ao exame, observa-se bradicinesia, rigidez em roda denteada, instabilidade postural leve e redução do balanço dos braços ao caminhar.

Considerando o caso acima e a avaliação integral do idoso na Atenção Primária, analise o caso e identifique a alternativa que melhor integra a fisiopatologia, os sinais clínicos e a avaliação do risco de quedas e fragilidade.

Alternativas:

A) Decorre de lesão do trato piramidal, cursa com espasticidade, hiperreflexia assimétrica e tremores, devendo-se aplicar avaliação sensorial e exames complementares na investigação do quadro.

B) Decorre de lesão de neurônio motor inferior, cursa com fraqueza flácida, alteração liquorica e arreflexia, devendo-se aplicar Mini-Mental e escala de Glasgow na avaliação funcional do idoso.

C) Decorre de disfunção cerebelar, cursa com ataxia, dismetria e instabilidade postural, devendo-se aplicar teste de Romberg e avaliação neurológica geral no acompanhamento clínico.

D) Decorre de degeneração dopaminérgica nigroestriatal, cursa com bradicinesia, rigidez e marcha em passos curtos, devendo-se aplicar Timed Up and Go e IVCF-20 na avaliação funcional.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa correta:

Decorre de degeneração dopaminérgica nigroestriatal, cursa com bradicinesia, rigidez e marcha em passos curtos, devendo-se aplicar Timed Up and Go e IVCF-20 na avaliação funcional.

A Doença de Parkinson é um distúrbio do movimento de origem extrapiramidal, caracterizado pela degeneração progressiva dos neurônios dopaminérgicos da substância negra pars compacta, o que

leva à redução da dopamina nos núcleos da base. Essa alteração compromete os circuitos motores responsáveis pelo planejamento e execução dos movimentos voluntários.

No caso apresentado, o paciente apresenta sinais clássicos de parkinsonismo, como: bradicinesia (lentificação dos movimentos).

rigidez muscular (descrita como roda denteada).

marcha com passos curtos e redução do balanço dos braços.

instabilidade postural, evidenciada pelas quedas recentes.

Além disso, há manifestações não motoras, como constipação intestinal e distúrbios do sono, que são frequentes na doença e refletem o caráter sistêmico do acometimento neurodegenerativo.

No contexto da Atenção Primária à Saúde, a abordagem deve ser integral e centrada no idoso, incluindo não apenas o diagnóstico clínico, mas também a avaliação do risco de quedas e da vulnerabilidade funcional. Nesse sentido:

O Teste Timed Up and Go (TUG) é utilizado para avaliar mobilidade, equilíbrio e risco de

quedas. Tem aplicação prática simples e permite identificar pacientes com maior risco funcional.

O Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) é uma ferramenta de triagem multidimensional que avalia fragilidade, integrando aspectos físicos, cognitivos e sociais, sendo fundamental para o manejo do idoso na APS.

Alternativas incorretas:

Decorre de lesão de neurônio motor inferior, cursa com fraqueza flácida, alteração liquorica e arreflexia, devendo-se aplicar Mini-Mental e escala de Glasgow na avaliação funcional do idoso.

A lesão de neurônio motor inferior cursa com fraqueza flácida, hipotonia e arreflexia, o que não corresponde ao quadro clínico do paciente. Além disso, os instrumentos citados (Mini-Mental e Glasgow) avaliam cognição e nível de consciência, não sendo adequados para avaliação de risco de quedas e fragilidade funcional nesse contexto.

Decorre de disfunção cerebelar, cursa com ataxia, dismetria e instabilidade postural, devendo-se aplicar teste de Romberg e avaliação neurológica geral no acompanhamento clínico.

A disfunção cerebelar provoca ataxia, dismetria e alterações de coordenação, diferentes do padrão observado na Doença de Parkinson. Embora o teste de Romberg possa avaliar equilíbrio, ele não substitui instrumentos específicos para avaliação funcional global do idoso, como o TUG e o IVCF-20.

Decorre de lesão do trato piramidal, cursa com espasticidade, hiperreflexia assimétrica e tremores, devendo-se aplicar avaliação sensorial e exames complementares na investigação do quadro.

Lesões do trato piramidal (neurônio motor superior) geram espasticidade, hiperreflexia e sinal de Babinski, achados que não estão presentes no caso. Além disso, a avaliação proposta não contempla a abordagem funcional e multidimensional necessária para o manejo do idoso com risco de quedas na APS.

Referências:

DUNCAN, Bruce B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Lêda Chaves. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231 SPLITTGERBER, Ryan. Snell, neuroanatomia clínica. 8. ed.

Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

-

QUESTÃO 90 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original nº 15

Enunciado:

(AFYA ITAJUBÁ) Homem, 74 anos, procura atendimento acompanhado pela filha, com o relato de que há aproximadamente 2 anos o pai está com lentificação progressiva dos movimentos e dificuldade para iniciar a marcha. A filha relata que, no último ano, o paciente passou a apresentar maior dependência para atividades de vida diária, episódios frequentes de quedas e "o rosto sempre com a mesma expressão". Durante a consulta, o médico realiza entrevista clínica detalhada e exame físico neurológico, observando tremor em repouso em membro superior direito, redução da mímica facial, aumento do tônus muscular com rigidez plástica e marcha caracterizada por passos curtos, postura fletida e diminuição do balanço dos braços. A família demonstra preocupação com a progressão da doença e com a perda de autonomia do paciente.

Considerando os achados clínicos apresentados, assinale a alternativa que melhor interpreta o quadro e orienta a conduta adequada no contexto da atenção longitudinal ao paciente.

Alternativas:

A) Quadro compatível com parkinsonismo secundário de origem vascular; priorizar investigação por neuroimagem estrutural, avaliar presença de sinais piramidais associados e instituir tratamento focado na reabilitação motora e controle de fatores de risco cerebrovasculares.

B) Quadro compatível com transtorno funcional do movimento; priorizar investigação psiquiátrica, afastar doença neurodegenerativa estrutural e orientar abordagem terapêutica centrada em suporte psicossocial e reabilitação comportamental.

C) Quadro compatível com síndrome cerebelar degenerativa progressiva; investigar presença de ataxia de marcha e dismetria, solicitar ressonância magnética de encéfalo e direcionar abordagem clínica para reabilitação motora e prevenção de instabilidade postural.

D) Quadro compatível com síndrome parkinsoniana degenerativa; confirmar critérios clínicos diagnósticos da doença de Parkinson, avaliar impacto funcional da doença e iniciar planejamento terapêutico multiprofissional com discussão precoce de cuidados paliativos.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A alternativa que descreve quadro compatível com síndrome parkinsoniana degenerativa caracterizada por bradicinesia associada a tremor em repouso e rigidez muscular; confirmar critérios clínicos diagnósticos da doença de Parkinson, avaliar impacto funcional da doença e iniciar planejamento terapêutico multiprofissional com discussão precoce de cuidados paliativos está correta. O diagnóstico clínico da Doença de Parkinson baseia-se na presença de bradicinesia associada a pelo menos um dos seguintes sinais motores: tremor em repouso, rigidez muscular, instabilidade postural. O caso apresenta achados clássicos: tremor em repouso, fácies em máscara (hipomimia), rigidez plástica, marcha parkinsoniana com passos curtos e progressão funcional da doença. Esses elementos caracterizam síndrome parkinsoniana típica, sendo a doença de Parkinson a etiologia mais provável. Além do diagnóstico, a evolução com perda de autonomia e maior dependência funcional justifica avaliação precoce de necessidades paliativas, visando planejamento de cuidado centrado no paciente, manejo de sintomas e suporte familiar.

Quadro compatível com parkinsonismo secundário de origem vascular; priorizar investigação por neuroimagem estrutural, avaliar presença de sinais piramidais associados e instituir tratamento focado na reabilitação motora e controle de fatores de risco cerebrovasculares está incorreto. O parkinsonismo vascular geralmente apresenta: início mais abrupto ou escalonado, predominância de comprometimento de membros inferiores, associação com sinais piramidais e menor presença de tremor em repouso. O caso descrito apresenta tremor típico, rigidez e hipomimia, achados mais compatíveis com doença de Parkinson idiopática.

Quadro compatível com síndrome cerebelar degenerativa progressiva; investigar presença de ataxia de marcha e dismetria, solicitar ressonância magnética de encéfalo e direcionar abordagem clínica para reabilitação motora e prevenção de instabilidade postural também está incorreto, pois a síndrome cerebelar manifesta-se principalmente com ataxia de marcha, tremor de intenção, dismetria, disartria escandida e base alargada na marcha. Nenhum desses achados foi descrito no caso clínico. Quadro compatível com transtorno funcional do movimento; priorizar investigação psiquiátrica, afastar doença neurodegenerativa estrutural e orientar abordagem terapêutica centrada em suporte psicossocial e reabilitação comportamental também está incorreto neste caso. Transtornos funcionais do movimento apresentam inconsistência clínica, variabilidade dos sintomas e ausência de sinais neurológicos clássicos. No caso apresentado, há conjunto consistente de sinais extrapiramidais típicos, o que torna improvável a hipótese de transtorno funcional.

Referências:

CAMPBELL, William W.; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788527738415. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738415/. D'ALESSANDRO, Maria Perez Soares et al. Manual de cuidados paliativos. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2023. 424 p. E-book. Disponível em: https://hospitais.proadi-sus.org.br/manual-cuidados-paliativos.pdf. DUNCAN, Bruce B.; SCHMIDT, Maria I.; GIUGLIANI, Elsa R J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5th ed. Porto Alegre: ArtMed,

2022. E-book. p.i. ISBN 9786558820437. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820437/. McGEE, Steven. Evidence-Based Physical Diagnosis. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2025. PORTO, C.C. Semiologia Médica, 8.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. ISBN 9788527734998. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998. PORTO, C. C.; PORTO, A. L. Exame Clínico. 8.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2017. E-book, p. 304. ISBN 9788527731034. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/. -

Transtornos de ansiedade (5 questões)

QUESTÃO 91 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 17**

Enunciado:

(FASA VIC) Estudante de medicina de 23 anos relata crises intensas de ansiedade, insônia, sensação de sufocamento e medo constante de falhar. O quadro tem prejudicado seu desempenho acadêmico e social. Foi diagnosticada com transtorno de ansiedade generalizada com episódios de pânico. Iniciado tratamento com escitalopram 10 mg/dia, uso contínuo, pela manhã, para controle de longo prazo, e clonazepam 0,5 mg, duas vezes ao dia, por tempo limitado, para alívio inicial dos sintomas.

Qual alternativa descreve corretamente o mecanismo de ação desses medicamentos?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Escitalopram antagoniza receptores 5-HT2A, reduzindo a ansiedade; clonazepam bloqueia canais de cálcio tipo T, diminuindo a atividade neuronal límbica.

B) Escitalopram reduz a recaptação de dopamina, equilibrando o humor; clonazepam age como agonista D2, controlando sintomas ansiosos.

C) Escitalopram ativa receptores alfa-2 adrenérgicos, reduzindo noradrenalina; clonazepam inibe receptores NMDA, atenuando crises agudas.

D) Escitalopram inibe a recaptação de serotonina, aumentando sua ação sináptica; clonazepam potencializa GABA-A, levando à inibição neuronal.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A alternativa correta descreve o escitalopram como um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), o que aumenta a concentração de serotonina na fenda sináptica e contribui para o controle do

humor e da ansiedade ao longo do tempo. O clonazepam, por sua vez, potencializa a ação do GABA ao se ligar ao receptor GABA-A, facilitando a entrada de íons cloreto no neurônio, o que leva à hiperpolarização e ao efeito ansiolítico rápido, ideal para controle inicial dos sintomas.

As demais alternativas apresentam erros conceituais:

Escitalopram não age como antagonista 5-HT2A nem ativa receptores alfa-2 adrenérgicos.

Clonazepam não bloqueia canais de cálcio tipo T nem atua em receptores NMDA. Nenhum dos dois medicamentos atua sobre receptores dopaminérgicos como agonistas D2 ou modulando a recaptação de dopamina.

Referências:

STAHl, S. M. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 5. ed. Cambridge University Press, 2021.

KATZUNG, B. G. Farmacologia Básica e Clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021. GOODMAN & GILMAN. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022.

BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155.

QUESTÃO 92 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 33

Enunciado:

(UNIFIPMOC) M.R.S., 26 anos, estudante de doutorado, comparece à Unidade Básica de Saúde referindo crises de ansiedade há cerca de 6 meses, piorando nas últimas semanas. Relata episódios diários de sensação de falta de ar, palpitações, sudorese, tremores e medo intenso de morrer ou perder o controle, especialmente durante apresentações acadêmicas ou interações com professores. Durante essas crises, sente-se paralisada e com dificuldade de raciocinar, sendo incapaz de concluir suas atividades. Fora das crises, refere preocupação excessiva com seu desempenho, dificuldade para iniciar tarefas e sono não reparador. Ela nega uso de álcool ou drogas ilícitas. No exame mental, a paciente está alerta, com discurso coerente, porém ansiosa e preocupada. Não apresenta delírios ou alucinações. Sem comorbidades prévias. Com base no quadro clínico, foi iniciado tratamento com sertralina e prescrito alprazolam para uso em situações específicas.

Com relação aos fármacos prescritos para a paciente, assinale a única alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A sertralina, além de atuar inibindo seletivamente a recaptação de serotonina, também apresenta alta afinidade por receptores diazepínicos, justificando seu efeito ansiolítico.

B) O alprazolam, um benzodiazepínico, é indicado para o tratamento contínuo de transtornos de ansiedade, devido à sua segurança no uso prolongado.

C) A sertralina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, cuja ação terapêutica depende do aumento gradual da serotonina na fenda sináptica, o que explica seu início de efeito retardado.

D) O alprazolam atua como modulador negativo dos receptores GABA-A, diminuindo a ação inibitória do GABA no sistema nervoso central, resultando em efeito ansiolítico e sedativo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Justificativa das Alternativas:

A sertralina, além de atuar inibindo seletivamente a recaptação de serotonina, também apresenta alta afinidade por receptores diazepínicos, justificando seu efeito ansiolítico. (falsa)

A sertralina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), sem ação direta ou afinidade pelos receptores diazepínicos (GABA-A). Seu efeito ansiolítico se dá indiretamente pelo aumento da serotonina na fenda sináptica, modulando a atividade de circuitos relacionados à ansiedade.

O alprazolam, um benzodiazepínico, é indicado para o tratamento contínuo de transtornos de ansiedade, devido à sua segurança no uso prolongado.

(falsa)

Embora eficaz no controle agudo da ansiedade, o alprazolam não é indicado para tratamento contínuo devido ao risco de tolerância, dependência e síndrome de retirada. Seu uso deve ser limitado a curto prazo ou em situações específicas.

A sertralina é um inibidor seletivo da recaptação de serotonina, cuja ação terapêutica depende do aumento gradual da serotonina na fenda sináptica, o que explica seu início de efeito retardado. (Verdadeira)

A sertralina, como ISRS, aumenta gradualmente os níveis de serotonina na fenda sináptica, o que melhora a neurotransmissão serotonérgica. Esse mecanismo explica por que seu efeito terapêutico pode demorar de 2 a 6 semanas para se manifestar.

O alprazolam é um benzodiazepínico que atua como modulador negativo dos receptores GABAA, diminuindo a ação inibitória do GABA no sistema nervoso central, o que resulta em efeito ansiolítico e sedativo.

(falsa)

O alprazolam é um modulador positivo dos receptores GABA-A, aumentando a ação inibitória do GABA no sistema nervoso central, o que causa os efeitos ansiolítico, sedativo e relaxante muscular. A descrição apresentada na alternativa é incorreta.

Referências:

STAHLM, Stephen M. Psicofarmacologia clínica: fundamentos neurocientíficos e aplicações práticas. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

CORDIOLI, Aristides Volpato. Psicofármacos: consulta rápida. 6. ed. Barueri: Manole, 2021. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde,

2013. Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155.

QUESTÃO 93 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original nº 47**

Enunciado:

(AFYA Paraíba) Joana, 52 anos, comparece à UBS relatando que vem sentindo-se muito irritada e ansiosa nos últimos meses, desde que seu esposo sofreu um IAM há 9 meses. Preocupa-se excessivamente com a saúde do marido, inclusive sem conseguir dormir bem à noite. "Não posso dormir, pois se ele passar mal, eu preciso acordar." Entretanto, após o filho de 30 anos pedir divórcio e sua filha ser demitida, ela resolveu pedir ajuda há cerca de dois meses, quando passou a piorar e a apresentar choro fácil e fadiga intensa. Não consegue mais se concentrar em nada, esquece compromissos e tem dificuldade para relaxar, tendo sempre fortes dores na região da nuca. Ela diz que essas preocupações com a família são difíceis de controlar e que isso tem impactado negativamente seu desempenho no seu trabalho como secretária de um consultório odontológico. Joana relata que sempre foi ansiosa, mas dessa forma nunca viu. Joana é hipertensa e diabética, faz uso contínuo de losartana, hidroclorotiazida, metformina e rosuvastatina, sendo que a PA está elevada com frequência nas últimas semanas. Acerca do quadro clínico apresentado, analise as afirmativas abaixo:

I - O diagnóstico é de transtorno de ansiedade generalizada, pois a paciente apresenta preocupação com várias áreas da vida.

II - O tratamento inclui o uso de antidepressivos ISRS, entretanto, está sempre contraindicado o uso de benzodiazepínicos devido ao risco de dependência.

III - Dentre os ISRS, a paroxetina seria melhor indicada em relação à sertralina devido ao baixo potencial de interação medicamentosa, já que Joana é polimedicada.

IV - A relação médico-paciente e a psicoterapia são ferramentas importantes no acolhimento e tratamento de Joana.

Está correto apenas o que se afirma em:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) III e IV.

B) I, II e III.

C) I e II.

D) I e IV.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Resposta correta: I e IV.

Análise das afirmativas.

I. Verdadeira. No DSM-5, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) exige preocupação excessiva, difícil de controlar, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos 6 meses, sobre diversos eventos ou atividades (família, finanças, saúde etc.) – exatamente o quadro apresentado por Joana.

II Falsa. Embora os ISRS sejam de primeira linha no TAG, os benzodiazepínicos não estão sempre contraindicados; podem ser usados a curto prazo para controle sintomático até que o antidepressivo faça efeito, desde que com vigilância para risco de dependência.

III. Falsa. A paroxetina é inibidora potente do CYP2D6, com maior risco de interações em polifarmácia. A sertralina costuma ter menor perfil de interações, sendo preferível em pacientes polimedicados.

IV. Verdadeira. A relação terapêutica de confiança e a psicoterapia (principalmente cognitivocomportamental) são pilares no manejo do TAG, melhorando adesão e desfechos clínicos.

Referências:

AMAURY CANTILINO; MONTEIRO, D. C. Psiquiatria Clínica. Medbook, 2021. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 504. ISBN 9788527737876.

QUESTÃO 94 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 13

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Homem de 25 anos apresenta taquicardia, sudorese e inquietação antes de uma entrevista de emprego. Após o término do evento, os sintomas desaparecem completamente e não se repetem em outras situações. O paciente relata que o episódio não interferiu em seu desempenho no trabalho, no sono ou em sua vida social.

Com base nos critérios diagnósticos descritos para as síndromes ansiosas, como interpretar a diferença entre uma resposta adaptativa ao estresse e um quadro patológico persistente de ansiedade?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Ambas representam reações equivalentes, pois toda resposta emocional intensa indica transtorno de ansiedade diagnosticável.

B) A ansiedade não patológica é breve, proporcional e funcional, enquanto a patológica é persistente e causa prejuízo significativo.

C) A ansiedade patológica somente é confirmada quando há sintomas psicóticos frequentes ou alterações perceptivas associadas.

D) A resposta adaptativa produz prejuízo social e requer intervenção farmacológica imediata, mesmo sem persistência dos sintomas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Justificativa:

“a ansiedade fisiológica adaptativa é transitória, proporcional ao estressor e melhora espontaneamente, sem prejuízo funcional”, enquanto “os transtornos ansiosos implicam sintomas desproporcionais, persistentes e incapacitantes, mesmo sem estímulo ou ameaça real”.

Assim, o caso clínico representa uma resposta fisiológica normal ao estresse, autolimitada e funcional — portanto, não configurando transtorno de ansiedade. “Para se fazer o diagnóstico de uma síndrome ansiosa, é necessário verificar se os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo e prejudicam a vida pessoal, social e ocupacional do indivíduo.”

“A ansiedade generalizada caracteriza-se por sintomas excessivos, na maior parte dos dias, por vários meses... com prejuízo funcional significativo.” Alternativa:

Ambas representam reações equivalentes, pois toda resposta emocional intensa indica transtorno de ansiedade diagnosticável.

– Incorreta Erro conceitual:

Há diferença clara entre a ansiedade adaptativa proporcional e o transtorno patológico persistente. Reações intensas, por si só, não caracterizam um transtorno. “Crises de ansiedade de intenso desconforto... alcançam um pico em minutos (geralmente não duram mais que uma hora).”

“O diagnóstico de síndrome ansiosa requer sofrimento significativo e prejuízo social.” Assim, uma resposta emocional breve e proporcional (como no caso apresentado) não é equivalente a um

transtorno ansioso.

Alternativa:

A resposta adaptativa produz prejuízo social e requer intervenção farmacológica imediata, mesmo sem persistência dos sintomas.

– Incorreta A resposta adaptativa não requer tratamento farmacológico, pois regride espontaneamente e não gera prejuízo funcional.A necessidade de tratamento ocorre somente nos quadros persistentes e incapacitantes, como no TAG ou transtorno do pânico.

“A pessoa com TAG vive angustiada, tensa, preocupada, permanentemente nervosa ou irritada... com prejuízo pessoal e social.”

“Nas crises de pânico, há descarga do sistema nervoso autônomo, mas o diagnóstico de transtorno depende da recorrência e do sofrimento persistente.” Alternativa:

A ansiedade patológica somente é confirmada quando há sintomas psicóticos frequentes ou alterações perceptivas associadas.

– Incorreta

A presença de sintomas psicóticos não faz parte dos critérios de ansiedade patológica. O texto é explícito ao afirmar que a ansiedade patológica se diferencia de quadros psicóticos, que envolvem delírios e alucinações.

“Para o diagnóstico de despersonalização/desrealização, o indivíduo deve ter o senso de realidade preservado. Assim, não deve estar psicótico ou apresentar sintomas psicóticos associados.”

Isso reforça que a ansiedade patológica não exige sintomas psicóticos para ser diagnosticada.

Referencia:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062.

QUESTÃO 95 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 47

Enunciado:

(AFYA BRAGANÇA) Homem, 24 anos, sem comorbidades, procura atendimento ambulatorial por ansiedade intensa, tremores, sudorese, taquicardia e insônia há 5 dias, iniciados após ter sido vítima de um assalto. Ele relata hipervigilância, sobressaltos e dificuldade de relaxar, mas nega crises súbitas recorrentes com pico em 10 minutos (ataques de pânico), nega uso de substâncias e não apresenta sintomas psicóticos. Não há história prévia de ansiedade persistente. O exame físico é normal, exceto por taquicardia leve. O clínico orienta medidas de suporte (psicoeducação, higiene do sono) e considera medicação por curto prazo devido ao sofrimento e prejuízo do sono, explicando riscos e benefícios.

Qual alternativa melhor compara e justifica uma escolha farmacológica para o caso proposto?

Alternativas:

A) Prescrever benzodiazepínico, cuja ação moduladora alostérica positiva do receptor GABA_A promove de imediato atenuação da insônia/ansiedade. O uso deve ser por poucos dias devido ao risco de tolerância/dependência.

B) Iniciar sertralina, um inibidor seletivo da recaptação de noradrenalina , que promove em minutos atenuação da ansiedade, sem o risco de piorar a ansiedade no início do tratamento e levar à não adesão ao tratamento.

C) Iniciar haloperidol para reduzir rapidamente a ansiedade via antagonismo de receptores D2, gerando melhora de sintomas ansiosos reativos ao estresse e melhora do sono com baixo risco. O uso deve ser por poucos dias devido ao risco de dependência .

D) Iniciar propranolol como tratamento de base do quadro, pois bloqueio β-adrenérgico corrige a fisiopatologia central da ansiedade e previne cronificação do transtorno, melhorando a qualidade de vida do paciente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

O cenário descreve sintomas ansiosos reativos e transitórios diante de estresse agudo, sem história de transtorno ansioso crônico e sem características de ataques de pânico recorrentes. Nessa situação, a abordagem central é suporte, psicoeducação e manejo do sono; quando a farmacoterapia é considerada, costuma ser pontual e por curto prazo, visando alívio rápido e redução de prejuízo funcional, evitando medicalização prolongada. Benzodiazepínicos (ex.: lorazepam) têm início de ação rápido, útil para ansiedade intensa e insônia em curto prazo. Seu mecanismo correto é: modulação alostérica positiva do receptor GABA_A (aumenta a ação do GABA, levando a maior influxo de Cl^- e efeito inibitório neuronal).

As demais opções não seriam apropriadas, pois:

ISRS (sertralina) não produzem alívio imediato; o efeito ansiolítico é gradual (semanas) e, no início, pode inclusive causar aumento transitório de ansiedade/insônia em alguns pacientes. Além disso, ISRS inibem seletivamente a recaptação de serotonina e não de noradrenalina.

Propranolol pode ajudar sintomas autonômicos (tremor/palpitação), especialmente em ansiedade de desempenho, mas não é tratamento de base para reações ansiosas agudas nem “corrige a fisiopatologia central” do quadro.

Haloperidol (antipsicótico típico) não é primeira linha para sintomas ansiosos reativos ao estresse e traz riscos relevantes (efeitos extrapiramidais, acatisia, etc.), podendo piorar desconforto subjetivo.

Referências:

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2020. E-book. p. 161. ISBN 9788527737036.

STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia: bases neurocientíficas e aplicações práticas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

-

Depressão / síndromes depressivas (incl. risco de suicídio e antidepressivos) (31 questões)

QUESTÃO 96 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 7

Enunciado:

Paciente com diagnóstico de depressão grave e tentativas anteriores de suicídio. É levado pelos familiares para consulta com o médico de família do seu bairro, por não apresentar melhora após a mudança do tratamento com antidepressivo, prescrito pelo psiquiatra do CAPS na semana anterior. No contexto da atenção primária, deve ser avaliado se o paciente apresenta ideação suicida, se tem planos suicidas e se tem meios para realizar esses planos.

A partir dessa análise do risco de suicídio deve ser definido a melhor conduta a ser adotada pela equipe.

Analise as afirmativas abaixo:

I. Se há risco de tentativa de suicídio, o fornecimento de antidepressivos (principalmente tricíclicos) deve ser feito em pequenas quantidades ou ficar em posse de um cuidador.

PORQUE

II. Os efeitos antidepressivos desses fármacos só se iniciam após cerca de duas semanas de uso (período de latência).

A respeito dessas asserções assinale a opção correta:

Alternativas:

A) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

B) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.

C) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

D) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

As duas afirmativas são verdadeiras, porém o motivo dos medicamentos não ficarem facilmente acessíveis ao paciente é pelo risco dele utilizar esses mesmos medicamentos em doses altas no intuito de tirar a própria vida e não pelo fato dos antidepressivos só começarem a agir efetivamente no organismo após aproximadamente duas semanas.

Referência:

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 176 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

QUESTÃO 97 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 23

Enunciado:

Módulo:(s) IESC

J.P.C., 70 anos, aposentado, viúvo. Procurou a UBS acompanhado pelo filho, com queixa de diminuição do apetite, desânimo e insônia. Apresentou respostas curtas durante toda a entrevista, olhando poucas vezes diretamente para o médico. O filho descreveu a mudança de comportamento iniciada algum tempo após luto, porém com piora progressiva nos últimos meses, apresentando irritação, choro frequente, perda de interesse por atividades que realizava antes, ficando em casa e evitando visitas. Ao exame do estado mental: paciente vígil, atenção diminuída, com certa distração, bem orientado no tempo e espaço, sem alterações de sensopercepção, hipotimia, inteligência e juízo crítico preservados, pensamento coerente e linguagem reduzida, ambos lentificados. Negou ideação suicida. Diante do caso acima, a indicação terapêutica inicial mais apropriada é:

Alternativas:

A) Inibidor seletivo de recaptação de serotonina e psicoterapia.

B) Benzodiazepínico em uso contínuo, como primeira escolha.

C) Antidepressivo tricíclico, como a amitriptilina, associado a relaxante muscular.

D) Inibidor da monoaminoxidase (IMAO) em monoterapia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Considerando o perfil do paciente (idoso com sintomas depressivos), as classes de Benzodiazepínicos, Antidepressivos Tricíclicos e IMAOs devem ser evitadas devido diversidade de reações adversas, levando a complicações em outros sistemas orgânicos, como constipação intestinal, sedação, hipotensão. O relaxante muscular não é uma terapia indicada para o caso. Os inibidores seletivos de recaptação de serotonina são considerados de primeira linha nesse contexto, sendo indicado também a psicoterapia.

Referência:

GUSSO, G; LOPES, JMC; DIAS, LC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 238.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (A); as alternativas B, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 98 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original nº 41

Enunciado:

Módulo:(s) HAM + IESC

Homem, 32 anos, portador de transtorno depressivo grave procura atendimento médico na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e durante a avaliação mostra-se com sentimentos de desesperança, desespero e desamparo. Paciente informa que tem um plano de suicídio definido, tem os meios para fazê-lo e que planeja fazê-lo prontamente. Relata ter tentado suicídio há menos de um ano, através da ingestão de medicamentos antidepressivos, mas foi socorrido por familiares. O paciente não possui suporte familiar adequado e não realiza acompanhamento psiquiátrico regular.

Sobre o caso acima, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) O paciente apresenta baixo risco de suicídio, devendo ser orientado e reavaliado na próxima consulta de rotina.

B) Deve-se evitar perguntar sobre a existência de um plano suicida, para não sugerir a ideia ao paciente.

C) O paciente apresenta alto risco para o suicídio, e por se tratar de uma situação de emergência, necessita ser encaminhado imediatamente para a internação.

D) O paciente deve ser orientado a procurar serviços de apoio emocional à distância e retornar à unidade em uma semana.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Trata-se de paciente com alto risco para suicídio, pois: tem um plano definido, tem os meios para fazê-lo e planeja fazê-lo prontamente; tentou suicídio recentemente e apresenta rigidez quanto à uma nova tentativa. Diante disso, torna-se necessário o encaminhamento para a internação hospitalar, por se tratar de uma situação de emergência. Alguns mitos devem ser combatidos na avaliação do paciente com risco de suicídio, dentre eles: não perguntar quanto à existência de um plano para cometer suicídio para não sugerir a ideia ao paciente.

Além disso, não seria recomendado orientar o paciente a procurar os serviços de suporte à vida à distância por se tratar de um paciente com alto risco de suicídio, que necessita de internação imediata.

Referências:

MANSUR, Carlos G. Psiquiatria para o Médico Generalista: Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788536327921.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Suicídio: informando para prevenir. Brasília, 2014.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 99 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 16

Enunciado:

Durante uma visita domiciliar, Dr Eduardo é solicitado a avaliar um paciente, Sr. Oliveira, que foi recentemente diagnosticado com depressão e reside no território da USF Jardim Oceania há mais de 10 anos. Ele relata sentir-se constantemente triste e sem motivação para realizar atividades diárias. Durante o exame mental, você observa que o Sr. Oliveira tem dificuldade em manter contato visual, fala de forma monótona e parece ter dificuldade em se concentrar nas perguntas feitas. Ele relata também ter perdido o interesse em atividades que antes lhe traziam prazer. Considerando a situação descrita, qual a importância da abordagem à pessoa com problemas emocionais ou transtornos mentais?

Alternativas:

A) A avaliação do exame mental é dispensável quando o diagnóstico de depressão já foi estabelecido, devendo a abordagem limitar-se à prescrição medicamentosa.

B) A abordagem de problemas emocionais deve ser feita exclusivamente pelo psiquiatra, cabendo à equipe da USF apenas o encaminhamento.

C) O exame mental serve apenas para confirmar os sintomas relatados pelo paciente, sem influência sobre o plano terapêutico.

D) A avaliação do exame mental é fundamental para compreender a extensão dos sintomas, avaliar o risco de suicídio ou autolesão e guiar o plano de tratamento adequado.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

correta:

A avaliação do exame mental é fundamental para compreender a extensão dos sintomas, avaliar o risco de suicídio ou autolesão e guiar o plano de tratamento adequado.

A avaliação do exame mental é um componente essencial na abordagem de pessoas com problemas emocionais ou transtornos mentais, como no caso do Sr. Oliveira diagnosticado com depressão. Essa avaliação não se limita a confirmar a presença dos sintomas relatados, mas busca compreender a extensão dos sintomas e suas implicações na vida do paciente. No caso específico do Sr. Oliveira, a observação de dificuldade em manter contato visual, fala monótona e dificuldade de concentração indicam aspectos importantes do seu estado mental que vão além dos sintomas descritos verbalmente.

A avaliação do exame mental é uma etapa crucial na abordagem clínica de pacientes com problemas emocionais ou transtornos mentais, pois fornece informações detalhadas sobre o estado mental do paciente, orientando a formulação de um plano de tratamento abrangente e individualizado, visando não apenas a remissão dos sintomas, mas também o bem-estar e segurança do paciente.

REFERÊNCIA

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, p. 2388. Cap. 36.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 100 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 22

Enunciado:

Paciente, 32 anos, solteira, sem filhos, dona de casa comparece à Unidade Básica de Saúde com relato de estar se sentindo cada vez mais triste e desanimada nos últimos 2 meses. Perdeu o interesse pelas atividades que antes gostava, tem dificuldade de se concentrar e dormir, e sente cansaço constante. Nos últimos dias, teve pensamentos frequentes de morte e até mesmo imaginado como se suicidaria. Nega ter feito qualquer plano concreto, mas afirma que "não sabe mais quanto tempo aguenta". Apresenta sinais e sintomas de depressão maior, incluindo tristeza profunda, desânimo, anedonia, fadiga, alterações do sono e do apetite, pensamentos de morte e ideação suicida.

Com base na avaliação do caso, assinale a alternativa com a conduta mais adequada.

Alternativas:

A) Como não há plano concreto, o risco de suicídio é baixo, bastando agendar retorno de rotina em três meses.

B) Oferecer apoio emocional, explorar alternativas ao suicídio e encaminhar o paciente para tratamento especializado imediato com psiquiatra.

C) Evitar abordar a ideação suicida para não reforçar os pensamentos de morte e prescrever benzodiazepínico para o sono.

D) Orientar a paciente a buscar apoio religioso ou familiar, sem necessidade de acompanhamento pela equipe de saúde.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Trata-se de um paciente de médio risco para o suicídio, isto é, a pessoa tem pensamentos e planos, mas não tem planos de cometer suicídio imediatamente.

Ações necessárias:

- Ofereça apoio emocional, trabalhe com os sentimentos suicidas da pessoa e focalize nos aspectos positivos.

- Focalize os sentimentos de ambivalência. O profissional da saúde deve focalizar na ambivalência sentida pelo indivíduo em risco de suicídio entre viver e morrer, até que gradualmente o desejo de viver se fortaleça.

- Explore alternativas ao suicídio. O profissional da saúde deve tentar explorar as várias alternativas ao suicídio.

- Faça um contrato, negocie, aqui é o momento para usar a força do vínculo existente entre você e o paciente. Extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio.

- Encaminhe a pessoa ao psiquiatra da equipe ou agende uma consulta o mais breve possível dentro do período em que foi feito o contrato.

- Entre em contato com a família, os amigos e/ou colegas e reforce seu apoio.

- Impedir o acesso aos meios para cometer suicídio.

- Explicar que essas medidas são temporárias, até que ele/ela melhore o suficiente para reassumir o controle.

Referência:

D'OLIVEIRA, Carlos Felipe; BOTEGA, Neury José. Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. In: Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006. p. 76-76.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 101 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 27

Enunciado:

Sr. José Carlos, 54 anos, comparece a UBS acompanhado pela esposa. Relata sintomas de tristeza, desinteresse pelas atividades habituais, desânimo e cansaço recorrente. A esposa descreve um comportamento de baixa autoestima, com discurso pessimista, e ideias de culpa e inutilidade, além de irritabilidade leve. Apresenta sonolência diurna, com diminuição do apetite. Negou ideação suicida, alucinações, delírios e episódios prévios de euforia ou excitação incontrolável. Negou episódios de desorientação tempo/espacial ou comprometimento de memória. O quadro iniciou-se há cerca de 30 dias, após a última internação por insuficiência cardíaca descompensada, adquirida após um IAM ocorrido há 6 meses. É portador de Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 (DM2).

A partir da análise do caso, marque a opção correta.

Alternativas:

A) O quadro caracteriza um episódio maníaco, em razão da irritabilidade e da alteração do sono.

B) O paciente apresenta os sintomas fundamentais para o diagnóstico de episódio depressivo: humor deprimido, perda de interesse e fadiga.

C) A presença de doenças clínicas, como insuficiência cardíaca e diabetes, exclui o diagnóstico de episódio depressivo.

D) A sonolência diurna afasta o diagnóstico de depressão, pois o episódio depressivo cursa obrigatoriamente com insônia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Um episódio maníaco é definido por um período distinto de humor elevado, expansivo ou irritável e aumento anormal de atividades ou energia por pelo menos 1 semana, associado a mais 3-4 sintomas

específicos, além de prejuízo funcional, internação psiquiátrica ou presença de sintomas psicóticos.

Segundo a CID-10 são sintomas fundamentais do episódio depressivo: humor deprimido, perda do interesse e fatigabilidade.

Muitas condições, como hipotireoidismo, diabetes, acidente vascular cerebral (AVC), demência, doença coronariana ou câncer, podem tanto agravar um quadro depressivo quanto apresentar sintomas similares à depressão.

O episódio depressivo pode apresentar-se com insônia e diminuição do apetite, mas também, e menos comumente, com hipersonia e excesso de apetite.

Referência:

DUCAN, B, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Disponível em: Minha Biblioteca, (5th edição). Grupo A, 2022. Capítulo 171.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 102 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original nº 44

Enunciado:

"Na Atenção Primária à Saúde, os antidepressivos desempenham um papel fundamental no tratamento de transtornos do humor e ansiedade. Além disso, são indicados em várias outras condições clínicas". (Gusso, 2019

Analise as alternativas abaixo e indique a que apresenta outra indicação dos antidepressivos além do tratamento da depressão.

Alternativas:

A) Tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

B) Tratamento da asma.

C) Tratamento de infecções respiratórias.

D) Manejo da dor crônica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Os antidepressivos são frequentemente utilizados no manejo da dor crônica na Atenção Primária à Saúde (APS, especialmente os tricíclicos e os inibidores seletivos da recaptação de serotonina e noradrenalina (ISRSN. Esses medicamentos têm efeitos analgésicos que podem ajudar no controle da dor crônica, mesmo em pacientes que não apresentam depressão ou transtornos de ansiedade. Eles atuam modulando a percepção da dor no sistema nervoso central e podem ser úteis em condições como dor neuropática e fibromialgia.

Os antidepressivos não são utilizados para tratamento de HAS, asma e infecções respiratórias.

Referência:

GUSSO, Gustavo et al. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. V. 1 e 2. Porto Alegre: Artmed, 2019, xxii, 938 . p.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 103 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 7

Enunciado:

(ITPAC PORTO NACIONAL) José Roberto, 51 anos, veio a consulta no ambulatório de Psiquiatria da Faculdade acompanhado do sobrinho. O acompanhante relatou que o tio havia tentado se jogar da Ponte de Porto Nacional há 9 meses e que há 2 meses havia ingerido uma cartela de alogliptina, medicamento que utiliza para diabetes. História prévia de depressão há 10 anos após divórcio do segundo casamento. Nunca procurou atendimento médico para acompanhamento.

Analise o caso clínico acima e assinale a alternativa que contém preditores para risco de suicídio.

Alternativas:

A) O paciente não ter tido um acompanhamento prévio com psiquiatra e que se recusa a fazê-lo é exclusivamente a causa para tentativa de suicídio.

B) A tentativa de suicídio por meio da ingestão de medicamentos é quase inexistente e raramente visto em serviços de urgência.

C) O paciente masculino que se encontra divorciado e desempregado enquadra-se no perfil com maior risco de tendência suicida.

D) O acolhimento do paciente não deve ser considerado importante, visto que o paciente com depressão não se importa em criar relações interpessoais.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

O paciente não ter tido um acompanhamento prévio com psiquiatra e que se recusa a fazê-lo é exclusivamente a causa para tentativa de suicídio. (errada): Sabe-se que a falta de acompanhamento psiquiátrico prévio pode aumentar o risco de suicídio, especialmente em pacientes com transtornos de saúde mental não diagnosticados ou não tratados. No entanto, a alternativa torna-se errada ao conter a palavra exclusivamente, pois apesar de serem fatores importantes, não são os únicos.

O acolhimento do paciente não deve ser considerado importante, visto que provavelmente o paciente com depressão não se importa em criar relações com outras pessoas. (errada): A relação médico-paciente sólida é essencial no tratamento de pacientes com tentativas de suicídio. Essa relação de confiança é fundamental para promover a adesão ao tratamento, reduzir o risco de novas tentativas e melhorar o prognóstico.

O paciente masculino que se encontra divorciado e desempregado enquadra-se no perfil com maior risco de tendência suicida. (correta): As características que predizem alto risco de suicídio englobam: idade acima de 45 anos, sexo masculino e transgêneros, divorciado ou viúvo, desempregado e com baixo suporte familiar. Entre outros aspectos podemos ainda considerar tentativas prévias de suicídio, ideação suicida frequente e ideação suicida crônica.

A tentativa de suicídio por meio da ingestão de medicamentos é quase inexistente e raramente visto em serviços de urgência.

(errada): A tentativa de suicídio por meio da ingestão de medicamentos é bastante comum, especialmente entre mulheres.

Referências:

- Gustavo, M. C. Psiquiatria para o Médico Generalista. [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2013. 9788536327921. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536327921/. Acesso em: 18 Feb 2021.

- Associação Brasileira de Psiquiatria, Projeto diretrizes. Primeiro Episódio Psicótico (PEP) : Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial. Acessado:

https://amb.org.br/files/_BibliotecaAntiga/primeiro_episodio_psicotico.pdf

- Menezes, P. R. et al. Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. Revista Brasileira de Psiquiatria • vol 32 • Supl II • out2010

- Medicina de Emergência – Abordagem prática: Medicina USP , 15ª edição, 2021. Pag. 247

QUESTÃO 104 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 8

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Homem, 65 anos, hipertenso e diabético, procura atendimento médico relatando náuseas, dor em região epigástrica, dificuldade para evacuar, cefaleia e insônia. O médico verifica o prontuário e observa que o paciente está em uso de losartana, hidroclorotiazida, metformina e fluoxetina. Suspeitando de polifarmácia e possíveis interações medicamentosas, o médico decide estabelecer condutas para reduzir os efeitos adversos. Com base no caso clínico, identifique a conduta mais adequada para manejo deste paciente:

Alternativas:

A) Substituir a fluoxetina pela amitriptilina, um antidepressivo tricíclico (ADT), para promover a melhora do quadro de constipação e controle da insônia.

B) Revisar a necessidade da fluoxetina, considerando a substituição por terapia não medicamentosa ou ajuste de dosagem após avaliação dos riscos e benefícios.

C) Adicionar inibidor da bomba de prótons para controle dos sintomas gástricos e prescrever o clonazepam para promover a melhora do quadro de insônia.

D) Incluir inibidor da bomba de prótons e laxante, para controle dos sintomas gástricos e constipação, mantendo o tratamento atual para depressão e comorbidades.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Justificativa da Alternativa Correta

Revisar a necessidade da fluoxetina, considerando a substituição por terapia não medicamentosa ou ajuste de dosagem após avaliação dos riscos e benefícios. Correta: Revisar a necessidade da fluoxetina é uma abordagem apropriada no manejo de polifarmácia, especialmente em um paciente idoso com sintomas que podem estar associados aos efeitos adversos da medicação, como náuseas, cefaleia e possíveis efeitos gastrointestinais. Reduzir a carga medicamentosa ao considerar terapias não medicamentosas, como psicoterapia, ou ajustar a dosagem de fluoxetina é uma prática recomendada para evitar efeitos adversos em idosos, particularmente se o medicamento puder ser responsável por alguns dos sintomas. Justificativa da Alternativa Incorreta

Incluir inibidor da bomba de prótons e laxante, para controle dos sintomas gástricos e constipação, mantendo o tratamento atual para depressão e comorbidades. Incorreta: Incluir novos medicamentos para tratar sintomas específicos sem revisar a fluoxetina adiciona à polifarmácia e pode aumentar o risco de interações e efeitos adversos. A inclusão de inibidor da bomba de prótons (IBP) e laxantes trata apenas os sintomas, mas não aborda a possível causa dos problemas (a fluoxetina). Além disso, os IBPs apresentam risco de osteoporose e deficiência de vitamina B12 em uso prolongado, o que deve ser evitado em idosos quando possível.

Substituir a fluoxetina pela amitriptilina, um antidepressivo tricíclico (ADT), para promover a melhora do quadro de constipação e controle da insônia.

Incorreta: A substituição da fluoxetina por amitriptilina, um antidepressivo tricíclico, não é recomendada em idosos devido aos efeitos colaterais da amitriptilina, como sedação excessiva,

constipação, risco de hipotensão postural e efeitos anticolinérgicos, que podem aumentar o risco de quedas e complicações gastrointestinais. Amitriptilina é contraindicada para idosos em muitos casos devido ao perfil de efeitos adversos, particularmente aqueles que afetam o sistema nervoso central e a motilidade intestinal.

Adicionar inibidor da bomba de prótons para controle dos sintomas gástricos e prescrever o clonazepam para promover a melhora do quadro de insônia. Incorreta: Esta alternativa adiciona dois medicamentos à prescrição sem considerar a retirada ou ajuste da fluoxetina, o que pode aumentar o risco de interações e polifarmácia. Clonazepam, sendo um benzodiazepínico, não é recomendado para idosos devido ao risco de sedação prolongada, quedas, dependência e confusão mental. Em idosos, benzodiazepínicos devem ser evitados, especialmente para tratar insônia, onde abordagens não farmacológicas são preferíveis.

Referências:

MANGIN, D; HEATH, I. Polifarmácia. IN:GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. Cap. 30.

COBOS, E.M.P.I et al. Desprescrição dos medicamentos na atenção primária à saúde. IN: . IN: GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019. Cap. 109

QUESTÃO 105 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 11

Enunciado:

(AFYA BRAGANÇA) Você é um médico de família realizando uma visita domiciliar a um paciente do sexo masculino, 45 anos, que foi encaminhado pela equipe da Unidade de Saúde da Família por suspeita de transtorno mental. Durante a consulta, o paciente se apresenta desarrumado, com discurso desorganizado, relata insônia há mais de duas semanas, perda de interesse em atividades que costumava apreciar e pensamentos recorrentes de inutilidade há mais de dois meses. Ele nega ideação suicida no momento da consulta.

Durante o exame do estado mental, você observa:

• Aparência: Desalinhada, pouco cuidado com a higiene.

• Comportamento: Agitado, mas cooperativo.

• Humor: Deprimido.

• Afeto: embotamento afetivo.

• Pensamento: Discurso desorganizado, com ideias de inutilidade e pessimismo.

• Orientação: Preservada no tempo, espaço e auto psíquica.

• Cognição: Atenção diminuída.

• Insight: Parcial, reconhece que algo está errado, mas minimiza a gravidade. Com base nesse cenário, qual a conduta indicada no manejo desse paciente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS)?

Alternativas:

A) Apenas oferecer suporte psicológico e encaminhar diretamente para psiquiatria, já que o tratamento de transtornos mentais deve ser feito por especialistas e os dados do exame de estado apontam mental são preocupantes.

B) Prescrever imediatamente antidepressivos e ansiolíticos, sem necessidade de acompanhamento regular na APS, dada a gravidade das alterações observadas no exame de estado mental do paciente.

C) Proporcionar abordagem biopsicossocial, iniciar a farmacoterapia indicada, se necessário. Encaminhar para acompanhamento psicológico na APS e realizar reavaliações frequentes para monitorar o risco de suicídio.

D) Encaminhar imediatamente para atendimento psiquiátrico de urgência, sem necessidade de intervenções iniciais na APS. Os dados fornecidos pelo exame mental requerem abordagem de urgência, situação na qual a abordagem psicossocial não seria efetiva.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

De acordo com o "Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática" de GUSSO e DIAS, e as diretrizes do Ministério da Saúde (2013), o manejo de transtornos mentais na Atenção Primária à Saúde deve seguir uma abordagem integral, com intervenções biopsicossociais. O acompanhamento regular na APS é essencial, especialmente em casos com histórico de ideação suicida, que deve ser continuamente monitorado. O início de farmacoterapia pode ser considerado conforme avaliação clínica, e o encaminhamento para psicoterapia é uma parte crucial do cuidado longitudinal na APS. Essa abordagem holística permite um cuidado mais próximo e contínuo, essencial para a promoção da saúde mental no contexto comunitário.

Além disso, o caderno de Atenção Básica n. 34, do Ministério da Saúde (2013), destaca a importância de se avaliar continuamente o risco de suicídio e prevenir sua evolução através de estratégias de vigilância e apoio psicossocial, reforçando a necessidade de reavaliações frequentes e a participação ativa da equipe de saúde na abordagem domiciliar.

Referências:

GUSSO, G; LOPES, J. M. C. Tratado de Medicina de Família e Comunidade - Princípios, Formação e Prática. 2 ed. Artmed, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013, 176 p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 27 de outubro de 2024.

QUESTÃO 106 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 12

Enunciado:

(UNISL JI-PARANÁ) Maria, 35 anos, comparece à consulta com queixas de humor deprimido persistente, falta de prazer em atividades que antes apreciava (anedonia), fadiga constante, insônia e dificuldade de concentração no trabalho. Ela relata que esses sintomas começaram há cerca de 6 meses, após uma perda pessoal significativa, e têm afetado sua qualidade de vida e desempenho profissional. Não apresenta sintomas psicóticos, ideação suicida, ou histórico de episódios de mania.

Analise as alternativas abaixo e indique qual seria a abordagem terapêutica inicial mais indicada, considerando o diagnóstico:

Alternativas:

A) Iniciar tratamento com antidepressivos e associar terapia cognitivo-comportamental, além de promover uma abordagem psicoterapêutica estruturada.

B) Prescrever medicamentos antipsicóticos de segunda geração para estabilizar o humor e manter o acompanhamento clínico, farmacológico e psicoterápico.

C) Encaminhar para tratamento com eletroconvulsoterapia, considerando a gravidade dos sintomas e o risco de agravamento clínico com o passar do tempo.

D) Realizar monitoramento dos sintomas, com acompanhamento ambulatorial e sem a intervenção medicamentosa ou psicoterapêutica neste momento.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

O quadro descrito é compatível com os critérios diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior, segundo o DSM-5, considerando:

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias: relatado como humor deprimido persistente por Maria.

2. Diminuição do interesse ou prazer em atividades: evidenciado pela falta de prazer em atividades antes apreciadas (anedonia).

3. Fadiga ou perda de energia: descrito como cansaço constante.

4. Insônia ou hipersonia: relatado como dificuldade para dormir (insônia).

5. Dificuldade de concentração ou indecisão: mencionado como dificuldade de concentração no trabalho.

Alternativas

-

Encaminhar para tratamento com eletroconvulsoterapia, considerando a gravidade dos sintomas e o risco de agravamento clínico com o passar do tempo.

Justificativa: INCORRETA. A eletroconvulsoterapia é reservada para casos graves de depressão, com risco iminente de suicídio ou refratários ao tratamento. Este não é o caso de Maria, que apresenta sintomas compatíveis com depressão leve a moderada.

-

Iniciar tratamento com antidepressivos e associar terapia cognitivo-comportamental, além de promover uma abordagem psicoterapêutica estruturada.

Justificativa: CORRETA. A associação de antidepressivos e psicoterapia, especialmente terapia cognitivo-comportamental (TCC), é recomendada para depressão leve a moderada, promovendo alívio dos sintomas e melhora funcional.

-

Realizar monitoramento dos sintomas, com acompanhamento ambulatorial e sem a intervenção medicamentosa ou psicoterapêutica neste momento.

Justificativa: INCORRETA. Apesar de o quadro não ser grave, os sintomas impactam significativamente a funcionalidade de Maria, justificando a necessidade de intervenção terapêutica ativa, e não apenas o monitoramento passivo.

-

Prescrever medicamentos antipsicóticos de segunda geração para estabilizar o humor e manter o acompanhamento clínico, farmacológico e psicoterápico.

Justificativa: INCORRETA. Os antipsicóticos de segunda geração não são indicados como tratamento inicial para depressão unipolar. Seu uso é restrito a quadros específicos, como depressão psicótica ou transtorno bipolar, o que não se aplica ao caso de Maria.

Referências:

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN

9788527737036. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737036/. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/. DynaMed. Major Depressive Disorder (MDD). EBSCO Information Services. Disponível em: < https://www.dynamed.com/condition/major-depressive-disorder-mdd > SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Grupo A, 2017. E-book.

ISBN 9788582713792. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713792/.

QUESTÃO 107 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 18**

Enunciado:

(FMIT) Durante uma visita domiciliar, o Sr. Francisco, um idoso de 72 anos, relata sentir-se constantemente triste, sem energia e interesse em suas atividades habituais, além de apresentar dificuldade para dormir e perda de apetite. Durante o exame do estado mental, observa-se uma, fala monótona, desinteresse no diálogo, dificuldade de concentração e pensamentos negativos sobre si mesmo e o futuro. A partir dos aspectos relatados pelo paciente e das alterações observadas no exame do estado mental, indique qual a melhor abordagem para acompanhamento do caso.

Alternativas:

A) Recomenda-se realizar encaminhamento para serviço de psicoterapia em ambulatório especializado, externo à APS, para melhor tratamento.

B) Recomenda-se um acompanhamento integral e multidisciplinar e recorrente avaliação preventiva. Se necessário, prescrição de medicamentos antidepressivos.

C) Recomenda-se o monitoramento dos sintomas e prescrição de um psicofármaco para a insônia.

D) Recomenda-se realizar uma avaliação física completa e encaminhamento para o médico geriatra.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A justificativa para a alternativa correta reside na associação entre os sintomas mencionados pelo paciente (falta de energia, apetite e interesse, juntamente com pensamentos negativos sobre si mesmo e o futuro) e as alterações observadas durante o exame do estado mental (expressão facial triste, fala monótona, desinteresse no diálogo, entre outros). Essa associação sugere a presença de um quadro depressivo, o que demanda uma abordagem abrangente em saúde mental na APS. A proposta visa oferecer suporte integral ao paciente, promovendo sua recuperação e bem-estar emocional. O acompanhamento regular e o monitoramento dos sintomas anteriores à prescrição são essenciais para garantir a eficácia do tratamento e a prevenção de complicações futuras.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

176

p.:

il.

(Cadernos

de

Atenção

Básica,

n.

34)

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf

QUESTÃO 108 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 19**

Enunciado:

(AFYA ITABUNA) Um paciente idoso de 68 anos procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) relatando sintomas de tristeza, falta de energia e desinteresse em atividades que antes gostava, com início há cerca de 4 meses. Além disso, relata dor lombar crônica de longa data, que piorou nos últimos meses. Durante a anamnese, ele nega ideação suicida, mas se queixa de dificuldade para dormir e dores constantes. No exame do estado mental, observa-se humor deprimido, afeto rebaixado, fala lenta, mas coerente, e memória preservada. Não há sinais de psicose. Considerando o quadro do paciente e a abordagem terapêutica na Atenção Primária à Saúde, qual é a melhor conduta inicial?

Alternativas:

A) Por se tratar de paciente idoso é necessário encaminhar imediatamente ao serviço de psiquiatria para avaliação de internação hospitalar, sem iniciar nenhuma medicação até avaliação especializada.

B) Prescrever um benzodiazepínico de curta ação, como lorazepam, para aliviar a ansiedade e insônia do paciente, com encaminhamento para fisioterapia para o tratamento da dor lombar crônica.

C) Iniciar um analgésico opioide, como tramadol, para o controle da dor crônica e recomendar acompanhamento psicológico para os sintomas depressivos, sem necessidade imediata de medicação antidepressiva.

D) Iniciar a terapia com inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, associada a medidas não farmacológicas, como atividade física regular e terapia cognitivocomportamental.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A resposta "Iniciar a terapia com inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina, associada a medidas não farmacológicas, como atividade física regular e terapia cognitivo-comportamental." é a mais adequada, pois combina uma intervenção farmacológica eficaz e segura com abordagens não farmacológicas comprovadamente benéficas no manejo da depressão e dor crônica em idosos, alinhada às melhores práticas recomendadas na APS. Os ISRS, como a sertralina, são considerados a primeira linha no tratamento da depressão em pacientes idosos, devido à sua eficácia comprovada e perfil de efeitos colaterais mais seguro em comparação a outros antidepressivos, como os tricíclicos (ATCs). Além disso, a sertralina também pode ter um efeito benéfico no tratamento da dor crônica, como a dor lombar, uma vez que a modulação da serotonina está associada à redução da percepção da dor, o que fortalece a indicação dessa classe de medicamentos no manejo combinado de depressão e dor crônica.

A associação de medidas não farmacológicas, como atividade física e terapia cognitivocomportamental (TCC), é fundamental no tratamento de pacientes com depressão e dor crônica, especialmente na APS. A atividade física regular melhora os sintomas depressivos e a dor ao aumentar os níveis de endorfinas e promover o bem-estar físico e mental. A TCC tem forte evidência no manejo da depressão e também no controle da dor crônica, ajudando o paciente a desenvolver estratégias para lidar com o sofrimento físico e emocional. O Tratado de Medicina de Família e Comunidade destaca que a abordagem multidisciplinar e o incentivo à adoção de hábitos de vida saudáveis devem ser pilares na APS, visando à melhora global do paciente.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388. Cap 236.

QUESTÃO 109 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 20

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Paciente, sexo feminino, 37 anos, está em consulta na Unidade Básica de Saúde (UBS). Paciente está apresentando há 2 meses comportamento retraído, apatia, insônia e falta de higiene pessoal. Refere desejo de desaparecer e sente ser um peso na vida dos seus pais. Mora sozinha desde o divórcio que ocorreu há 3 meses. Constantemente verbaliza ter vontade de dormir e não acordar mais. Tem histórico de transtorno de ansiedade diagnosticado aos 15 anos de vida, porém, atualmente não faz uso de medicações. Analise as alternativas abaixo e assinale a melhor conduta para o caso.

Alternativas:

A) Apesar de não ter sinais de alerta, deve-se encaminhar o paciente para o serviço especializado em saúde mental, estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, dar orientações aos familiares e à rede de apoio, e fornecer o telefone do Centro de Valorização da Vida (CVV).

B) Como a paciente apresenta comportamento suicida, o médico deve questionar se a mesma tem plano de cometer suicídio, oferecer apoio emocional, encaminhar para o serviço especializado, dar orientações à rede de apoio e fornecer o contato do CVV.

C) Paciente apresenta sintomas depressivos porém sem sinais de alerta. Deve-se iniciar tratamento medicamentoso com inibidor seletivo de recaptação de serotonina, encaminhar para psicoterapia e manter o acompanhamento médico na UBS.

D) Como a paciente tem histórico de transtorno de ansiedade, deve-se retornar a medicação usada previamente, solicitar exames para avaliar anemia e distúrbio tireoidiano, e solicitar que ela retorne em 14 dias para reavaliação clínica na UBS.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Como a paciente tem histórico de transtorno de ansiedade, deve-se retornar a medicação usada previamente, solicitar exames para avaliar anemia e distúrbio tireoidiano, e solicitar que ela retorne em 14 dias para reavaliação clínica na UBS. INCORRETA. A alternativa está incorreta pois desconsiderou que trata-se de uma paciente com comportamento suicida, enfatizando apenas a abordagem do transtorno de ansiedade e o afastamento de causas orgânicas. Paciente apresenta sintomas depressivos, porém sem sinais de alerta. Deve-se iniciar tratamento medicamentoso com inibidor seletivo de recaptação de serotonina, encaminhar para psicoterapia e manter o acompanhamento médico na UBS. INCORRETA. A paciente apresenta sinais de alerta para o suicídio. Um indivíduo em sofrimento pode dar certos sinais, que devem chamar a atenção de seus familiares e amigos próximos, sobretudo se muitos desses sinais se manifestam ao mesmo tempo:

Aparecimento ou agravamento de problemas de conduta ou de manifestações verbais durante pelo menos duas semanas.

Sentir-se sem esperanças, culpada, com falta de autoestima e ter visão negativa da própria vida e do futuro.

Expressão de ideias ou intenções suicidas: “Eu queria poder dormir e nunca mais acordar.”

Isolamento.

Perda de emprego, crises políticas e econômicas, discriminação por orientação sexual e identidade de gênero, agressões psicológicas e/ou físicas, sofrimento no trabalho, diminuição ou ausência de autocuidado, conflitos familiares etc.

Apesar de não ter sinais de alerta, deve-se encaminhar o paciente para o serviço especializado em saúde mental, estabelecer uma aliança terapêutica com o paciente, dar orientações aos familiares e à rede de apoio, e fornecer o telefone do Centro de Valorização da Vida (CVV).

INCORRETA. Conforme justificado na alternativa anterior, a paciente apresenta sim sinais de alerta para o suicídio.

Como a paciente apresenta comportamento suicida, o médico deve questionar se a mesma tem plano de cometer suicídio, oferecer apoio emocional, encaminhar para o serviço especializado, dar orientações à rede de apoio e fornecer o contato do CVV. CORRETA. Diante da identificação de um comportamento suicida, torna-se relevante questionar quanto à existência de um plano para cometer o suicídio, para a partir daí poder classificá-la como uma paciente de médio ou alto risco. Além disso, é importante oferecer apoio emocional, encaminhar para o serviço especializado, dar orientações à rede de apoio e fornecer o contato do CVV.

Referências:

Ministerio da Saúde. Suicídio (Prevenção). Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/assuntos/saude-de-a-a-z/s/suicidio-prevencao. Baldaçara L, Silva AG, organizadores. Suporte em Emergências Psiquiátricas (SEP). Belo Horizonte: Editora Ampla; 2021.

QUESTÃO 110 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 25

Enunciado:

(UNIFIPMOC) Jovem de 25 anos, estudante universitário, procura atendimento médico relatando insônia, falta de concentração e perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer. Ele menciona sentir-se “vazio” e sem energia há meses, com dificuldade de acompanhar as aulas e de se relacionar com os amigos. Durante a consulta, o paciente confessa que, por vezes, pensa em “desaparecer” e que a vida parece não ter mais sentido.

Considerando a situação descrita, qual a conduta médica mais adequada em relação à avaliação e ao manejo inicial do paciente?

Alternativas:

A) Prescrever benzodiazepínicos para tratar os sintomas de insônia e ansiedade relatados pelo paciente e encaminhá-lo para psicoterapia, sem necessidade de aprofundar a investigação de ideação suicida ou fatores psicológicos associados ao quadro clínico.

B) Investigar detalhadamente a presença de ideação suicida com perguntas diretas, avaliar o grau de risco e, se confirmado, oferecer suporte emocional imediato, discutir estratégias de enfrentamento e encaminhar para avaliação psiquiátrica urgente com retorno programado.

C) Encaminhar imediatamente o paciente para internação psiquiátrica compulsória, sem necessidade de avaliar detalhadamente o grau de risco relatado, considerando que qualquer menção a pensamentos de “desaparecer” deve ser tratada como tentativa iminente de suicídio.

D) Evitar abordar diretamente o sofrimento psíquico relatado para não causar constrangimento ao paciente, focando apenas nos sintomas físicos apresentados, como a insônia, e tratar com orientações gerais ou medicamentos para alívio temporário dos sintomas.

GABARITO: B

Resposta comentada:

CORRETA

Investigar detalhadamente a presença de ideação suicida com perguntas diretas, avaliar o grau de risco e, se confirmado, oferecer suporte emocional imediato, discutir estratégias de enfrentamento e encaminhar para avaliação psiquiátrica urgente com retorno programado.(Correta):• O encaminhamento para avaliação psiquiátrica urgente, com suporte inicial, é a conduta mais adequada para garantir a segurança do paciente. A investigação detalhada da ideação suicida é mandatória, especialmente em pacientes com sinais depressivos graves e pensamentos de "desaparecer".

JUSTIFICATIVA ERRADAS

Evitar abordar diretamente o sofrimento psíquico relatado para não causar constrangimento ao paciente, focando apenas nos sintomas físicos apresentados, como a insônia, e tratar com orientações gerais ou medicamentos para alívio temporário dos sintomas.(Errada):• Ignorar questões psíquicas e focar apenas nos sintomas físicos é uma abordagem inadequada.• O manejo correto exige avaliação detalhada do sofrimento emocional, especialmente diante de sinais de risco suicida, como os relatados.

Prescrever benzodiazepínicos para tratar os sintomas de insônia e ansiedade relatados pelo paciente e encaminhá-lo para psicoterapia, sem necessidade de aprofundar a investigação de ideação suicida ou fatores psicológicos associados ao quadro clínico.(Errada):• Encaminhar para psicoterapia é adequado, mas sem avaliar o risco suicida, a conduta é insuficiente e negligente.• Prescrever benzodiazepínicos sem avaliar o risco de suicídio pode agravar o quadro e mascarar sintomas graves.

Encaminhar imediatamente o paciente para internação psiquiátrica compulsória, sem necessidade de avaliar detalhadamente o grau de risco relatado, considerando que qualquer

menção a pensamentos de "desaparecer" deve ser tratada como tentativa iminente de suicídio. (Errada):• Internação compulsória sem avaliação detalhada do grau de risco é uma abordagem inadequada, podendo gerar resistência ao tratamento.• Nem toda ideação suicida requer internação imediata; é essencial avaliar fatores como plano, intenção e acesso a meios antes de decisões extremas.

Vale ressaltar que o manejo da ideação suicida exige cuidado e atenção. A prioridade é garantir a segurança do paciente e oferecer o suporte necessário para que ele possa superar esse momento difícil.

Referências:

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN

9788527737036. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737036/. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/. DynaMed. Major Depressive Disorder (MDD). EBSCO Information Services. Disponível em: < https://www.dynamed.com/condition/major-depressive-disorder-mdd > SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. Compêndio de psiquiatria. Porto Alegre: Grupo A, 2017. E-book. ISBN 9788582713792. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713792/. GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. Organização Mundial da Saúde (OMS). Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra: OMS; 2000. Disponível em:

https://www.fbbva.es/diccionario/removido/

QUESTÃO 111 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 4

Enunciado:

(AFYA Bragança) Durante atendimento na Unidade Básica de Saúde, um paciente adulto do sexo masculino, 35 anos, comparece acompanhado da irmã. Ele apresenta comportamento retraído, evita contato visual e responde com frases curtas. Ao ser questionado diretamente, revela estar com pensamentos frequentes de “dar fim à própria vida” e admite episódios recentes de automutilação. Refere uso abusivo de clonazepam, adquirido sem prescrição, e nega acompanhamento psicológico ou psiquiátrico prévio. A irmã relata que ele passa por um processo de separação conjugal e tem histórico de depressão não tratada. A UBS conta com apoio matricial em saúde mental e acesso limitado ao CAPS.

Diante deste cenário, qual deve ser a conduta mais adequada da equipe de saúde?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Prescrever antidepressivo de início imediato, recomendar redução gradual do clonazepam e orientar o paciente a procurar atendimento psicológico por demanda espontânea.

B) Reforçar o vínculo com o paciente e agendar retorno para reavaliação em uma semana, incentivando busca ativa por suporte emocional, familiar e espiritual.

C) Encaminhar o paciente imediatamente ao CAPS ou serviço de urgência em saúde mental, considerando o risco de suicídio, comunicar à família e avaliar a necessidade de quebra de sigilo médico.

D) Registrar em prontuário a queixa apresentada, acolher o paciente, manter sigilo e oferecer número do CVV (188), sem necessidade de encaminhamento urgente, uma vez que não houve tentativa consumada.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

O cenário apresentado evidencia risco de suicídio iminente, com presença de ideação suicida ativa, automutilação recente e uso abusivo de medicamentos psicotrópicos — todos sinais de alerta segundo o Guia de Avaliação de Risco de Suicídio e sua Prevenção (SMS-RJ, 2016) e os Cadernos de Atenção Básica – Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2013). Nesses casos, a conduta prioritária é o encaminhamento imediato para atendimento especializado em saúde mental, preferencialmente um CAPS com retaguarda ou pronto atendimento psiquiátrico. Além disso, a avaliação da necessidade de quebra de sigilo médico se justifica quando há risco concreto à vida, conforme prevê o Código de Ética Médica. A comunicação com a família, o uso de tecnologias de cuidado em saúde como o CVV (188) e a articulação com a rede de apoio territorial também devem ser considerados, mas não substituem o manejo especializado imediato.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. ; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, p. 2388. Cap. 36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

Coleção Guia de Referência. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Avaliação do Risco de Suicídio e sua Prevenção. Série F. SMS. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

https://protect2.fireeye.com/v1/url?k=31323334-501d2dca-3114e3e6-45445553453172391e3eee9fd9b a&q=1&e=949b6ab6-54f4-4151-90665ac68d9de371&u=https%3A%2F%2Fsubpav.org%2Fdownload%2F prot%2FGuia_Suicidio.pdf. Acesso em: 26 maio 2025.

QUESTÃO 112 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 8

Enunciado:

(AFYA Garanhuns) Dona Tereza, 72 anos, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) acompanhada da filha Emília, que relata que a mãe tem estado mais quieta, com choro fácil, dificuldade para dormir e perda de apetite há cerca de dois meses. Dona Tereza refere sentir-se "sem energia para nada" e que "a vida perdeu a graça" desde que seu marido faleceu há seis meses. Nega ideação suicida ativa, mas admite pensar que "seria melhor se eu fosse dormir e não acordasse mais".

Anamnese: História de hipertensão arterial controlada com indapamida e losartana, osteoartrite com dor crônica nos joelhos controlada com dipirona sob demanda e insônia ocasional tratada com fitoterápicos. Nega histórico de transtornos psiquiátricos prévios ou uso regular de outros medicamentos.

Exame do Estado Mental: Consciente e orientada em tempo, espaço e pessoa. Humor deprimido, relatando tristeza persistente e anedonia. Afeto congruente com o humor, porém reativo. Pensamento lentificado, sem alterações formais ou de conteúdo relevantes além da ideação passiva de morte. Sensopercepção preservada. Cognição preservada, com Mini Exame do Estado Mental (MEEM) de 27/30 (perda de 3 pontos em evocação). Insight parcial sobre seu estado emocional.

Considerando o quadro clínico de Dona Tereza, a abordagem terapêutica mais adequada na Atenção Primária à Saúde, incluindo a possível introdução de um antidepressivo e outras intervenções, seria:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Iniciar imediatamente um antidepressivo tricíclico, como a amitriptilina em dose baixa, devido à sua eficácia comprovada em idosos com depressão e comorbidades que possam cursar com dor crônica. Além de aplicar a escala analógica da dor, associada a orientações sobre higiene do sono e risco de interações medicamentosas.

B) Optar inicialmente por intervenções não farmacológicas, como psicoeducação sobre luto e depressão, apoio psicossocial com a filha e a comunidade, e considerar a introdução de um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) em dose baixa, monitorando possíveis interações medicamentosas com a indapamida e losartana.

C) Recomendar o uso contínuo de fitoterápicos para insônia e depressão, associado a analgésicos mais potentes para a dor articular. Estimular a prática de exercício físico à noite, encaminhar para um serviço de fisioterapia e psicologia, além de agendar um retorno em 30 dias para reavaliar o humor e verificar o sono.

D) Prescrever um benzodiazepínico de ação prolongada, como exemplo o diazepam, para melhorar o sono e, consequentemente, o humor, associado a encaminhamento para psicoterapia em um serviço especializado de saúde mental. Além disso, reforçar a necessidade de atividade física e implementação de chás medicinais.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A abordagem inicial deve priorizar intervenções não farmacológicas, como psicoeducação sobre o processo de luto e a depressão, o fortalecimento do apoio social e familiar, e a ativação de recursos da comunidade. A introdução de um ISRS em dose baixa é uma opção medicamentosa de primeira linha para depressão em idosos devido ao seu perfil de segurança mais favorável. É crucial monitorar possíveis interações medicamentosas com a indapamida e losartana. Quanto aos antidepressivos tricíclicos, incorreta. Embora os antidepressivos tricíclicos possam ser eficazes, eles geralmente apresentam mais efeitos colaterais em idosos, como hipotensão postural, boca seca e constipação, o que pode ser problemático considerando a hipertensão de Dona Maria. Além disso, a amitriptilina não é a primeira linha para depressão em idosos devido ao perfil de segurança.

Sobre a prescrição de benzodiazepínicos de ação prolongada, especialmente os de ação prolongada, não são recomendados como tratamento de primeira linha para depressão, especialmente em idosos, devido ao risco de dependência, quedas, confusão mental e piora cognitiva. O encaminhamento para psicoterapia é importante, mas não deve ser a única abordagem inicial.

Em relação à prescrição dos fitoterápicos para insônia, geralmente têm eficácia limitada no tratamento da depressão. A dor articular deve ser manejada adequadamente, mas não é a causa primária dos sintomas depressivos. Adiar a avaliação e o tratamento da depressão por 30 dias não é apropriado diante do sofrimento da paciente e da ideação passiva de morte.

Referências:

GUSSO, G, et al. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática.

DUCAN, B, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.

QUESTÃO 113 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 10

Enunciado:

(UNIFIPMOC) Mulher, 42 anos de idade, professora, comparece à consulta em uma Unidade Básica de Saúde devido a quadro diário de tristeza e adinamia há 6 meses. Ela refere que, após a morte do filho há 8 meses, perdeu a vontade de trabalhar, sair de casa e até cuidar de si e do marido. Está com dificuldade para dormir e se concentrar, além de estar muito esquecida. Sentese a maior parte do tempo cansada e tem ganhado muito peso devido ao desejo incontrolável de comer, especialmente à noite. Não possui comorbidades, tampouco faz ou fez uso de medicações contínuas. Nega gravidez e alergias medicamentosas. Diante do caso acima, analise as assertivas que se seguem:

I. A paciente possui diagnóstico de transtorno depressivo maior com sintomas psicóticos, devendo ser indicado tratamento com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina associado a um antipsicótico atípico.

II. Deve-se, como forma complementar ao tratamento farmacológico e pensando em diagnósticos diferenciais, solicitar exames, como por exemplo: TSH e hemograma.

III. A paciente deve ser orientada quanto às mudanças de estilo de vida, sobretudo prática regular de exercícios físicos, e ser encaminhada à psicoterapia.

Marque a alternativa que contenha apenas assertivas corretas.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Apenas I e III.

B) Apenas I e II.

C) Apenas II e III.

D) Todas estão corretas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Assertiva I:

"A paciente possui diagnóstico de transtorno depressivo maior, devendo ser indicado tratamento com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina associado a um antipsicótico atípico." Diagnóstico: incorreto. A paciente apresenta critérios diagnósticos para transtorno depressivo maior (TDM), conforme os critérios do DSM-5: humor deprimido, anedonia, alteração do apetite, insônia, fadiga e prejuízo na concentração, persistindo por mais de 6 meses, porém sem sintomas psicóticos como alucinações.

Tratamento: Parcialmente incorreto. O manejo inicial inclui um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), como sertralina ou escitalopram. No entanto, o uso de antipsicóticos atípicos (como quetiapina ou aripiprazol) só é recomendado em casos de depressão resistente ou com sintomas psicóticos, o que não é indicado no caso

apresentado.

Incorreta.

Assertiva II:

"Deve-se, como forma complementar ao tratamento farmacológico e pensando em diagnósticos diferenciais, solicitar exames, como por exemplo: TSH e hemograma."

Justificativa: Correto. Apesar de o diagnóstico de TDM ser clínico, é essencial investigar causas orgânicas que podem mimetizar ou contribuir para os sintomas, como hipotireoidismo (TSH), anemia (hemograma).

Correta.

Assertiva III:

"A paciente deve ser orientada quanto a mudanças de estilo de vida, sobretudo prática regular de exercícios físicos, e ser encaminhada à psicoterapia."

Justificativa: Correto. Mudanças no estilo de vida, como exercícios físicos regulares e boa higiene do sono, têm benefícios comprovados na depressão. Além disso, a psicoterapia, especialmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), é recomendada como parte do tratamento, muitas vezes em combinação com medicação. Correta.

Análise das alternativas:

1. Apenas I e II estão corretas.

Incorreta. A assertiva I está incorreta, pois o uso de antipsicóticos atípicos não é indicado no caso descrito.

Apenas I e III estão corretas.

Incorreta. A assertiva I está incorreta.

Apenas II e III estão corretas.

Correta. Ambas as assertivas II e III estão corretas, conforme análise acima.

Todas estão corretas.

Incorreta. A assertiva I está incorreta.

Resposta correta: Apenas II e III estão corretas.

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/. Acesso em: 22 nov. 2024.
NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 504. ISBN 9788527737876. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 21 nov. 2024.

QUESTÃO 114 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 26

Atenção: Questão idêntica também cobrada na Integradora 2025.2 (Questão 21).

Enunciado:

(AFYA Itacoatiara) Um paciente de 55 anos, com histórico de hipertensão, diabetes tipo 2 e osteoartrite, comparece à Unidade Básica de Saúde queixando-se de cansaço excessivo há três meses, perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer, alterações no sono com insônia terminal e dificuldade de concentração. Nega tristeza persistente, mas relata sentir-se "sem energia" e mais irritado que o habitual.

Considerando o quadro clínico apresentado e a necessidade de diagnosticar um possível quadro depressivo na Atenção Primária à Saúde, qual das alternativas abaixo melhor descreve a avaliação inicial e a diferenciação de outros diagnósticos?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A irritabilidade e a dificuldade de concentração sugerem primariamente um transtorno de ansiedade generalizada, sendo menos provável um quadro depressivo atípico nesse contexto.

B) A ausência de tristeza persistente descarta a possibilidade de depressão, sendo mais provável que os sintomas sejam decorrentes das suas comorbidades físicas preexistentes.

C) Os sintomas relatados, como fadiga, anedonia e alterações do sono, podem indicar um quadro depressivo, sendo importante investigar a duração, intensidade e impacto funcional dos sintomas.

D) A presença de múltiplas comorbidades físicas torna desnecessária a avaliação para depressão, pois os sintomas apresentados são reações normais ao manejo de condições crônicas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

-

A ausência de tristeza persistente descarta a possibilidade de depressão, sendo mais provável que os sintomas sejam decorrentes das suas comorbidades físicas preexistentes.

A alternativa está incorreta, pois a depressão pode se manifestar de formas atípicas, especialmente em pacientes com comorbidades, onde sintomas como fadiga, irritabilidade e perda de interesse podem ser mais proeminentes do que a tristeza.

-

Os sintomas relatados, como fadiga, anedonia e alterações do sono, podem indicar um quadro depressivo, sendo importante investigar a duração, intensidade e impacto funcional dos sintomas.

A alternativa está correta. Os sintomas apresentados pelo paciente, como cansaço excessivo (fadiga), perda de interesse (anedonia) e alterações do sono (insônia terminal), são indicativos de um possível quadro depressivo, mesmo na ausência de tristeza persistente. É crucial, na avaliação inicial, investigar a duração desses sintomas (mais de duas semanas), sua intensidade e o impacto que estão causando no funcionamento diário do paciente. A presença de múltiplas comorbidades físicas aumenta a complexidade do quadro, mas não exclui a possibilidade de depressão, sendo importante realizar uma avaliação abrangente para identificar a presença de um transtorno do humor.

-

A irritabilidade e a dificuldade de concentração sugerem primariamente um transtorno de ansiedade generalizada, sendo menos provável um quadro depressivo atípico nesse contexto.

A alternativa está incorreta, pois, embora a irritabilidade e a dificuldade de concentração possam estar presentes em transtornos de ansiedade, também são sintomas comuns em quadros depressivos, sendo necessária uma avaliação mais aprofundada para o diagnóstico diferencial.

-

A presença de múltiplas comorbidades físicas torna desnecessária a avaliação para depressão, pois os sintomas apresentados são reações normais ao manejo de condições crônicas.

A alternativa está incorreta, pois a presença de comorbidades físicas é um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, e os sintomas apresentados não devem ser automaticamente atribuídos apenas ao manejo das condições crônicas sem uma avaliação específica para a saúde mental.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. DIAS, Lêda C. (Orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, p. 2388. Capítulos 238 e 239.

DUCAN, B, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. (5th edição). Grupo A, 2022. Capítulos 170 e 171. Disponível em: Minha Biblioteca.

QUESTÃO 115 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 34**

Enunciado:

(UNISL JI-Paraná) Paciente do sexo masculino, 21 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde acompanhado por sua irmã, que relata mudanças comportamentais importantes nas últimas semanas. Segundo ela, o paciente tem se mostrado desinteressado por atividades que antes apreciava, passou a apresentar insônia, irritabilidade e episódios de choro frequentes. Relata ainda que o irmão tem feito postagens em redes sociais com frases negativas sobre a vida e recentemente afirmou que "ninguém sentiria falta dele se sumisse". Na entrevista clínica, o paciente evita contato visual, apresenta lentificação psicomotora, dificuldade para se concentrar e relata estar usando doses acima do prescrito de clonazepam adquirido de forma irregular. Ao final da consulta, manifesta relutância em receber ajuda especializada. Com base na situação descrita e considerando os critérios diagnósticos do DSM-5 e as diretrizes clínicas brasileiras, qual deve ser a conduta inicial mais adequada da equipe de saúde?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Solicitar que o paciente retorne em sete dias, mantendo acompanhamento com a equipe da Atenção Primária, reforçando a importância do apoio familiar.

B) Realizar acolhimento qualificado, avaliar risco de suicídio, acionar o serviço especializado com urgência e considerar a quebra de sigilo para garantir a segurança do paciente.

C) Registrar o caso no prontuário e, mesmo comprovado o risco de suicídio iminente, manter sigilo sobre as informações compartilhadas, respeitando a autonomia do paciente.

D) Encaminhar o paciente diretamente para o CAPS, sem a necessidade de discutir as queixas atuais ou investigar o uso abusivo de medicamentos no momento da consulta.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Resposta correta:

Realizar acolhimento qualificado, avaliar risco de suicídio, acionar o serviço especializado com urgência e considerar a quebra de sigilo para garantir a segurança do paciente.

O manejo adequado inclui acolhimento empático, avaliação estruturada do risco suicida, investigação do uso abusivo de medicamentos e encaminhamento imediato para atendimento especializado. A

quebra de sigilo se justifica em situações que envolvem risco iminente à vida. Incorreta: Solicitar que o paciente retorne em sete dias, mantendo acompanhamento com a equipe da Atenção Primária, reforçando a importância do apoio familiar. Embora o acompanhamento na Atenção Primária seja importante, o caso exige intervenção imediata devido ao risco de suicídio. Postergar o atendimento especializado pode agravar o quadro.

Incorreta:

Registrar o caso no prontuário e, mesmo comprovado o risco de suicídio iminente, manter sigilo sobre as informações compartilhadas, respeitando a autonomia do paciente.

O sigilo profissional é um princípio ético fundamental, mas pode e deve ser quebrado em situações de risco à vida do paciente, como ideação suicida iminente, conforme previsto no Código de Ética Médica e do profissional da saúde.

Incorreta:

Encaminhar o paciente diretamente para o CAPS, sem a necessidade de discutir as queixas atuais ou investigar o uso abusivo de medicamentos no momento da consulta.

Encaminhar sem investigar as queixas ou avaliar o risco pode comprometer a continuidade e a segurança do cuidado. A abordagem inicial deve ser acolhedora e clínica, mesmo diante da urgência.

Referências:

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/. Acesso em: 24 nov. 2024. MANSUR, Carlos G. Psiquiatria para o Médico Generalista. Porto Alegre: ArtMed, 2013. E-book. p.1. ISBN 9788536327921. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327921/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 116 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 40

Enunciado:

(AFYA Garanhuns) No último atendimento agendado na USF Doutora Nise da Silveira, a equipe realiza seguimento com Dona Elena, 47 anos, professora do ensino infantil, em tratamento para transtorno depressivo maior diagnosticado há 6 meses. Ela faz uso de antidepressivo ISRS, com adesão parcial. Sua agente comunitária de saúde relatou previamente que a assistida tem se mostrado mais isolada nas últimas semanas. Vizinhos comentaram que ela tem falado frases como "a vida não tem mais sentido" e "seria melhor se eu não estivesse aqui". Durante a consulta, a paciente relata piora do sono, perda de apetite, sentimentos de inutilidade e isolamento social progressivo. Com olhar fixo e voz baixa, ela diz: “às vezes penso que seria melhor se tudo acabasse”, relata ainda sentir-se "um peso" para a família. Nega ideação suicida ativa no momento da consulta, mas refere ter pensado em "sumir" algumas vezes. O estudante de medicina presente mostra-se hesitante e muda de assunto. O médico da equipe precisa retomar a conversa com foco na avaliação do risco de suicídio e na abordagem terapêutica adequada. Considerando os princípios da abordagem à ideação suicida na Atenção Primária à Saúde e a situação clínica apresentada, marque a alternativa que apresenta a conduta adequada e prioritária para a equipe nesse momento.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Tranquilizar o paciente, reforçando que esses sentimentos são comuns na depressão e que, com o tempo e o efeito do medicamento, ela se sentirá melhor, e evitar perguntar diretamente sobre planos de suicídio, pois isso pode induzir ou reforçar a ideia na paciente.

B) Orientar o paciente a procurar um serviço de saúde mental especializado (CAPS) o mais rápido possível, pois não há necessidade de uma avaliação imediata na unidade, visto que a equipe multidisciplinar irá realizar o acompanhamento.

C) Prescrever um aumento imediato da dose do antidepressivo em uso para aliviar os sintomas depressivos e, consequentemente, diminuir o risco de suicídio ou, até mesmo, adicionar um novo antidepressivo.

D) Realizar uma avaliação aprofundada do risco de suicídio, explorando detalhadamente a ideação, o planejamento, os fatores de risco e de proteção e o acesso a meios disponíveis. Além de conhecer e fortalecer a rede de apoio.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Diante das falas e do comportamento de Elena, a prioridade é realizar uma avaliação completa do risco de suicídio. Isso inclui explorar a frequência, intensidade e natureza da ideação suicida, a existência de planos, a disponibilidade de meios, os fatores de risco (como isolamento e histórico de depressão) e os fatores de proteção (como suporte familiar). Essa avaliação guiará o plano de cuidados. Assim sendo, a abordagem ideal combina escuta ativa, empatia e comunicação clara, conforme preconizado na APS. Em suma, essa conduta favorece a construção de vínculo e o manejo adequado do risco.

Embora o ajuste do medicamento possa ser necessário a longo prazo, aumentar a dose do antidepressivo imediatamente sem uma avaliação completa do risco de suicídio não aborda a urgência da situação e pode não ser suficiente para prevenir um evento adverso, logo está incorreta.

Minimizar os sentimentos do paciente e oferecer apenas palavras de conforto pode invalidar sua experiência e não aborda o potencial risco de suicídio. A escuta ativa e a avaliação detalhada são cruciais nesse momento, além de que este é um mito amplamente desmentido. Perguntar de forma clara e empática sobre suicídio não induz à ideia, ao contrário, permite avaliar risco e pode aliviar a angústia do paciente. O profissional deve abordar diretamente pensamentos, planos e meios. Embora o encaminhamento para um CAPS possa ser necessário, a equipe da APS tem um papel fundamental

na avaliação inicial do risco e no manejo da crise, se presente. Adiar essa avaliação pode ser perigoso para o paciente. O encaminhamento direto, sem escuta ativa, fragmenta o cuidado e rompe a longitudinalidade. A APS tem papel central na escuta qualificada e no primeiro manejo do risco.

Referências:

GUSSO, G, et al. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Disponível em: Minha Biblioteca, 2ª edição. Grupo A, 2019. DUCAN, B, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências.

QUESTÃO 117 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 3

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Homem, 42 anos, comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para reavaliação. Está em tratamento para depressão maior há quatro meses com sertralina 100 mg/dia prescrita por psiquiatra. Refere piora da insônia e episódios de ansiedade noturna nas últimas semanas. Relata que passou a tomar, por conta própria, gotas adicionais de clonazepam prescritas anteriormente "para crises". Diz: “Aumentei a dose porque estava desesperado, cheguei a tomar o frasco inteiro em dois dias, só queria dormir”. Ao explorar risco, admite pensamentos recorrentes de desesperança. Nega uso de álcool e drogas ilícitas. Está lúcido, porém com discurso pessimista. Qual é a classe do medicamento utilizado de forma abusiva neste caso e qual hipótese diagnóstica está bem caracterizada?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Antidepressivo tricíclico; transtorno de humor bipolar em fase depressiva.

B) Benzodiazepínico; episódio depressivo maior com risco suicida.

C) Antipsicótico típico; transtorno ansioso generalizado sem risco associado.

D) Estabilizador de humor; transtorno depressivo induzido por substância.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Correta:

Clonazepam pertence à classe dos benzodiazepínicos, que atuam como moduladores alostéricos do receptor GABA-A. O caso exibe depressão maior com risco suicida (desesperança, abuso de medicação, sofrimento psíquico intenso). Há uso inadequado de benzodiazepínico com potencial dependência – atenção para segurança e plano de risco. Incorretas:

Antidepressivos tricíclicos incluem amitriptilina, nortriptilina e clomipramina, mas não clonazepam. Além disso, não há história de episódios de mania ou hipomania para suportar transtorno bipolar.

Estabilizadores de humor como lítio, valproato e lamotrigina não estão envolvidos. O quadro depressivo antecede o abuso medicamentoso e não é induzido por substância. Antipsicóticos típicos incluem haloperidol e clorpromazina, sem relação com este caso. Além disso, há clara presença de humor deprimido e ideação suicida, incompatível com diagnóstico restrito a transtorno ansioso generalizado.

Referência:

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. 6th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2020. E-book. p.161. ISBN 9788527737036. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737036/. Acesso em: out. 2025.

QUESTÃO 118 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 6

Enunciado:

(AFYA BRAGANÇA) Na Atenção Primária à Saúde, a equipe multiprofissional realiza atendimento a um paciente de 32 anos, com diagnóstico prévio de transtorno depressivo maior, que apresenta discurso pessimista, sentimentos de desesperança e relato de isolamento social progressivo. Diante deste quadro, é fundamental que a equipe avalie o risco de suicídio e adote condutas apropriadas. Com base nesse contexto, assinale a alternativa correta sobre a abordagem do risco de suicídio na Atenção Primária.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) A avaliação do risco de suicídio deve considerar fatores como presença de transtorno mental, histórico de tentativas anteriores e suporte social disponível.

B) A investigação sobre ideação suicida deve ser evitada, pois pode estimular pensamentos e comportamentos autodestrutivos no paciente.

C) A abordagem do paciente com risco de suicídio é responsabilidade exclusiva de profissionais especializados, como psiquiatras, devendo a equipe da Atenção Primária apenas realizar encaminhamentos.

D) Em situações de risco, a privacidade e o sigilo devem ser mantidos a qualquer custo, mesmo que haja ameaça iminente à vida do paciente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Conforme as diretrizes da Atenção Primária e os manuais de referência, a avaliação de risco deve considerar múltiplos fatores, incluindo transtornos mentais, tentativas anteriores e a presença ou ausência de suporte social. A investigação sobre ideação suicida é essencial e não estimula comportamentos autodestrutivos; ao contrário, demonstra acolhimento e preocupação, reduzindo o risco. A abordagem do risco de suicídio é responsabilidade compartilhada da equipe da Atenção Primária, que deve realizar a escuta qualificada, avaliação inicial e encaminhamento quando necessário, mas não exclusivamente. Em casos de risco iminente à vida, a quebra do sigilo pode ser ética e legalmente necessária para proteger o paciente.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2nd ed. Porto Alegre: ArtMed,

2019. E-book. p.1490. ISBN 9788582715369.

Coleção Guia de Referência. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Avaliação do Risco de Suicı dio e sua Prevenção. Série F. SMS. Rio de Janeiro. 2016 Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 30/05/2025.

QUESTÃO 119 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 10

Enunciado:

(AFYA ABAETETUBA) Em visita domiciliar, o médico de família e comunidade atende à Sra. Maria, de 79 anos, e sua filha Ana a acompanha na consulta. A filha relata que há quatro semanas a mãe passou a apresentar frequentes crises de choro, queixando-se de uma diminuição de energia e muita tristeza. Perdeu cerca de 5 kg nessas quatro semanas. Há três dias, disse à família: “Lamento toda a dor e o sofrimento que estou causando a vocês” e “Seria melhor se eu não estivesse mais aqui”. Há dois dias parou de falar e comer. Quando questionada sobre estar pensando em suicídio, fez que sim com a cabeça e falou baixinho: “Só penso nisso”. Quando lhe perguntaram: “Você está ouvindo vozes?”, balançou a cabeça confirmando.

Sobre o caso descrito, analise as assertivas e selecione as corretas:

I. A tristeza relatada indica alteração da afetividade.

II. A paciente não apresenta alterações da sensopercepção.

III. O pensamento está preservado.

IV. Há dois dias o comportamento foi gravemente afetado.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) II e III.

B) I e IV.

C) I e II.

D) III e IV.

GABARITO: B

Resposta comentada:

I. Correta: A afetividade é a capacidade de expressar sentimentos e emoções. Assim, as principais alterações poderão ser a hipertimia, a hipotimia, a apatia ou a indiferença afetiva, os sentimentos de insuficiência (como na depressão, em que a pessoa se desvaloriza), os sentimentos de irritabilidade patológica, de instabilidade afetiva, de incontinência emocional ou ambivalência.

II. Incorreta: O termo sensopercepção condensa dois aspectos: as sensações e as percepções. As alucinações podem manifestar-se nos mais diversos quadros clínicos, mas sempre indicam uma perturbação grave das funções mentais. Elas podem ser visuais, auditivas, táteis ou de contato, olfativas, gustativas, cinestésicas (relacionadas ao movimento e ao equilíbrio) e cenestésicas (sensações anormais em determinadas partes do corpo, como formigas caminhando por debaixo da pele). No caso, a paciente apresenta alucinações auditivas.

III. Incorreta: As alterações do pensamento podem ser de vários tipos. A paciente apresenta 2 tipos: inibição do pensamento (geralmente associada à lentidão de todos os processos psíquicos e do curso do pensamento), que pode ser acompanhada de um sentimento subjetivo de incapacidade, com dificuldades na compreensão e lentidão na articulação das respostas; e Pensamento obsessivo.

IV. Correta: O comportamento, ou conduta, depende de uma série de processos psíquicos conscientes (percepção, ideias, sentimentos, etc.), que determinarão a direção e a intensidade da ação, de acordo com um objetivo consciente ou não. Suas alterações poderão variar de estados de excitação motora, de ausência ou diminuição da atividade motora (hipobulia ou abulia). No caso, pensamento caso, a paciente apresenta diminuição da atividade motora.

Alternativa correta: I e IV.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José MC; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. 2.ª edição. Porto Alegre: ArtMed,

2019. E-book, pág. 295. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715369/. Acesso em: 15 nov. 2025.

QUESTÃO 120 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 18**

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Na UBS, homem, 72 anos, aposentado, comparece acompanhado pela filha. Ela relata que o pai “anda muito diferente há meses”. Ele refere que há cerca de 8 meses apresenta tristeza persistente, perda de interesse por atividades antes prazerosas, fadiga intensa, insônia terminal, redução do apetite com perda de peso, sentimentos de culpa e inutilidade e dificuldade de concentração. Diz que “a vida perdeu o sentido” e que às vezes pensa que seria melhor morrer. Durante a escuta, menciona espontaneamente que há uma faca guardada em casa, mas nega ter um plano definido. Nega uso de álcool ou outras drogas. A filha informa que ele tem apoio familiar, embora “quase não aceite ajuda e se isole cada vez mais”. No exame físico, sem alterações clínicas e neurológicas.

Analise o caso clínico apresentado e identifique a conduta inicial mais adequada e segura para esse paciente, considerando o contexto da Atenção Primária à Saúde.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Interpretar o caso como um quadro ansioso de intensidade moderada e encaminhar o pa ciente ao CAPS para avaliação especializada, mantendo acompanhamento telefônico pela UBS até a realização da consulta.

B) Iniciar antidepressivo imediatamente, introduzir clonazepam em dose baixa para insônia por 7-10 dias e agendar retorno em 72 horas; orientar família sobre retirada de objetos cortantes e oferecer encaminhamento para atendimento especializado caso surja plano definido.

C) Avaliar risco de suicídio (ideação, plano e meios), negociar e pactuar retirada imediata de objetos letais do domicílio com a família, iniciar antidepressivo, construir plano de segurança com a família e programar retorno precoce.

D) Solicitar exames (TSH, hemograma, B12) e encaminhar para geriatria para investigação de causas orgânicas, enquanto organiza visita domiciliar pela equipe da atenção primária e orientação sobre segurança domiciliar; iniciar antidepressivo após avaliação geriátrica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Correta

A conduta adequada prioriza segurança imediata e manejo clínico inicial na APS. O profissional deve avaliar o risco de suicídio (ideação, plano e acesso a meios), negociar a retirada de objetos letais com a família, iniciar ISRS, construir plano de segurança familiar e garantir retorno precoce. O acionamento da rede de apoio interprofissional é fundamental para manter acompanhamento contínuo e suporte psicossocial. Incorreta

Apesar de incluir orientações corretas sobre segurança e início de antidepressivo, o uso de benzodiazepínico em idosos traz risco aumentado de quedas, confusão mental e dependência. Essa prática não deve ser adotada como conduta inicial na APS. Incorreta

A solicitação de exames laboratoriais pode auxiliar na avaliação global do idoso, mas adiar o início da intervenção clínica diante de ideação suicida é uma conduta insegur a. A investigação orgânica deve ocorrer em paralelo ao manejo do risco e não antes dele. Incorreta

Interpretar o quadro como ansiedade moderada leva

à subvalorização da gravidade clínica e à omissão de condutas imediatas. O paciente apresenta sintomas compatíveis com depressão maior e ideação suicida, exigi ndo intervenção ativa na APS e

não apenas encaminhamento ao CAPS.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C. ; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2019, p. 2388. Cap.

36. Acesso em: 05 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_me ntal.pdf Acesso em: 05 maio 2025.

Coleção Guia de Referência. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. Avaliação do Risco de Suicı dio e sua Prevenção . Série F. SMS. Rio de Janeiro. 2016. 2016 Disponível em: https://subpav.org/download/prot/Guia_Suicidio.pdf. Acesso em: 05 maio 2025

QUESTÃO 121 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 20

Enunciado:

(FMIT) Paciente do sexo masculino, 69 anos, viúvo há cerca de 1 ano e meio, procura a Unidade de Saúde da Família acompanhado pela filha, que relata que o pai anda “triste, calado e desanimado” há vários meses. Durante a anamnese, o paciente refere perda de interesse em atividades que antes lhe davam prazer, sono não reparador e redução do apetite, sintomas que persistem há aproximadamente 8 meses. Nega ideação suicida e uso prévio de antidepressivos.Apresenta histórico de hipertensão arterial controlada com losartana e diabetes tipo 2 em uso de metformina, com bom controle glicêmico. Ao exame do estado mental: humor deprimido, afetos compatíveis, pensamento organizado, sem delírios ou alucinações.

Diante do caso, qual seria a conduta medicamentosa mais adequada para início do tratamento na Atenção Primária, considerando o perfil do paciente e as comorbidades apresentadas?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Iniciar fluoxetina, pois seu perfil estimulante ajuda a combater a lentificação psicomotora e melhora o apetite.

B) Iniciar venlafaxina, pois tem perfil dual (serotonina e noradrenalina) e melhora o controle glicêmico em pacientes diabéticos.

C) Iniciar amitriptilina, devido à sua ação ansiolítica e melhora do sono, típica em pacientes idosos com sintomas depressivos

D) Iniciar escitalopram, pela boa tolerabilidade em idosos e baixo potencial de interação medicamentosa.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

- Amitriptilina — Incorreta. Apesar de eficazes, os tricíclicos apresentam alto risco de efeitos adversos anticolinérgicos e cardiovasculares (confusão mental, constipação, retenção urinária, hipotensão postural), tornando-os inadequados para idosos na APS.

- Escitalopram — Correta. O escitalopram, um ISRS, possui ótimo perfil de segurança e tolerabilidade em idosos, com baixo risco de interação medicamentosa e boa resposta para depressão moderada a grave.

- Fluoxetina — Incorreta. Também é um ISRS, porém com meia-vida curta, além de efeitos adversos persistentes em idosos (como insônia e perda de peso), Além disso, possui maior potencial de interação que o escitalopram.

- Venlafaxina — Incorreta. Embora eficaz, trata-se de um ISRSN que pode elevar a pressão arterial, além de apresentar maior incidência de efeitos adversos autonômicos. Assim, não é a primeira escolha em idosos hipertensos na APS.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, Formação e Prática. 2. ed. rev. e ampl. 2 v. Porto Alegre: Artmed,

2018. ISBN 978-85-82715-35-2.

QUESTÃO 122 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 40**

Enunciado:

(IESVAP) Paciente do sexo masculino, 62 anos, ex-motorista de ônibus, procura a Unidade Básica de Saúde por fadiga progressiva há três meses, diminuição do interesse pelas atividades habituais, sonolência diurna, constipação intestinal e ganho de peso de 5 kg. A esposa refere isolamento social e lentificação do raciocínio. O paciente nega ideação suicida e uso de álcool ou drogas. Usa atenolol e sinvastatina. Ao exame, observa-se fala lenta, bradicardia (56 bpm), pele seca e lentificação psicomotora. Com base nesses achados, qual deve ser a conduta inicial mais adequada na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) Encaminhar diretamente ao psiquiatra para início de antidepressivo tricíclico, devido à lentificação e anedonia típicas de depressão maior.

B) Prescrever benzodiazepínico de curta duração para aliviar sintomas e melhorar o padrão de sono, antes da definição diagnóstica.

C) Solicitar investigação laboratorial (TSH, T4 livre, hemograma e função hepática), revisar o uso de betabloqueador e adiar o início de antidepressivo até excluir causas orgânicas.

D) Iniciar de imediato um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS) em baixa dose e reavaliar em 4 semanas, uma vez que o quadro é compatível com episódio depressivo leve.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Alternativa correta:

Solicitar investigação laboratorial (TSH, T4 livre, hemograma e função hepática), revisar o uso de betabloqueador e adiar o início de antidepressivo até excluir causas orgânicas.

Justificativa resumida

O quadro clínico é compatível com hipotireoidismo, que pode simular episódio depressivo. Antes de iniciar antidepressivos, é fundamental excluir causas orgânicas de humor deprimido, especialmente disfunções endócrinas.

Alternativa incorreta: Iniciar de imediato um ISRS em baixa dose e reavaliar em 4 semanas, uma vez que o quadro é compatível com episódio depressivo leve. O paciente apresenta múltiplos sinais físicos e metabólicos (bradicardia, pele seca, constipação, ganho de peso) incompatíveis com um episódio depressivo puro. Iniciar antidepressivo sem excluir causas orgânicas (como hipotireoidismo) é erro comum e potencialmente prejudicial, pois o antidepressivo não tratará a causa subjacente e pode atrasar o diagnóstico correto.

Além disso, antidepressivos podem interagir com o atenolol, alterando o ritmo cardíaco. Alternativa incorreta:

Encaminhar diretamente ao psiquiatra para início de antidepressivo tricíclico, devido à lentificação e anedonia típicas de depressão maior.

O encaminhamento direto ao psiquiatra e o uso de antidepressivo tricíclico (ADT) não são condutas de primeira linha na APS.

Os ADT têm perfil de efeitos colaterais cardiovascular e anticolinérgico importante (bradicardia, constipação, retenção urinária, sedação), o que é contraindicado em um

idoso bradicárdico.

A lentificação pode decorrer de hipotireoidismo, não de depressão primária. O manejo inicial deve focar em investigação clínica e laboratorial, e não em encaminhamento imediato ou uso de ADT.

Alternativa incorreta:

Prescrever benzodiazepínico de curta duração para aliviar sintomas e melhorar o padrão de sono, antes da definição diagnóstica.

O uso de benzodiazepínicos deve ser restrito e criterioso, apenas em casos de ansiedade aguda ou insônia severa com risco de comprometimento funcional. Neste caso, o paciente apresenta sonolência diurna — o que contraindica benzodiazepínicos, pois podem agravar a sedação e lentificação. Além disso, o uso empírico pode mascarar sintomas neurológicos e metabólicos de uma causa orgânica, como o hipotireoidismo.

Na APS, o foco deve ser investigar a causa e educar o paciente, não prescrever medicamentos sintomáticos sedativos.

Referências:

AMERICAN FAMILY PHYSICIAN. Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment. American Family Physician, 2021;103(10):605–613.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder. 4th ed. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o Uso Racional de Benzodiazepínicos na Atenção Primária. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica – Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Depressão na Atenção Primária à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. Goldman-Cecil Medicine. 27th ed. 2024. KATON, W. et al. Depression in medical illness: prevalence, impact, etiology, and treatment. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2011;13(1):7–23. LADER, M.; TYLEE, A.; DONOGHUE, J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. CNS Drugs., 2021;35(1):79–89.

NICE. Depression in adults: treatment and management (NG222). 2022. NICE. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management (CG113). 2021.

SBEM – SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diretrizes clínicas para o diagnóstico e tratamento do hipotireoidismo. 2022. STUART, G. W.; LARAIA, M. T. Princípios e Prática de Enfermagem Psiquiátrica. 11. ed. 2022.

Este caso exige raciocínio clínico integrativo.

-->

Solicitar investigação laboratorial (TSH, T4 livre, hemograma e função hepática), revisar o uso de betabloqueador e adiar o início de antidepressivo até excluir causas orgânicas.

Embora os sintomas se assemelhem a um episódio depressivo, a presença de bradicardia, ganho ponderal, constipação e lentificação levanta a hipótese de hipotireoidismo ou efeito colateral de betabloqueador (atenolol). Na APS, a conduta correta é investigar causas orgânicas antes de iniciar tratamento antidepressivo, evitando diagnósticos precipitadamente psiquiátricos. Se você escolheu a alternativa C, demonstrou raciocínio clínico adequado, visão holística do paciente e domínio dos princípios da abordagem integral da APS. -> Iniciar ISRS imediatamente e reavaliar em 4 semanas. Esta errada. Embora os sintomas sugiram depressão leve, o paciente tem sinais de disfunção orgânica (bradicardia, constipação, ganho ponderal) que devem ser investigados antes de introduzir antidepressivo. O uso de ISRS em pacientes com hipotireoidismo pode inclusive agravar sintomas de fadiga e lentificação, além de atrasar o diagnóstico correto. -> Encaminhar diretamente ao psiquiatra para antidepressivo tricíclico. Esta errada. Os tricíclicos (ex: amitriptilina) têm efeitos anticolinérgicos e risco cardiovascular, sendo contraindicados em idosos e em quadros com bradicardia e constipação. O manejo inicial é clínico e investigativo na APS, não farmacológico imediato.

-> Iniciar topiramato para aumentar energia e concentração. Esta errada. O topiramato é um anticonvulsivante estabilizador do humor, não indicado para depressão unipolar nem para sintomas de fadiga. Seu uso pode causar lentificação cognitiva e perda de peso, o que agravaria a situação clínica

-> Prescrever benzodiazepínico antes da definição diagnóstica. Esta e

Solicitar investigação laboratorial (TSH, T4 livre, hemograma e função hepática), revisar o uso de betabloqueador e adiar o início de antidepressivo até excluir causas orgânicas.

rrada. Os benzodiazepínicos podem mascarar sintomas, induzir dependência e piorar a apatia em idosos. Não há indicação para uso antes da exclusão de causas clínicas

QUESTÃO 123 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 43**

Enunciado:

(AFYA BRAGANÇA) Homem, 35 anos, apresenta sintomas de depressão grave há cerca de seis meses. Ele tem apresentado sintomas como tristeza profunda, perda de interesse em atividades que antes gostava, insônia e falta de apetite. Recentemente, o paciente começou a ter pensamentos suicidas e expressou esses sentimentos para sua família. Ele foi levado ao psiquiatra, que está avaliando as melhores opções de tratamento para ele. Qual das seguintes abordagens seria mais adequada para o tratamento inicial do paciente, considerando seu diagnóstico de depressão grave e risco de suicídio?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Terapia de eletroconvulsoterapia (ECT) - Utilizar ECT como tratamento de primeira linha devido à gravidade dos sintomas e ao risco de suicídio.

B) Apenas medicação antidepressiva - Utilizar inibidores seletivos da recaptação de serotonina para aliviar os sintomas depressivos.

C) Apenas terapia cognitivo-comportamental - Focar na mudança de padrões de pensamento negativos e comportamentos disfuncionais.

D) Combinação de terapia cognitivo-comportamental e medicação antidepressiva - Integrar a terapia e medicamento para tratar os sintomas de forma mais abrangente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa correta: Combinação de terapia cognitivo-comportamental e medicação antidepressiva — Integrar a terapia e medicamento para tratar os sintomas de forma mais abrangente.

Justificativa:

Em casos de depressão grave, especialmente com ideação suicida, o tratamento mais indicado é combinado — isto é, farmacoterapia + psicoterapia estruturada. Antidepressivos (como ISRS) ajudam a corrigir o desequilíbrio neuroquímico e reduzem sintomas biológicos (sono, apetite, energia, humor).

Terapia cognitivo-comportamental (TCC) auxilia na reestruturação dos pensamentos negativos e prevenção de recaídas.

Essa associação tem melhores resultados clínicos e reduz o risco de suicídio em comparação ao uso isolado de uma modalidade.

Além disso, devido ao risco suicida, o paciente deve ser monitorado de perto e pode necessitar internação psiquiátrica no início do tratamento para garantir segurança, mas isso não substitui a abordagem terapêutica combinada.

Justificativas das alternativas incorretas:

Apenas terapia cognitivo-comportamental

Inadequada como tratamento isolado em casos de depressão grave, pois a psicoterapia sozinha não é suficiente para controlar sintomas intensos e risco de suicídio.

É recomendada em casos leves a moderados, ou como complemento à farmacoterapia nos casos graves.

Apenas medicação antidepressiva.

Embora necessária, a medicação sozinha pode não abordar padrões cognitivos e comportamentais negativos que perpetuam o quadro.

A combinação com psicoterapia melhora a adesão, a resposta e reduz recaídas. Além disso, o suporte psicoterápico é essencial para manejo de ideação suicida e reorganização emocional.

Terapia eletroconvulsiva (ECT)

A ECT é um tratamento eficaz e seguro, mas não é primeira linha na maioria dos casos.

É indicada principalmente quando:

Há risco iminente de suicídio com necessidade de resposta rápida; Falha de resposta a antidepressivos e psicoterapia;

Presença de catatonia ou sintomas psicóticos graves.

Portanto, não é a abordagem inicial padrão, embora possa ser considerada caso o risco suicida seja extremamente alto e requeira alívio rápido dos sintomas.

Referências:

ASSOCIATION, American P. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5-TR: Texto Revisado. 5th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book. p.107. ISBN

9786558820949. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820949/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUEVEDO, João. Emergências psiquiátricas. 4th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2020. E-book. ISBN 9788582715970. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715970/. Acesso em: 24 nov. 2024.

CHENIAUX, Elie. Manual de Psicopatologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN

9788527737036. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737036/. Acesso em: 01 jun. 2024.

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019. 9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/. Acesso em: 30 mai. 2024.

DynaMed. Major Depressive Disorder (MDD). EBSCO Information Services. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/major-depressive-disorder-mdd. Acesso em: 31 mai. 2024.

QUESTÃO 124 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 11**

Enunciado:

(AFYA PATO BRANCO) Um homem de 52 anos procura a UBS com queixa de “tristeza quase todo dia” há 7 semanas, perda de interesse por atividades, fadiga, culpa, dificuldade de concentração e insônia de manutenção (acorda 2–3x/noite). Nega períodos de euforia, diminuição da necessidade de sono, aumento de energia ou comportamento de risco. Nega uso de álcool/drogas. Tem hipertensão e diabetes em uso de losartana, hidroclorotiazida, metformina e sinvastatina (polifarmácia leve). Exame do Estado Mental (EEM): consciente e orientado; contato cooperativo; humor deprimido, afeto constrito; pensamento com conteúdo de desvalia, sem delírios; percepção sem alterações; psicomotricidade discretamente lentificada; juízo crítico preservado; nega ideação suicida ativa.

Considerando o manejo medicamentoso na APS e as características dos ISRS, assinale a alternativa mais adequada para iniciar tratamento antidepressivo neste caso.

Alternativas:

A) Iniciar benzodiazepínico como tratamento principal, pois é a conduta mais indicada para depressão na APS..

B) Iniciar fluvoxamina, pois apresenta maior eficácia em depressão do que em transtornos ansiosos.

C) Iniciar escitalopram, por ser ISRS de primeira escolha, com menor potencial de interação medicamentosa em pacientes em uso de múltiplos fármacos.

D) Iniciar paroxetina preferencialmente pela manhã, pois tem efeito anti-histamínico que reduz sonolência e apetite.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Iniciar benzodiazepínico como tratamento principal, pois é a conduta mais indicada para depressão na APS. Incorreta: benzodiazepínico não é tratamento principal para depressão; atua mais em ansiedade/insônia e pode levar a dependência, sem tratar o quadro depressivo de base.

Iniciar escitalopram, por ser ISRS de primeira escolha, com menor potencial de interação medicamentosa em pacientes em uso de múltiplos fármacos. Correta: O citalopram e o escitalopram costumam ser preferidos em pessoas usando múltiplos medicamentos, porque são ISRSs com menos interação medicamentosa. A fluoxetina tem a peculiaridade de ter um metabólito ativo

(norfluoxetina) com meia-vida de 2 semanas, que permite a retirada rápida do medicamento, porém exige cuidado na introdução de outros antidepressivos logo após sua retirada. A fluovoxamina é também um ISRS, mas tem eficácia maior em quadros de transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e transtorno de ansiedade social do que em depressão. Os ISRS são a primeira escolha na grande maioria dos casos de transtornos do humor e ansiedade, pelo perfil de eficácia e efeitos colaterais.

Iniciar fluvoxamina, pois apresenta maior eficácia em depressão do que em transtornos ansiosos. Incorreta: A fluvoxamina é mais indicada quando há TOC/ansiedade social predominantes; não é a melhor escolha "geral" para depressão.

Iniciar paroxetina preferencialmente pela manhã, pois tem efeito anti-histamínico que reduz sonolência e apetite. Incorreta: Paroxetina costuma ser mais sedativa, geralmente preferida à noite, e tende a aumentar sonolência e apetite; a alternativa descreve o contrário e o horário inadequado.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388. Cap. 236. Acesso em: 20 out. 2025.

-

QUESTÃO 125 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 30

Enunciado:

(AFYA REDENÇÃO) Um homem de 47 anos foi diagnosticado com episódio depressivo maior, apresentando humor deprimido persistente, anedonia, fadiga intensa, prejuízo cognitivo e ideação pessimista. Iniciou tratamento com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS), com melhora parcial após 8 semanas, mantendo lentificação psicomotora importante. Relata uso eventual de descongestionantes nasais. Possui história prévia de resposta inadequada a antidepressivos e apresenta efeitos colaterais gastrointestinais relevantes.

Considerando os mecanismos de ação dos antidepressivos, o perfil clínico, os riscos de interação medicamentosa e a segurança farmacológica, qual é a alternativa que melhor justifica a escolha e/ou ajuste terapêutico nesse contexto?

Alternativas:

A) A substituição do ISRS por antidepressivo tricíclico é sempre superior, independentemente da idade, das comorbidades clínicas ou do uso concomitante de outros medicamentos pelo paciente.

B) A troca do ISRS por um antidepressivo tricíclico pode ser considerada, pois atua na recaptação de serotonina e noradrenalina, porém exige cautela devido ao maior risco de efeitos anticolinérgicos e cardiovasculares e menor margem de segurança.

C) A associação imediata de um inibidor da monoamina oxidase é indicada, já que essa classe apresenta baixo risco de interações medicamentosas, perfil seguro em associação com outros fármacos e resposta rápida em casos refratários.

D) A manutenção do ISRS sem ajustes é a melhor conduta, pois essa classe atua principalmente sobre dopamina, sendo eficaz nos sintomas melancólicos e apresentando risco mínimo de interações medicamentosas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A alternativa correta é a que propõe a troca do ISRS por um antidepressivo tricíclico com cautela, fundamentando a decisão no mecanismo de ação dual (serotonina e noradrenalina) e reconhecendo limitações importantes de segurança. Em pacientes com resposta parcial ao ISRS, especialmente com lentificação psicomotora persistente, os tricíclicos podem oferecer maior eficácia por ampliar a disponibilidade sináptica de monoaminas. No entanto, essa escolha exige avaliação criteriosa devido aos efeitos anticolinérgicos, risco cardiovascular, interações medicamentosas e menor margem terapêutica, o que justifica uma análise individualizada da conduta. Uma alternativa incorreta sugere o uso de inibidores da monoamina oxidase como opção imediata e segura. Essa afirmação é inadequada, pois essa classe apresenta alto potencial de interações medicamentosas, incluindo risco de crise hipertensiva com fármacos simpatomiméticos (como descongestionantes nasais) e síndrome serotoninérgica, além de restrições alimentares rigorosas, o que limita seu uso a casos selecionados e sob monitorização especializada.

Outra alternativa incorreta descreve o ISRS como atuando predominantemente sobre a dopamina e como isento de interações medicamentosas. Na realidade, os ISRS atuam principalmente pela inibição da recaptação de serotonina, com efeitos indiretos sobre outros sistemas, e podem apresentar interações clinicamente relevantes, além de não serem a melhor opção isolada em quadros refratários ou com sintomas melancólicos marcantes.

A alternativa:

A substituição do ISRS por antidepressivo tricíclico é sempre superior, independentemente da idade, das comorbidades clínicas ou do uso concomitante de outros medicamentos pelo paciente.

A alternativa está incorreta, pois afirma que os tricíclicos são sempre superiores aos ISRS, independentemente do perfil do paciente. Essa generalização é inadequada, pois a escolha do antidepressivo deve considerar idade, comorbidades clínicas, perfil de efeitos adversos, risco de toxicidade e segurança em caso de superdosagem, fatores nos quais os ISRS costumam apresentar vantagem.

Referências:

KAPLAN, Harold I.; SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A. Compêndio de Psiquiatria. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

KASPER, Dennis L. et al. Harrison – Medicina Interna. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2022. STAHL, Stephen M. Psicofarmacologia Essencial. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. -

QUESTÃO 126 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 35

Enunciado:

(BANCO AFYA) Mulher, 24 anos, comparece à UBS após crise de choro no trabalho. Relata tristeza profunda, anedonia há 3 meses, ideação suicida com plano definido e admite estar acumulando medicamentos controlados. Faz automedicação com fluoxetina (60 mg/dia) e clonazepam obtido sem receita. Mora sozinha, término de relacionamento recente, e tem histórico de tentativa prévia de suicídio há 1 ano. Analise este caso clínico e aplique a conduta mais adequada, considerando os aspectos éticos, clínicos e legais.

Alternativas:

A) Prescrever antidepressivo diferente em dose adequada, substituir benzodiazepínico por outro, agendar retorno semanal, sugerir psicoterapia particular, manter confidencialidade total e recomendar aplicativos de automonitoramento de humor disponíveis.

B) Solicitar internação psiquiátrica compulsória imediata, notificar autoridades sobre uso irregular de medicações controladas, comunicar familiares sobre risco, confiscar medicamentos em posse da paciente e registrar ocorrência por automedicação ilegal.

C) Avaliar como alto risco de suicídio, encaminhar imediatamente ao serviço especializado, comunicar familiares com quebra justificada de sigilo, notificar caso às autoridades sanitárias e oferecer recursos de teleassistência como suporte complementar.

D) Manter sigilo absoluto, realizar contrato antisuicídio verbal, ajustar fluoxetina para 20 mg/dia, suspender clonazepam gradualmente, agendar retorno em 30 dias e fornecer contato do Centro de Valorização da Vida para suporte telefônico contínuo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Alternativa correta: "Avaliar como alto risco de suicídio, encaminhar imediatamente ao serviço especializado, comunicar familiares com quebra justificada de sigilo, notificar caso às autoridades sanitárias e oferecer recursos de teleassistência como suporte complementar": está correta porque aborda adequadamente um caso de alto risco de suicídio, contemplando todos os aspectos necessários para o manejo seguro e ético da situação.

A paciente apresenta múltiplos fatores de risco para suicídio, incluindo: sintomas depressivos graves, ideação suicida com plano definido, acúmulo de medicamentos (preparação), tentativa prévia (principal fator de risco), isolamento social (mora sozinha), perda recente (emprego) e uso abusivo de medicamentos. Segundo Botega (2015), a presença destes fatores caracteriza alto risco de suicídio, exigindo intervenção imediata. O encaminhamento ao serviço especializado é fundamental neste caso. Conforme destacado por Chachamovich et al. (2014), pacientes com ideação suicida estruturada, plano definido e fatores de risco adicionais requerem avaliação psiquiátrica emergencial, não sendo adequado o manejo exclusivo na atenção básica.

A quebra justificada do sigilo médico para comunicação aos familiares está amparada pelo Código de Ética Médica (CFM, 2018), que prevê exceção à confidencialidade quando há risco iminente à vida do paciente ou de terceiros. Esta conduta é corroborada por Teng e Pampanelli (2015), que enfatizam a priorização da vida sobre o sigilo em situações de alto risco.

A notificação do caso é obrigatória, conforme a Portaria nº 1.271/2014 do Ministério da Saúde, que incluiu as tentativas de suicídio e situações de autoagressão na lista de agravos de notificação compulsória (Brasil, 2014).

Por fim, oferecer recursos de teleassistência, como o Centro de Valorização da Vida (CVV), representa uma estratégia complementar importante. De acordo com Botega et al. (2020), serviços de suporte à distância constituem ferramentas valiosas na rede de atenção e prevenção ao suicídio.

Alternativas incorretas:

- "Manter sigilo absoluto, realizar contrato antisuicídio verbal, ajustar fluoxetina para 20 mg/dia, suspender clonazepam gradualmente, agendar retorno em 30 dias e fornecer contato do Centro de Valorização da Vida para suporte telefônico contínuo": subestima a gravidade do caso ao manter sigilo absoluto e agendar retorno em 30 dias. O "contrato antisuicídio" verbal tem eficácia limitada e não substitui intervenções mais assertivas em casos de alto risco (Sadock et al., 2017). Além disso, a dose inicial recomendada de fluoxetina é 20 mg/dia, mas o ajuste medicamentoso isoladamente é insuficiente neste contexto de emergência.

- "Solicitar internação psiquiátrica compulsória imediata, notificar autoridades sobre uso irregular de medicações controladas, comunicar familiares sobre risco, confiscar

medicamentos em posse da paciente e registrar ocorrência por automedicação ilegal": propõe medidas excessivamente coercitivas. Segundo Dalgalarrondo (2019), a internação compulsória é medida extrema que deve seguir critérios rigorosos e não automáticos. A notificação às autoridades sobre uso irregular de medicação não é procedimento padrão nestes casos, sendo mais importante garantir atendimento adequado do que punir a automedicação.

- "Prescrever antidepressivo diferente em dose adequada, substituir benzodiazepínico por outro prescrito, agendar retorno semanal, sugerir psicoterapia particular, manter confidencialidade total e recomendar aplicativos de automonitoramento de humor disponíveis gratuitamente": falha ao manter confidencialidade total em situação de risco iminente de suicídio e ao propor apenas acompanhamento ambulatorial semanal. De acordo com Quevedo e Carvalho (2014), casos de alto risco de suicídio exigem intervenção imediata e não podem aguardar manejo ambulatorial regular, mesmo com retornos frequentes.

Referências:

BASTOS, R. R. O Método Clínico. 1. ed. Juiz de Fora: Bartlebee, 2014. BOTEGA, N. J. Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed, 2015. BOTEGA, N. J. et al. Prevenção do suicídio no Brasil: epidemiologia e desafios futuros. Revista de Saúde Pública, v. 54, p. 127, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Diário Oficial da União, 2014.

CHACHAMOVICH, E. et al. Manual de Prevenção do Suicídio. Associação Brasileira de Psiquiatria. Brasília: CFM/ABP, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Resolução CFM nº 2.217/2018. Código de Ética Médica. Brasília: CFM, 2018.

DALGALARRONDO, P. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

MANSUR, Carlos G. Psiquiatria para o Médico Generalista. Porto Alegre: ArtMed, 2013. Ebook. p.1. ISBN 9788536327921. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788536327921/. Acesso em: 24 nov. 2024

QUEVEDO, J.; CARVALHO, A. F. Emergências psiquiátricas. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017. TENG, C. T.; PAMPANELLI, M. B. O suicídio no contexto psiquiátrico. Revista Brasileira de Psicologia, v. 2, n. 1, p. 41-51, 2015.

-

Meningites (13 questões)

QUESTÃO 127 — **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 3**

Enunciado:

Homem de 29 anos deu entrada no pronto socorro com Glasgow 13. Acompanhado do irmão que relata prostração do paciente nas últimas 3 semanas, emagrecimento e tosse. Sem história de doenças previas.

Ao exame físico apresentava halitose com candidíase importante na orofaringe. O plantonista solicitou teste de HIV pensando em infecção oportunista. E realização de coleta do liquor pensando em neurocriptococose.

Em relação punção lombar nesse paciente o médico deve:

Alternativas:

A) usar luva estéril, limpar uma área ampla do sitio de punção com um agente desinfetante, clorexidina alcoólica com movimentos de círculos concêntricos.

B) utilizar obrigatoriamente capote cirúrgico, com auxilio de um anestesista e o cobrir o local da punção com pomada contendo antibiótico para profilaxia de infecção oportunista.

C) usar luva cirúrgica estéril, fazer assepsia da área com degermante e álcool a 70%, uma dose endovenosa no paciente de antibiótico profilático.

D) está contraindicador o procedimento devido ao alto risco de contaminação por ser um paciente com HIV, sendo mais seguro o tratamento empírico para a equipe assistencial.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

O paciente do caso clínico recebeu o diagnostico de HIV. O medico deve seguir os procedimentos normais para realização de uma punção lombar como faria em qualquer paciente com objetivo de ter segurança para ambos.

MATERIAL PARA PUNÇÃO

Agora que você já sabe as indicações e contraindicações desse procedimento, você precisa separa todo o material necessário para realizar a sua punção lombar. Lembre-se de que você estará invadindo um sitio estéreo, por isso, é muito importante que se tenha muito cuidado ao manipular os equipamentos e materiais necessários para realizar a punção. O equipamento consiste em:

• Agulha para punção lombar com estilete

• Calibre 20 ou 22 com diferentes tamanhos:

• Infantil: 3,8cm

• Criança: 6,3cm

• Adulto: 8,9cm

• Solução para degermação da pele

• Campos estéreos

• Tubos para coleta de espécime

• Em alguns casos, manômetro

• Luvas estéreo

Antes de começar o procedimento, você deve explicá-lo ao seu paciente, considerando seus riscos e benefícios. Obtenha ainda uma autorização para a realização do procedimento com o paciente ou, em caso de menor de idade ou incapacidade de responder por si, com um responsável ou familiar.

POSICIONAMENTO DO PACIENTE

Após obter o consentimento, você deve posicionar o seu paciente. Podem ser utilizadas basicamente duas posições para realização da punção:

• Decúbito lateral com as pernas e coxas fletidas (em posição fetal), com a coluna

paralela a mesa de procedimento

• Sentado curvando-se para frente, de forma que a coluna fique perpendicular a mesa em que o paciente está sentado

Em geral, se prefere a posição de decúbito, pois, com ela, há uma pressão de abertura mais acurada durante o procedimento, com menores riscos de complicações, como cefaleia pós punção.

The New England Journal of Medicine - Lombar Puncture

Estas posições aumentam os espaços entre os processos espinhosos, permitindo assim um melhor acesso ao espaço subaracnóideo. Para situar o ponto de punção, uma linha imaginária deve ser traçada entre as cristas ilíacas, cruzando perpendicularmente a coluna vertebral. O ponto de intersecção entre esta linha e a coluna vertebral coincide com o processo espinhoso da vértebra L4. A agulha deve ser inserida no espaço entre a vertebra L3-L4 ou L4-L5, pois esta posição se localiza abaixo da medula espinal, local em que se tem apenas a cauda equina. Palpe o local de punção identificado por sua linha imaginaria antes de fazer o preparo da pele, para se ter um melhor parâmetro anatômico, tanto para realização da anestesia local, como da própria punção. A própria anestesia pode dificultar a identificação dos parâmetros anatômicos. Por isso, deve-se marcar com uma caneta o ponto na pele em que será inserida a agulha. PREPARO PARA O PROCEDIMENTO

Utilizando uma luva estéreo, limpe uma área ampla do sitio de punção com um agente desinfetante como clorexidina alcoólica e degermante ou iodo, realizando movimentos de círculos concêntricos. Cubra a área com campos estéreos, deixando apenas o sítio de punção livre para acesso. Como o procedimento é doloroso e potencialmente causador de ansiedade no paciente, você deve realizar uma anestesia local com lidocaína subcutânea. INSERÇÃO DA AGULHA

Agora, utilizando uma luva estéreo, identifique, por meio da palpação, o sítio de punção. Feito isso, introduza a agulha de tamanho apropriado com o estilete em seu interior. Ela deve ser introduzida na linha média, na porção superior do processo espinhoso imediatamente inferior ao espaço que você está adentrando. Direcione a agulha em um ângulo de aproximadamente 15 graus em direção ao umbigo do paciente. Certifique-se de que o bisel da agulha esteja alinhado no plano sagital, para separar, em vez de cortar as fibras do saco dural. Essas fibras correm paralelas ao eixo da coluna. O uso da agulha nesta posição, teoricamente, reduz o extravasamento de líquido cefalorraquidiano.

Se corretamente posicionada, a agulha deve transpassar as seguintes estruturas na sequencia aqui listada:

1. Pele e tecido subcutâneo

2. Ligamento supraespinoso

3. Ligamento interespinoso

4. Ligamento amarelo

5. Espaço epidural posterior (que contém seu plexo venoso)

6. Dura-máter

7. Aracnoide

8. Espaço subaracnóide (entre os nervos terminais que formam a cauda equina) Quando a agulha passa pelo ligamento amarelo, você pode sentir uma sensação de estalo, como se você estivesse furando uma folha com uma agulha. Após esta sensação, você deve inserir a agulha por mais 2 mm. Uma vez atingido o local desejado, retire o estilete para checar se há fluxo de líquido cefalorraquidiano. Caso não saia, a cada 2mm de mobilização da agulha, retire novamente o estilete para checar gotejamento do LCR,

Caso uma estrutura óssea seja atingida, não force para avançar, retire a agulha até o nível do subcutâneo, sem retirá-la pela pele e reinsira, alterando a sua direção. Líquido cefalorraquidiano fluirá assim que a agulha atingir o espaço subaracnoide. Se houver um acidente de punção, o líquor pode estar sujo de sangue, mas, conforme o líquido goteja no frasco coletor, este deve se tornar translúcido, a menos que a fonte do sangramento seja uma hemorragia subaracnoide. Se o fluxo for lento, uma raiz nervosa pode estar obstruindo a agulha, assim, você deve rotacionar a agulha 90 graus. Se um coágulo sanguíneo obstruir a agulha, você deve retirar esta e puncionar outro espaço intervertebral com uma nova agulha. PRESSÃO DE ABERTURA DO LÍQUOR

Algo pouco realizado, mas que pode ser feito em algumas situações, é a medida da pressão de abertura do líquor. Para que isso seja feito, o paciente deve estar na posição de decúbito lateral. Utilize um conector flexível e acople um raquimanômetro à agulha que acessa o conteúdo espinhal. Após aguardar a subida da coluna de fluido na régua que gradua as pressões, possivelmente observando pulsação devido a batimentos cardíacos ou movimentos respiratórios, você pode aferir a pressão pela altura da coluna. Se a pressão do líquido cefalorraquidiano ultrapassar 25 cmH,0, você deve monitorar o paciente cuidadosamente para sinais de herniação, além de determinar a causa da pressão intracraniana elevada. COLETA DO ESPÉCIME

Você deve permitir que o LCR goteje nos tubos de coleta de espécime. Nunca aspire o líquido cefalorraquidiano, pois mesmo uma pequena pressão negativa pode precipitar hemorragia. A coleta de líquor necessária deve ser mínima para que se realize a análise laboratorial. Tipicamente, 3 a 4 mL de líquor são o suficientes para a maioria dos processamentos. Após ter coletado o espécime necessário, reposicione o estilete e remova a agulha. Embora tradicionalmente tenha se instruído os pacientes a permanecerem deitados por várias horas após uma punção lombar, não há evidência de que essa precaução diminua o risco de vazamento de LCR, cefaleia pós-punção ou outras complicações. Todos os perfurocortantes devem ser adequadamente descartados ou em dispositivos específicos para se evitar acidentes com materiais biológicos.

https://www.nejm.org/doi/ful/10.1056/NEJMvcm 054952

QUESTÃO 128 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 8**

Enunciado:

Paciente do sexo masculino, 18 anos, participou de um retiro espiritual, durante 05 dias, apresentando, após 03 dias, quadro de febre (temperatura: 38,5° C), cefaleia intensa, náuseas, vômitos e confusão mental, sendo levado pelos familiares ao pronto atendimento do serviço de urgência. Ao exame físico, apresentou prostração, rigidez de nuca e sinais de Kerning

• Brudzinski positivos.

Analisando dados da anamnese e exame físico, indique dentre as opções abaixo, a principal hipótese diagnóstica e a conduta correta a ser realizada:

Alternativas:

A) AVC isquêmico / Tomografia cranioencefálica e trombolíticos

B) Meningite / Exame do líquor e antibioticoterapia EV

C) Infecção viral / Hemograma e antibióticos orais

D) Ruptura de aneurisma cerebral / Cirurgia neurológica imediata

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A meningite expressa a ocorrência de um processo inflamatório das meninges, membranas que envolvem o cérebro. As meningites de origem infecciosa, principalmente as causadas por bactérias, são as mais importantes do ponto de vista da saúde pública, pela magnitude de sua ocorrência e

potencial de produzir surtos. Em geral, a transmissão é de pessoa a pessoa, através das vias respiratórias, por gotículas e secreções da nasofaringe, havendo necessidade de contato íntimo (residentes da mesma casa, pessoas que compartilham o mesmo dormitório ou alojamento, comunicantes de creche ou escola, namorado) ou contato direto com as secreções respiratórias do paciente. A meningite é uma síndrome na qual, em geral, o quadro clínico é grave e caracteriza-se por febre, cefaleia intensa, náusea, vômito, rigidez de nuca, prostração e confusão mental, sinais de irritação meníngea, acompanhados de alterações do líquido cefalorraquidiano (LCR).

A irritação meníngea associa-se aos sinais de Kerning e Brudzinski O diagnóstico é feito pelo quadro clínico, exame do líquor e hemograma. O tratamento das meningites bacterianas é realizado com antibioticoterapia administrada por via venosa por um período de 7 a 14 dias, ou até mais, dependendo da evolução clínica e do agente etiológico.

Referência bibliográfica

Tratado de Neurologia da Academia Brasileira de Neurologia / Joaquim Pereira Brasil Neto, Osvaldo M, Takayanagui. - 1. Ed. - Rio de Janeiro : Elsevier, 2013, https://neurologiahu.ufsc.br/files/2012/10/MENINGITES Guia-de-Vigil%WC3%A2 ncia-Epidemiol%C3%B3gica-da-Secretaria-de-VigilYwC3%A2 ncia-em-Sa%C3%BAde-7 %C2 %AA-edi%WC3%AT7 %C3%A30. pdf

QUESTÃO 129 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 24

Enunciado:

Um estudante universitário de 18 anos chega ao pronto-socorro (DE) com febre e rigidez no pescoço que começaram há algumas horas. Ele também descreve uma dor de cabeça e náuseas que começaram ao mesmo tempo. Os sinais de Kernig e Brudzinski são positivos. O líquido cefalorraquidiano (LCR) foi coletado e tem uma aparência amarelada e turva. Os resultados da análise do LCR mostram uma contagem de leucócitos de 10.000 células/mmê (0-5 células/mm?2), 99% de neutrófilos; proteína 200 mg/dL (20-45 mg/dL); e glicose de 20 mg/dL (45-65 mg/dL). A coloração de Gram do LCR mostra diplococos gram-negativos.

Fonte: TAYLOR, H. L.; WELLMAN, L. L.; CONRAN, R. M. Educational Case: Neisseria

Meningitis. Academic Pathology, v. 8, n. 26, p. 1-9, 2021.

O caso clínico acima apresentado é compatível com um quadro de:

Alternativas:

A) Meningite fúngica aguda, na qual os sinais de Kernig e Brudzinski apresentam alta sensibilidade e especificidade para infecções neurais de pior prognóstico.

B) Meningite bacteriana aguda, onde a presença predominante de leucócitos polimorfonucleares, no líquor, é característica deste tipo infeccioso.

C) Meningite bacteriana crônica, onde a duração estendida por algumas horas do quadro justifica os achados liquóricos de baixa proteína e glicose.

D) Meningite viral aguda, com característica presença liquórica de leucócitos mononucleares, glicose baixa e proteína elevada.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

JUSTIFICATIVA:

- Sobre os sinais de Kernig e Brudzinski: Os sinais de Kernig e Brudzinski são achados do exame físico que sugerem irritação meníngea e se manifestam como uma forma do organismo evitar o estiramento das meninges. O sinal de Kernig é a resistência à extensão passiva das pernas flexionadas quando o paciente está deitado em decúbito dorsal. O sinal de Brudzinski é a flexão involuntária do quadril e do joelho quando o examinador flexiona passivamente o pescoço do paciente. Esses sinais são classicamente usados para testar meningite. E importante notar que ambos os achados do exame físico têm baixa sensibilidade (Kernig 7%-18%; Brudzinski 7%-14%) e alta especificidade (Kernig 93%-98%, Brudzinski 94%-98%) para meningite . Em todos os tipos de meningite, os sinais de Kernig ou Brudzinski aparecem com apenas 61% de frequência.

- Sobre os achados liquóricos: A análise do líquido cefalorraquidiano é útil para determinar a etiologia da meningite. Na meningite bacteriana, a pressão de abertura na LP geralmente é acentuadamente elevada. Há tipicamente uma leucocitose pleomórfica com um diferencial de neutrófilos principais. Como as bactérias estão presentes no próprio LCR, o LCR terá baixa glicose. O teor de proteína do LCR é elevado devido à inflamação. Uma coloração de grama do LCR pode demonstrar o organismo etiológico. Sendo este o caso clínico apresentado na questão.

- As características do líquor, de acordo com a etiologia da infecção meníngea, se encontram resumidas na tabela a seguir:

Fontes:

LEVINSON, Warren; CHIN-HONG, Peter; JOYCE, Elizabeth; et al. Microbiologia Médica e Imunologia: um manual clínico para doenças infecciosas. 15° edição. Rio de Janeiro: Grupo A, 2021.

LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. Merritt - Tratado de Neurologia. 13ª edição. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018.

QUESTÃO 130 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 14

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Uma mãe chega a Unidade Hospitalar levando o seu filho, de 10 anos de idade, apresentando febre e cefaleia há mais de 48 horas. O paciente apresentava-se hígido, com febre alta de 39,5°C, junto com vômitos em jato, inapetência, astenia e irritação. Apresentou cefaleia no mesmo período sem fatores de melhora, e relatou piora ao se movimentar. Além disso, apresentava rigidez de nuca (sinais de irritações meníngea positivos: Kerning, Brudzinski e Laségue; reagindo a estímulos dolorosos, sem alterações na força muscular). Na análise do LCR, foram obtidos os seguintes resultados:

Aspecto e cor: Líquido com coloração branca-leitosa.

Bioquímica: Diminuição nos níveis de glicose, caracterizando uma hipoglicorraquia, valor encontrado abaixo de 2/3 da glicemia (VR: 2/3 da glicemia), diminuição dos níveis de cloretos, valor encontrado de 502 mEq/L (VR: 680 - 750 mEq/L) aumento considerável das proteínas totais, e aumento dos níveis de Lactato, valor encontrado 30 md/dL (VR: 9-19 mg/dL).

Análise microbiológica: Cultura com crescimento em Agar chocolate. VR = Valor de Referência.

Mediante o exposto, assinale a alternativa que apresenta o possível diagnóstico para o caso.

Alternativas:

A) O paciente apresenta uma meningite viral, uma vez que o líquor tem aspecto branco-leitoso e há hipoglicorraquia.

B) O paciente apresenta uma meningite tuberculosa, uma vez que há elevação do lactato e crescimento em ágar chocolate.

C) O paciente apresenta uma hemorragia subaracnóidea, uma vez que há cefaleia intensa e alteração do aspecto do líquor.

D) O paciente apresenta uma meningite bacteriana, uma vez que os níveis de glicose estão abaixo da normalidade, bem como a elevação dos níveis de lactato, com crescimento em ágar chocolate e o aspecto e a cor estão característicos para esse tipo de infecção.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Possivelmente, o paciente apresenta uma meningite infecciosa tendo como agente etiológico uma bactéria, uma vez que o paciente apresenta hipoglicorraquia, bem como a elevação dos níveis de lactato. Além disso, o crescimento em ágar chocolate, o aspecto e a cor estão associados a esse tipo de infecção.

Referência:

WILLIAMSON, M.A.; SNYDER, L.M. Wallach: Interpretação de Exames Laboratoriais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 10ª ed., 2017.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 131 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 50

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Um paciente de 45 anos é admitido em um hospital com febre, dor de cabeça intensa, náuseas e rigidez no pescoço. Os exames de líquido cefalorraquidiano (LCR) revelam pleocitose, concentração elevada de proteína e diminuição da glicose, sugerindo meningite. A cultura do LCR ainda não foi

possível para a investigação do agente causador. Considerando esse contexto, avalie as seguintes asserções e a relação proposta entre elas.

I- A meningite bacteriana é uma emergência neurológica e a terapia apropriada deve ser iniciada o mais rápido possível após o diagnóstico ser considerado provável. PORQUE

II- Desta forma, deve-se iniciar antibioticoterapia o mais rápido possível após suspeita oucomprovação do diagnóstico de meningite bacteriana.

Alternativas:

A) As asserções I e II são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa da I.

B) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

C) As asserções I e II são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa da I.

D) A asserção I é uma proposição falsa, e a II é uma proposição verdadeira.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Meningite bacteriana aguda (MBA):

Tratamento

a meningite bacteriana é uma emergência neurológica e a terapia apropriada deve ser iniciada o mais rápido possível após o diagnóstico ser considerado provável recomendações de tratamento com base nas diretrizes da Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) e da Federação Europeia de Sociedades Neurológicas (EFNS)

antibióticos

iniciar antibioticoterapia o mais rápido possível após suspeita ou comprovação do diagnóstico de meningite bacteriana

antibióticos empíricos indicados se punção lombar atrasada ou meningite purulenta (mesmo se coloração de Gram do líquido cefalorraquidiano [LCR] negativa)

a escolha empírica do antibióticodepende dos patógenos prováveis (IDSA Grau A- I para combinação de drogas)

se organismos desconhecidos usam ambos

Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed.

– Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_3ed.pdf. Acesso em 26 abr. 2023.

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. Grupo A, Capítulo 6, 2014. E-book. ISBN 9788580553550. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580553550/. Acesso em: 18 nov. 2022.

DynaMed. Meningite bacteriana em adultos. Disponível em:

https://www.dynamed.com/condition/bacterial-meningitis-in-adults#GUID-BB0F3FD6-A29A477E-A54 1- 7A08D98041A4. Acesso em 26 abr. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 132 **Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 36**

Enunciado:

Após a confirmação de meningite meningocócica em um adolescente de 15 anos com febre alta, cefaleia, náuseas e rigidez de nuca, devem ser tomadas medidas de profilaxia. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o que é recomendado como profilaxia de primeira escolha para contatos próximos e profissionais de saúde expostos sem EPI sobre o caso acima?

Alternativas:

A) Administrar ceftriaxona a todos os contatos, inclusive os casuais, como primeira escolha.

B) Vacinar os contatos próximos com vacina meningocócica como única medida, dispensando a quimioprofilaxia.

C) Administrar ciprofloxacino apenas aos profissionais de saúde, mesmo àqueles que utilizaram EPI adequado.

D) Administrar rifampicina em contatos próximos e profissionais de saúde expostos à secreções respiratórias sem proteção adequada.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Conforme estabelecido pela Portaria n° 192 do Centro de Vigilância Sanitária (CEVS) do Ministério da Saúde, a profilaxia com rifampicina é especificamente indicada para contatos próximos e profissionais

de saúde expostos a casos confirmados de meningite meningocócica sem o uso de equipamentos de proteção individual (EPI) adequados. Esta diretriz destaca a rifampicina como a medida profilática prioritária em situações de risco de transmissão, enfatizando a sua eficácia na prevenção da propagação da infecção. A Portaria nº 192 reforça a importância da identificação e tratamento rápido dos indivíduos expostos, para controlar surtos e proteger a saúde pública. Contatos próximos são os moradores do mesmo domicílio, indivíduos que compartilham o mesmo dormitório (em alojamentos, quartéis, entre outros), comunicantes de creches e escolas, e pessoas diretamente expostas às secreções do paciente sem uso de EPI, como, por exemplo, profissionais que realizaram IOT, passagem de SNG ou laringoscopia.

Referência:

https://www.cevs.rs.gov.br/portaria-cnaes-portaria-n-192-2022.Medidas de Prevenção e controle de Doença Meningocócica.

Guia de Vigilância em Saúde:volume único [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 133 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original nº 37

Enunciado:

Uma criança de 2 anos de idade é trazida pela mãe à UPA da sua região, com história de febre há 3 dias, fotofobia, rigidez da nuca e convulsão. Foi realizada punção lombar, cujo resultado do líquor foi: aspecto purulento, celularidade 7.000 neutrófilos/mm 3 e 100 linfócitos/mm^3, hipoglicorraquia e hiperproteinorraquia.

Considerando os dados da punção lombar e a sintomatologia do paciente, marque a alternativa que apresenta o diagnóstico e a forma de transmissão do caso corretamente.

Alternativas:

A) Meningite viral, contato com a saliva de uma pessoa infectada.

B) Neurotuberculose, inalação de gotículas respiratórias de adultos bacilíferos.

C) Meningite bacteriana, contato próximo com secreções respiratórias de uma pessoa infectada.

D) Meningite fúngica, inalação de esporos presentes no ambiente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

A alternativa correta é que apresenta o diagnóstico de meningite bacteriana considerando o quadro clínico e os achados laboratoriais apresentados. A meningite bacteriana é sugerida pelos sintomas típicos, como febre persistente, fotofobia, rigidez de nuca e podendo levar o paciente a quadros de convulsão e coma, bem como pelos resultados da punção lombar, que indicam aumento de células (predominantemente neutrófilos), aumento de proteínas e diminuição de glicose no líquor, características típicas de meningite bacteriana. É transmitida por contato próximo com secreções respiratórias de pessoas infectadas, como tosse ou espirros. A meningite viral não corresponde com os achados da punção lombar. Além disso, a transmissão da meningite viral não ocorre por contato saliva, como indicado na opção, podendo ser transmitida por contaminação fecal-oral ou até por picada de mosquitos infectados. A neurotuberculose além de não apresentar os sintomas e os achados laboratoriais do caso, é mais comumente associada a outros grupos etários, como adolescentes e adultos jovens. Assim como nos casos de tuberculose fúngica que não apresenta os achados laboratoriais acima e é mais comum em pacientes imunocomprometidos.

Referências:

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10ª edição. Grupo GEN, 2021. 9788527738378. LEVINSON, Warren. Microbiologia Médica e Imunologia. 13ª edição. AMGH, 2016.

9788580555578. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580555578/. MCPHERSON, Richard A.; PINCUS, Matthew R. (Ed.). Diagnósticos clínicos e tratamento por métodos laboratoriais de Henry. 21. ed. São Paulo: Manole, 2012. Doença Meningocócica. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. 1. ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Outras Meningites. Guia de Vigilância em Saúde: volume 1/Ministério Meningite: O que precisamos saber/Liphaus BL et al. da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, CoordenaçãoGeral de Desenvolvimento da Epidemiologia e Serviços. 1. ed. Atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 134 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 37

Enunciado:

(UNIPTAN) Um menino de 7 anos é levado ao Pronto Socorro com febre (temperatura 38,3°C), cefaleia de intensidade moderada, náuseas e fotofobia que começaram há três dias. A criança não apresenta rebaixamento do nível de consciência, mas os pais notaram irritabilidade e menor interesse nas atividades diárias. O exame físico revela rigidez de nuca leve, sem outros sinais neurológicos focais. A criança não tem histórico de doenças graves, e seus pais relataram que, algumas semanas antes, ele havia tido sintomas gripais leves, sem maiores complicações. Após o exame clínico, foi realizada uma punção lombar com os seguintes resultados do líquido cefalorraquidiano (LCR):

Pressão de abertura: 190 mmH2O

Aspecto: claro

Células: 250 células/mm^3 (85% linfócitos)

Proteínas: 45 mg/dL

Glicose: 70 mg/dL (glicemia sérica: 100 mg/dL)

Com base nesse quadro clínico, nos achados laboratoriais e na epidemiologia, qual é o diagnóstico mais provável, o agente etiológico mais frequente para essa doença?

Alternativas:

A) Meningite fúngica, causada por Cryptococcus neoformans.

B) Meningite viral, causada por enterovírus.

C) Meningite bacteriana, causada por Streptococcus pneumoniae.

D) Meningite viral, causada pelo vírus herpes simplex.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A meningite viral, especialmente causada por enterovírus, é a forma mais comum de meningite em crianças, e seus surtos ocorrem principalmente no final do verão e início do outono. O quadro clínico de febre moderada, cefaleia, sinais meníngeos leves e ausência de sinais neurológicos focais, combinado com os achados liquóricos de pleocitose linfocítica, glicose normal e proteínas discretamente elevadas, é típico de uma meningite viral. Os enterovírus são transmitidos principalmente por via fecal-oral, o que é comum em ambientes com más condições de higiene.

Os enterovírus são os vírus mais comuns que causam meningite, sendo responsáveis por cerca de 85% dos casos.

A meningite herpética, causada pelo vírus herpes simples (HSV), geralmente ocorre 3 a 10 dias após o surgimento das lesões do herpes

A meningite bacteriana apresentaria sintomas mais pronunciados e de evolução mais rápida, além de diminuição de glicose na LCR. A meningite fungica é mais comum em pacientes imunossuprimidos.

Referência:

"Tratado de Pediatria", (Focaccia, R. "Tratado de Pediatria", 2018, Editora Manole).

QUESTÃO 135 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 41**

Enunciado:

(AFYA Bragança) Um estudante universitário de 20 anos é atendido no pronto-socorro com febre alta, cefaleia intensa, vômitos e rigidez de nuca. Apresenta exantema petequial em tronco e membros. Análise de líquor: aspecto turvo, com aumento de polimorfonucleares, proteína elevada e glicose reduzida. A coloração de Gram evidencia diplococos Gram-negativos, e o médico inicia antibioticoterapia imediatamente.

Considerando o quadro clínico e os protocolos de prevenção e controle da doença, qual alternativa indica a conduta adequada para profilaxia da equipe de saúde e dos contactantes íntimos do paciente?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Profilaxia com aciclovir para a equipe de saúde que prestou o atendimento e para todos os contactantes íntimos, além de bloqueio vacinal para a população possivelmente afetada.

B) Isolamento de contato por 7 dias para contactantes íntimos e profilaxia com penicilina benzatina para os familiares do paciente e profissionais de saúde envolvidos no atendimento do paciente.

C) Profilaxia com rifampicina para todos os profissionais de saúde da unidade e contactantes íntimos, além de vacinação conjugada contra Haemophilus tipo B, independente da situação vacinal.

D) Quimioprofilaxia com rifampicina ou ciprofloxacino para contactantes íntimos e profissionais com exposição direta a secreções respiratórias sem uso adequado de EPI.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A meningite meningocócica exige isolamento respiratório por gotículas por pelo menos 24 horas após o início da antibioticoterapia. Contactantes íntimos (familiares, colegas de quarto ou dormitório, profissionais que tiveram contato direto com secreções respiratórias) devem receber quimioprofilaxia com:

Rifampicina (opção preferencial),

Ciprofloxacina (dose única, alternativa eficaz),

ou Ceftriaxona (em gestantes ou contraindicados aos demais).

Profissionais de saúde sem contato direto com secreções respiratórias não precisam de profilaxia.

A vacinação conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B é indicada em outras faixas etárias e contextos, e não como resposta imediata à exposição meningocócica. Penicilina benzatina não é eficaz como profilaxia contra N. meningitidis. Aciclovir é antiviral, ineficaz contra meningococo.

O bloqueio vacinal, segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, está indicado: "nas situações em que haja a caracterização de um surto de doença meningocócica (...), para o qual seja conhecido o sorogrupo responsável por meio de confirmação laboratorial específica (cultura e/ou PCR) e haja vacina eficaz disponível." A vacinação somente será utilizada a partir de decisão conjunta das três esferas de gestão, e a estratégia de vacinação será definida considerando a análise epidemiológica, as características da população e a área geográfica de ocorrência dos casos..."

Referências:

LEVINSON, Warren; CHIN-HONG, Peter; JOYCE, Elizabeth; et al. Microbiologia Médica e Imunologia: um manual clínico para doenças infecciosas. 15ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2021. E-book. p.i. ISBN 9786558040156.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 1 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 3 v.: il.

II, Arthur F. D. ; AGUR, Anne M. R. Moore, Anatomia Orientada Para a Clínica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. p. 998. ISBN 9788527740128. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/. Acesso em: 23 nov. 2024. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 504. ISBN 9788527737876. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 21 nov. 2024.

QUESTÃO 136 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 1

Enunciado:

(AFYA GARANHUNS) Um paciente de 45 anos chega ao pronto-socorro com febre alta (39,5 °C), cefaleia intensa, rigidez de nuca e vômitos há 24 horas. Está confuso e apresenta papiledema bilateral ao exame de fundo de olho. A equipe médica suspeita de meningite bacteriana aguda e considera realizar punção lombar (PL) para confirmação diagnóstica. Antes do procedimento, é solicitado um exame de imagem do crânio. Com base nas informações do caso e nos riscos associados à punção lombar, assinale a alternativa que justifica corretamente a conduta médica inicial mais adequada.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A punção lombar deve ser evitada, pois o paciente apresenta sinais de infecção sistêmica, sendo preferível aguardar o controle febril antes do procedimento.

B) A punção lombar deve ser adiada até a realização de tomografia de crânio, pois a presença de papiledema indica risco aumentado de herniação cerebral.

C) A punção lombar deve ser realizada imediatamente, antes de qualquer exame de imagem, pois o atraso no diagnóstico pode agravar o quadro infeccioso.

D) A punção lombar é contraindicada apenas em pacientes com hipertensão intracraniana confirmada por manometria, portanto o exame pode ser realizado com monitorização adequada.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Alternativa: A punção lombar deve ser realizada imediatamente, antes de qualquer exame de imagem, pois o atraso no diagnóstico pode agravar o quadro infeccioso. Realizar a punção sem excluir aumento da pressão intracraniana (PIC) é altamente arriscado e pode levar à herniação transtentorial. A prioridade é a segurança do paciente. O tratamento empírico com antibióticos pode ser iniciado antes da punção lombar. Alternativa:

A punção lombar deve ser adiada até a realização de tomografia de crânio, pois a presença de papiledema indica risco aumentado de herniação cerebral.

A presença de papiledema e alteração do nível de consciência são sinais clínicos de aumento da pressão intracraniana (PIC). Nestes casos, a punção lombar pode precipitar herniação cerebral, uma complicação grave e potencialmente fatal. Portanto, o procedimento deve ser postergado até a exclusão de efeito de massa ou hipertensão intracraniana por meio de tomografia de crânio. Após a exclusão, o exame pode ser realizado com segurança.

Alternativa: A punção lombar é contraindicada apenas em pacientes com hipertensão intracraniana confirmada por manometria; portanto, o exame pode ser realizado com monitorização adequada.

A hipertensão intracraniana não precisa estar confirmada por manometria para contraindicar a punção lombar; sinais clínicos ou de imagem sugestivos já são suficientes para adiar o procedimento.

Alternativa:

A punção lombar deve ser evitada, pois o paciente apresenta sinais de infecção sistêmica, sendo preferível aguardar o controle febril antes do procedimento.

A febre e a infecção sistêmica não contraindicam a punção lombar em si, já que o exame é justamente indicado para diagnóstico etiológico da meningite. O problema principal é o risco neurológico, não o estado febril.

Referências:

CAMPBELL, William W. ; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788527738415. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738415/. Acesso em: 12 maio 2025.

DUNCAN, Bruce B. ; SCHMIDT, Maria I. ; GIUGLIANI, Elsa R. J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5th ed. Porto Alegre: ArtMed, 2022. E-book, p.i. ISBN 9786558820437. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820437/. Acesso em: 12 maio 2025.

HAJJAR, Ludhmila A. Medicina de emergência: abordagem prática. 18th ed. Barueri: Manole, 2024. E-book. ISBN 9788520459553. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788520459553/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 137 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 9

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Uma criança de 5 anos é atendida com febre alta, rigidez de nuca e rebaixamento do nível de consciência.

A punção lombar mostra:

Aspecto turvo.

Células: 2.800/mm³ (95% neutrófilos).

Proteína: 280 mg/dL.

Glicose: 22 mg/dL (glicemia sérica: 95 mg/dL).

Com base nas alterações liquóricas descritas e nos mecanismos patogênicos envolvidos, qual agente etiológico e processo fisiopatológico explicam de forma mais adequada o padrão encontrado?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Na meningite bacteriana, ocorre intensa resposta inflamatória, com ruptura da barreira hematoencefálica, aumento da permeabilidade vascular, extravasamento proteico, migração de neutrófilos e consumo de glicose no líquor.

B) Na meningite fúngica, ocorre inflamação crônica e progressiva, de resposta imune branda, com ativação de macrófagos, aumento de proteínas no líquor e redução significativa da glicose pela infecção e infiltração liquórica.

C) Na meningite viral ocorre resposta inflamatória meníngea, com ruptura discreta da barreira hematoencefálica, infiltração leucocitária, leve aumento proteico e a glicose liquórica geralmente discretamente reduzida em relação à glicemia.

D) Na meningite tuberculosa, ocorre inflamação granulomatosa subaguda das leptomeninges, com pleocitose linfocitária, aumento moderado das proteínas e redução parcial da glicose liquórica por consumo bacteriano e barreira comprometida.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Correta:

Na meningite bacteriana, ocorre intensa resposta inflamatória, com ruptura da barreira hematoencefálica, aumento da permeabilidade vascular, extravasamento proteico, migração de neutrófilos e consumo de glicose no líquor.

Células: 2.800/mm³ (95% neutrófilos)

→ A meningite bacteriana estimula intensa liberação de IL-1β e TNF-α, que aumentam a permeabilidade capilar e atraem neutrófilos ao espaço subaracnóideo — resposta purulenta clássica.

Proteína: 280 mg/dL

→ O dano endotelial da barreira hematoencefálica permite extravasamento de proteínas plasmáticas, resultando em hiperproteinorraquia (normal <45 mg/dL). Esse achado reflete aumento da permeabilidade vascular e exsudação. Glicose: 22 mg/dL (glicemia: 95 mg/dL)

→ A glicose liquórica cai tanto por consumo bacteriano e leucocitário quanto por difusão reduzida através da barreira inflamada.

A relação LCS:soro <0,4 é altamente sugestiva de infecção bacteriana. Correlação fisiopatológica global

→ O conjunto demonstra resposta inflamatória aguda intensa, migração de neutrófilos, extravasamento proteico e hipoglicorraquia — traduzindo a patogênese clássica da meningite bacteriana.

As citocinas inflamatórias e radicais livres causam edema, vasculite e risco de hipertensão intracraniana.

Justificativas das alternativas incorretas:

Na meningite viral ocorre resposta inflamatória meníngea, com ruptura discreta da barreira hematoencefálica, infiltração leucocitária, leve aumento proteico e a glicose liquórica geralmente discretamente reduzida em relação à glicemia. A infecção viral provoca ativação linfocitária, discreta elevação proteica e manutenção normal da glicose no líquido cerebrospinal e no sangue. (viral): Mantém glicose normal, predomínio linfocitário e proteína <100 mg/dL — não condiz com os valores observados. **Na meningite tuberculosa, ocorre inflamação granulomatosa subaguda das leptomeninges, com pleocitose linfocitária, aumento moderado das proteínas e redução parcial da glicose liquórica por consumo bacteriano e barreira comprometida.**

A meningite tuberculosa gera inflamação granulomatosa crônica, aumento moderado de proteínas e queda parcial da glicose por bloqueio meníngeo. (tuberculosa): Cursa com evolução subaguda, células linfocitárias, proteínas entre 100 e 200 mg/dL e glicose discretamente reduzida.

Na meningite fúngica, ocorre inflamação crônica e progressiva, de resposta imune branda, com ativação de macrófagos, aumento de proteínas no líquor e redução significativa da glicose pela infecção e infiltração liquórica. A meningite fúngica causa resposta imune branda, discreta elevação de proteínas e glicose diminuída, predominando células mononucleares no líquor (fúngica): Apresenta pleocitose leve, proteína discretamente elevada e glicose normal a levemente baixa — padrão distinto do apresentado.

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 138 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 16

Enunciado:

(AFYA UNIGRANRIO BARRA DA TIJUCA) Homem, 24 anos, é levado ao pronto-socorro por familiares com história de febre alta há 2 dias, cefaleia intensa e vômitos. Evoluiu nas últimas horas com rebaixamento do nível de consciência. Ao exame, apresenta rigidez de nuca, pupilas isocóricas e fotorreagentes, pressão arterial de 150/90 mmHg, frequência cardíaca de 52 bpm e padrão respiratório irregular. Durante a avaliação inicial, o paciente inicia episódio súbito de movimentos tônico-clônicos generalizados, com perda de consciência e cianose perioral, com duração aproximada de 2 minutos, seguido de período pós-ictal.

Diante desse cenário, julgue a alternativa que melhor integra a classificação da crise convulsiva e a conduta inicial mais adequada no contexto clínico apresentado.

Alternativas:

A) Crise generalizada tônico-clônica, sendo prioritária a proteção de vias aéreas e adiamento da punção lombar.

B) Crise mioclônica, sendo prioritária a contenção física do paciente e adiamento da punção lombar.

C) Crise focal com generalização secundária, devendo-se priorizar punção lombar imediata para confirmação diagnóstica.

D) Crise de ausência atípica, sendo indicada a administração de ácido valproico e realização imediata de punção lombar.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A alternativa que descreve crise focal com generalização secundária está incorreta, pois o quadro clínico não apresenta evidências de início focal (como aura ou sinais neurológicos localizatórios prévios), sendo mais compatível com início generalizado. Além disso, a realização de punção lombar imediata é contraindicada na presença de sinais sugestivos de hipertensão intracraniana, devido ao risco de herniação cerebral. A alternativa que descreve crise generalizada tônico-clônica está correta. O quadro clínico apresenta movimentos tônico-clônicos difusos, perda de consciência e período pós-ictal, característicos desse tipo de crise. A conduta inicial adequada inclui suporte às vias aéreas e prevenção de broncoaspiração. Diante da suspeita de hipertensão intracraniana (sugerida por bradicardia, hipertensão e alteração respiratória — tríade de Cushing), a punção lombar deve ser adiada até a realização de neuroimagem. A alternativa que descreve crise de ausência atípica está incorreta, pois esse tipo de crise ocorre tipicamente com breve interrupção da consciência, sem manifestações motoras exuberantes como movimentos tônico-clônicos. Além disso, não é compatível com o quadro clínico de emergência descrito.

A alternativa que descreve crise mioclônica está incorreta, pois crises mioclônicas são caracterizadas por abalos musculares breves, sem perda prolongada de consciência ou fase pós-ictal prolongada. A contenção física do paciente não é recomendada, podendo causar lesões. Além disso, diante da suspeita de hipertensão intracraniana (sugerida por bradicardia, hipertensão e alteração respiratória — tríade de Cushing), a punção lombar deve ser adiada até a realização de neuroimagem.

Referências:

HAJJAR, Ludhmila A. Medicina de emergência: abordagem prática. 18. ed. Barueri: Manole, 2024.

MAIA, Ian Ward A. et al. Tratado de Medicina de Emergência Abramede. Barueri: Manole, 2025.

PORTO, C. C. Semiologia Médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. PORTO, C. C.; PORTO, A. L. Exame Clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

McGEE, Steven. Evidence-Based Physical Diagnosis. 6. ed. Philadelphia: Elsevier, 2025. -

QUESTÃO 139 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original nº 45

Enunciado:

(AFYA SANTA INÊS) Criança, 4 anos, é levada ao pronto atendimento com febre alta há 24 horas, irritabilidade, vômitos e rebaixamento do nível de consciência. Ao exame, apresenta rigidez de nuca e sinal de Kernig positivo. A análise do líquor evidencia glicose reduzida, proteínas elevadas e pleocitose com predomínio de neutrófilos. Durante a investigação epidemiológica, identifica-se outro paciente com diagnóstico de meningite viral confirmado por PCR na mesma creche e, dias depois, um outro caso de meningite meningocócica em adolescente residente em alojamento estudantil da mesma cidade. Com base nos cenários apresentados e nos conceitos de vigilância epidemiológica, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) A confirmação de um caso viral na creche descarta a possibilidade de meningite bacteriana no primeiro paciente, pois surtos em ambientes coletivos apresentam etiologia única predominante.

B) Todos os casos descritos caracterizam um único surto comunitário homogêneo, independentemente do agente etiológico identificado ou do vínculo epidemiológico estabelecido entre os pacientes.

C) A presença de diferentes agentes etiológicos impede a notificação compulsória dos casos, sendo suficiente apenas acompanhamento clínico individual sem investigação coletiva.

D) O primeiro caso sugere meningite bacteriana; a ocorrência de casos distintos em ambientes coletivos configura eventos independentes que exigem notificação imediata e investigação específica da situação.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa correta:

O primeiro caso sugere meningite bacteriana; a ocorrência de casos distintos em ambientes coletivos configura eventos independentes que exigem notificação imediata e investigação

específica da situação.

O líquor com glicose baixa, proteínas elevadas e predomínio de neutrófilos é compatível com meningite bacteriana. A ocorrência de casos em ambientes coletivos distintos (creche e alojamento) exige notificação compulsória imediata e investigação epidemiológica individualizada, pois não há evidência automática de surto único. Cada situação deve ser analisada conforme agente etiológico e vínculo epidemiológico. Alternativa incorreta:

Todos os casos descritos caracterizam um único surto comunitário homogêneo, independentemente do agente etiológico identificado ou do vínculo epidemiológico estabelecido entre os pacientes.

Um surto requer vínculo epidemiológico e mesmo agente etiológico. Os casos descritos apresentam agentes diferentes (viral e meningocócico), não configurando automaticamente surto homogêneo único.

Alternativa incorreta:

A confirmação de um caso viral na creche descarta a possibilidade de meningite bacteriana no primeiro paciente, pois surtos em ambientes coletivos apresentam etiologia única predominante.

A identificação de meningite viral em outro paciente não exclui meningite bacteriana no primeiro caso. Diferentes etiologias podem ocorrer simultaneamente em um mesmo território.

Alternativa incorreta:

A presença de diferentes agentes etiológicos impede a notificação compulsória dos casos, sendo suficiente apenas acompanhamento clínico individual sem investigação coletiva.

Meningites bacterianas e meningocócicas são de notificação compulsória. A presença de agentes distintos não elimina a necessidade de vigilância epidemiológica e investigação coletiva.

Referência:

BRASILEIRO FILHO, Geraldo. Bogliolo, patologia geral. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

-

Distúrbios cerebelares e intoxicações exógenas (11 questões)

QUESTÃO 140 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 1

Enunciado:

Um paciente de 35 anos com diagnóstico de HIV/AIDS apresenta quadro de dor de cabeça intensa, vômitos e alteração do comportamento há duas semanas. Após exames de imagem, é diagnosticada neurotoxoplasmose.

Analise quais dos seguintes achados do exame neurológico seriam mais comuns em um paciente com a patologia acima citada e suas complicações.

Alternativas:

A) Ataxia cerebelar, desequilíbrio e sinal de Romberg positivo.

B) Reflexos profundos aumentados e simétricos em ambos os membros.

C) Fraqueza muscular proximal bilateral, em ambos os membros.

D) Alteração da sensibilidade térmica e dolorosa em membros inferiores.

GABARITO: A

Resposta comentada:

A resposta correta é a alternativa:

Ataxia cerebelar, desequilíbrio e sinal de Romberg positivo.

Na neurotoxoplasmose em decorrência da Aids, a doença costuma apresentar sinais de lesão cerebral focal, incluindo alterações do cerebelo que podem levar à ataxia cerebelar e ao desequilíbrio, além de sinal de Romberg positivo. Esses achados são comuns em pacientes com essa doença oportunista que acomete o sistema nervoso central em pacientes com HIV/AIDS.

Reflexos profundos aumentados e simétricos em ambos os membros: não é um achado comum na neurotoxoplasmose em decorrência da Aids. A doença costuma apresentar sinais de lesão cerebral focal, como convulsões, déficits de força, alterações de sensibilidade, entre outros.

Fraqueza muscular proximal bilateral, em ambos os membros: a fraqueza muscular proximal bilateral não é um achado comum na neurotoxoplasmose em decorrência da Aids. A doença costuma apresentar sinais de lesão cerebral focal, como convulsões, déficits de força, alterações de sensibilidade, entre outros.

Alteração da sensibilidade térmica e dolorosa em membros inferiores: não é um achado comum na neurotoxoplasmose em decorrência da Aids. A doença costuma apresentar sinais de lesão cerebral focal, como convulsões, déficits de força, alterações de sensibilidade, entre outros.

RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Barueri, SP: Editora Manole, 2014. E-book. ISBN 9788520452240. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/%/books/9788520452240/. Acesso em: 23 mar. 2023.

RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. Manual de HIV/AIDS. Rio se Janeiro: Thieme Brazil, 2017. E-book. ISBN 97885546510583. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/%/books/9788554651053/. Acesso em: 23 mar. 2023.

QUESTÃO 141 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 16**

Enunciado:

Médica de plantão na UPA recebe paciente de 18 anos com suspeita de intoxicação exógena por droga anticolinérgica.

Assinale a alternativa que apresenta o quadro clínico compatível com o caso:

Alternativas:

A) Miose, hipertensão, taquicardia, hipertermia, hiperemia cutânea e hipersecreção.

B) Midríase, hipertensão, taquicardia, hipertermia, hiperemia cutânea e mucosas secas.

C) Midríase, hipotensão, bradicardia, hipotermia, palidez cutânea e mucosas secas.

D) Miose, hipotensão, bradicardia, hipertermia, palidez cutânea e hipersecreção.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A síndrome anticolinérgica é causada por uma intoxicação exógena ao uso de fármacos dessa classe e caracteriza-se por midríase, náuseas, vômitos, alucinações, calafrios, febre, boca e pele secas, taquicardia, fotofobia, retenção urinária, leo paralítico, delírio, confusão e coma. Os medicamentos anticolinérgicos são antagonistas não seletivos dos receptores muscarínicos (M) e atuam inibindo competitivamente a ligação do neurotransmissor acetilcolina aos receptores muscarínicos de acetilcolina.

Referência:

CULPO, P. Intoxicações exógenas na Sala de Urgência. Revista Qualidade HC. USP/Ribeirão Preto, 2017. https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/210/210.pdf

QUESTÃO 142 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 26

Enunciado:

Uma mulher de 45 anos chega ao pronto-socorro apresentando náuseas, vômitos, tontura e sonolência. Ela informa que tomou acidentalmente uma dose excessiva de um analgésico que estava tomando para tratar uma dor nas costas. A enfermeira de plantão imediatamente realiza a avaliação inicial da paciente e aciona o médico de plantão.

Identifique qual é a primeira medida que deve ser tomada nessa situação:

Alternativas:

A) Realizar a lavagem gástrica para remover o medicamento do estômago.

B) Fazer a indução do vômito para eliminar o medicamento do organismo.

C) Iniciar o suporte respiratório e cardiovascular estabilizando o paciente.

D) Realizar tratamento e administração de um antídoto específico em questão.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Em casos de intoxicação medicamentosa, a prioridade é garantir a estabilidade da paciente. Isso pode incluir o início de medidas de suporte respiratório e cardiovascular, como a administração de oxigênio e fluidos intravenosos, para manter a oxigenação adequada e prevenir a hipotensão. A indução do vômito ou a lavagem gástrica podem ser indicadas em alguns casos, mas devem ser realizadas com cautela e somente após a avaliação do médico responsável. A administração de antídoto específico pode ser necessária em algumas situações, mas também deve ser avaliada individualmente.

Referências:

Dart, RC, & Caravati, . Intoxicações medicamentosas. 2018

Kasper, DL, & Fauci, AS (Orgs.). Harrison Medicina Interna, 19a ed. Porto Alegre: AMGH, pp. 1147-1155, 2018.

QUESTÃO 143 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 27

Enunciado:

Paciente, sexo masculino, 22 anos, da entrada a um pronto socorro por volta de 2h00min da manhã. O acompanhante do rapaz diz que não sabe o que aconteceu, e que eles estavam em uma festa e que de repente o amigo começou a apresentar comportamentos estranhos, achando melhor levá-lo ao hospital. O médico inicia o exame físico e nota que pelas manifestações o paciente fez uso de LSD (dietilamida do ácido lisérgico). Tendo como base essa hipótese diagnóstica, quais as possíveis manifestações:

Alternativas:

A) Hiperestesia, micropsia, macropsia e sinestesia; além de alucinações visuais, com um conteúdo muitas vezes de formas geométricas.

B) Crise parcial epilética, como na aura epiléptica, com presença de alucinoses e estreitamento da consciência.

C) Presença de alucinações auditivas, com características de uma alucinação verdadeira, e não de alucinose.

D) Hiperestesia, anestesia e alucinações negativas com quadros dissociativos, e diminuição da modalidade sensorial ao mesmo tempo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

INTOXICAÇÃO POR ALUCINÓGENOS. Durante o uso de mescalina, LSD etc., ocorrem hiperestesia, micropsia, macropsia e sinestesia. As alucinações são basicamente visuais, com um conteúdo muitas vezes de formas geométricas. Essas vivências alucinatórias poderiam ser classificadas como alucinoses, em função da preservação da crítica. EPILEPSIA. Nas crises parciais, como na aura epiléptica, podem ocorrer alucinoses. Nas crises parciais complexas, em que há estreitamento da consciência, muitas vezes são vivenciadas pseudoalucinações.

ALUCINOSE ALCOÓLICA. Na alucinose alcoólica, predominam as alucinações auditivas, que possuem as características de uma alucinação verdadeira, e não de alucinose. TRANSTORNO CONVERSIVO E TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS, Nos quadros conversivos, podem ocorrer hiperestesia, anestesia e alucinações negativas. Já nos quadros dissociativos, podem ser encontradas pseudoalucinações. Nestas costumam estar combinadas mais de uma modalidade sensorial ao mesmo tempo. Por exemplo, o paciente “vê” uma pessoa que na verdade não está presente e ainda “ouve” a voz dela.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/&/books/9788582715062/. Acesso em: 14 março de 2023.

QUESTÃO 144 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 28

Enunciado:

Hoeme, 23 anos, pai de dois filhos, desempregado, vem apresentando insônia há um mês. Após conversa com amigos, os quais usavam medicamento para dormir, iniciou uso de nitrazepam 5mg, um comprimido antes de dormir. No último sábado, usou bebida alcoólica durante o dia e, antes de dormir, fez uso de 2 comprimidos do nitrazepam 5mg para intensificar o efeito. Passados 3h do uso, o mesmo acordou com mal estar e foi encaminhado para UPA. Com isso, assinale a alternativa que refere corretamente o conjunto de sintomas do paciente que serão observados pelo médico.

Alternativas:

A) Incoordenação motora, confusão mental, amnésia anterógrada e hipotensão.

B) Convulsão, midríase, incoordenação motora e hipertensão arterial.

C) Visão turva, agitação, hipertensão arterial e aumento da frequência cardíaca.

D) Hipertensão arterial, agitação, pupilas puntiformes, sialorreia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

As manifestações mais características relacionadas ao uso de benzodiazepínicos como nitrazepam associado ao álcool são de depressão do SNC. Assim, os sintomas mais característicos a serem observados no paciente seriam: incoordenação motora, confusão mental, amnésia anterógrada e hipotensão. Como o paciente usou nitrazepam em uma dose maior do que a prescrita e combinou com o consumo de álcool, é possível que ele apresente sintomas de intoxicação pelo medicamento. Além disso, a combinação de nitrazepam com álcool pode potencializar os efeitos sedativos e respiratórios do medicamento, aumentando o risco de complicações como a depressão respiratória e a parada cardíaca.

GOODMAN; GILMAN. As bases farmacológicas da terapêutica. 13° edição, Rio de Janeiro, Mc Graw Hill - Artmed, 2018.

QUESTÃO 145 **Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 5**

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Um paciente de 25 anos chega à sala de emergência apresentando confusão mental, agitação, alucinações visuais e auditivas, pupilas dilatadas, sudorese intensa e aumento da frequência cardíaca. Seu amigo relata que o paciente ingeriu uma substância desconhecida encontrada em um recipiente não rotulado. O paciente não consegue fornecer detalhes sobre o que tomou. O médico suspeita de intoxicação exógena.

Qual é a substância mais provável para causar esses sintomas no paciente acima?

Alternativas:

A) Opioides, como heroína ou morfina.

B) Benzodiazepínicos, como o diazepam.

C) Alucinógenos, como LSD ou psilocibina.

D) Inseticidas organofosforados.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Os sintomas apresentados pelo paciente, incluindo confusão, agitação, alucinações visuais e auditivas, pupilas dilatadas e aumento da frequência cardíaca, são característicos de uma intoxicação por alucinógenos, como o LSD (dietilamida do ácido lisérgico) ou a psilocibina (encontrada em cogumelos mágicos). Essas substâncias afetam profundamente as funções neurais sensoperceptivas, pensamento e juízo, causando alterações perceptuais e cognitivas.

Referência:

GREENBERG, David A.; AMINOFF, Michael J.; SIMON, Roger P. Neurologia clínica. 8 ed. São Paulo: Grupo ArtMed. 2014. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788580553550.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 146 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 19

Enunciado:

Você está no plantão de um pronto-socorro quando uma mulher jovem de 24 anos é trazida por um amigo. Ela faz uso regular de clonazepam para tratar sua ansiedade. A paciente está sonolenta, com fala arrastada e parece desorientada. Ela não consegue informar há quanto tempo tomou as medicações, mas afirma que não associou a outras substâncias. Ela relata ter aumentado a dose por conta própria devido a uma "crise de ansiedade". Liste a conduta mais apropriada para o manejo inicial dessa paciente no pronto-socorro.

Alternativas:

A) Administrar flumazenil imediatamente para reverter a intoxicação.

B) Realizar lavagem gástrica imediata, independentemente do nível de consciência.

C) Administrar naloxona e induzir o vômito.

D) Monitorar sinais vitais, manter vias aéreas desobstruídas, observação clínica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

O manejo inicial adequado envolve monitorar sinais vitais, manter vias aéreas desobstruídas e observação clínica. Essas ações são fundamentais para estabilizar o paciente e evitar complicações.

Administrar flumazenil pode ser perigoso porque é um antagonista dos receptores GABA e pode precipitar abstinência e convulsões em usuários crônicos de benzodiazepínicos. Além disso, o flumazenil tem uma meia-vida mais curta que muitos benzodiazepínicos, o que pode levar a um retorno dos sintomas. A lavagem gástrica pode levar a aspiração pulmonar e outras complicações, devendo contar com o paciente colaborativo.

Referência:

TOLEDO, W. A. S. B.; MARQUES, J. H. M. INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA POR BENZODIAZEPÍNICOS. Revista Científica da Unilago, v. 1, n. 1, 2021. Disponível em: https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/559. Acesso em: 4 set. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 147 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 34

Enunciado:

(FASA ITABUNA) Um paciente de 56 anos foi admitido no pronto atendimento com queixas de desequilíbrio ao caminhar e dificuldade em realizar movimentos finos com as mãos. Ao exame físico, o paciente apresentou disartria, nistagmo e alteração na prova indez-nariz. Além disso, foi observada uma marcha atáxica e disdiadococinesia. O histórico médico não revelou traumas recentes ou condições associadas. Não há sinais de fraqueza muscular nos membros, e a sensibilidade permaneceu intacta.

Avalie o quadro clínico descrito e responda qual é a fisiopatologia mais provável da síndrome cerebelar apresentada pelo paciente?

Alternativas:

A) Degeneração dos núcleos da base, levando à perda de coordenação motora, com comprometimento sensorial.

B) Disfunção do lobo floculonodular, levando a desequilíbrio severo e comprometimento visual (diplopia), sem alterações na fala.

C) Lesão do vermis cerebelar, resultando em ataxia troncular e disartria, sem comprometimento motor significativo nos membros.

D) Disfunção do lobo anterior do cerebelo, com comprometimento principalmente dos membros inferiores e marcha atáxica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

O paciente apresenta sinais clássicos de ataxia troncular (marcha em base alargada, diadococinesia, nistagmo) e disartria, o que sugere disfunção do vermis cerebelar, responsável pelo controle postural e coordenação dos movimentos axiais. Não há sinais de comprometimento sensorial ou motor significativo, o que exclui outras opções como lesão dos núcleos da base. A alternativa " Degeneração dos núcleos da base, levando à perda de coordenação motora, com comprometimento sensorial", esta errada, pois a degeneração dos núcleos da base está mais associada a doenças como Parkinson e coreia, que causam distúrbios de movimento, como rigidez, bradicinesia e tremores, mas não provocam sintomas cerebelares típicos, como ataxia, nistagmo e disartria.

A alternativa "Disfunção do lobo anterior do cerebelo, com comprometimento principalmente dos membros inferiores e marcha atáxica" esta errada porque embora a disfunção do lobo anterior do cerebelo possa causar ataxia dos membros inferiores, o paciente também apresenta sintomas que envolvem os membros superiores (dificuldade de realizar movimentos finos) e sinais como disartria e nistagmo, que não são primariamente atribuídos à disfunção do lobo anterior. A apresentação do paciente sugere um envolvimento mais global do cerebelo, principalmente do vermis.

A alternativa "Disfunção do lobo floculonodular, levando a desequilíbrio severo e comprometimento visual (diplopia), sem alterações na fala" esta errada pois a disfunção do lobo floculonodular afeta primariamente o equilíbrio e a coordenação oculomotora, o que pode resultar em vertigem e desequilíbrio. No entanto, a diplopia não é um sintoma típico de lesão do cerebelo, mas está mais relacionada a disfunções nos nervos cranianos oculomotores. Além disso, o paciente apresenta disartria, o que não é característico de lesão do lobo floculonodular.

Referência:

Greenberg, David A. Neurologia clínica [recurso eletrônico] / David A. Greenberg, Michael J. Aminoff, Roger P. Simon ; [tradução: Renate Müller ; revisão técnica: Alessandro Finkelsztejn]. – 8. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: AMGH, 2014

QUESTÃO 148 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 11

Enunciado:

(UNIFIPMOC) Homem, 54 anos, engenheiro, procura atendimento devido a queixas de desequilíbrio progressivo há 3 meses. Relata dificuldade para caminhar, frequentemente desviando para os lados, além de sensação de instabilidade ao ficar em pé. Nega quedas recentes, mas refere episódios de tremores finos nas mãos, principalmente ao tentar realizar movimentos precisos, como segurar uma xícara. No exame neurológico: marcha atáxica com base alargada, disdiadococinesia e tremor de intenção ao realizar a prova index-nariz. Reflexos normais, sem paresia ou espasticidade. Nega alterações visuais, disfagia ou queixas sensoriais. História de consumo crônico de álcool por mais de 20 anos.

Com base no caso clínico, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A disdiadococinesia, observada neste paciente, é um sinal característico de lesão nos lobos frontais, responsável pelo planejamento motor.

B) O caso descrito é incompatível com doença cerebelar por não apresentar alteração visual ou queixas sensoriais.

C) Para o caso descrito, de fato, era esperado encontrar paresia e espasticidade associadas, devido ao envolvimento simultâneo do primeiro neurônio motor.

D) O tremor de intenção e a marcha atáxica observados no caso clínico indicam acometimento cerebelar, sendo comuns em pacientes com alcoolismo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Justificativa:

A disdiadococinesia, observada nesta paciente, é um sinal característico de lesão nos lobos frontais, responsável pelo planejamento motor. (Falsa): A disdiadococinesia é um sinal clássico de acometimento do cerebelo, relacionado à dificuldade em coordenar movimentos alternados rápidos, e não de lesões dos lobos frontais.

O tremor de intenção e a marcha atáxica sugerem acometimento cerebelar, sendo comuns em pacientes com alcoolismo crônico. (Verdadeira): O tremor de intenção, marcha atáxica com base alargada e disdiadococinesia são sinais típicos de lesão cerebelar. Em casos de alcoolismo crônico, a degeneração cerebelar, especialmente no vermis, é uma causa comum.

O caso descrito é incompatível com doença cerebelar por não apresentar alteração visual ou queixas sensoriais.

(Falsa): doenças cerebelares não cursam sempre com alterações visuais e queixas sensoriais, e sim com alterações motoras finas.

Na síndrome cerebelar, é comum encontrar paresia e espasticidade associadas, devido ao envolvimento simultâneo do primeiro neurônio motor. (Falsa): Síndromes cerebelares não cursam com paresia ou espasticidade, pois essas são características de lesões motoras corticoespinhais (trato piramidal).

Referências:

LOUIS, Elan D. ; MAYER, Stephan A. ; NOBLE, James M. Tratado de Neurologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 467. ISBN 9788527737876. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 23 nov. 2024.
SPLITTGERBER, Ryan. Snell Neuroanatomia Clínica. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book. p. 248. ISBN 9788527737913. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737913/. Acesso em: 23 nov. 2024.

QUESTÃO 149 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original nº 49

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Um homem de 32 anos, previamente hígido, procura o prontoatendimento após notar tremor no braço direito ao pegar objetos e dificuldade para escrever.

Durante o exame, apresenta dismetria no teste dedo-nariz, disdiadococinesia e disartria, sem vertigem nem perda de sensibilidade.

Qual alteração fisiopatológica explica melhor esses sintomas?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Disfunção vestibular periférica, provocando vertigem, nistagmo, instabilidade postural e desvio da marcha, sem afetar os movimentos coordenados dos membros.

B) Disfunção do circuito cerebelo–tálamo–cortical, que reduz o controle automático e preditivo dos movimentos, causando tremor intencional e perda de coordenação fina.

C) Hiperatividade dopaminérgica nos núcleos da base, gerando tremor de repouso, rigidez muscular e lentidão progressiva dos movimentos voluntários.

D) Lesão das vias proprioceptivas ascendentes, resultando em ataxia sensitiva, desequilíbrio e piora evidente da marcha ao fechar os olhos.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Justificativas:

Correta:

Disfunção do circuito cerebelo–tálamo–cortical, que reduz o controle automático e preditivo dos movimentos, causando tremor intencional e perda de coordenação fina.

(correta): A lesão do hemisfério cerebelar direito interrompe o circuito cerebelo–tálamo– cortical, responsável pela coordenação e correção automática dos movimentos. Isso gera dismetria, tremor intencional, disdiadococinesia e fala escandida (disartria cerebelar) — todos ipsilaterais à lesão.

Incorreta: Hiperatividade dopaminérgica nos núcleos da base, gerando tremor de repouso, rigidez muscular e lentidão progressiva dos movimentos voluntários: Representa tremor de repouso parkinsoniano, decorrente de hipoatividade dopaminérgica, e não de disfunção cerebelar.

Incorreta: Lesão das vias proprioceptivas ascendentes, resultando em ataxia sensitiva, desequilíbrio e piora evidente da marcha ao fechar os olhos: Descreve ataxia sensitiva, com dependência da visão para o equilíbrio (Romberg positivo), ausente neste caso. Incorreta: Disfunção vestibular periférica, provocando vertigem, nistagmo, instabilidade postural e desvio da marcha, sem afetar os movimentos coordenados dos membros: Define síndrome vestibular, marcada por vertigem e nistagmo, sem dismetria nem decomposição do movimento.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.3335. ISBN 9786558040231. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504. ISBN 9788527737876

QUESTÃO 150 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 4

Enunciado:

(AFYA GUANAMBI) Homem, 32 anos, é encontrado sonolento em casa pelos familiares e levado ao pronto atendimento. Por terem residência distante, demoraram cerca de 3 horas no percurso. Ao exame apresenta Escala de Glasgow 12, pupilas isocóricas e fotorreagentes, frequência respiratória de 10 irpm, frequência cardíaca de 68 bpm, pressão arterial de 110 × 70 mmHg e saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Os familiares relatam que o paciente faz uso regular de clonazepam para ansiedade e encontraram uma cartela vazia ao lado da cama. Negam trauma, ingestão conhecida de outras substâncias ou tentativa prévia de suicídio.

Com base nos achados do caso e na suspeita de intoxicação medicamentosa, qual conduta inicial é mais adequada para o manejo deste paciente?

Alternativas:

A) Manter suporte ventilatório e monitorização clínica contínua, avaliando evolução antes de utilizar antídotos.

B) Iniciar hemodiálise precoce para acelerar eliminação sistêmica do benzodiazepínico ingerido.

C) Realizar lavagem gástrica imediata com objetivo de reduzir absorção do benzodiazepínico ingerido.

D) Administrar flumazenil intravenoso imediatamente para reverter os efeitos do benzodiazepínico ingerido.

GABARITO: A

Resposta comentada:

Administrar flumazenil intravenoso imediatamente para reverter os efeitos do benzodiazepínico ingerido. Incorreta.

O flumazenil é um antagonista competitivo do receptor GABA-A utilizado como antídoto para benzodiazepínicos. Entretanto, seu uso não é rotineiramente recomendado em pacientes com uso crônico de benzodiazepínicos, pois pode precipitar convulsões e síndrome de abstinência aguda. Por esse motivo, não constitui a conduta inicial mais segura neste caso.

Manter suporte ventilatório e monitorização clínica contínua, avaliando evolução antes de utilizar antídotos. Correta.

Na intoxicação por benzodiazepínicos, a abordagem inicial prioriza suporte clínico e monitorização das vias aéreas, ventilação e estado neurológico. Em pacientes com uso crônico, o flumazenil deve ser evitado ou usado com extrema cautela devido ao risco de convulsões. Assim, observação clínica e suporte são as medidas iniciais mais apropriadas. Realizar lavagem gástrica imediata com o objetivo de reduzir a absorção do benzodiazepínico ingerido. Incorreta.

A lavagem gástrica não é indicada rotineiramente no manejo de intoxicações medicamentosas. O procedimento apresenta risco de aspiração e complicações, sendo reservado para situações muito específicas e geralmente nas primeiras horas após ingestão potencialmente letal, o que não está estabelecido no caso descrito.

Iniciar hemodiálise precoce para acelerar eliminação sistêmica do benzodiazepínico ingerido.

Incorreta.

A hemodiálise não é eficaz para remoção de benzodiazepínicos, pois esses fármacos apresentam alto grau de ligação a proteínas plasmáticas e grande volume de distribuição, características que dificultam sua depuração por métodos dialíticos. Portanto, não é indicada como estratégia terapêutica nesse contexto.

Referências:

BRUTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R. As Bases Farmacológicas da Terapêutica de Goodman e Gilman. 13. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book, p. 406. ISBN 9788580556155. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580556155/. Acesso em: 05 mar. 2026.

KATZUNG, Bertram G.; VANDERAH, Todd W. Farmacologia Básica e Clínica. 15. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023. E-book, p. 1130. ISBN 9786558040194. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040194/. Acesso em: 05 mar. 2026.

LOSCALZO, Joseph et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 05 mar. 2026.

-

Doenças desmielinizantes (7 questões)

QUESTÃO 151 **Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 22**

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Homem, 22 anos procurou ajuda médica após quadro de dormência do braco e perna

esquerdos. Além disso, relatou que ao se levantar percebeu que apresentava falta de equilíbrio e visão borrada. Ao ser interrogado se havia apresentado sintomas semelhantes no passado, informou que há seis ou sete meses apresentou sintomas semelhantes de dormência nos membros e que há dois anos apresentou visão borrada, mas que se resolveu espontaneamente e por isso não consultou nenhum médico anteriormente.

Fonte: adaptado de TOY, Eugene C.; SIMPSON, Ericka; TINTNER, Ron. Casos clínicos em neurologia. Porto Alegre: Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788580552911. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580552911/. Acesso em: 19 set. 2023.

Tendo como base o caso clínico, avalie as proposições abaixo:

I. Trata-se de um distúrbio desmielinizante autoimune mediado por linfócitos TCD4+ contra antígenos presentes na mielina.

II. A lesão característica, placa ativa, apresenta células granuloadiposas, infiltrado linfocitário perivascular e apoptose e redução do número de oligodendrócitos.

III. A síndrome neurológica desta doença se desenvolve após infecções virais ou imunizações, tem início abrupto e progressão rápida.

Está correto o que se afirma em:

Alternativas:

A) I, apenas.

B) II, apenas.

C) I, II e III.

D) I e II.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A esclerose múltipla (EM) é um distúrbio desmielinizante autoimune caracterizado por episódios intermitentes de doença ativa, que produzem lesões interespaçadas na substância branca. É mediada por linfócitos T CD4+ contra antígenos da mielina (proteína básica da mielina, proteína proteolipídeo, glicoproteína da mielina do oligodendrócito).

A lesão básica é a placa de desmielinização, que quando estão ativas apresentam células granuloadiposas, infiltrado linfocitário perivascular e apoptose e redução do número de oligodendrócitos.

O início da EM pode ser abrupto ou insidioso. Os sintomas sensitivos são variáveis e incluem parestesias (p. ex., formigamento, sensação de alfinetadas e agulhadas ou queimação dolorosa) e hipoestesia (p. ex., sensibilidade reduzida, dormência ou sensação de que uma parte do corpo está "morta"). A neurite óptica (NO) em geral se apresenta como diminuição da acuidade visual, falta de nitidez ou redução da percepção das cores (dessaturação) no campo central da visão. Tais sintomas podem ser leves ou evoluir para perda visual grave. O borramento visual na EM pode resultar de NO ou diplopia (visão dupla).

Referências:

JAMESON, J L.; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina interna de Harrison - 2 volumes. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788580556346. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556346/. Acesso em: 19 ago. 2023.

KUMAR, Vinay. Robbins Patologia Básica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN

9788595151895. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151895/. Acesso em: 19 set. 2023. FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN

9788527738378. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/. Acesso em: 19 set. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 152 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 2

Enunciado:

Paciente, de 33 anos, sexo feminino, telefonista, natural de São João Del Rei, branca, apresenta queixa de estar muito nervosa e com dormência em membro superior direito (MSD) e incontinência urinária. Há 2 meses apresentou dormência em lábio superior e hemiface direita, além de dor hemicraniana direita. Também relata sentir-se muito cansada e não consegue mais fazer atividade física por acha que perdeu a força no braço direito. Notou que ao flexionar o pescoço sente um choque descendo pelo corpo todo.

Analise o quadro clínico da paciente e marque a alternativa correta sobre o tratamento da principal hipótese diagnóstica.

Alternativas:

A) O tratamento de primeira linha do surto agudo é a plasmaférese, devendo os corticosteroides ser evitados.

B) É indicado prescrição de ivermectina antes de realizar pulsoterapia endovenosa com metilprednisona.

C) O surto deve ser tratado com prednisona oral em baixa dose por seis meses, sem necessidade de investigação complementar.

D) O interferon beta é indicado para o tratamento do surto agudo, em substituição à pulsoterapia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A paciente apresenta sintomas compatíveis com esclerose múltipla. Devendo ser internada para melhor investigação e se comprovado deve ser feito ivermectina antes da pulsoterapia para evitar superinfestação por vermes.

O diagnóstico de EM deve ser suspeitado quando a apresentação clínica for sugestiva de desmielinização focal ou multifocal envolvendo o SNC. O paciente típico é um adulto jovem (mais comum em mulheres), com um ou mais episódios clinicamente distintos de disfunção do SNC seguidos de remissão.

Os sintomas, geralmente, se desenvolvem ao longo de horas a dias e, em seguida, remitem gradualmente ao longo das semanas seguintes a meses, embora a remissão possa não ser completa.

A apresentação de sintomas e sinais pode ser monofocal (consistente com uma única lesão) ou multifocal (consistente com mais de uma lesão). Embora não haja achados clínicos exclusivos da EM, alguns são altamente característicos: surtos e remissões, início entre as idades de 15 e 50 anos, neurite óptica, sinal de Lhermitte, oftalmoplegia internuclear, fadiga e sensibilidade ao calor (fenômeno de Uhthoff).

Fadiga é uma queixa comum, caracterizada por aumento da dificuldade das atividades da vida diária. Na avaliação inicial, pode ser caracterizada por um sintoma vago. Pacientes com EM queixam-se de depressão e comprometimento cognitivo.

Referência:

Goldman-Cecil medicina. / Editado por Lee Goldman, Andrew I. Schafer. 25. ed V. 1 e 2. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018, xlviii, 1112. p.

Esclerose múltipla e distúrbios relacionados. Disponível em:

https://www.medicinanet.com.br/conteudos/acp

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 153 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 39

Enunciado:

A bainha de mielina é essencial para a condução rápida de sinais nervosos ao longo de axônios com grande diâmetro. Os oligodendrócitos produzem e mantêm mielina no sistema nervoso central (SNC. As células de Schwann produzem e mantêm mielina nos nervos periféricos. Adaptado de: Esclerose múltipla e distúrbios relacionados. Em relação as doenças desmielinizantes do sistema nervoso central, marque a alternativa correta.

Alternativas:

A) Adrenoleucodistrofia e do tipo hereditária.

B) Esclerose múltipla é do tipo hereditária.

C) Síndrome de Guillain-Barré é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central.

D) Neuromielite óptica é do tipo infecciosa.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A esclerose múltipla é sim uma doença desmielinizante do SNC, porém do tipo imunomediada, neuromielite óptica também. A Sd de Guilain Barré é um a doença desmilinizante do sistema nervoso periférico e a adrenoleucodistrofia é sim uma doença desmielinizante do SNC hereditária.

Referência:

Esclerose múltipla e distúrbios relacionados. Disponível em:

https://www.medicinanet.com.br/conteudos/acpmedicine/6595/

esclerose_multipla_e_disturbios_re lacionados.htm. Acesso em: 27 abr. 2023. THALER, Alison I.; THALER, Malcolm S. Neurologia Essencial. [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821434. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821434/. Acesso em: 29 mai. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (A); as alternativas B, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 154 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 10

Enunciado:

(FESAR) Paciente do sexo feminino, 32 anos, sem comorbidades conhecidas, procura atendimento médico relatando episódios recorrentes de fraqueza muscular nos membros inferiores há cerca de 2 meses, associados a formigamento intermitente nas mãos. Refere, ainda, turvação visual no olho direito, que piora ao tomar banho quente. Relata que os sintomas melhoraram por um período, mas retornaram com intensidade aumentada. Ao exame físico, observa-se fraqueza 3/5 em membros inferiores e hiperreflexia, além de uma leve perda de acuidade visual no olho direito.

Com base no quadro clínico descrito, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

Alternativas:

A) Esclerose Múltipla.

B) Esclerose Lateral Amiotrófica.

C) Doença de Parkinson.

D) Miastenia gravis.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

RESPOSTA COMENTADA:

A paciente apresenta sintomas clássicos da Esclerose Múltipla (EM), incluindo episódios recorrentes de fraqueza muscular, formigamento, turvação visual (neurite óptica), além do fenômeno de Uhthoff (piora dos sintomas com o calor). Esses sinais indicam um quadro de desmielinização central, característico da EM.

Miastenia gravis

A Miastenia Gravis é uma doença autoimune que afeta a junção neuromuscular, causando fraqueza muscular flutuante e fadiga. Embora a fraqueza muscular possa ser um sintoma em comum com a Esclerose Múltipla, a Miastenia Gravis geralmente não está associada a sintomas sensitivos, como o

formigamento, e nem a alterações visuais causadas por neurite óptica. Além disso, a Miastenia Gravis é tipicamente caracterizada por piora da fraqueza ao longo do dia, com melhora após o repouso, o que não é descrito no caso apresentado. Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

A Esclerose Lateral Amiotrófica é uma doença neurodegenerativa que afeta principalmente os neurônios motores, levando a fraqueza progressiva, atrofia muscular e espasticidade. No entanto, a ELA não costuma causar alterações sensitivas, como o formigamento descrito pela paciente, nem distúrbios visuais, como a neurite óptica. Além disso, o padrão de fraqueza na ELA tende a ser mais contínuo e progressivo, sem os episódios de melhora e piora observados na Esclerose Múltipla.

Esclerose Múltipla

Essa é a hipótese correta. A paciente apresenta um quadro compatível com Esclerose Múltipla, que é uma doença inflamatória desmielinizante do sistema nervoso central. Os sintomas típicos incluem fraqueza muscular, distúrbios visuais (neurite óptica), sintomas sensitivos (formigamento, parestesia) e o fenômeno de Uhthoff (piora dos sintomas com calor). A natureza recorrente e remissiva dos sintomas, como descrito no caso, também é característica da forma recorrenteremitente da Esclerose Múltipla. Doença de Parkinson

A Doença de Parkinson é uma doença neurodegenerativa que afeta principalmente o sistema motor, levando a tremores em repouso, rigidez muscular, bradicinesia e instabilidade postural. Embora cause disfunções motoras, a Doença de Parkinson não causa sintomas sensitivos (como formigamento) nem distúrbios visuais como a neurite óptica. Além disso, a fraqueza muscular não é um sintoma típico dessa doença, o que a torna uma hipótese menos provável neste caso.

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.3462. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/.

QUESTÃO 155 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 36

Enunciado:

(FASA VIC) Paciente do sexo feminino, 28 anos, previamente saudável, procura atendimento relatando episódios recorrentes de visão turva no olho direito com dor à movimentação ocular, além de formigamentos intermitentes nos membros inferiores e desequilíbrio ao caminhar, iniciados há cerca de um ano. Relata melhora parcial entre os episódios, mas percebe que os sintomas têm se tornado mais frequentes. Nega febre ou sinais infecciosos. No exame neurológico, apresenta reflexos vivos, leve espasticidade em membros inferiores e dismetria à prova do index-nariz.

Diante do quadro clínico, assinale a alternativa que apresenta a propedêutica mais adequada e condizente com o diagnóstico mais provável.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A ressonância magnética de encéfalo e medula pode revelar lesões desmielinizantes periventriculares e alterações na substância branca.

B) A eletroneuromiografia é essencial para o diagnóstico de doenças desmielinizantes centrais, pois demonstra a condução alterada nos nervos periféricos afetados.

C) A punção lombar é contraindicada, pois pode agravar déficits neurológicos em pacientes com lesões desmielinizantes ativas e levar à hipertensão intracraniana.

D) A tomografia computadorizada de crânio com contraste é o método de imagem mais sensível e específico para detecção precoce de placas desmielinizantes.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A alternativa correta é aquela que indica o uso da ressonância magnética (RM) de crânio e medula espinhal como exame de imagem de escolha na investigação da esclerose múltipla (EM). A RM permite detectar lesões hiperintensas em T2, especialmente nas regiões periventriculares, infratentoriais, medulares e no corpo caloso. O líquor pode revelar bandas oligoclonais, presentes em até 90% dos casos, o que contribui para o diagnóstico. Não desencadeando hipertensão intracraniana.

A eletroneuromiografia é voltada à avaliação de doenças do sistema nervoso periférico, como neuropatias, e não se aplica à EM, que é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central. A tomografia computadorizada é menos sensível que a RM para detectar lesões típicas da doença. A punção lombar é um exame complementar importante na EM e só é contraindicada quando há sinais de hipertensão intracraniana, o que não se aplica a este caso.

Referências:

FAUCI, A. S. et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20. ed. New York: McGraw-Hill, 2018.

ROCHA, A. J. et al. Propedêutica Neurológica. In: FREITAS, G. R. et al. Neurologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

MCDONALD, W. I. et al. Recommended diagnostic criteria for multiple sclerosis. Ann Neurol. 2001.

QUESTÃO 156 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 44**

Enunciado:

(AFYA CRUZEIRO DO SUL) A esclerose múltipla é uma doença inflamatória crônica desmielinizante do sistema nervoso central, caracterizada por surtos recorrentes de disfunção neurológica. Dentre as opções terapêuticas disponíveis, encontram-se os moduladores dos receptores de esfingosina-1-fosfato (S1P), como o fingolimode, que atuam na redução da frequência dos surtos da doença.

Assinale a alternativa que descreve corretamente de que forma o medicamento descrito contribui para reduzir os surtos da doença.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A ativação dos receptores S1P promove aumento da liberação de citocinas próinflamatórias, reduzindo a migração de linfócitos para o sistema nervoso central.

B) O bloqueio dos receptores S1P aumenta a produção de anticorpos específicos contra oligodendrócitos, prevenindo novos surtos da doença.

C) A modulação dos receptores S1P estimula a remielinização direta dos axônios, restaurando a condução nervosa e prevenindo a inflamação.

D) A modulação dos receptores S1P impede a saída dos linfócitos dos linfonodos, diminuindo sua circulação e o ataque autoimune à mielina no sistema nervoso central.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

De acordo com Goodman & Gilman (2018) e Katzung (2023), os moduladores dos receptores de esfingosina-1-fosfato, como o fingolimode, agem retendo linfócitos nos linfonodos, impedindo que alcancem o sistema nervoso central. Dessa forma, reduzem a resposta autoimune contra a mielina, diminuindo a inflamação e a frequência dos surtos da esclerose múltipla.

Incorreta: “A ativação dos receptores S1P promove aumento da liberação de citocinas pró-inflamatórias, reduzindo a migração de linfócitos para o sistema nervoso central.” O fingolimode não aumenta citocinas pró-inflamatórias — pelo contrário, sua ação é imunomoduladora, reduzindo a ativação e o tráfego linfocitário. O medicamento não atua estimulando o receptor S1P, mas modulando-o de forma funcional, o que leva à internalização do receptor e sequestro dos linfócitos

nos linfonodos. Portanto, a frase “aumenta citocinas pró-inflamatórias” contradiz o mecanismo real e o efeito terapêutico. Correta: “

A modulação dos receptores S1P impede a saída dos linfócitos dos linfonodos, diminuindo sua circulação e o ataque autoimune à mielina no sistema nervoso central.

” O fingolimode, siponimode e ozanimode são moduladores seletivos dos receptores de esfingosina-1-fosfato (S1P1) expressos nos linfócitos. A ligação do fármaco ao receptor causa sua internalização e dessensibilização funcional, impedindo que os linfócitos saiam dos linfonodos para a circulação sistêmica. Consequentemente, há redução do número de linfócitos circulantes, o que diminui a infiltração autoimune no SNC e reduz a inflamação e desmielinização recorrentes típicas dos surtos.

Incorreta: “

A modulação dos receptores S1P estimula a remielinização direta dos axônios, restaurando a condução nervosa e prevenindo a inflamação.

”

Nenhum modulador de S1P atua diretamente na remielinização axonal.O efeito do fingolimode é imunológico, não regenerativo. Embora estudos experimentais indiquem possível efeito neuroprotetor indireto, esse não é o mecanismo terapêutico primário reconhecido. A restauração da condução nervosa ocorre secundariamente à redução de surtos inflamatórios, e não por regeneração direta da mielina. Incorreta: “

O bloqueio dos receptores S1P aumenta a produção de anticorpos específicos contra oligodendrócitos, prevenindo novos surtos da doença.

”

O bloqueio do receptor não aumenta a produção de anticorpos, tampouco esse seria um mecanismo protetor — seria deletério.A esclerose múltipla não é uma doença mediada por anticorpos contra oligodendrócitos, mas por linfócitos T autorreativos e inflamação mediada por citocinas.O fingolimode age reduzindo a circulação dessas células, e não estimulando resposta humoral.

Referências:

BRUTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

KATZUNG, B. G.; VANDERAH, T. W. Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2023.

JAMESON, J. Larry; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L. ; LOSCALZO, Joseph; LONGO, Dan L. Harrison: Princípios de Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: McGraw Hill, 2023. v. 2.

QUESTÃO 157 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 34

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Mulher de 29 anos apresenta episódios neurológicos recorrentes ao longo de dois anos, incluindo perda visual monocular dolorosa, parestesias em membros inferiores e instabilidade da marcha, com melhora parcial entre os eventos. A ressonância magnética evidencia múltiplas lesões hiperintensas em T2/FLAIR na substância branca periventricular e justacortical, algumas com realce por gadolínio e outras sem realce. O líquor demonstra bandas oligoclonais.

Qual alternativa integra corretamente os dados epidemiológicos, fisiopatológicos e laboratoriais do quadro descrito?

Alternativas:

A) Doença inflamatória do sistema nervoso central, mais comum em mulheres jovens, relacionada a processo vasculítico imunomediado, com bandas oligoclonais inespecíficas no líquor.

B) Doença inflamatória do SNC, predominante em mulheres jovens, caracterizada por desmielinização multifocal mediada por mecanismo autoimune e bandas oligoclonais persistentes no líquor.

C) Doença inflamatória do SNC, observada em adultos jovens, associada a resposta imune adaptativa contra antígenos do SNC após infecção viral prévia, com resolução completa dos surtos.

D) Doença inflamatória do sistema nervoso central, predominante em mulheres jovens, associada a anticorpos anti-aquaporina-4, com bandas oligoclonais pouco frequentes no líquor.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Doença inflamatória do sistema nervoso central, predominante em mulheres jovens, associada a anticorpos anti-aquaporina-4, com bandas oligoclonais pouco frequentes no líquor.

Incorreta. O erro-chave é associar o quadro a anti-aquaporina-4 (NMOSD). Apesar de também acometer mulheres jovens e o SNC, esse espectro costuma ter padrão clínico e radiológico distinto (maior associação a neurite óptica grave e mielite extensa longitudinal), e bandas oligoclonais não são tipicamente persistentes como no contexto clássico do enunciado.

Doença inflamatória do sistema nervoso central, mais comum em mulheres jovens, relacionada a processo vasculítico imunomediado, com bandas oligoclonais inespecíficas no líquor.

Incorreta. O erro-chave é propor vasculite imunomediada do SNC como mecanismo principal. Vasculites podem causar déficits neurológicos e lesões em RM, porém o padrão típico do enunciado (lesões periventriculares e justacorticais hiperintensas em T2/FLAIR, com lesões em diferentes estágios) é mais compatível com processo desmielinizante, e não com lesões vasculíticas multifocais isquêmicas/inflamatórias.

Doença inflamatória do SNC, observada em adultos jovens, associada a resposta imune adaptativa contra antígenos do SNC após infecção viral prévia, com resolução completa dos surtos.

Incorreta. Esta alternativa evoca a encefalomielite disseminada aguda (ADEM), diagnóstico diferencial relevante da EM em adultos jovens. O erro está em três elementos: a ADEM é tipicamente

monofásica, com resolução completa — não recorrente como no quadro descrito; as bandas oligoclonais na EM são persistentes, não transitórias; e o curso clínico da vinheta, com múltiplos episódios em territórios distintos ao longo de dois anos sem resolução completa, é incompatível com ADEM e satisfaz os critérios de disseminação no espaço e no tempo da EM pelos critérios de McDonald 2017.

Doença inflamatória do SNC, predominante em mulheres jovens, caracterizada por desmielinização multifocal mediada por mecanismo autoimune e bandas oligoclonais persistentes no líquor.

Correta. O quadro integra os três domínios exigidos pelo comando. Epidemiologicamente, a EM predomina em mulheres jovens, com pico de incidência entre 20 e 40 anos. Fisiopatologicamente, trata-se de desmielinização multifocal autoimune mediada por linfócitos T CD4+ e CD8+ autorreativos contra antígenos da mielina, com destruição dos oligodendrócitos e formação de placas em múltiplos territórios do SNC — evidenciada pelas lesões periventriculares e justacorticais na RNM com disseminação no espaço e no tempo. Laboratorialmente, as bandas oligoclonais são persistentes e presentes em 85– 95% dos casos, integrando os critérios diagnósticos de McDonald 2017 como marcador de síntese intratecal de imunoglobulinas.

Referências:

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231 KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; Jon C. Aster et al. Robbins & Kumar, Patologia Básica. 11. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2025. E-book. p. ISBN 9786561110143 NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504. ISBN 9788527737876.

-

Síndrome de Guillain-Barré (2 questões)

QUESTÃO 158 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 36

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Uma paciente de 25 anos desenvolveu fraqueza muscular progressiva, começando nas pernas e avançando para os membros superiores, com redução de reflexos. Ela também relata sensação de dormência nas extremidades e dores neuropáticas lombares. O médico suspeita de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) com base em seus sintomas. Assinale a alternativa correta em relação à SGB:

Alternativas:

A) A SGB acomete principalmente o sistema nervoso central, poupando os nervos periféricos.

B) A SGB é um distúrbio autoimune que geralmente se desenvolve após infecções anteriores.

C) A SGB caracteriza-se por fraqueza descendente associada a hiper-reflexia.

D) A infecção mais frequentemente associada à SGB é a tuberculose pulmonar.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A resposta correta é a alternativa que descreve a SGB como um distúrbio autoimune raro que geralmente se desenvolve após infecções anteriores.

A síndrome de Guillain Barré é um distúrbio autoimune, ou seja, o sistema imunológico do próprio corpo ataca parte do sistema nervoso, que são os nervos que conectam o cérebro com outras partes do corpo. É geralmente provocado por um processo infeccioso anterior e manifesta fraqueza muscular, com redução ou ausência de reflexos. Várias infecções têm sido associadas à Síndrome de Guillain Barré, sendo a infecção por Campylobacter, que causa diarréia, a mais comum. A incidência anual é de 1-4 casos por 100.000 habitantes e pico entre 20 e 40 anos de idade. As demais alternativas são incorretas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Síndrome de Guillain Barré. Disponível em:

https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/g/sindrome-de-guillainbarre#:~:text=A%20s% C3%ADndrome%20pode%20apresentar%20diferentes,o%20acometim Acessado em: 08/11/2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 159 **Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 9**

Enunciado:

Mulher, 45 anos, apresenta fraqueza muscular progressiva, começando pelos membros inferiores e ascendendo simetricamente. Refere quadro de infecção respiratória alta há 3 semanas. Ao exame físico, há diminuição dos reflexos tendinosos profundos e hiporreflexia difusa. Realizado coleta de líquor com presença de celularidade normal e aumento de proteínas. Marque a alternativa que corrobore a principal hipótese diagnóstica.

Alternativas:

A) Presença de anticorpos antirreceptor de acetilcolina.

B) Diminuição da amplitude do potencial de ação muscular.

C) Aumento da velocidade de condução nervosa nos nervos periféricos.

D) Pleocitose acentuada no líquor, com predomínio de neutrófilos.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A alternativa correta é a “Diminuição da amplitude do potencial de ação muscular nos estudos de condução nervosa”. Uma vez que na Síndrome de Guillain-Barré, os estudos de condução nervosa e de eletroneuromiografia geralmente mostram uma diminuição na amplitude do potencial de ação muscular, devido à desmielinização dos nervos periféricos. A presença de anticorpos anti-receptor de acetilcolina é característica da Miastenia Gravis, não da SGB. Portanto, essa opção está incorreta para o diagnóstico de SGB. Na SGB, ocorre uma desmielinização dos nervos periféricos, levando a uma diminuição da velocidade de condução nervosa. Portanto, não ocorre um aumento da velocidade de condução nervosa nos nervos periféricos.

Um achado comum na SGB é a albuminocitológica dissociada no líquido cefalorraquidiano, ou seja, um aumento na concentração de proteína sem aumento significativo no número de células brancas. Portanto, essa opção está incorreta.

Referências:

Wijdicks EF, Klein CJ. Guillain-Barré Syndrome. Mayo Clin Proc. 2017 Mar;92(3):467-479. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.12.002. PMID: 28259232

BERTOLUCCI, Paulo HF.; FERRAZ, Henrique B.; BARSOTINI, Orlando Graziani P.; e outros. Neurologia: diagnóstico e tratamento. Barueri, São Paulo: Editora Manole, 2021. E-book. ISBN

9786555765854. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555765854/. Acesso em: 25 mar. 2024. RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o Clínico-Geral. Editora Manole, 2014. 9788520452240. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240/. Acesso em: 02 jun. 2022.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

Esclerose lateral amiotrófica (ELA) (5 questões)

QUESTÃO 160 **Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 35**

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Um neurologista está realizando uma consulta com um paciente de 54 anos que apresenta fraqueza progressiva nos membros superiores e dificuldade para falar há alguns meses. Durante a consulta, o paciente relata dificuldade em segurar objetos e notou que sua voz estava ficando mais fraca. Notou-se também um quadro de atrofia das mãos como na imagem abaixo. Assim, o médico levantou suspeita de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) com base nos sintomas apresentados.

Fonte: LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. Merritt - Tratado de Neurologia, 13ª edição. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN

9788527733908. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733908/. Acesso em: 30 set. 2023.

De acordo com as informações fornecidas e o conhecimento sobre a ELA, marque a alternativa que descreve corretamente uma característica fundamental da fisiopatologia dessa doença.

Alternativas:

A) Na ELA, ocorre degeneração exclusiva dos neurônios motores inferiores, sem sinais de liberação piramidal.

B) Na ELA, ocorre a degeneração progressiva das células nervosas motoras, afetando tanto os neurônios motores superiores quanto os inferiores.

C) A ELA é uma doença desmielinizante autoimune do sistema nervoso periférico.

D) Na ELA, a perda sensitiva precoce é o principal achado fisiopatológico.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

De acordo com o conhecimento da referência bibliográfica de Louis et al. (2018), a resposta correta é a opção "

Na ELA, ocorre a degeneração progressiva das células nervosas motoras, afetando tanto os neurônios motores superiores quanto os inferiores.

A ELA é caracterizada pela degeneração progressiva das células nervosas motoras, afetando tanto os neurônios motores superiores quanto os neurônios motores inferiores, o que resulta na fraqueza muscular e na deterioração das funções motoras e, eventualmente, na paralisia. Isso correlaciona a fisiopatologia da doença com as manifestações clínicas apresentadas pelo paciente no cenário clínico.

Referência:

LOUIS, Elan D.; MAYER, Stephan A.; ROWLAND, Lewis P. Merritt - Tratado de Neurologia, 13ª edição. Grupo GEN, 2018. E-book. ISBN 9788527733908. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527733908/. Acesso em: 30 set. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 161 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 3**

Enunciado:

(FACIMPA) Homem, 55 anos, previamente saudável, apresenta-se com fraqueza muscular progressiva há 8 meses. A fraqueza teve início na mão direita, dificultando atividades finas, como abotoar camisas, além de quedas. Nos últimos meses, o paciente notou o envolvimento dos membros inferiores e começou a perceber fasciculações (movimentos involuntários dos músculos) nos braços e pernas. Recentemente, desenvolveu dificuldade para deglutir líquidos. Ao exame físico, há atrofia muscular nas mãos e nos músculos dos braços, além de hiperreflexia (reflexos exacerbados) e presença de Babinski bilateral. Fasciculações também são observadas na língua. A ressonância magnética do crânio e coluna cervical é normal. O eletroneuromiograma (ENMG) revelou sinais de desnervação e reinervação em múltiplos territórios, indicando envolvimento dos motoneurônios.

Analise qual das alternativas descreve corretamente o mecanismo central e o fator mais associado à piora do prognóstico para a principal hipótese diagnóstica?

Alternativas:

A) Degeneração dos motoneurônios superiores e inferiores; a presença de sintomas bulbares, como dificuldade para deglutir, está associada a pior prognóstico.

B) Desmielinização dos nervos periféricos com comprometimento motor e sensitivo; a idade de início é o principal fator prognóstico.

C) Degeneração apenas dos motoneurônios inferiores; o principal fator prognóstico é o desenvolvimento de alterações cognitivas.

D) Bloqueio autoimune dos receptores de acetilcolina na junção neuromuscular; o fator prognóstico mais importante é a resposta ao tratamento imunossupressor.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa progressiva caracterizada pela degeneração dos motoneurônios superiores (no cérebro) e inferiores (na medula espinhal e tronco cerebral). Isso leva à fraqueza muscular progressiva, atrofia, e sinais como hiperreflexia e Babinski. Uma característica molecular importante é o acúmulo da proteína TDP-43 nas células nervosas, o que contribui para a morte celular. A presença de sintomas bulbares, como a dificuldade para engolir (disfagia) e fala alterada (disartria), é um dos principais fatores associados à piora do prognóstico, já

que esses pacientes tendem a ter uma progressão mais rápida da doença.

Referências:

RODRIGUES, MARCELO M.; BERTOLUCCI, PAULO HENRIQUE F. Neurologia para o Clínico-Geral. Barueri: Editora Manole, 2014. E-book. ISBN 9788520452240. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240 /. Acesso em: 01 jun. 2024. HARDIMAN, O., AL-CHALABI, A., CHIO, A., CORR, E. M., LOGROSCINO, G., ROBBERECHT, W., SHAW, P. J. Amyotrophic lateral sclerosis. Nature Reviews Disease Primers, 3(1), 1-19. 2017.

QUESTÃO 162 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 15

Enunciado:

(FIP Guanambi) João, 58 anos, apresenta-se ao ambulatório de neurologia com queixas progressivas de fraqueza em membros superiores e inferiores há 6 meses. Refere que a fraqueza iniciou de forma insidiosa, começando pela mão direita, evoluindo para o braço e, posteriormente, para os membros inferiores. Nega dor. No exame físico, observa-se atrofia muscular evidente em mãos e braços, fasciculações visíveis no tríceps direito, reflexos tendinosos diminuídos nos membros superiores, mas aumentados nos inferiores, além de espasticidade nos membros inferiores. O sinal de Babinski é positivo bilateralmente. Com base no caso clínico apresentado e nos princípios fisiopatológicos do sistema motor, analise as assertivas abaixo:

I. A atrofia muscular e alteração do tríceps direito sugerem acometimento do neurônio motor inferior, possivelmente no corno anterior da medula espinhal ou nervo periférico.

II. A espasticidade e o sinal de Babinski evidenciados indicam lesão do neurônio motor superior, possivelmente envolvendo o trato corticoespinal.

III. A coexistência de sinais de neurônio motor superior e inferior em diferentes regiões corporais é compatível com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

IV. O sinal de Babinski apresentado indica disfunção sensitiva da via espinotalâmica. Está correto o que se afirma apenas em:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) II e III apenas.

B) I, III e IV apenas.

C) I e III apenas.

D) I, II e III apenas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

I. Correta. Fasciculações e atrofia muscular são sinais clássicos de lesão do neurônio motor inferior (NMI). A lesão pode ocorrer no corno anterior da medula, raiz ventral ou nervo periférico.

II. Correta. A espasticidade e o sinal de Babinski são sinais clássicos de acometimento do neurônio motor superior (NMS), especialmente de vias corticoespinais.

III. Correta. A combinação de sinais de NMS e NMI, como os descritos no caso, é altamente sugestiva de Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), uma doença neurodegenerativa progressiva.

IV. Incorreta. O sinal de Babinski positivo indica lesão da via piramidal (trato corticoespinal), e não da via espinotalâmica (relacionada à sensibilidade).

Referência:

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins e Cotran: patologia básica. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

QUESTÃO 163 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 5

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Homem, 59 anos, previamente hígido, comparece à consulta acompanhado da esposa, que relata que ele vem apresentando episódios frequentes de quedas sem perda de consciência, além de dificuldade progressiva para manusear talheres e abotoar camisas nos últimos meses. O paciente refere ainda sensação de fraqueza em membros superiores, principalmente à direita, e cãibras noturnas nas pernas. Ao exame físico, observa-se atrofia muscular em região tenar, ausência de reflexo cutâneo abdominal inferior e presença de reflexo cutâneo plantar em extensão bilateral. Reflexos osteotendíneos estão globalmente exaltados. Não há alterações de sensibilidade à dor, tátil ou vibratória, e foram observadas poucas fasciculações em musculatura intrínseca de mãos.

Exames laboratoriais sem alterações e liquor com elevação discreta de proteína. Ressonância magnética de encéfalo e coluna cervical: sem evidência de lesões estruturais, processo expansivo ou desmielinização. Eletroneuromiografia (ENMG): padrão de denervação crônica com atividade espontânea em músculos de diferentes segmentos.

Com base no conjunto clínico e nos exames complementares apresentados, qual é o diagnóstico mais provável e a fisiopatologia associada?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) Esclerose múltipla: a ausência de lesões visíveis na ressonância magnética e de sintomas sensitivos favorece a compatibilidade no caso descrito.

B) Esclerose lateral amiotrófica: degeneração simultânea dos neurônios motores superior e inferior, resultando na presença de sinais piramidais.

C) Esclerose múltipla: padrão de denervação crônica à eletroneuromiografia e líquor sem alterações significativas, o que a torna compatível com o quadro descrito.

D) Esclerose lateral amiotrófica: doença do neurônio motor inferior exclusivamente, explica a atrofia muscular e a denervação observada na eletroneuromiografia.

GABARITO: B

Resposta comentada:

Alternativa correta:

Esclerose lateral amiotrófica: degeneração simultânea dos neurônios motores superior e inferior, resultando na presença de sinais piramidais.

A esclerose lateral amiotrófica (ELA) é uma doença neurodegenerativa caracterizada pela degeneração progressiva dos neurônios motores superiores e inferiores. Essa fisiopatologia explica de forma integrada os achados clínicos e eletrofisiológicos observados no caso descrito.

Fisiopatologia: Há degeneração dos neurônios motores superiores, localizados no córtex motor, e dos neurônios motores inferiores, localizados no tronco encefálico e na medula espinhal. Essa degeneração leva à perda da inervação muscular, provocando atrofia, fasciculações e fraqueza progressiva, além de sinais de liberação piramidal como o Babinski e a hiperreflexia.

Manifestações clínicas: Fraqueza assimétrica, cãibras, atrofia muscular, fasciculações e espasticidade. A ausência de distúrbios sensitivos diferencia a ELA de neuropatias periféricas.

Achados complementares: A eletroneuromiografia (ENMG) mostra sinais de desnervação ativa e reinervação crônica em múltiplos segmentos, enquanto os potenciais sensitivos permanecem normais. A ressonância magnética é útil para excluir causas estruturais de mielopatia ou compressão radicular.

Alternativas incorretas:

Esclerose lateral amiotrófica: doença do neurônio motor inferior exclusivamente, o que explicaria a atrofia muscular e a denervação observada na eletroneuromiografia. A afirmativa é incorreta porque a ELA não é exclusiva do neurônio motor inferior. Embora cause atrofia e fasciculações (indicativos de comprometimento do neurônio motor inferior), os sinais de liberação piramidal (como Babinski e hiperreflexia) evidenciam também o envolvimento do neurônio motor superior. Assim, considerar apenas a degeneração do neurônio motor inferior é uma simplificação errônea da fisiopatologia da ELA.

Esclerose múltipla: padrão de denervação crônica à eletroneuromiografia e líquor sem alterações significativas, o que a torna uma hipótese aparentemente compatível com o quadro descrito.

A esclerose múltipla (EM) é uma doença desmielinizante do sistema nervoso central, de natureza inflamatória e autoimune, que se manifesta em surtos e remissões, com predomínio de sintomas sensitivos e visuais. Assim, a EM costuma apresentar lesões na ressonância magnética (em substância branca periventricular, infratentorial ou medular), ausentes no caso apresentado. Além disso, os exames sensitivos e o líquor frequentemente mostram anormalidades (bandas oligoclonais), o que não ocorre na ELA. Portanto, a ausência de lesões desmielinizantes e de sintomas sensitivos descarta a EM como hipótese diagnóstica.

Esclerose múltipla: a ausência de lesões visíveis na ressonância magnética e de sintomas sensitivos favorece a compatibilidade desse diagnóstico no caso descrito. Essa alternativa está clinicamente incorreta, apesar de parecer plausível à primeira leitura.A esclerose múltipla (EM) é uma doença inflamatória desmielinizante do sistema nervoso central, caracterizada por lesões multifocais na substância branca e curso clínico em surtos e remissões, frequentemente acompanhada de alterações sensitivas, visuais ou cerebelares. No caso apresentado, o paciente apresenta:Quadro progressivo, sem remissões — incompatível com EM; Ausência de sintomas sensitivos, o que contradiz a forma típica da doença;Ressonância magnética normal, o que praticamente exclui processo desmielinizante

ativo.

Referências:

KUMAR, Vinay. Robbins Patologia Básica. 10th ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2018. E-book, p. 885. ISBN 9788595151895. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595151895/. Acesso em: 23 nov. 2024.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3476. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 23 nov. 2024.

QUESTÃO 164 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 38

Enunciado:

(AFYA ITABUNA) Homem, 58 anos, procura o ambulatório de Clínica Médica relatando quadro de fraqueza muscular progressiva e assimétrica nos membros superiores, iniciada há cerca de 8 meses. Recentemente, a esposa notou que o paciente tem apresentado engasgos frequentes ao ingerir líquidos e certa lentidão na fala, além de perda de peso não intencional. O paciente nega alterações de sensibilidade, dores ou incontinência urinária/fecal. Ao exame neurológico, o médico constata:

Atrofia evidente dos músculos interósseos das mãos e presença de fasciculações na língua e na musculatura do tórax.

Hipertonia espástica, hiperreflexia patelar e aquileia, e sinal de Babinski bilateral. Sensibilidade tátil, térmica e dolorosa totalmente preservadas. Considerando o quadro clínico e a principal hipótese diagnóstica, julgue as afirmações abaixo e assinale a alternativa que propõe e justifica corretamente a principal estratégia de controle e manejo da doença.

Alternativas:

A) A estratégia de controle mais adequada exige uma abordagem multidisciplinar de suporte (reabilitação motora e respiratória e adequação nutricional) associada à introdução do riluzol, visto que a doença não tem cura e o foco deve ser a melhora da qualidade de vida.

B) O manejo deve ser centrado unicamente na prescrição de altas doses de riluzol, visto que esta medicação elimina a toxicidade celular induzida pelo glutamato de forma definitiva, regenerando as vias motoras e evitando a evolução para insuficiência respiratória.

C) A principal intervenção curativa baseia-se na descompressão cirúrgica do canal cervical, criticando-se o uso de medicações paliativas neste momento, pois a combinação de sinais de 1° e 2° neurônios motores é explicada exclusivamente por estenose medular mecânica.

D) A introdução de gamaglobulina (imunoglobulina) intravenosa é a medida prioritária para reverter os déficits neurológicos do paciente, visto que a fisiopatologia sugere uma neuropatia motora multifocal, justificando o foco exclusivo na recuperação do neurônio motor inferior.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Alternativa correta:

A estratégia de controle mais adequada exige uma abordagem multidisciplinar de suporte (reabilitação motora e respiratória e adequação nutricional) associada à introdução do riluzol, visto que a doença não tem cura e o foco deve ser a melhora da qualidade de vida.

A ELA é uma doença neurodegenerativa com prognóstico limitado e, até o momento, sem cura. O tratamento adequado envolve uma combinação de suporte clínico, reabilitação motora e abordagens respiratória e nutricional precoces (essenciais devido à disfagia e eventual fraqueza da musculatura respiratória do paciente). O uso do riluzol está indicado para reduzir a velocidade de progressão da doença ao inibir a toxicidade induzida pelo glutamato, porém seu efeito é discreto (prolonga a sobrevida em cerca de 3 meses), exigindo que o aluno reconheça a importância vital do suporte paliativo e multidisciplinar.

A introdução de gamaglobulina (imunoglobulina) intravenosa é a medida prioritária para reverter os déficits neurológicos do paciente, visto que a fisiopatologia sugere uma neuropatia motora multifocal, justificando o foco exclusivo na recuperação do neurônio motor inferior.

(Incorreta). O aluno deve criticar esta hipótese, pois a neuropatia motora multifocal é um diagnóstico diferencial para quadros puramente motores sem achados de 1º neurônio motor. Como o paciente apresenta o sinal de Babinski e hiperreflexia, há nítido acometimento do 1º neurônio motor, descartando a imunoglobulina como tratamento e firmando a suspeita de ELA.

A principal intervenção curativa baseia-se na descompressão cirúrgica do canal cervical, criticando-se o uso de medicações paliativas neste momento, pois a combinação de sinais de 1º e 2º neurônios motores é explicada exclusivamente por estenose medular mecânica. (Incorreta). Embora a estenose de canal cervical seja um diagnóstico diferencial importante que mimetiza a ELA e exija exclusão por ressonância magnética, o quadro de acometimento bulbar (engasgos, disfagia, fasciculações na língua) apresentado pelo paciente localiza a lesão também em nervos cranianos, acima do nível cervical. Logo, uma descompressão cervical não resolveria a totalidade do quadro, tornando a ELA a hipótese primária.

O manejo deve ser centrado unicamente na prescrição de altas doses de riluzol, visto que esta medicação elimina a toxicidade celular induzida pelo glutamato de forma definitiva, regenerando as vias motoras e evitando a evolução para insuficiência respiratória. (Incorreta). O aluno deve julgar o riluzol criticamente: ele não é uma medicação curativa e não regenera neurônios. A medicação age apenas reduzindo a toxicidade do glutamato de forma a modificar discretamente a evolução, tornando incorreto focar o tratamento exclusivamente nele e negligenciar a abordagem respiratória e nutricional, que costuma ser a principal causa de mortalidade na ELA.

Referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Esclerose Lateral Amiotrófica [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias e Inovação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 36 p. FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. Pág. 1442 ISBN 9788527738378. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738378/. Acesso em: 04 mar. 2026.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. Robbins & Cotran Patologia: Bases Patológicas das Doenças . 10. ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2023. E-book. p. ISBN 9788595159174. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595159174/. Acesso em: 03 mar. 2026.

-

Vertigens (11 questões)

QUESTÃO 165 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 42**

Enunciado:

Idoso de 63 anos compareceu à consulta na Unidade de Saúde da Família relatando episódios breves de tontura mas, quando questionado, disse que sua cabeça parece estar girando. Esses sintomas ocorrem em diferentes posturas e não associados com perda auditiva, zumbido, pressão aural ou cefaleia. Um desses episódios resultou em queda na última semana, mas não houve fraturas, somente leves arranhões.

Com base no caso apresentado, assinale a alternativa que contém o provável diagnóstico e a manobra que melhor se adequa.

Alternativas:

A) Tontura do idoso; Teste de Dix-Hallpike.

B) Início de Parkinson; Manobra de Holmes.

C) Vertigem posicional paroxística benigna (VPPB); Teste de Dix-Hallpike.

D) Início de Alzhiemer; Manobra de Holmes.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Esse paciente apresentou episódios breves (< 30 segundos) de vertigem, que foram provocados por alterações posturais. Essa vertigem não está associada a qualquer outro sintoma da orelha interna ou outros sintomas neurológicos. Seu exame físico não indica qualquer evidência de doença da orelha média. O restante do exame físico, incluindo a avaliação neurológica, não apresenta qualquer outra anormalidade. A manobra de Dix-Hallpike é patognomônica para o distúrbio. Esse distúrbio é cau-

sado por otólitos (cálculos de cálcio) que se agregaram dentro do canal semicircular posterior e que se movem como um pistão em resposta a alterações posturais. O tratamento envolve a movimentação do paciente e, por extensão, dos otólitos des- locados, por meio de uma série de manobras que posicionarão os otólitos nova- mente dentro dos órgãos otolíticos. Quando essa manobra falha, outros tratamentos utilizam uma estratégia que dispersa os otólitos, permitindo a dessensibilização da sensação de vertigem.

Referência:

TOY, Eugene C.; SIMPSON, Ericka; TINTNER, Ron. Casos clínicos em neurologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2013. E-book. ISBN 9788580552911. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/&/books/9788580552911/. Acesso em: 02 abr. 2023.

QUESTÃO 166 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 16

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Um paciente, de 60 anos, procura atendimento médico com queixas de tontura rotatória persistente de início há 1 semana e sensação de incoordenação. Ele relata que os sintomas pioram quando tenta seguir objetos em movimento. Além disso, ele tem dificuldade em manter o equilíbrio ao caminhar em linha reta.

Sobre o caso clínico, analise os itens a seguir:

I. A ocorrência de nistagmo vertical sem fatigabilidade direciona para vertigem de origem central.

II. A ocorrência de outros sinais neurológicos focais como diplopia e alteração nas provas cerebelares direciona a investigação para causas centrais de vertigem.

III. A presença de náuseas e a ocorrência de nistagmo horizontal são características das vertigens de origem central.

Marque a alternativa correta.

Alternativas:

A) Apenas a afirmativa I é verdadeira.

B) Todas as afirmativas são verdadeiras.

C) Apenas a afirmativa III é verdadeira.

D) Todas as afirmativas são falsas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Nistagmo de Origem Central: O nistagmo que acompanha a vertigem de origem central geralmente tem intensidade significativamente superior à intensidade da vertigem e, quando induzido, não apresenta latência e fatigabilidade. Pode ser exclusivamente rotacional ou vertical e sua direção pode mudar de acordo com a movimentação dos olhos. Associação com Sinais Neurológicos: Pode estar associado a outros sinais neurológicos, como fraqueza, alterações na fala, diplopia, oftalmoparesia, etc.

Referências:

BERTOLUCCI, P.H.F; Ferraz, Henrique BALLALAI; Barsottini O; PEDROSO, Jose Luiz. Neurologia Diagnóstico e Tratamento. 2. ed. Barueri - SP: Manole, 2016. v. 1. pág.1392. RODRIGUES, M. M.

BERTOLUCCI, P. H. F. Neurologia para o clínico-geral. 1. ed. Barueri: Manole, 2013. v. 1. 658p.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

Observação: a afirmativa III é discutível — náuseas intensas e nistagmo horizontal (unidirecional, que se inibe com a fixação visual) são mais típicos da vertigem de origem periférica. O gabarito oficial considerou todas as afirmativas verdadeiras.

QUESTÃO 167 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 38

Enunciado:

Paciente, 65 anos, sexo feminino, chega à UBS, com queixas de vertigem intensa, acompanhada de náuseas e vômitos. Relata episódios recorrentes de tontura rotatória, que duram alguns minutos e são desencadeados por movimentos bruscos da cabeça. Durante esses episódios sente dificuldade para manter o equilíbrio e fica debilitada. Exame neurológico normal e manobra de Dix-Halpike com presença de nistagmo e vertigem.

Diante do caso clínico, o provável distúrbio vestibular apresentado é:

Alternativas:

A) Neurite vestibular.

B) Vertigem postural paroxística benigna.

C) Doença de Ménière.

D) Acidente vascular cerebral isquêmico de circulação posterior.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Os sintomas apresentados são altamente sugestivos de Vertigem Postural Paroxística Benigna (VPPB). Na VPPB, os pacientes experimentam episódios breves de vertigem intensa, geralmente desencadeados por mudanças rápidas de posição da cabeça. Isso ocorre devido a detritos que se alojam nos canais semicirculares do ouvido interno, desencadeando uma sensação de movimento rotatório. A manobra de Dix-Hallpike positiva confirma o diagnóstico. A neurite vestibular geralmente causa vertigem constante e intensa, acompanhada de perda auditiva e zumbido.

A doença de Ménière é caracterizada por vertigem episódica, geralmente acompanhada de perda auditiva, zumbido e plenitude auricular.

Um AVC isquêmico pode causar vertigem, mas geralmente está associado a outros sintomas neurológicos focais, como fraqueza, alterações na fala ou perda sensorial.

Referência:

RAFF, R.; LEVITZKY, M. G. Fisiologia Médica. Grupo A, 2012.

Rodrigues, Marcelo, M. e Paulo Henrique Ferreira Bertolucci. Neurologia para o Clínico-Geral. Disponível em: Minha Biblioteca, Editora Manole, 2014.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 168 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 41

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Um homem de 45 anos procura o pronto-socorro com queixa de vertigem de início súbito, descrita como uma sensação de que “tudo ao redor está girando”. Ele relata que os episódios de vertigem duram alguns minutos e são desencadeados por movimentos bruscos da cabeça. Além disso, o paciente apresenta náuseas e vômitos. Ao exame físico, a prova de Romberg é positiva, com queda para a esquerda após período de latência, e há nistagmo horizontal que se intensifica ao olhar para a esquerda. Apresentou alteração no exame de impulso da cabeça. O exame neurológico não apresenta outras alterações. Com base no caso apresentado, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) A presença de nistagmo horizontal e teste de impulso da cabeça alterados sugerem uma vertigem de origem central, indicando uma possível lesão no tronco encefálico.

B) A vertigem com nistagmo horizontal que diminui com fixação ocular e a ausência de sinais neurológicos focais indicam uma vertigem periférica.

C) A presença de nistagmo unidirecional e agravamento com movimento da cabeça sugerem uma vertigem central, associada a déficits vestibulares bilaterais.

D) A vertigem associada a nistagmo e teste de Roomberg alterado é um indicativo clássico de uma lesão central, comum em doenças como a esclerose múltipla.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Justificativa: Nistagmo horizontal e náuseas intensas são associados a vertigem periférica, que envolve disfunções no sistema vestibular (como na labirintite ou na doença de Ménière). Nas lesões centrais nistagmo pode ser vertical ou multidirecional, não sendo suprimido pela fixação ocular. A presença de Roomberg alterado com predileção para um lado e o teste de impulso da cabeça são sugestivos de lesão periférica.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024.

QUESTÃO 169 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 20

Enunciado:

(UNISL JI-Paraná) Paciente de 56 anos procura atendimento relatando crises recorrentes de vertigem há cerca de dois meses. Refere que os episódios duram de 10 a 15 minutos, iniciam-se de forma súbita e são acompanhados de náuseas intensas, sem perda da consciência. A vertigem costuma ser desencadeada ao mudar de posição na cama, principalmente ao deitar-se sobre o lado esquerdo. Relata que os sintomas melhoram quando permanece imóvel, mas tem apresentado desequilíbrio nos primeiros minutos ao tentar caminhar. Nega cefaleia, alterações auditivas, disartria ou fraqueza muscular. Ao exame clínico, a otoscopia não mostrou alterações significativas e o teste de Dix-Hallpike desencadeou nistagmo horizontal e vertigem intensa no mesmo lado dos sintomas, com resolução espontânea em cerca de 30 segundos após a manobra. Sem sinais neurológicos focais. Sinais vitais dentro da normalidade. Com base no caso descrito, marque a alternativa correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) O padrão de vertigem posicional, sem sintomas auditivos ou sinais neurológicos, indica vertigem posicional paroxística benigna, com indicação de manobra de reposicionamento.

B) A ausência de sinais neurológicos focais afasta causas vestibulares centrais, sendo a hipótese de doença de Ménière a mais provável.

C) O quadro é compatível com cinetose, devido à presença de náuseas e vertigem induzida pelo movimento. Recomenda-se repouso e uso de anti-histamínicos.

D) A vertigem é compatível com um quadro central, provavelmente cerebelar, devendo-se priorizar a investigação por imagem e encaminhamento imediato à neurologia.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta correta:

O padrão de vertigem posicional, sem sintomas auditivos ou sinais neurológicos, indica vertigem posicional paroxística benigna, com indicação de manobra de reposicionamento.

O quadro clínico descrito é típico de vertigem posicional paroxística benigna (VPPB), que se manifesta por episódios de vertigem breves e intensos, precipitados por mudanças de posição da cabeça, sem sintomas auditivos ou neurológicos associados. O desencadeamento da vertigem e nistagmo durante a manobra de Dix-Hallpike, com resolução rápida, reforça essa hipótese. A conduta inicial envolve a manobra de reposicionamento canalicular, como a de Epley. Incorreta:

A vertigem é compatível com um quadro central, provavelmente cerebelar, devendo-se priorizar a investigação por imagem e encaminhamento imediato à neurologia.

Apesar de causas centrais exigirem atenção, elas se caracterizam por vertigem contínua e leve, associada a outros déficits neurológicos, como disartria, diplopia, ataxia e nistagmo que não se adapta. No caso, a vertigem é episódica, com nistagmo fatigável e ausência de sintomas centrais, o que não sustenta essa hipótese.

Incorreta:

A ausência de sinais neurológicos focais afasta causas vestibulares centrais, sendo a hipótese de doença de Ménière a mais provável.

A doença de Ménière cursa com vertigem associada a sintomas auditivos como tinido, sensação de plenitude auricular e perda auditiva flutuante, o que não está presente neste caso. Além disso, as crises tendem a durar mais tempo, geralmente horas.

Incorreta: O quadro é compatível com cinetose, devido à presença de náuseas e vertigem induzida pelo movimento; recomenda-se repouso e uso de anti-histamínicos. A cinetose envolve vertigem fisiológica induzida por estímulos vestibulares repetitivos, como em movimento de veículos, e não se encaixa no perfil clínico descrito. A resposta à manobra de DixHallpike também afasta essa possibilidade.

Referências:

CAMPBELL, William W. ; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. Capa. ISBN 9788527738415. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738415/. Acesso em: 14 abr. 2025 MARANHÃO-FILHO, Péricles; MARANHÃO, Eliana T. VPPB: Vertigem Posicional Paroxística Benigna e Reflexos Vestibulares: Testes e Manobras à Beira do Leito. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2016. E-book. p. Capa. ISBN 9788567661506. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788567661506/. Acesso em: 14 abr. 2025. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. Ebook. p. 607. ISBN 9788527737876. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 14 abr. 2025. OTORRINOLARINGOLOGIA, Associação Brasileira de. Tratado de Otorrinolaringologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 583. ISBN 9788595154247. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154247/. Acesso em: 14 abr. 2025.

QUESTÃO 170 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 39**

Enunciado:

(AFYA Santa Inês) Paciente de 52 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético, relata episódios súbitos de tontura rotatória há 24 horas, associados a náuseas e desequilíbrio. Refere piora ao levantar-se da cama. Nega zumbido ou perda auditiva. Ao exame físico, apresenta nistagmo horizontal.

Sobre o caso clínico, analise as assertivas a seguir:

I - A otoscopia deve ser realizada após explicar o procedimento ao paciente e obter seu consentimento, pois é fundamental para avaliar causas de vertigem associadas a otite média ou perfuração timpânica.

II - Para a realização de otoscopia em adultos, o pavilhão auricular deverá ser puxado para alinhar o conduto auditivo, não sendo necessário realizar na otoscopia da criança.

III - Nistagmo puramente horizontal, sem componente vertical ou torsional, que melhora com fixação visual, é sugestivo de origem vestibular periférica.

IV - No teste de Weber, a lateralização do som para o ouvido com hipoacusia sugere perda neurossensorial, enquanto a lateralização para o ouvido normal indica perda condutiva. Marque a alternativa que contenha apenas assertivas corretas.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) II e III, apenas.

B) I, III e IV, apenas.

C) I e III, apenas.

D) I e II, apenas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Assertiva I: V (Verdadeiro): A otoscopia é essencial para descartar patologias otológicas que podem causar vertigem (ex.: otite média, colesteatoma). O consentimento é parte do processo ético e melhora a cooperação do paciente.

Assertiva II: F (Falso): Em adultos, traciona-se o pavilhão para cima e para trás para alinhar o conduto auditivo externo. Em crianças, puxa-se para baixo e para trás, devido à anatomia diferente.

Assertiva III: V (Verdadeiro): O nistagmo periférico geralmente é horizontal, unidirecional e suprime-se com fixação ocular. Já o nistagmo central (ex.: AVC cerebelar) costuma ser vertical, torsional ou bidirecional, e não melhora com fixação.

Assertiva IV: F (Falso): O Weber lateraliza para o ouvido afetado na perda condutiva (ex.: cerume impactado) e para o ouvido normal na perda neurossensorial (ex.: labirintopatia).

Referências:

HALL, John E. ; HALL, Michael E. Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788595158696. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595158696/. Acesso em: 24 nov. 2024. NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 1360. ISBN 9788527737876. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 24 nov. 2024. McGEE, S. Evidence-Based Physical Diagnosis. 5. ed. Elsevier, 2021. PORTO, C.C. Semiologia Médica, 8.

ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019. E-book. ISBN 9788527734998. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527734998. Acesso em: 30 out. 2024. PORTO, C. C. ; PORTO, A. L. Exame Clínico. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 304. ISBN 9788527731034. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527731034/. Acesso em: 08 nov. 2024.

QUESTÃO 171 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original nº 44

Enunciado:

(AFYA PALMAS) Idoso de 75 anos, hipertenso e em uso de diurético, relata quedas frequentes ao virar na cama e ao levantar-se, acompanhadas de sensação súbita de vertigem giratória que dura segundos, sem perda de consciência. Nega cefaleia, fraqueza focal ou alterações visuais. Ao exame, PA 130×80 mmHg, FC 72 bpm; o teste de Dix–Hallpike reproduziu vertigem e nistagmo geográfico-posicional sem outros achados neurológicos.

Na investigação inicial desse paciente, a conduta mais adequada é:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) realizar manobra de Epley para reposicionar otólitos no canal posterior e orientar exercícios de reabilitação vestibular.

B) prescrever meclizina oral em dose diária para alívio sintomático da tontura, sem investigação etiológica adicional .

C) avaliar titulação de diurético e verificar hipotensão ortostática com teste de inclinação de 3 minutos preliminar.

D) solicitar tomografia computadorizada de crânio urgente para excluir acidente vascular cerebral isquêmico de fossa posterior imediato.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Realizar manobra de Epley para reposicionar otólitos no canal posterior e orientar exercícios de reabilitação vestibular. Correta.

Fisiopatologia: o BPPV decorre de otólitos deslocados para o canal posterior, causando vertigem posicional transitória.

Controle postural e quedas: o reposicionamento otolítico (manobra de Epley) corrige o deslocamento e reduz a instabilidade postural, prevenindo futuras quedas. Avaliar titulação de diurético e verificar hipotensão ortostática com teste de inclinação de 3 minutos preliminar. Falsa.

A hipotensão ortostática causa tontura ao mudar de posição, mas o teste de Dix–Hallpike positivo e a breve duração da vertigem apontam para BPPV, não para hipovolemia por diurético. Solicitar tomografia computadorizada de crânio urgente para excluir acidente vascular cerebral isquêmico de fossa posterior imediato. Falsa.

Lesões centrais (AVC de fossa posterior) provocam vertigem sustentada e sinais neurológicos associados; a ausência de achados neurológicos focaliza o diagnóstico em causa periférica, dispensando TC imediata.

Prescrever meclizina oral em dose diária para alívio sintomático da tontura, sem investigação etiológica adicional rápida. Falsa.

Meclizina alivia sintomas, mas não corrige o problema subjacente. A simples prescrição sintomática, sem manobra de reposicionamento, mantém o risco de quedas e prejuízo do equilíbrio.

Referências:

ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Vinay Kumar; KUMAR, Vinay. Patologia: bases patológicas das doenças. 10. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2021.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 172 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 16

Enunciado:

(AFYA IPATINGA) Homem de 62 anos, hipertenso, diabético e tabagista, procura o prontoatendimento por tontura intensa iniciada há cerca de 10 horas. Relata sensação contínua de rotação do ambiente, acompanhada de náusea e dificuldade para permanecer em pé, sem melhora ao repouso. Nega hipoacusia, zumbido ou otorreia. Ao exame físico: membranas timpânicas íntegras, translúcidas, com bom reflexo luminoso bilateral. Nistagmo horizontal alternante conforme a direção do olhar. Teste de impulso da cabeça (Head Impulse Test) normal. Teste da sacada (Test of Skew) com desvio vertical ocular positivo.

Com base nos achados clínicos e resultados do exame físico, assinale a alternativa que melhor interpreta a provável origem da tontura e a conduta inicial mais adequada.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) O quadro é compatível com vertigem periférica aguda, justificando reabilitação vestibular precoce e uso de sintomáticos para controle da náusea.

B) Trata-se de vertigem periférica episódica, sendo apropriado tratamento ambulatorial com antivertiginosos e acompanhamento clínico evolutivo.

C) O conjunto clínico indica origem central, porém de provável etiologia metabólica, sendo indicada observação hospitalar e reavaliação com imagem eletiva.

D) Os achados do exame sugerem origem central, provavelmente vascular, devendo-se solicitar neuroimagem imediata e avaliação neurológica urgente.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa correta.

Os achados do exame sugerem origem central, provavelmente vascular, devendo-se solicitar neuroimagem imediata e avaliação neurológica urgente.

O HINTS mostra padrão típico central:

Head Impulse normal → reflexo vestíbulo-ocular preservado (descarta labirintopatia periférica).

Nistagmo bidirecional → muda com o olhar, o que é exclusivo de lesões centrais (p. ex., cerebelo/tronco).

Skew deviation positivo → lesão em vias otolíticas do tronco encefálico. A incapacidade de caminhar e os fatores de risco vasculares apontam para síndrome vestibular central aguda isquêmica.

A conduta adequada é neuroimagem imediata (idealmente RM com difusão) e avaliação neurológica urgente.

Alternativa incorreta.

O quadro é compatível com vertigem periférica aguda, justificando reabilitação vestibular precoce e uso de sintomáticos para controle da náusea.

Em vertigem periférica, esperam-se Head Impulse anormal, nistagmo unidirecional fatigável e ausência de skew, o que não se observa.

Reabilitação vestibular e sintomáticos são inapropriados sem excluir etiologia central. Alternativa incorreta.

O conjunto clínico indica origem central, porém de provável etiologia metabólica, sendo indicada observação hospitalar e reavaliação com imagem eletiva.

Embora reconheça a origem central, erra ao atribuir etiologia metabólica (não sustentada clinicamente) e ao postergar neuroimagem imediata, o que contraria o protocolo descrito no Harrison.

Alternativa incorreta.

Trata-se de vertigem periférica episódica, sendo apropriado tratamento ambulatorial com antivertiginosos e acompanhamento clínico evolutivo.

A vertigem periférica episódica (ex.: VPPB, Ménière) é transitória e provocada por movimentos da cabeça, e não contínua.

O HINTS central e a incapacidade de deambular excluem essa hipótese.

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. ; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3456. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://app.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/. Acesso em: 20 out. 2025.

CAMPBELL, William W. ; BAROHN, Richard J. DeJong - O Exame Neurológico. 8th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. ISBN 9788527738415. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527738415/. Acesso em: 12 maio 2025.

DUNCAN, Bruce B. ; SCHMIDT, Maria I. ; GIUGLIANI, Elsa R. J.; et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5th ed. Porto Alegre: ArtMed,

2022. E-book, p.i. ISBN 9786558820437. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558820437/. Acesso em: 12 maio 2025.

MARANHÃO-FILHO, Péricles; MARANHÃO, Eliana T. VPPB (Vertigem Posicional Paroxística Benigna) e Reflexos Vestibulares: Testes e Manobras à Beira do Leito. Rio de Janeiro: Thieme Revinter, 2016. E-book. ISBN 9788567661506. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788567661506/. Acesso em: 24 nov. 2024.

McGEE, S. Evidence-Based Physical Diagnosis. 5. ed. Elsevier, 2021. OTORRINOLARINGOLOGIA, Associação Brasileira de. Tratado de Otorrinolaringologia. 3rd ed. Rio de Janeiro: GEN Guanabara Koogan, 2017. E-book. p. 583. ISBN 9788595154247. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788595154247/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 173 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 23

Enunciado:

(AFYA GARANHUNS) Dona Maria Antônia, 68 anos, previamente hipertensa e dislipidêmica, faz uso regular de Losartana, Hidroclotiazida e Sinvastatina, com bom controle pressórico e adesão ao tratamento. Procura a Unidade Básica de Saúde relatando episódios recorrentes de tontura há cerca de duas semanas. Refere que a sensação é de “rotação do ambiente” (vertigem rotatória), desencadeada principalmente por mudanças rápidas de posição, como levantar-se da cama, deitar-se ou olhar para cima.

Os episódios são breves, com duração inferior a um minuto, surgem de forma súbita e cessam espontaneamente ao permanecer imóvel. Nega sintomas auditivos como hipoacusia ou zumbido, bem como cefaleia, alterações visuais, parestesias ou déficits neurológicos focais. Não houve quedas, síncope ou trauma recente. O exame físico clínico e a avaliação neurológica basal não apresentam alterações.

Considerando o princípio da resolutividade na APS, o caráter fisiopatológico da provável etiologia e o importante foco em Saúde Pública (prevenção de quedas em idosos), assinale a conduta inicial mais adequada.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Encaminhar a usuária imediatamente para avaliação urgente no pronto atendimento neurológico terciário, visto o risco cardiovascular da paciente, e suspender sua terapêutica habitual e iniciar Clonazepam por precaução clínica da equipe.

B) Solicitar ressonância magnética de crânio com contraste de forma eletiva para descartar lesões centrais de fossa posterior e prescrever o fármaco Dicloridrato de Betaistina para uso contínuo e alívio sintomático dos episódios vertiginosos.

C) Diagnosticar vertigem de possível origem vascular isquêmica (central) devido ao risco cardiovascular associado e iniciar ácido acetilsalicílico ou clopidogrel profilático e agendar avaliação urgente com otorrinolaringologista e neurologista.

D) Suspeitar de Vertigem Posicional Paroxística Benigna, realizar a Manobra de Dix-Hallpike para confirmar o canal semicircular afetado e aplicar a Manobra de Epley com orientações de prevenção de quedas e retorno precoce na unidade.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Solicitar ressonância magnética de crânio com contraste de forma eletiva para descartar lesões centrais de fossa posterior e prescrever o fármaco Dicloridrato de Betaistina para uso contínuo e alívio sintomático dos episódios vertiginosos. – Incorreta. O quadro é típico de VPPB (vertigem breve, desencadeada por mudança de posição, sem sintomas neurológicos ou auditivos). Em APS, imagem não é exame de primeira linha para vertigem periférica típica e sem “red flags” neurológicas. Antivertiginosos (ex.: dimenidrinato, meclizina) podem ser usados por curto prazo para náuseas intensas, mas uso contínuo atrapalha a compensação vestibular e não trata a causa (otólitos deslocados).

Suspeitar de Vertigem Posicional Paroxística Benigna, realizar a Manobra de Dix-Hallpike para confirmar o canal semicircular afetado e aplicar a Manobra de Epley com orientações de prevenção de quedas e retorno precoce na unidade. – Correta. A vertigem posicional paroxística benigna (VPPB) decorre do deslocamento de otólitos (canalitíase) nos canais semicirculares, gerando estímulos anormais no sistema vestibular periférico. Na Atenção Primária, o médico tem papel resolutivo na investigação inicial da vertigem. A manobra de Dix-Hallpike é essencial para diagnóstico, e a manobra de Epley pode ser aplicada como tratamento, reduzindo a necessidade de encaminhamentos.

Encaminhar a usuária imediatamente para avaliação urgente no pronto atendimento neurológico terciário, visto o risco cardiovascular da paciente, e suspender sua terapêutica habitual e iniciar Clonazepam por precaução clínica da equipe. – Incorreta. Não há sinais de alarme (déficit focal, ataxia severa, diplopia, disartria, cefaleia súbita intensa, novo zumbido/perda auditiva, fatores de alto risco vascular com síndrome aguda). Sem red flags, o manejo pode e deve ser iniciado na APS. Suspender “toda medicação” é inseguro e não indicado; as drogas em uso (losartana, sinvastatina) não são causas típicas de VPPB.

Diagnosticar vertigem de possível origem vascular isquêmica (central) devido ao risco cardiovascular associado e iniciar ácido acetilsalicílico ou clopidogrel profilático e agendar avaliação urgente com otorrinolaringologista e neurologista. – Incorreta. A descrição clínica é posicional, breve e recorrente, sem sintomas neurológicos — padrão que não sugere vertigem central/vascular. Iniciar antiagregante sem evidência de evento isquêmico é inapropriado e expõe a riscos. A conduta de avaliação urgente não se justifica. Encaminhar de forma rápida/urgente para ORL ou Neuro é reservado para situações de atipia ou alerta: nistagmo não fatigável ou não posicional, sintomas persistentes (não paroxísticos), déficit neurológico associado, cefaleia nova/importante, sinais de comprometimento de tronco ou cerebelo, ou vertigem com perda auditiva/sintomas cocleares (aí penso em Menière, neurite, LABS, fístula, etc.).

Referências:

JAMESON, J. L. et al. Medicina interna de Harrison - 2 volumes. 20.ª edição. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. Pi ISBN 9788580556346. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580556346/. Acesso em: 16 out. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book. p.1360. ISBN 9788527737876. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/. Acesso em: 16 out. 2025.

GUSSO, G., et al. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Disponível em: Minha Biblioteca (2.ª edição). Grupo A, 2019. DUCAN, B., B. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Disponível em: Minha Biblioteca (2.ª edição). Grupo A, 2019.

QUESTÃO 174 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 29**

Enunciado:

(AFYA ABAETETUBA) Marcela, 30 anos, procurou atendimento médico com queixas de episódios recorrentes de tontura intensa, acompanhados por náusea e sensação de desequilíbrio. Ela relatou que esses episódios geralmente ocorrem ao mudar de posição, como levantar-se da cama pela manhã ou virar a cabeça rapidamente. A paciente mencionou que os sintomas costumam durar alguns segundos a minutos e desaparecem espontaneamente. Durante os episódios, ela notou a presença de nistagmo horizontal. Após uma avaliação médica detalhada e a exclusão de outras causas subjacentes, o médico discutiu opções de manejo e estratégias para lidar com esses episódios. De acordo com o caso clínico, qual a principal hipótese diagnóstica?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Acidente vascular transitório.

B) Vertigem Postural.

C) Esclerose Multipla.

D) Doença de Meniere.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

A resposta correta é a Vertigem Postural, por se tratar de uma condição de tontura intensa relacionada à postura, náusea, sensação de desequilíbrio e nistagmo, que pode durar alguns segundos a minutos e desaparece espontaneamente. A vertigem associada a causas isquêmicas seria contínua, sem piora com movimento; a doença de Meniere cursa com sintomas auditivos e a esclerose múltipla apresentaria outros sintomas neurológicos.

Referência:

RAFF, Rhershel; LEVITZKY, Michael G. Fisiologia Médica. Grupo A, 2012. 9788580551488. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580551488/. Acesso em: 03 jun. 2022.

QUESTÃO 175 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 18**

Enunciado:

(AFYA PARAÍBA) Mulher, 52 anos, professora, procura atendimento com queixa de vertigem rotatória intensa iniciada há 24 horas, associada a náuseas, vômitos e instabilidade postural. Refere piora importante com movimentação cefálica e melhora ao permanecer imóvel. Nega perda auditiva, plenitude auricular ou zumbido. Ao exame físico, apresenta nistagmo horizontal unidirecional, teste do impulso cefálico positivo e ausência de déficits neurológicos focais, quadro compatível com síndrome vestibular periférica aguda. O médico prescreve dimenidrinato para controle sintomático da vertigem.

Baseado no caso clínico, marque a alternativa correta.

Alternativas:

A) Bloqueia receptores serotoninérgicos 5-HT 3 periféricos e centrais, reduzindo náuseas e vômitos por ação no trato gastrintestinal e na zona gatilho quimiorreceptora, com perfil clínico de baixo potencial sedativo.

B) Bloqueia receptores H 1 no sistema vestibular central, reduzindo a excitabilidade neuronal e modulando a transmissão para o centro do vômito, causando sonolência, boca seca e retenção urinária.

C) Estimula receptores dopaminérgicos centrais, modulando a atividade dos núcleos vestibulares e promovendo compensação labiríntica rápida, podendo causar insônia e aumento da vigília.

D) Bloqueia canais de cálcio do tipo L na orelha interna, modulando a hemodinâmica labiríntica e a excitabilidade vestibular, podendo causar hipotensão arterial como efeito colateral predominante.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Correta: Os anti-histamínicos H1 de primeira geração atuam bloqueando esses receptores no sistema vestibular central, reduzindo a excitabilidade dos núcleos vestibulares e modulando a transmissão dos impulsos ao centro do vômito. Como atravessam a barreira hematoencefálica e apresentam também atividade anticolinérgica, estão associados a efeitos colaterais como sonolência, boca seca, retenção urinária e visão turva. Essa descrição correlaciona adequadamente o mecanismo de ação e perfil farmacológico esperado.

Incorreta: A estimulação de receptores dopaminérgicos centrais não corresponde à farmacoterapia empregada no controle da vertigem. Fármacos utilizados nesse contexto, quando relacionados à via dopaminérgica, geralmente atuam como antagonistas para controle de náuseas. A ativação dopaminérgica não promove compensação vestibular e não representa mecanismo terapêutico indicado para vertigem periférica. Incorreta: O bloqueio de receptores 5-HT 3 está relacionado principalmente ao controle de náuseas e vômitos por ação na zona gatilho quimiorreceptora e no trato gastrintestinal. Embora possa contribuir para alívio sintomático das náuseas associadas à vertigem, não atua diretamente na modulação da excitabilidade dos núcleos vestibulares, não sendo o principal mecanismo envolvido no controle da vertigem em si.

Incorreta: O bloqueio de canais de cálcio do tipo L pode estar presente em fármacos utilizados em determinadas vestibulopatias, especialmente em estratégias de manutenção. Entretanto, esse não é o mecanismo de ação dos anti-histamínicos H1 empregados no controle sintomático agudo da vertigem. Além disso, a modulação hemodinâmica labiríntica não constitui o principal mecanismo terapêutico descrito no caso apresentado.

Referências:

BRUNTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R.; KNOLLMANN, B. C. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 13. ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. KATZUNG, B. G.; VANDERAH, T. W. Farmacologia básica e clínica. 15. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.

-

Distúrbios oculares (11 questões)

QUESTÃO 176 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 17

Enunciado:

Módulo:(s) SOI

Um paciente idoso de 70 anos de idade se apresenta à clínica oftalmológica com queixa de visão turva e diminuição progressiva da acuidade visual em ambos os olhos. Ele relata também dor ocular intermitente, halos ao redor das luzes e uma história familiar de problemas oculares. Durante o exame, você observa um aumento da pressão intraocular. Qual é o diagnóstico mais provável para esse paciente?

Alternativas:

A) Glaucoma

B) Distúrbios da refração.

C) Retinoblastoma.

D) Ceratocone.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Glaucoma: correta. Os sintomas de visão turva, diminuição da acuidade visual, dor ocular e aumento da pressão intraocular são indicativos de glaucoma, uma doença ocular que causa danos ao nervo óptico. A presença de uma história familiar de problemas oculares também sugere uma predisposição ao glaucoma.

Distúrbios da Refração: incorreta. Embora distúrbios de refração, como miopia, hipermetropia e astigmatismo, possam causar visão turva, esses não são geralmente acompanhados de dor ocular, halos ou aumento da pressão intraocular.

Retinoblastoma: incorreta. O retinoblastoma é uma forma rara de câncer ocular que geralmente afeta crianças pequenas. Um paciente idoso com os sintomas mencionados tem uma probabilidade muito baixa de ter retinoblastoma.

Ceratocone: incorreta. O ceratocone é uma condição na qual a córnea torna-se progressivamente mais fina e cônica, levando a distorções na visão. Embora possa causar visão turva, geralmente não está associado a dor ocular intensa ou aumento da pressão intraocular.

Referência:

GERVASIO, Kalla A.; PECK, Travis J.; FATHY, Cherie A.; et al. Manual de doenças oculares do Wills Eye Hospital: diagnóstico e tratamento no consultório e na emergência: Grupo A,

2023. E-book. ISBN 9786558820901. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558820901/. Acesso em: 25 set. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (A); as alternativas B, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 177 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 24

Enunciado:

Módulo:(s) SOI + HAM

Homem, 55 anos, com histórico de diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado há 15 anos, apresenta-se ao consultório oftalmológico para um exame de rotina. Ele não tem queixas oculares específicas, mas está ciente dos riscos oculares associados ao diabetes. O paciente relata bom controle glicêmico com medicamentos orais e dieta, mas admite que não segue rigorosamente suas consultas médicas.

Durante a fundoscopia, o oftalmologista identifica a presença de uma retinopatia diabética não proliferativa leve que se caracteriza pela presença de:

Alternativas:

A) Neovascularização do disco óptico.

B) Hemorragia vítrea.

C) Microaneurismas retinianos.

D) Descolamento tracional da retina.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Microaneurismas são o mais precoce sinal da RD e ocorrem secundariamente à perda de pericitos.

A retinopatia diabética é dividida em não proliferativa e proliferativa. Concomitantemente a qualquer uma delas, pode haver edema macular clinicamente significante. Retinopatia diabética não proliferativa (RDNP): a existência de microaneurismas retinianos em diabéticos já caracteriza o diagnóstico de RDNP, mas pode também haver, em diferentes graus de comprometimento, presença de micro-hemorragias, exsudatos duros, manchas algodonosas, loops com ensalsichamento venoso e/ou IRMA. O estágio que chama mais a atenção por requerer tratamento de forma intensa é a RDNP grave, definida pela regra 4:2:1, ou seja, hemorragias e microaneurismas difusos nos 4 quadrantes, ou loops com ensalsichamento venoso em 2 quadrantes, ou anormalidades microvasculares intrarretinianas em 1 quadrante.

A RP proliferativa (RDP) é classificada em dois tipos: a inicial ou a de alto risco. Na RDP inicial, os neovasos estão presentes, mas não preenchem os critérios de alto risco. Na RDP de alto risco, encontra-se neovascularização de disco (NVD) em ≥ 1/3 da área do disco óptico, ou há qualquer NVD associada à hemorragia vítrea ou sub-hialóidea, ou há presença de (neovascularização em qualquer parte) NVE ≥ 1/2 diâmetro de papila, associada à hemorragia vítrea ou sub-hialóidea.

Referência:

Vilar, Lucio. Endocrinologia Clínica. Disponível em: Minha Biblioteca, (7th edição). Grupo GEN, 2020.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 178 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 8

Enunciado:

No consultório de oftalmologia temos dois pacientes:

Paciente 1, 65 anos - Vermelhidão intensa, secreção ocular espessa e amarelada no olho direito há três dias. Relata irritação inicial seguida de agravamento dos sintomas. Dificuldade para enxergar de perto precede os sintomas oculares recentes, notou seu início há 4 anos aproximadamente.

Paciente 2, 17 anos - Dificuldade em enxergar claramente, especialmente à noite. Mudança na forma da córnea ao longo do tempo. Óculos já não corrigem adequadamente sua visão, necessidade de lentes de contato especiais. Afinamento progressivo e protuberância cônica na córnea observados no exame oftalmológico. Foi diagnosticado recentemente. Quais são os diagnósticos compatíveis com as alterações apresentadas pelos pacientes?

Alternativas:

A) Paciente 1: glaucoma e astigmatismo / paciente 2: ceratocone.

B) Paciente 1: conjuntivite e presbiopia / paciente 2: ceratocone.

C) Paciente 1: conjuntivite e miopia / paciente 2: glaucoma e presbiopia.

D) Paciente 1: conjuntivite e astigmatismo / paciente 2: retinoblastoma.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Paciente 1: glaucoma e astigmatismo / paciente 2: ceratocone: O pai não exibe sinais típicos de glaucoma, como visão em túnel ou dor ocular, enquanto a miopia não coincide com sua dificuldade em enxergar de perto. Para o filho, a indicação de ceratocone não se encaixa com os sintomas de dificuldade noturna e mudança na forma da córnea mencionada. Paciente 1: conjuntivite e miopia / paciente 2: glaucoma e presbiopi. Os sintomas apresentados pelo filho não são consistentes com conjuntivite, e a miopia não se alinha com sua dificuldade noturna. Para o pai, enquanto a presbiopia corresponde à sua dificuldade em enxergar de perto, os sintomas descritos não se encaixam com os de glaucoma.

Paciente 1: conjuntivite e astigmatismo / paciente 2: retinoblastoma. Os sintomas do filho não correspondem à conjuntivite e astigmatismo, e para o pai, não há indicação de Retinoblastoma nos sintomas descritos.

Paciente 1: conjuntivite e presbiopia / paciente 2: ceratocone: Vermelhidão intensa, secreção ocular espessa e amarelada no olho direito há três dias corresponde a conjuntivite e a dificuldade de para enxergar de perto precede os sintomas oculares recentes são os sintomas de presbiopia, sendo uma alteração comum no idoso. Dificuldade em enxergar claramente, especialmente à noite. Mudança na forma da córnea ao longo do tempo. Óculos já não corrigem adequadamente sua visão, necessidade de lentes de contato especiais. Afinamento progressivo e protuberância cônica na córnea observados no exame oftalmológico. Foi diagnosticado recentemente são sintomas de ceratocone.

Referências:

DANTAS, Altamir M. Essencial em Oftalmologia: Grupo GEN, 2010. E-book. ISBN 978-85-7006496-7. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-700-6496-7/. Acesso em: 26 mar. 2024.

PUTZ, Carla. Oftalmologia - Ciências Básicas: Grupo GEN, 2017. E-book. ISBN 9788595152199. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595152199/. Acesso em: 26 mar. 2024.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (B); as alternativas A, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 179 — Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 32

Enunciado:

Mulher, 52 anos, acompanhada ambulatorialmente por diabetes mellitus tipo 2 diagnosticado desde os 48 anos. Durante a consulta, a paciente relata má adesão terapêutica, além de alto consumo de carboidratos simples na dieta. É sedentária, nega tabagismo e etilismo. A respeito do rastreamento das complicações microvasculares, em especial sobre retinopatia diabética, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) A realização de oftalmoscopia pode ser auxiliada com o uso de colírios que provocam midríase pupilar, e o achado de microaneurisma indica retinopatia em fase precoce.

B) A presença de neovasos na oftalmoscopia caracteriza a retinopatia diabética não proliferativa grave.

C) Na oftalmoscopia direta, o examinador deve usar o olho contralateral ao olho examinado e manter-se afastado do rosto do paciente.

D) No diabetes mellitus tipo 2, o rastreamento da retinopatia deve ser iniciado cinco anos após o diagnóstico.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta correta: A realização de oftalmoscopia pode ser auxiliada com o uso de colírios que provocam miose pupilar, e o achado de microaneurisma indica retinopatia em fase precoce. Na oftalmoscopia é possível avaliar o disco óptico, direcionando a luz do oftalmoscópio para onde emergem os vasos. O que caracteriza a retinopatia proliferativa é a presença de neovasos. O uso de colírios que provocam midríase (dilatação pupilar) auxiliam a realização da oftalmoscopia. Microaneurisma é o sinal mais precoce da retinopatia diabética, podendo estar presente já nas fases iniciais de acometimento retiniano.

Na oftalmoscopia, o examinador precisa se aproximar bastante do rosto do paciente. A retinopatia não proliferativa grave pode ser definida pela presença de hemorragias e microaneurismas difusos nos 4 quadrantes, ou loops com ensalsichamento venoso em 2 quadrantes, ou anormalidades microvasculares intrarretinianas em 1 quadrante. Na oftalmoscopia, o examinador usa o olho do mesmo lado que está sendo examinado O início do rastreamento da retinopatia diabética nos casos de diabetes mellitus tipo 2 está indicado no momento do diagnóstico. Posteriormente, deve ter uma frequência anual.

Referências:

Endocrinologia clínica / editor responsável Lucio Vilar ; editores associados. Claudio E. Kater ... [et al.]. 7. ed. Rio de Janeiro: Cap 9. Guanabara Koogan, 2021. Semiologia Essencial na Prática Médica. O Que Todo Clínico Deve Saber/Antonio Augusto Masson ... [et al.]. - Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações Ltda, 2022.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (A); as alternativas B, C e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 180 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 15**

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Mulher, 61 anos, busca atendimento na Unidade Básica de Saúde devido a uma leve dor nos olhos e dificuldade progressiva para enxergar em ambientes com pouca iluminação. Ela relata que sua visão tem se tornado "embaçada" e que percebe dificuldade em focar objetos distantes, além de dores de cabeça frequentes. Não possui histórico de hipertensão, mas sua mãe teve problemas oculares que a levaram à perda de visão. Durante o exame clínico, a pressão intraocular (PIO) foi medida em 25 mmHg em ambos os olhos. O exame de fundo de olho revela escavação aumentada do disco óptico e defeitos na camada de fibras nervosas. Um teste de campo visual mostrou perda significativa nas áreas periféricas. Relata não apresentar vermelhidão nos olhos ou lacrimejamento constante. Com base no caso clínico, avalie as afirmativas abaixo e identifique a alternativa correta sobre o provável diagnóstico.

Alternativas:

A) Glaucoma primário de ângulo aberto, uma vez que a paciente apresenta fatores de risco como idade avançada, histórico familiar e PIO elevada, além de achados clínicos consistentes com neuropatia óptica.

B) Ceratocone, dado que a paciente apresenta visão embaçada, um sintoma comum nessa condição, que afeta a estrutura do disco óptico e aumenta a pressão intraocular.

C) Glaucoma primário de ângulo fechado, uma vez que a paciente apresenta fatores de risco como histórico familiar e evidência de bloqueio pupilar, além de achados clínicos consistentes com neuropatia óptica.

D) Retinoblastoma, dado que a paciente possui alterações visuais progressivas e a perda de campo periférico, que afeta a estrutura do disco óptico e diminuiu a pressão intraocular.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Resposta correta: O diagnóstico mais provável é glaucoma primário de ângulo aberto, uma vez que a paciente apresenta fatores de risco como idade avançada, histórico familiar, etnia e PIO elevada, além de achados clínicos consistentes com neuropatia óptica. Alternativa "O diagnóstico mais provável é

glaucoma primário de ângulo fechado, uma vez que a paciente apresenta fatores de risco como histórico familiar, etnia e evidência de bloqueio pupilar, além de achados clínicos consistentes com neuropatia óptica." . Incorreta. No glaucoma de ângulo fechado, espera-se que a paciente apresente dor ocular mais intensa, vermelhidão, e a pressão intraocular (PIO) geralmente eleva-se de forma aguda devido ao bloqueio do ângulo de drenagem. Além disso, a paciente não apresenta sinais de bloqueio pupilar, e seu quadro clínico é mais característico de glaucoma de ângulo aberto.

Alternativa "O diagnóstico mais provável é ceratocone, dado que a paciente apresenta visão embaçada, um sintoma comum nessa condição, que afeta a estrutura do disco óptico e aumenta a pressão intraocular." . Incorreta. O ceratocone é uma condição que afeta a forma da córnea, levando a visão embaçada e distorção visual, mas não provoca aumento da PIO nem afeta o disco óptico ou causa perda de campo visual periférico. Logo, o quadro descrito não é consistente

com ceratocone.

Alternativa "O diagnóstico mais provável é glaucoma primário de ângulo aberto, uma vez que a paciente apresenta fatores de risco como idade avançada, histórico familiar, etnia e PIO elevada, além de achados clínicos consistentes com neuropatia óptica." . Correta. Glaucoma primário de ângulo aberto é caracterizado por uma elevação crônica da PIO, perda de campo visual periférico e escavação do disco óptico, sendo mais comum em indivíduos de etnia africana e em pessoas mais velhas. O histórico familiar e os achados clínicos da Sra. Maria (PIO elevada, perda de campo periférico e neuropatia óptica) são compatíveis com esse diagnóstico. Alternativa "O diagnóstico mais provável é retinoblastoma, dado que a paciente possui alterações visuais progressivas e a perda de campo periférico, que afeta a estrutura do disco óptico e diminuiu a pressão intraocular.". Incorreta. O retinoblastoma é um tumor maligno da retina que ocorre principalmente em crianças, e não em adultos. Além disso, ele não está associado a uma diminuição da PIO e não apresenta os mesmos fatores de risco que o glaucoma.

O Glaucoma Primário de Ângulo Aberto (GPAA) é uma neuropatia óptica crônica, bilateral e progressiva que apresenta alterações típicas do disco óptico e da camada de fibras nervosas da retina, que se expressam por defeitos característicos do campo visual; acompanha-se, na maioria das vezes, de pressão intraocular acima de níveis considerados estatisticamente normais. Há vários fatores de risco preditivos e fatores prognósticos para o glaucoma primário de ângulo aberto, tais como pressão intraocular elevada, grupo étnico, história familiar e genética, idade, espessura central da córnea, escavação aumentada do disco óptico, hemorragia do disco óptico, miopia elevada, diabetes, hipertensão arterial, hipotensão arterial, doença cardiovascular, doença cérebro vascular, grau de gravidade do glaucoma. A pressão intraocular é considerada como o principal fator de risco para o desenvolvimento do glaucoma. O sinal importante do GPAA é a neuropatia óptica associada com a perda de campo visual. Outros aspectos do GPAA a serem considerados são a PIO quando está acima de 21 mmHg e o ângulo aberto com a rede trabecular de aspecto normal. O GPAA é geralmente bilateral, podendo ser assimétrico. Alterações do nervo óptico e camadas do nervo óptico, do campo visual, da pressão intraocular e do ângulo da câmara anterior já foram mostradas anteriormente.

Referência:

DANTAS, Altamir M. Essencial em Oftalmologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Ebook. p.173. ISBN 978-85-700-6496-7. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-700-6496-7/. (Capítulo 17 – Glaucoma, páginas: 173, 580 - 581). Minha Biblioteca: Essencial em Oftalmologia

QUESTÃO 181 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 28**

Enunciado:

(UNIPTAN) Uma mulher de 68 anos, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 há 15 anos, é atendida na atenção primária à saúde. Ela relata episódios de dor em queimação e formigamento nos pés, que pioram à noite, além de visão turva nos últimos meses. A paciente faz uso de metformina e insulina regular, mas admite que, às vezes, esquece de aplicar a insulina conforme prescrição.

No exame físico, observam-se pulsos pediosos palpáveis e simétricos, sensibilidade nos pés diminuída ao monofilamento de 10g, e fundo de olho com presença de microaneurismas e exsudatos duros.

Exames laboratoriais:

• Hemoglobina glicada: 9,2% (elevada).

• Creatinina sérica: 1,2 mg/dL (VR: 0,5-1,2 mg/dL).

• Taxa de filtração glomerular estimada (TFG): 70 mL/min/1,73m²

• Albuminúria: 20 mg/g de creatinina (normal <30 mg/g de creatinina). Com base na clínica e nos exames apresentados, qual alternativa identifica corretamente complicações da doença de base desta paciente?

Alternativas:

A) Nefropatia diabética e neuropatia diabética.

B) Pé diabético e nefropatia diabética.

C) Neuropatia diabética e retinopatia diabética.

D) Hipertensão arterial e retinopatia diabética.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Critérios Diagnósticos para Complicações Crônicas do Diabetes

1. Retinopatia diabética: Identificada pelo exame de fundo de olho, com achados como microaneurismas, hemorragias puntiformes, exsudatos duros e edema macular.

2. Neuropatia diabética: Diagnóstico clínico baseado em sintomas (dor, formigamento, queimação) e sinais (diminuição da sensibilidade a monofilamento de 10g, diapasão ou reflexos tendinosos).

3. Nefropatia diabética: Presença de albuminúria persistente (>30 mg/g de creatinina) e/ou redução da TFG (<60 mL/min/1,73m²) na ausência de outras causas.

4. Doença arterial periférica: Diagnóstico com base em sinais clínicos (pulsos diminuídos ou ausentes, claudicação) e exames complementares como índice tornozelo-braquial (ITB < 0,9).

pé diabético é uma complicação do diabetes mellitus que resulta de uma combinação de neuropatia periférica, isquemia (doença arterial periférica) e, frequentemente, infecção. Seu diagnóstico envolve critérios clínicos e exames complementares para determinar as alterações presentes.

Critérios para Diagnóstico do Pé Diabético

1. História Clínica:

• Presença de sintomas:

• Dor em queimação, formigamento ou dormência nos pés (indica neuropatia periférica).

• Claudicação intermitente ou dor em repouso nos pés (sugere isquemia por doença arterial periférica).

• História de ulcerações, infecções ou amputações prévias.

• Fatores predisponentes:

• Controle glicêmico inadequado (hemoglobina glicada elevada).

• Longa duração do diabetes mellitus.

• Uso irregular de calçados adequados.

2. Exame Físico:

• Neuropatia periférica:

• Redução ou ausência da sensibilidade ao monofilamento de 10g.

• Alteração na sensibilidade vibratória (diapasão de 128 Hz).

• Reflexos tendíneos ausentes ou diminuídos.

• Presença de deformidades nos pés (dedos em martelo, proeminências ósseas, artropatia de Charcot).

• Isquemia:

• Pulsos pediosos ou tibiais posteriores ausentes ou diminuídos.

• Pele fria, fina e brilhante.

• Alteração da coloração dos pés (palidez ou cianose).

• Infecção:

• Eritema, edema, calor local, secreção purulenta ou odor desagradável.

• Exposição de estruturas profundas (ossos, tendões).

3. Exames Complementares (se indicados):

• Neuropatia periférica:

• Teste com monofilamento de 10g, diapasão de 128 Hz ou picada leve com agulha.

• Avaliação da sensibilidade térmica e dolorosa.

• Isquemia/doença arterial periférica:

• Índice tornozelo-braquial (ITB): < 0,9 indica isquemia; < 0,5 indica isquemia grave.

• Ultrassonografia Doppler para avaliação do fluxo arterial.

• Angiografia (em casos mais graves ou para planejamento cirúrgico).

• Infecção:

• Cultura de secreção ou tecidos infectados.

• Radiografia para identificar osteomielite ou corpos estranhos.

• Ressonância magnética (em casos de suspeita de envolvimento profundo, como abscessos ou osteomielite).

4. Classificação de Risco:

• Sistema de Wagner (ulcerações):

• Grau 0: Sem lesões abertas, mas com deformidades ou calosidades.

• Grau 1: Úlcera superficial.

• Grau 2: Úlcera profunda envolvendo tendões ou cápsulas articulares.

• Grau 3: Úlcera com abscesso ou osteomielite.

• Grau 4: Gangrena localizada.

• Grau 5: Gangrena extensa (pé inteiro).

5. Diferenciação:

• Diferenciar pé diabético neuropático (quente, bem perfundido, sem dor) de pé diabético isquêmico (frio, pálido, doloroso em repouso).

Alternativas

-

Neuropatia diabética e retinopatia diabética.

Justificativa: CORRETA.

• Neuropatia diabética: Confirmada pelos sintomas (dor em queimação, formigamento) e pela diminuição da sensibilidade ao monofilamento de 10g.

Retinopatia diabética: Diagnóstico sustentado pelos achados de microaneurismas e exsudatos duros no fundo de olho.

-

Pé diabético e nefropatia diabética.

Justificativa: INCORRETA.

• Embora a paciente tenha neuropatia periférica, não há evidência de outros componentes essenciais, como isquemia periférica, infecção ou lesão cutânea. Assim, o quadro não preenche os critérios para o diagnóstico de pé diabético. A complicação relevante neste caso é neuropatia diabética, que pode predispor ao desenvolvimento de pé diabético no futuro, mas ainda não o caracteriza.

• Nefropatia diabética: Embora a TFG reduzida e a albuminúria sejam sugestivas, o caso destaca complicações oftalmológicas e neurológicas.

-

Nefropatia diabética e neuropatia diabética.

Justificativa: INCORRETA.

• Nefropatia diabética: A albuminúria e a TFG reduzida preenchem os critérios para nefropatia, mas não são as complicações mais relevantes do caso.

• Neuropatia diabética: Este diagnóstico está correto, mas o foco do caso também inclui sinais evidentes de retinopatia, que não é mencionada nesta alternativa. -

Hipertensão arterial e retinopatia diabética.

Justificativa: INCORRETA.

• Hipertensão arterial: Não há sinais clínicos ou laboratoriais que indiquem hipertensão arterial no caso.

• Retinopatia diabética: Este diagnóstico está correto, mas a hipertensão não faz parte das complicações descritas.

Referências:

CAIAFA, J. S. et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. Jornal Vascular Brasileiro, v. 10, n. 4, p. 1–32, 2011. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1677-54492011000600001. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. VILAR, Lucio. Endocrinologia Clínica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN

9788527737180. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527737180/.

QUESTÃO 182 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 31

Enunciado:

(UNIFIPMOC) Paciente, sexo masculino, 42 anos, hipertenso e portador de diabetes mellitus tipo II há 8 anos, procura o médico endocrinologista para avaliação de rotina. Durante a consulta, o médico explica ao paciente a importância da avaliação oftalmológica periódica e ao realizar o exame de fundo de olho identifica o achado mais precoce de uma retinopatia diabética em estágio inicial.

Com base no caso descrito acima, qual foi o achado encontrado pelo médico durante do exame de fundo de olho?

Alternativas:

A) Microaneurismas.

B) Neovascularização.

C) Loops venosos.

D) Manchas algodonosas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Microaneurismas. CORRETA. Os microaneurismas são o mais precoce sinal da retinopatia diabética e são causados pela perda dos pericitos capilares. Um aumento persistente na glicemia faz com que o excesso de glicose seja metabolizado em alguns tecidos em sorbitol. Os pericitos intramurais dos capilares retinianos são afetados pelo nível elevado de sorbitol, prejudicando a autorregulação dos capilares. Isso predispõe ao enfraquecimento da estrutura da parede do capilar e favorece a formação de microaneurismas (o mais precoce sinal detectável de retinopatia). O aspecto é o de herniações saculares nas paredes dos vasos capilares retinianos. Surgem como pontos avermelhados nas camadas superficiais retinianas. A ruptura dos microaneurismas provoca hemorragias retinianas superficiais (em chama de vela) e profundas (hemorragias puntiformes).

Neovacularização. INCORRETA. A neovascularização são vasos desenvolvidos a partir do estímulo da isquemia retiniana. A presença de neovasos é o que define a RD proliferativa. A neovascularização corresponde a um achado da retinopatia diabética proliferativa, estágio mais avançado da retinopatia.

Manchas algodonosas. INCORRETA. As manchas algodonosas são infartos da camada de fibras nervosas devido à oclusão das arteríolas pré-capilares. Apesar de serem encontrados na retinopatia diabética não proliferativa não são achados tão precoces quanto os microaneurismas. Loops venosos. INCORRETA. Loops venosos e ensalsichamento venoso: veias tortuosas e dilatadas, em formato de contas; essas variações do calibre e do trajeto venoso ocorrem adjacentes a áreas de não perfusão capilar e refletem aumento da isquemia. O surgimento dessas alterações é um importante fator preditivo de progressão para retinopatia proliferativa. Os loops venosos são achados encontrados na retinopatia diabética não proliferativa em estágio avançado.

Referências:

Porto, Celmo C.Semiologia Médica, 8ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2019.

Vilar, Lucio.Endocrinologia Clínica. Disponível em: Minha Biblioteca, (7th edição). Grupo GEN, 2020.

QUESTÃO 183 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 7

Enunciado:

(ITPAC Porto Nacional) Homem, 62 anos, portador de diabetes mellitus tipo 2 há mais de 20 anos, procura o pronto-atendimento por dor intensa, vermelhidão e secreção purulenta entre os dedos do pé direito. Refere perda progressiva de visão, parestesias e queimação nos membros inferiores. Exames revelam creatinina de 3,2 mg/dL, proteinúria significativa, retinopatia com microaneurismas e hemorragias em chama de vela, sensibilidade plantar ausente e úlcera plantar com bordas irregulares e necrose superficial.

Com base na fisiopatologia das complicações crônicas do diabetes, assinale a alternativa que corretamente descreve esses processos:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A retinopatia progride por microangiopatia nas fases pré-proliferativa e proliferativa; a nefropatia apresenta espessamento difuso da membrana basal e glomerulosclerose nodular, levando à perda da função renal.

B) A nefropatia diabética inicia-se com microalbuminúria e hiperfiltração glomerular; na esclerose nodular (Kimmelstiel–Wilson) ocorre acúmulo de mesângio PAS-negativo e aumento da matriz extracelular.

C) Na retinopatia proliferativa, há neovascularização periférica e ausência de novos vasos no disco óptico; a neuropatia diabética é distal e assimétrica, afetando fibras sensitivo-motoras em membros superiores.

D) O pé diabético decorre principalmente de higiene inadequada e uso de calçados impróprios, enquanto a lesão vascular renal se caracteriza por aterosclerose e arteriolosclerose com infiltrado linfocitário.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Alternativa (incorreta):

Na retinopatia proliferativa, há neovascularização periférica e ausência de novos vasos no disco óptico; a neuropatia diabética é distal e assimétrica, afetando fibras sensitivo-motoras em membros superiores.

Retinopatia proliferativa forma neovasos também sobre o disco óptico (ponto de maior expressão do VEGF), não apenas na periferia.

Neuropatia diabética é altamente prevalente, geralmente simétrica, disto-distal e sensitivo-motora, não um quadro assimétrico restrito a membros superiores. Alternativa (incorreta): A nefropatia diabética inicia-se com microalbuminúria e hiperfiltração glomerular; na esclerose nodular (Kimmelstiel–Wilson) ocorre acúmulo de mesângio PASnegativo e aumento da matriz extracelular. A nefropatia diabética inicia-se com microalbuminúria e fase de hiperfiltração glomerular; a glomerulosclerose nodular de Kimmelstiel–Wilson acumula mesângio PAS-positivo.

Alternativa (correta):

A retinopatia progride por microangiopatia nas fases pré-proliferativa e proliferativa; a nefropatia apresenta espessamento difuso da membrana basal e glomerulosclerose nodular, levando à perda

da função renal.

Retinopatia: começa com alterações pré-proliferativas (microaneurismas, hemorragias) e evolui para fase proliferativa (neovascularização).

Nefropatia: transita da hiperfiltração e hipertrofia inicial a espessamento difuso da membrana basal, esclerose mesangial e glomerulosclerose nodular. Esses mecanismos explicam os achados clínicos de microaneurismas retinianos, proteinúria e insuficiência renal.

Alternativa (incorreta):

O pé diabético decorre principalmente de higiene inadequada e uso de calçados impróprios, enquanto a lesão vascular renal se caracteriza por aterosclerose e arteriolosclerose com infiltrado linfocitário.

O pé diabético é multifatorial: neuropatia (sensitiva, motora, autonômica), vasculopatia (isquemia microvascular) e imunossupressão local, não se devendo “exclusivamente” à higiene ou calçados.

A lesão renal diabética envolve lesões microvasculares (não só arteriolosclerose com infiltrado).

Referências:

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10ª edição. Grupo GEN, 2021. 9788527738378. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/. Acesso em: 24 nov. 2024.

HALL, John E. ; HALL, Michael E. Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021. E-book. ISBN 9788595158696. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595158696/. Acesso em: 24 nov. 2024.

QUESTÃO 184 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 31

Enunciado:

(FIP Guanambi) Você, como acadêmico do 5° período de Medicina, acompanhando atendimentos de pacientes no Mutirão de Saúde Ocular, encontra os seguintes casos:

Paciente A: Mulher de 68 anos, hipertensa, refere perda visual periférica progressiva, sem dor, associada a dificuldade visual à noite. Apresenta pressão intraocular de 26 mmHg e escavação aumentada do disco óptico ao fundo de olho.

Paciente B: Adolescente de 16 anos, refere dificuldade para enxergar objetos distantes desde a infância, precisando se aproximar da lousa durante as aulas. Relata melhora parcial ao "forçar os olhos". A acuidade visual melhora com o uso de lentes corretivas. Paciente C: Menino de 3 anos levado pelos pais após notarem que um dos olhos fica “branco” em fotos com flash. No exame oftalmológico, nota-se leucocoria e diminuição da acuidade visual no olho direito.

Com base na avaliação clínica e nos achados propedêuticos, relacione os pacientes aos distúrbios oculares apresentados, mais prováveis:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) A: Astigmatismo, B: Presbiopia, C: Glaucoma congênito.

B) A: Glaucoma crônico, B: Miopia, C: Retinoblastoma.

C) A: Uveíte anterior, B: Miopia, C: Astigmatismo.

D) A: Catarata, B: Hipermetropia, C: Retinoblastoma.

GABARITO: B

Resposta comentada:

Glaucoma crônico: idosa, com hipertensão (fator de risco), perda visual periférica progressiva (típico do glaucoma), pressão intraocular aumentada (26 mmHg) e escavação aumentada do disco óptico – quadro clássico de glaucoma primário de ângulo aberto. Miopia: Adolescente com dificuldade de ver de longe desde a infância, melhora com lentes corretivas. Isso caracteriza erro de refração do tipo miopia, comum nessa faixa etária. Retinoblastoma: Criança de 3 anos com leucocoria ("olho branco" em fotos) e baixa acuidade visual. Esse achado é altamente sugestivo de retinoblastoma, tumor intraocular maligno mais comum na infância.

Astigmatismo: Astigmatismo causa visão borrada para longe e perto, mas não leva à perda visual periférica nem ao aumento de pressão intraocular. Portanto, diagnóstico inadequado. Presbiopia: Presbiopia ocorre após os 40 anos, com perda da acomodação para perto. O paciente tem 16 anos, o que torna esse diagnóstico incompatível com a idade. Glaucoma congênito: Embora ocorra na infância, glaucoma congênito geralmente se manifesta com lacrimejamento, fotofobia e aumento do diâmetro ocular (buftalmo) – não é típico ter leucocoria como no caso descrito.

Catarata: Catarata causa visão borrada geral, com piora à noite, mas não causa aumento da PIO ou escavação do disco óptico – não é o quadro clássico do paciente A. Hipermetropia: Pode causar dificuldade visual, especialmente para perto, mas miopia é mais provável no adolescente com dificuldade de longe.

Uveíte anterior: causa dor ocular, fotofobia e visão turva – não é compatível com o quadro indolor e crônico do glaucoma.

Referências:

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10ª edição. Grupo GEN, 2021. HALL, John E. ; HALL, Michael E. Guyton & Hall - Tratado de Fisiologia Médica. Rio de Janeiro: Grupo GEN, 2021.

QUESTÃO 185 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 50

Enunciado:

(AFYA ITACOATIARA) Paciente de 45 anos, sexo masculino, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de dor ocular intensa no olho esquerdo, baixa acuidade visual e percepção de halos coloridos ao redor das luzes. Relata que os sintomas surgiram de forma súbita há aproximadamente 6 horas. Ao exame físico, observa-se no olho esquerdo edema de córnea, pupila em midríase média e pressão intraocular elevada. O diagnóstico mais provável para esse quadro é:

Alternativas:

Grau de dificuldade: Difícil

A) retinoblastoma.

B) conjuntivite viral.

C) glaucoma agudo.

D) distúrbios de refração.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

O quadro clínico apresentado pelo paciente, incluindo dor ocular intensa, baixa acuidade visual, halos coloridos, midríase e aumento da pressão intraocular, é sugestivo de glaucoma agudo por bloqueio pupilar. Este é um tipo de glaucoma que ocorre quando o ângulo entre a íris e a córnea se fecha, impedindo o escoamento do humor aquoso e resultando em um aumento agudo da pressão intraocular. A condição é uma emergência oftalmológica e requer intervenção imediata.

Referência:

SCHOR, Paulo; CHAMON, Wallace; JR, Rubens B. Guia de Oftalmologia. Barueri: Manole, 2004.

QUESTÃO 186 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 2

Enunciado:

(AFYA UNIGRANRIO DUQUE DE CAXIAS) Homem, 58 anos procura atendimento de emergência relatando redução súbita da acuidade visual no olho direito iniciada há aproximadamente seis horas, associada à dor ocular intensa e cefaleia frontal progressiva. Refere náuseas e sensação de instabilidade ao caminhar durante o episódio, sem percepção de rotação do ambiente. Durante o exame com iluminação direta, a paciente refere desconforto visual e dificuldade em focar fontes luminosas, associada à hiperemia ocular à direita. Não apresenta déficits neurológicos focais. A tonometria evidencia pressão intraocular aumentada no olho direito.

Com base na anamnese, no exame físico e nos exames complementares descritos, qual é o diagnóstico mais provável?

Alternativas:

A) Glaucoma agudo de fechamento angular, caracterizado por elevação súbita da pressão intraocular associada à dor ocular, hiperemia e comprometimento visual, constituindo emergência oftalmológica.

B) Vertigem periférica de origem vestibular, caracterizada por disfunção labiríntica associada a náuseas e instabilidade postural, sem comprometimento estrutural ocular primário.

C) Neurite vestibular aguda, caracterizada por inflamação do nervo vestibular, cursando com náuseas e instabilidade postural de início súbito, podendo gerar sensação de instabilidade visual secundária à oscilopsia.

D) Cefaleia em salvas, caracterizada por dor orbitária/monocular de forte intensidade em paciente do sexo masculino. Recomenda-se tratamento abortivo com oxigênio a 100%, administrado por máscara não reinalante.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

O quadro clínico descrito é compatível com glaucoma agudo de fechamento angular, uma emergência oftalmológica caracterizada pelo aumento súbito da pressão intraocular decorrente da obstrução do escoamento do humor aquoso no ângulo iridocorneano. A paciente apresenta achados típicos da condição, incluindo perda visual monocular de início súbito associada à dor ocular intensa, cefaleia e náuseas, sintomas frequentemente relacionados à elevação abrupta da pressão intraocular. A sensação de instabilidade relatada não corresponde à vertigem verdadeira, uma vez que não há percepção de rotação do ambiente, devendo ser interpretada como manifestação inespecífica associada ao mal-estar sistêmico.

No exame físico, a presença de hiperemia ocular, desconforto à exposição luminosa e dificuldade visual reforça o comprometimento ocular agudo. O achado decisivo é a pressão intraocular aumentada no olho direito, evidenciada pela tonometria, exame complementar fundamental na propedêutica dos distúrbios oculares. Dessa forma, a integração entre anamnese, exame físico e exame complementar direciona o diagnóstico para glaucoma agudo de fechamento angular, condição que requer avaliação oftalmológica imediata para prevenção de dano irreversível ao nervo óptico e perda visual permanente.

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21. ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.215. ISBN 9786558040231. Acesso em 25 fev. 2026.

Doença de Alzheimer e demências (23 questões)

QUESTÃO 187 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 2**

Enunciado:

Mulher de 82 anos vem à consulta na Unidade Básica de Saúde, trazida pela irmã, devido a queixa de que “está esquecida". A acompanhante relata que há mais de um ano iniciou um quadro de esquecimento para fatos recentes e cotidianos (esquece onde deixa os objetos e não lembra de dar recados). Contudo lembra muito dos acontecimentos da sua infância. Encontra-se independente para atividades básicas de vida e dependente parcial para atividades instrumentais. Tem 8 anos de escolaridade e apresenta durante uma Avaliação Geriátrica Ampla (AGA) que segue abaixo:

AVD's intrumentais (esquece dos alimentos em preparo no fogão e não consegue ter controle do seu dinheiro); Miniexame do estado mental: 20 pontos (erro: orientação temporal, espacial, evocação), Teste de Fluência Verbal 6 animais, Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15) 3 pontos

De acordo com o caso clínico e sendo a Doença de Alzheimer a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta.

Alternativas:

A) O comprometimento da memória declarativa episódica é o sintoma que surge no inicio da doença.

B) O início insidioso e a desorientação temporoespacial tornam pouco provável o diagnóstico.

C) O declínio funcional surge somente nas fases mais avançadas da doença.

D) A dependência para higienização e locomoção está presente desde o início da doença.

GABARITO: A

Resposta comentada:

A doença de Alzheimer, doença neurodegenerativa de inicio insidioso apresenta na fase inicial da demência, que dura em média 2 a 3 anos, sintomas vagos e difusos. Para o diagnóstico de demência, é essencial que os déficits causem significativo comprometimento nas atividades profissionais, ocupacionais e sociais do indivíduo e representem declínio significativo com relação aos níveis prévios de funcionamento, na ausência de alterações de consciência.

O comprometimento da memória é, em geral, o sintoma mais precoce e proeminente, principalmente da memória declarativa episódica. Os déficits de memória de evocação nas fases iniciais dizem respeito principalmente à dificuldade de recordar datas, compromissos e fatos recentes. Existem dificuldades frequentes no trabalho, para lidar com situações complexas e para o aprendizado de fatos novos. Em geral, perdem objetos pessoais, tais como chave e carteiras e esquecem dos alimentos em preparo no fogão. Há desorientação progressiva com respeito ao tempo e ao espaço.

Referencia bibliográfica: De, FREITAS, Elizabete, V. e PY, Ligia (eds.). Tratado de Geriatria e Gerontologia, 4ª edição. Disponível em: Minha Biblioteca, Grupo GEN, 2016

QUESTÃO 188 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 17

Enunciado:

Uma paciente do sexo feminino, 75 anos, compareceu à Unidade Básica de Saúde apresentando dificuldade em reconhecer objetos e pessoas conhecidas, além de problemas de fala e raciocínio. Durante a consulta, a médica constatou alterações qualitativas e quantitativas na sensopercepção da paciente indicando a possibilidade de uma síndrome demencial. Assinale a alternativa que relaciona corretamente as alterações presentes, bem como os principais cuidados e condutas a serem tomados na Atenção Primária à Saúde.

Alternativas:

A) A paciente apresenta alterações na percepção visual, com dificuldade em identificar cores e formas. Deve ser encaminhada para uma consulta com oftalmologista para avaliação da acuidade visual.

B) A paciente apresenta alterações na percepção espacial e temporal, com dificuldade em reconhecer objetos e orientação temporal. Deve ser realizada uma avaliação neuropsicológica para melhor identificação das alterações cognitivas.

C) A paciente apresenta alterações na percepção gustativa, com perda de apetite e interesse em alimentos. Deve ser realizada uma avaliação nutricional para identificar deficiências nutricionais e indicar suplementação.

D) A paciente apresenta alterações na percepção auditiva, com dificuldade em entender e interpretar a fala. Deve ser encaminhada para uma avaliação com fonoaudiólogo para avaliação da capacidade de comunicação.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

As alterações qualitativas e quantitativas da sensopercepção podem ser identificadas em pacientes com demência, podendo apresentar comprometimento visual, auditivo, espacial, temporal, gustativo ou tátil. A avaliação clínica do paciente com demência deve incluir a identificação dessas alterações para a realização de uma intervenção precoce e adequada. A opção correta é a alternativa A, pois a paciente apresenta alterações na percepção espacial e temporal, indicando a necessidade de avaliação neuropsicológica para melhor identificação das alterações cognitivas.

Referência bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série A. Normas • Manuais Técnicos).

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos atencao basica 19 envelhecimento. pdf

QUESTÃO 189 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 22

Enunciado:

Um paciente idoso é avaliado pelo médico em uma Unidade Básica de Saúde utilizando um instrumento de avaliação multidimensional para a saúde do idoso chamado de Teste do Relógio. Esse teste é utilizado para avaliar

Alternativas:

A) audição.

B) visão.

C) estado mental.

D) risco de queda.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

O Teste do Relógio é um teste cognitivo que avalia a capacidade do paciente para planejar e executar tarefas visuoconstrutivas simples. E frequentemente utilizado para avaliar o estado mental do idoso, especialmente para detectar disfunções cognitivas como demência e transtornos cognitivos leves. Durante o teste, o paciente é solicitado a desenhar um relógio, com um determinado horário, em uma folha em branco. A partir daí, o médico pode avaliar o nível de dificuldade que o paciente apresentou para realizar a tarefa, identificando assim disfunções cognitivas.

Referência bibliográfica:

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Organizadores.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p.

2388. Cap. 89.

QUESTÃO 190 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original n° 30

Enunciado:

Em uma visita domiciliar, um idoso de 68 anos com Alzheimer foi atendido pela equipe de Saúde da Família. Durante a consulta, a filha relatou que recentemente o homem foi a padaria desacompanhado e após isso desapareceu por cerca de 5 horas. O idoso não conseguiu memorizar o trajeto que usou para ir a padaria e acabou seguindo para um percurso distindo e foi encontrado em um bairro próximo ao de residência.

A dificuldade em memorizar o trajeto esta relacionado ao comprometimento do sistema executivo, devido lesões no:

Alternativas:

A) córtex temporoparietal

B) cortéx pré-frontal

C) córtex temporoparietoccipital

D) cortéx Wernicke (temporal esquerda superior)

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

As regiões corticais pré-frontais são importantes para a integridade da memória de trabalho. A memória de trabalho ou working memory situa-se entre os processos e habilidades da atenção e os da memória imediata, sendo utiizada, por exemplo, quando ouvimos um número telefônico e retê-lo na mente para, em seguida, discá-lo. Nas tarefas verbais, há maior envolvimento das áreas pré-frontais esquerdas, assim como das áreas de Broca (frontal esquerda inferior) e de Wernicke (temporal esquerda superior). Nas tarefas visuoespaciais (seguir mapas mentalmente, sair de labirintos gráficos e montar quebra-cabeças), há maior implicação das áreas pré-frontais direitas, assim como de zonas visuais de associação do carrefour temporoparietoccipital direito. Quando o córtex temporal é lesado, há prejuízo da memória de trabalho visual (mas a memória de trabaho espacial é preservada); quando há lesão dos lobos parietais, ocorre o oposto. Pacientes com lesões nas áreas cerebrais associadas aos conhecimentos semânticos (sentido das palavras), como o córtex dos lobos temporais laterais e temporoparietais, têm prejuízos nos desempenhos da memória de trabalho verbal. De modo geral, todas as condições que afetam as regiões pré-frontais causam alteração da memória de trabalho. Elas ocorrem em distintas condições clínicas, mas sobretudo nas demências frontotemporal (DFT), Alzheimer, demências vasculares e demência com corpos de Lewy.

A memória de trabalho pode também estar comprometida na esclerose múltipla e no traumatismo craniano. Na demência de Alzheimer, o componente “sistema executivo” parece ser o que mais está prejudicado na memória de trabalho.

REFERÊNCIA

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/%/books/9788582715062/. Acesso em: 30 mai. 2022.

QUESTÃO 191 **Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original nº 43**

Enunciado:

Paciente, feminino, 60 anos, comparece a UBS acompanhada da filha, que relata ao profissional de saúde que a mãe começou a apresentar alterações na memória (episódios de esquecimento, repetição de informações, desinteresse em realizar atividades que costumeiramente fazia gosto em falar de acontecimentos ocorridos quando tinha 18 anos de idade); e que essas alterações foram percebidas pelos familiares. Diante do quadro clinico apresentado, qual a conduta?

Alternativas:

A) Referenciar para Atenção Especializada mantendo-se co-responsável.

B) Iniciar imediatamente tratamento para Doença de Alzheimer.

C) Explicar ao familiar que o quadro clinico é normal e que irá regredir.

D) Referenciar para Reabilitação Cognitiva.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

No caderno de Atenção Básica, ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA na página 113, que fala sobre o tratamento da Demência, diz:

“O tratamento das pessoas com demência deve ser iniciado assim que é feito o diagnóstico, havendo maior possibilidade de resposta. A pessoa idosa com suspeita de demência, após avaliação na Unidade Básica de Saúde, deverá ser encaminhada para a atenção especializada, respeitando-se os fluxos de referência e contra-referência locais e mantendo sua responsabilização pelo acompanhamento. A equipe de Atenção Básica está particularmente bem situada para reconhecer os indícios precoces de deterioração cognitiva em pessoas idosas. Diagnosticada a demência, deve ser definida várias medidas para assegurar o bem-estar da pessoa.

Referência

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 19. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006 (MS).

QUESTÃO 192 — Integradora 5° período – 2023.1 · Questão original nº 49

Enunciado:

A Doença de Alzheimer caracteriza-se por degeneração e morte progressiva de neurônios do hipocampo, prosencéfalo basal e córtex associativo posterior, regiões envolvidas com aprendizado, memória e comportamentos emocionais que proporcionam diversas limitações aos pacientes acometidos. Sobre a fisiopatologia, reconhecimento e cuidado com pacientes acometidos pela Doença de Alzheimer, marque a alternativa correta:

Alternativas:

A) Paciente idoso apresentando sinais de depressão, ansiedade e apatia, sem histórico familiar, pode evoluir para Doença de Alzheimer, de início precoce, em até 15 anos. O prognóstico de sobrevida para esse paciente, após o diagnóstico de Doença de Alzheimer será de até 6 anos.

B) Paciente com 75 anos, com perda de memória recente, sem histórico familiar de Doença de Alzheimer, pode ser enquadrado como forma clínica precoce, de evolução rápida, e prognóstico de sobrevida estimado em 4,2 anos para homens e 5,7 anos para mulheres,

C) Paciente de 80 anos, em visita domiciliar, relata AVE isquêmico aos 78 anos, além de perda da memória recente desde 70 anos. Nunca evoluiu com disfunções cognitivas ou emocionais. Este paciente pode, a posteriori, ser enquadrado como Doença de Alzheimer descartando um caso de demência mista.

D) Pacientes que apresentam histórico familiar de Doença de Alzheimer podem apresentar mutações em genes da APP (proteína precursora do amiloide). Os depósitos de beta-amiloide e de proteína tau, bem como a perda neuronal no hipocampo estão diretamente relacionados com a gênese do processo patológico da Doença de Alzheimer.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

A Doença de Alzheimer é causada pela morte progressiva dos neurônios do hipocampo, prosencéfalo basal e córtex associativo. Caracteriza-se por perda da memória recente podendo evoluir para disfunções cognitivas ou emocionais. Geralmente está associada ao depósito de amiloide e proteína tau no encéfalo além de morte de neurônios. Pode ser classificada como precoce (antes dos 65 anos,

geralmente com forte associação familiar com mutações genéticas no gene da APP) e tardia (após 65 anos, de evolução lenta, até 15 anos, pode ter relação hereditária ou ser esporádica em decorrência da senilidade). A demência mista é uma associação entre sequelas de uma anóxia/hipóxia ou hemorragia encefálica com o depósito de proteínas beta-amiloide, proteínas tau ou perda neuronal por herança autossômica dominante ou esporádica em idosos, preferencialmente a partir dos 65 anos. FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10° edição. Grupo GEN, 2021. 9788527738378. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/%/books/9788527738378/.

QUESTÃO 193 **Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 13**

Enunciado:

Módulo:(s) SOI + IESC

Em uma Unidade de Saúde da Família (USF) o preceptor, após realizar atendimento a um paciente com quadro demencial, discute com os alunos sobre características de diferentes quadros de demência descritos abaixo:

I - Doença de Alzheimer: com características de início insidioso, perda de memória e declínio cognitivo lento e progressivo. No início, a pessoa apresenta dificuldade para lembrar-se de fatos recentes e para aprender coisas novas, e lembra-se de coisas de ocorreram num passado mais distante.

II - Demência Vascular: com características de início abrupto, geralmente, após um episódio vascular, com deterioração em degraus (alguma recuperação depois da piora) e flutuação do déficit cognitivo (dias de melhor e pior performance). Apresenta sinais focais, de acordo com a região cerebral acometida.

III - Demências dos corpúsculos de Lewy: com características de flutuação na cognição, alucinações visuais recorrentes bem formadas (p.ex., a descrição de uma pessoa, produto da alucinação, com detalhes) e parkinsonismo precoce (rigidez, acinesia e fácies amímica). Está correto o que se afirma em:

Alternativas:

A) I, apenas.

B) I e II, apenas.

C) II e III, apenas.

D) I, II e III.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Todas as opções são consideradas corretas, conforme contempla o caderno de atenção básica número 19 de 2006.

Referência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19) Cap. 17 Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 194 **Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 31**

Enunciado:

Módulo:(s) SOI + IESC

Marinez, 44 anos, chega à Unidade Básica de Saúde acompanhada por sua mãe, a qual relata que a filha tem apresentado um comportamento compulsivo, tanto com compras quanto por alimentos, sendo que nunca foi assim. Essas mudanças também têm afetado as tarefas cotidianas de Marinez, que tem ficado cada vez mais retraída e irritadiça, prejudicando suas interações sociais. Além disso, a comunicação verbal de Marinez parece ter declinado, pois esquece de palavras e algumas frases parecem sem coerência. O profissional de saúde que a avalia suspeita de um quadro demencial.

Sobre aspectos relacionados às demências, avalie as assertivas a seguir:

I. Uma equipe interdisciplinar da APS, incluindo neurologista, psicólogo e assistente social, deve ser envolvida para uma avaliação mais completa e para planejar o cuidado de Marinez.

II. Marinez deve ser monitorada com consultas regulares para avaliar seu progresso, sendo feito referenciamento para serviço de saúde mental de nível 2o ou 3o, caso necessário.

III. Para rastreamento e diagnóstico, causas como deficiência nutricionais, alcoolismo crônico, hipotireoidismo, uso de psicotrópicos ou analgésicos narcóticos, e depressão devem ser avaliadas.

IV. O início pré-senil, o prejuízo na linguagem, as dificuldades sociais, alterações comportamentais e de personalidade de Marinez podem estar associadas com um quadro de demência vascular.

É correto o que se afirma em:

Alternativas:

A) I e II.

B) I e IV.

C) III e IV.

D) II e III.

GABARITO: D

Resposta comentada:

O quadro de Marinez é característico de demência frontotemporal. Na alternativa I é referida a especialidade do neurologista como parte da Equipe de APS, no entanto esse profissional não compõe a Equipe da ESF, necessitando assim de um acompanhamento na UBS de referência e encaminhamento, se necessário para a Atenção Secundária ou Terciária.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388. Cap. 229.

Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 192 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; n. 19).

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 195 — Integradora 5° período – 2023.2 · Questão original n° 32

Enunciado:

Módulo:(s) SOI + IESC

Em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), um médico da família e comunidade, está encarregado de avaliar o estado mental de um paciente idoso, de 82 anos, que apresenta sinais de comprometimento da memória, logo suspeita-se de possível quadro de Alzheimer. Considerando as bases neurobiológicas da memória, e a importância da avaliação do estado mental do idoso na Atenção Primária em Saúde – APS, analise as afirmativas abaixo e assinale a alternativa correta.

I. Um indicador sensível de diminuição das funções cognitivas é a perda de memória recente e de habilidade de cálculo, sendo importante considerar que a habilidade de cálculo pode ser prejudicada pelo nível cultural e de educação formal dos pacientes.

II. O teste de memória recente tem origem em um dos itens do teste Folstein mini-mental. Consiste em solicitar ao paciente que relembre o nome de três objetos imediatamente após serem citado e alguns minutos depois, quando solicitados.

III. As perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento podem, em geral, resultar em Parkinson, porém, quase nunca em depressão, representando apenas 5% dos casos.

IV. Para os pacientes com suspeita de depressão, será necessária a investigação do uso de álcool e medicações, todavia, o diagnóstico diferencial para problemas de tireoide e causas orgânicas para distúrbio do humor não é necessário.

Alternativas:

A) Apenas I é correta.

B) II e III são corretas.

C) I e II são corretas.

D) III e IV são corretas.

GABARITO: C

Resposta comentada:

Um indicador sensível de diminuição das funções cognitivas é a perda de memória recente e de habilidade de cálculo. A avaliação da memória recente é provavelmente o melhor teste, tendo em vista que a habilidade de cálculo pode ser prejudicada pelo nível cultural e de educação formal dos pacientes. O teste de memória recente tem origem em um dos itens do teste Folstein mini-mental. Consiste em solicitar ao paciente que relembre o nome de três objetos imediatamente e 3 minutos após serem citados. A incapacidade de relembrar os três nomes deve levar à aplicação completa de teste para avaliação da função cognitiva (razão de probabilidade: relembrar os três nomes = 0,06; relembrar dois nomes = 0,5; lembrar menos de dois = 3,1) Pode-se aumentar a sensibilidade do rastreamento com o uso associado do "Teste do Relógio", que consiste na reprodução do mostrador do relógio avaliando os seguintes erros: hora errada, ausência de ponteiros, ausência, troca ou repetição dos números ou recusa em fazer o teste.

As perdas funcionais e psicossociais que acompanham o envelhecimento podem, em geral, resultar em depressão. A prevalência de depressão maior varia entre 5 e 9% entre os adultos, e até 50% dos pacientes deprimidos não são diagnosticados. Embora não se conheça a incidência precisa, depressão é um dos transtornos mentais mais comuns no idoso. A formulação da pergunta: "Você – frequentemente – se sente triste ou desanimado?", enfatizando a palavra "frequentemente" serve como introdução para uma investigação mais detalhada (sensibilidade = 0,78; especificidade = 0,87). Este teste breve de rastreamento parece ser capaz de detectar a maioria dos pacientes deprimidos e, em alguns casos, tem uma performance melhor do que o instrumento original do qual foi derivado. Pacientes que respondem afirmativamente serão testados com a escala de depressão geriátrica. Um escore de cinco ou mais pontos sugere depressão de significância clínica. Para os pacientes com suspeita de depressão, será necessária a investigação do uso de álcool e medicações e diagnóstico diferencial para problemas de tireoide e causas orgânicas para distúrbio do humor.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática: Grupo A, 2019. E-book. ISBN

9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. Acesso em: 28 set. 2023.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 196 **Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 6**

Enunciado:

A avaliação de alterações na sensopercepção é crucial na Atenção Primária à Saúde (APS). Sinais qualitativos e quantitativos, como dificuldades no reconhecimento de estímulos sensoriais, podem indicar a presença de síndromes demenciais.

Avalie as asserções a seguir e a relação proposta entre elas:

I- A detecção de sinais qualitativos como alucinações auditivas e agnosia visual em um paciente de meia-idade na APS deve levantar a suspeita de uma possível síndrome demencial. PORQUE

II- Tanto alucinações quanto agnosia podem ser manifestações iniciais de doenças neurodegenerativas e a identificação precoce desses sintomas é fundamental para o manejo clínico e o referenciamento adequado.

A respeito dessas asserções, assinale a opção correta.

Alternativas:

A) As duas asserções são proposições verdadeiras, mas a II não é uma justificativa correta da I.

B) A asserção I é uma proposição verdadeira, e a II é uma proposição falsa.

C) As duas asserções são proposições verdadeiras, e a II é uma justificativa correta da I.

D) As asserções I e II são proposições falsas.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Justificativa da Resposta Correta: A asserção I está correta porque alterações na sensopercepção são potenciais indicadores de síndromes demenciais e devem ser investigadas. A asserção II corretamente justifica a asserção I, uma vez que o reconhecimento precoce de sintomas pode guiar o manejo clínico e o referenciamento, que são etapas essenciais no cuidado de pacientes com possíveis condições neurodegenerativas.

Referências Bibliográficas:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019. 9788582715062. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/ #/books/9788582715062/. DynaMed. Demência de

Alzheimer. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia. RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o ClínicoGeral.Editora Manole, 2014. 9788520452240. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240/.

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (C); as alternativas A, B e D foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 197 **Integradora 5° período – 2024.1 · Questão original n° 34**

Enunciado:

Durante uma visita domiciliar, um idoso, de 82 anos, já com diagnóstico clínico de Alzheimer é atendido pelos alunos. A filha que mora com ele relata episódios de exaltação/irritabilidade e alucinações, bem como “esquecimento”. Recentemente, ele teve um mal-estar súbito e realizou uma tomografia computadorizada de crânio, sem imagens características. Acerca deste transtorno neurocognitivo, analise as afirmativas abaixo e marque a correta.

Alternativas:

A) Tem início súbito, com flutuação marcante do nível de consciência ao longo do dia.

B) A tomografia de crânio sem alterações características exclui o diagnóstico de doença de Alzheimer.

C) O comprometimento da memória remota precede o da memória recente nas fases iniciais.

D) Tem início de forma gradual, com declínio na aprendizagem.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Demência (ou transtorno neurocognitivo) é a perda progressiva das funções cognitivas e emocionais de uma pessoa, com impacto em sua relação com o mundo, em geral com prejuízo à sua qualidade de vida. Caracteriza-se por distúrbios de memória associados a comprometimento do raciocínio lógico, da orientação espacial, da afetividade, da linguagem, das habilidades construtivas e de outras funções cognitivas, como capacidade de aprendizado, pensamento abstrato e julgamento. Os critérios do Manual diagnóstico e estatístico (DMS-V) podem ajudar na compreensão da demência de Alzheimer, a mais comum entre as causas. Critérios diagnósticos para transtorno neurocognitivo maior ou leve devido à doença de Alzheimer (DSM-5)

1. São atendidos os critérios para transtorno neurocognitivo maior ou leve

2. Há surgimento insidioso e progressão gradual de prejuízo em um ou mais domínios cognitivos (no caso de transtorno neurocognitivo maior, pelo menos dois domínios devem estar prejudicados)

3. Os critérios são atendidos para doença de Alzheimer provável ou possível, do seguinte modo:

Para transtorno neurocognitivo maior:

Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se qualquer um dos seguintes está presente; caso contrário, deve ser diagnosticada possível doença de Alzheimer

1. Evidência de uma mutação genética causadora de doença de Alzheimer a partir de história familiar ou teste genético

2. Todos os três a seguir estão presentes:

Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem e em pelo menos outro domínio cognitivo (com base em história detalhada ou testes neuropsicológicos em série). Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados. Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra doença ou condição neurológica, mental ou sistêmica, provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo)

Para transtorno neurocognitivo leve:

Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se há evidência de alguma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, constatada em teste genético ou na história familiar. Possível

doença de Alzheimer é diagnosticada se não há evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer, de acordo com teste genético ou história familiar, com a presença de todos os três a seguir:

• Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem.

• Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados. • Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular, ou de outra doença ou condição neurológica ou sistêmica, provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

• A perturbação não é mais bem explicada por doença cerebrovascular, outra doença neurodegenerativa, efeitos de uma substância ou outro transtorno mental, neurológico ou sistêmico.

Referência:

DynaMed. Demência de

Alzheimer. Disponível em: https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia. RODRIGUES, Marcelo M.; BERTOLUCCI, Paulo Henrique F. Neurologia para o ClínicoGeral.Editora Manole, 2014. 9788520452240. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520452240/. DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais Quinta Edição (DSM-5) e a Classificação Estatística Internacional de Doenças-10 (CID-10)

Nota de estudo: o arquivo original desta prova trazia apenas a alternativa correta (D); as alternativas A, B e C foram elaboradas para treino.

QUESTÃO 198 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 5

Enunciado:

(FACIMPA) Você está atendendo um idoso de 76 anos acompanhado pela filha em uma unidade de saúde. A filha relata que, nos últimos meses, o paciente tem apresentado esquecimento frequente, como onde guardou objetos ou compromissos importantes. Ele tem repetido perguntas diversas vezes, mesmo após já terem sido respondidas, e apresenta dificuldade para realizar tarefas simples do dia a dia, como organizar as contas da casa, algo que antes fazia com facilidade. Além disso, ela observa que ele se irrita facilmente, apresenta mudanças de humor frequentes e evita participar de conversas mais complexas, demonstrando dificuldade em acompanhar o raciocínio.

No exame clínico, o paciente está em bom estado geral, sem sinais de febre ou alterações cardiovasculares e respiratórias. Não há alterações motoras significativas ou sinais neurológicos focais ao exame físico.

Considerando a abordagem inicial para pacientes com este caso, na Atenção Primária à Saúde (APS), assinale a alternativa mais adequada:

Alternativas:

A) Alterações cognitivas e comportamentais, isoladamente, são suficientes para fechar o diagnóstico de Alzheimer, mesmo sem a presença de perda de memória e sem exames complementares.

B) Exames complementares, como laboratoriais e de imagem, só devem ser realizados em casos avançados de alterações cognitivas, pois não são úteis no diagnóstico inicial.

C) A exclusão de outras condições, como depressão e deficiência de vitamina B12, é fundamental antes de considerar o diagnóstico de demência degenerativa, como Alzheimer.

D) O diagnóstico definitivo de Alzheimer pode ser realizado diretamente na APS por meio de uma simples anamnese e exame físico, dispensando exames laboratoriais e de imagem.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Resposta correta:

-.

A exclusão de outras condições, como depressão e deficiência de vitamina B12, é fundamental antes de considerar o diagnóstico de demência degenerativa, como Alzheimer.

Alternativas revisadas:

-

O diagnóstico definitivo de Alzheimer pode ser realizado diretamente na APS por meio de uma simples anamnese e exame físico, dispensando exames laboratoriais e de imagem.

• Errado: O diagnóstico de Alzheimer é clínico, mas o termo “definitivo” é inadequado na APS sem exclusão de causas secundárias com exames complementares. Errada porque sugere que apenas uma anamnese e exame físico são suficientes para um diagnóstico definitivo, o que contraria as diretrizes. Na APS, o diagnóstico é inicial e clínico, mas exames complementares são necessários para descartar causas tratáveis.

-.

A exclusão de outras condições, como depressão e deficiência de vitamina B12, é fundamental antes de considerar o diagnóstico de demência degenerativa, como Alzheimer.

• Correto: Reflete as diretrizes recomendadas para a abordagem de quadros de demência, enfatizando a necessidade de investigação diferencial.

-

Exames complementares, como laboratoriais e de imagem, só devem ser realizados em casos avançados de alterações cognitivas, pois não são úteis no diagnóstico inicial.

• Errado: Exames laboratoriais e de imagem são parte da abordagem inicial, mesmo em casos leves, para descartar condições reversíveis. Errada porque sugere que exames complementares só são úteis em casos avançados. Diretrizes indicam que exames laboratoriais (ex.: vitamina B12, TSH) e de imagem devem ser realizados no início da investigação.

-

Alterações cognitivas e comportamentais, isoladamente, são suficientes para fechar o diagnóstico de Alzheimer, mesmo sem a presença de perda de memória e sem exames complementares.

• Errado:

• Alterações cognitivas isoladas não são suficientes para diagnosticar Alzheimer, pois é necessário descartar outras condições. Errada porque: Alterações cognitivas e comportamentais sozinhas não confirmam Alzheimer, pois podem ocorrer em outras condições (ex.: depressão, pseudodemência, demência vascular).Perda de memória é um sintoma cardinal em muitos casos de Alzheimer, especialmente na fase inicial. Excluir exames complementares contraria as práticas recomendadas. Perda de memória geralmente é um sintoma cardinal na fase inicial de Alzheimer. A ausência de exames complementares na abordagem inicial contraria as diretrizes. Afirmações como “mesmo sem perda de memória” e “sem exames complementares” tornam essa alternativa propositalmente incorreta e mal embasada.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/.

DynaMed. Demência de Alzheimer. Disponível em:

https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia.

Bibliografia Porto & Porto, Exame clínico 7ª. Edição Guanabara. Koogan Rio de Janeiro 2011. p. 1209-1213.

Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica n.º 19 – Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019.

QUESTÃO 199 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 23**

Enunciado:

(FESAR) Paciente do sexo masculino, 68 anos, trazido à consulta por sua esposa, que relata um declínio progressivo na memória e na capacidade de realizar tarefas diárias. A esposa observa que o paciente tem dificuldade em lembrar eventos recentes, como o que almoçou no dia anterior, embora recorde-se bem de acontecimentos antigos. Ela também nota mudanças comportamentais, incluindo irritabilidade e episódios de desorientação em locais familiares. Recentemente, o paciente apresentou dificuldade para organizar suas finanças, algo que antes fazia sem problemas.

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) revelou uma pontuação de 21/30, com maior comprometimento em memória recente e capacidade de cálculo. Durante a anamnese, foi descartado histórico de hipertensão, acidente vascular encefálico, diabetes e outros fatores de risco vascular. A esposa também nega sintomas como perda de interesse, apatia, ou alterações no sono e apetite.

Com base nesse quadro clínico, qual é o diagnóstico mais provável?

Alternativas:

A) Doença de Alzheimer.

B) Demência vascular.

C) Depressão maior.

D) Demência frontotemporal.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

RESPOSTA COMENTADA:

As alterações cognitivas da DA tendem a seguir um padrão característico, começando com comprometimento da memória e progredindo para déficits nas funções executivas, de linguagem e visuoespaciais. Contudo, cerca de 20% dos pacientes com DA apresentam queixas não relacionadas com a memória, como dificuldade em encontrar as palavras, de organização ou de orientação espacial. Em outros pacientes, a disfunção no processamento visual (designada como síndrome de atrofia cortical posterior) ou uma afasia “logopênica” progressiva, caracterizada por dificuldades em nomear e repetir, são as principais manifestações da DA durante anos antes de progredir para o comprometimento da memória e outros domínios cognitivos. Outros pacientes ainda podem apresentar uma síndrome distônica-rígida-acinética (“corticobasal”) assimétrica ou uma variante

disexecutiva/comportamental, isto é, uma variante “frontal” de DA. Depressão, retraimento social e ansiedade ocorrem nos estágios iniciais da doença e podem representar um pródromo antes que os sintomas cognitivos sejam aparentes.

Em estágios iniciais da DA amnésica típica, a perda de memória pode não ser reconhecida ou ser descrita como esquecimento benigno da idade. O termo declínio cognitivo subjetivo refere-se à piora autopercebida na memória ou de outras habilidades cognitivas que pode não ser perceptível para os outros ou aparente em testes neuropsicológicos formais. Quando a perda de memória se torna mais evidente para o paciente, familiares e amigos e é confirmada com testes de memória padronizados, é aplicado o termo comprometimento cognitivo leve (CCL). Demência frontotemporal

A demência frontotemporal tende a afetar pessoas mais jovens e se caracteriza por alterações mais proeminentes no comportamento e na personalidade, com perda de inibição, alterações emocionais e comportamentos impulsivos. Embora o paciente do caso tenha apresentado mudanças comportamentais, o principal sintoma descrito é o déficit de memória recente, que é mais típico de Doença de Alzheimer. A desorientação e dificuldade em realizar tarefas complexas também são mais indicativas de Alzheimer do que de demência frontotemporal. Depressão maior com sintomas cognitivos

A depressão maior pode simular um quadro de demência, condição conhecida como "pseudodemência". No entanto, pacientes com depressão geralmente relatam de forma clara a dificuldade de memória, enquanto os pacientes com demência costumam não perceber ou minimizar os déficits. Além disso, na pseudodemência, os déficits cognitivos tendem a melhorar com o tratamento da depressão, enquanto na Doença de Alzheimer o declínio é progressivo e persistente, como descrito no caso.

Doença de Alzheimer

Essa é a resposta correta. A Doença de Alzheimer caracteriza-se por um declínio progressivo da memória, especialmente da memória recente, além de comprometimento em outras funções cognitivas, como planejamento e execução de tarefas. As mudanças de comportamento, como irritabilidade e desorientação, são características da fase inicial a moderada da doença. O comprometimento em tarefas complexas, como o gerenciamento financeiro, é comum nas fases iniciais da Doença de Alzheimer.

Demência vascular

A demência vascular ocorre devido a múltiplos pequenos infartos cerebrais, levando a um declínio cognitivo de forma mais abrupta e escalonada. Ela está frequentemente associada a fatores de risco vasculares, como hipertensão arterial, diabetes e histórico de eventos vasculares. O paciente do caso não apresenta um histórico sugestivo de eventos vasculares e o padrão de progressão é mais compatível com Doença de Alzheimer, que tende a ter um início insidioso e progressivo.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. Grupo A, 2019.

9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/.

DynaMed. Demência de Alzheimer. Disponível em:

https://www.dynamed.com/condition/alzheimer-dementia.

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.3462. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/.

QUESTÃO 200 **Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 32**

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) R.T.C. 80 anos, vem acompanhado com sua esposa para consulta na UBS. Ela relata que há 1 ano ele está mais repetitivo, desorientado no tempo, esquece com frequência de fatos ao longo do dia e já se perdeu próximo de casa algumas vezes. A esposa está preocupada com tal situação, já não o deixa mais sair sozinho e o filho passou a fazer os pagamentos das despesas de casa. HPP: Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Infarto Agudo do Miocárdio. Em uso de AAS, Rosuvastatina, Losartana e Glifage. Exame Cognitivo com prejuízo de função executiva, visuoespacial, memória e linguagem. Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem. Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição. Ausência de evidências de etiologia mista.

Analisando os sinais e sintomas apresentados no caso clínico identifique qual tipo de demência o quadro sugere.

Alternativas:

A) Demência Vascular.

B) Doença de Alzheimer.

C) Demência Tóxico-Metabólica.

D) Demência por Corpos Levy.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

O paciente apresentou distúrbios de memória associados a comprometimento do raciocínio lógico, da orientação espacial, da afetividade, da linguagem e habilidades, com impacto em sua relação com o mundo e prejuízo à sua qualidade de vida, caracterizando a Doença de Alzheimer. Provável doença de Alzheimer é diagnosticada se há evidência de alguma mutação genética causadora de doença de Alzheimer, constatada em teste genético ou na história familiar. Possível doença de Alzheimer é diagnosticada se não há evidência de mutação genética causadora de doença de Alzheimer, de acordo com teste genético ou história familiar, com a presença de todos os três a seguir:

•Evidências claras de declínio na memória e na aprendizagem.

•Declínio constantemente progressivo e gradual na cognição, sem platôs prolongados. •Ausência de evidências de etiologia mista (i.e., ausência de outra doença neurodegenerativa ou cerebrovascular,

ou de outra doença ou condição neurológica ou sistêmica, provavelmente contribuindo para o declínio cognitivo).

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388. Cap. 229.

QUESTÃO 201 — Integradora 5° período – 2024.2 · Questão original n° 33

Enunciado:

(FACIMPA) Maria, 76 anos, é levada à Unidade Básica de Saúde (UBS) por sua filha, que relata piora progressiva da memória da paciente ao longo do último ano. Maria passou a repetir as mesmas perguntas, esquece nomes de familiares próximos e apresenta dificuldade em realizar atividades rotineiras, como preparar refeições.

No exame clínico, observa-se orientação temporal e espacial prejudicada, além de uma leve dificuldade de concentração. A filha também relata que Maria tem se mostrado mais apática e confusa à noite, e que, recentemente, ela se perdeu ao tentar voltar do mercado. Após investigação clínica e exames complementares, o diagnóstico de Doença de Alzheimer foi confirmado.

Com base no caso clínico, qual deve ser a conduta adequada na Atenção Primária à Saúde (APS) para o manejo da Doença de Alzheimer e em que situações o paciente deve ser referenciado para atendimento especializado?

Alternativas:

A) Encaminhar para atendimento hospitalar, iniciar exames de neuroimagem imediatamente para monitorar a evolução da doença e descartar outras patologias, bem como prescrever benzodiazepínicos para insônia e ansiedade.

B) Iniciar antipsicóticos para tratar a apatia leve e confusão à noite, recomendar suplementação vitamínica e referenciar imediatamente ao neurologista para acompanhamento de rotina e internação se piora da agitação.

C) Acompanhar o caso com exames de neuroimagem de rotina, indicar psicoterapia como principal abordagem para reabilitação cognitiva e referenciar ao psiquiatra para avaliação comportamental antes de iniciar tratamento medicamentoso.

D) Estabelecer plano de cuidados focado no apoio à família e no acompanhamento na APS, incluir inibidores de acetilcolinesterase e estímulos cognitivos, referenciar ao especialista se houver agravamento ou complicações.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa

-

Estabelecer plano de cuidados focado no apoio à família e no acompanhamento na APS, incluir inibidores de acetilcolinesterase e estímulos cognitivos, referenciar ao especialista se houver agravamento ou complicações.

”

• Por que está correta:

• A APS é o principal local para o manejo contínuo do Alzheimer, incluindo o suporte à família e o acompanhamento regular do paciente.

• Os inibidores de acetilcolinesterase (donepezila, rivastigmina, galantamina) são indicados para

Alzheimer leve a moderado.

• Estímulos cognitivos são fundamentais na abordagem não farmacológica, melhorando a funcionalidade e retardando o declínio.

• Referenciamento ao especialista deve ocorrer em casos de complicações, como agitação grave ou dúvidas diagnósticas.

Alternativas erradas:

-

Iniciar antipsicóticos para tratar a apatia leve e confusão à noite, recomendar suplementação vitamínica e referenciar imediatamente ao neurologista para acompanhamento de rotina e internação se piora da agitação.

”

• Por que está errada:

• Antipsicóticos não são indicados para sintomas leves como apatia e confusão noturna; seu uso deve ser reservado para alterações comportamentais graves e refratárias.

• A suplementação vitamínica só deve ser considerada em casos de deficiência confirmada.

• Referenciamento imediato e internação são desnecessários em quadros estáveis de Alzheimer leve a moderado.

-

Encaminhar para atendimento hospitalar, iniciar exames de neuroimagem imediatamente para monitorar a evolução da doença e descartar outras patologias, bem como prescrever benzodiazepínicos para insônia e ansiedade.

”

• Por que está errada:

• Encaminhamento hospitalar é desnecessário para casos leves ou moderados sem complicações agudas.

• Exames de neuroimagem não são indicados para monitorar a progressão do Alzheimer; são usados apenas para diagnóstico diferencial.

• Benzodiazepínicos devem ser evitados em idosos devido ao risco de sedação, quedas e piora cognitiva.

-

Acompanhar o caso com exames de neuroimagem de rotina, indicar psicoterapia como principal abordagem para reabilitação cognitiva e referenciar ao psiquiatra para avaliação comportamental antes de iniciar tratamento medicamentoso.

”

• Por que está errada:

• Exames de neuroimagem de rotina não são indicados no manejo do Alzheimer, pois não monitoram sua progressão.

• Psicoterapia não é a principal abordagem para reabilitação cognitiva; terapias como estimulação cognitiva e ocupacional são mais indicadas.

• Referenciar ao psiquiatra antes de iniciar tratamento medicamentoso não é necessário em casos leves ou moderados com diagnóstico já estabelecido.

Referências:

BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. Porto Alegre: Grupo A, 2018. E-book. ISBN 9788580556155. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580556155/. GIANINI, Reinaldo J. SOS ortopedia. 2a ed. Barueri: Editora Manole, 2020. E-book. ISBN

9786555760231. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555760231/. GUSSO, Gustavo; LOPES, José M C.; DIAS, Lêda C. Tratado de medicina de família e comunidade - 2 volumes: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Grupo A, 2019. E-book. ISBN 9788582715369. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715369/. HEBERT, Sizínio; FILHO, Tarcísio E. P B.; XAVIER, Renato; et al. Ortopedia e Traumatologia. Porto Alegre: Grupo A, 2017. E-book. ISBN 9788582713778. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582713778/. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. Porto Alegre: Grupo A, 2024. E-book. ISBN 9786558040231. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040231/. Ferri, C.P., et al.. Demência na atenção primária à saúde. Manual para profissionais. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS, 2017.

Guyton & Hall. Tratado de Fisiologia Médica. 14ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2020. Capítulo sobre transtornos cognitivos e neurodegenerativos.

QUESTÃO 202 **Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original n° 23**

Enunciado:

(FMIT) Homem, 72 anos, com histórico de hipertensão arterial de difícil controle e diabetes tipo 2, comparece acompanhado da filha relatando déficits cognitivos progressivos. Há cerca de um ano, ele começou a esquecer nomes de pessoas conhecidas e a dificuldade evoluiu para desorientação em ambiente familiar e esquecimento de compromissos. No Mini Exame do Estado Mental, obteve escore de 22/30, compatível com quadro leve. O médico decide iniciar terapia farmacológica destinada a retardar o declínio cognitivo. Com base no caso clínico, analise as alternativas abaixo e marque a correta.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Antipsicóticos atípicos – antagonizam receptores D2 e 5-HT2A, promovendo melhora dos sintomas cognitivos e comportamentais.

B) Inibidores da colinesterase – aumentam a disponibilidade de dopamina na fenda sináptica, melhorando a neurotransmissão em áreas corticais.

C) Inibidores da colinesterase – inibem a degradação da acetilcolina, aumentando sua ação em sinapses colinérgicas centrais.

D) Antagonistas dos receptores NMDA – bloqueiam a recaptação de serotonina, reduzindo a excitotoxicidade neuronal.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Correta:

Inibidores da colinesterase – inibem a degradação da acetilcolina, aumentando sua ação em sinapses colinérgicas centrais.

Inibidores da colinesterase, como donepezila, rivastigmina e galantamina, são amplamente utilizados no tratamento da Doença de Alzheimer leve a moderada. Esses fármacos atuam inibindo a enzima acetilcolinesterase, responsável pela degradação da acetilcolina na fenda sináptica. Com isso, há aumento da concentração de acetilcolina disponível, o que melhora a neurotransmissão colinérgica — sabidamente deficiente na Doença de Alzheimer. Essa estratégia visa atenuar os déficits cognitivos. Incorretas:

Inibidores da colinesterase – aumentam a disponibilidade de dopamina na fenda sináptica, melhorando a neurotransmissão em áreas corticais. Embora os inibidores da colinesterase realmente aumentem a disponibilidade de neurotransmissores, o foco é na acetilcolina, e não na dopamina. O aumento de dopamina está mais relacionado ao tratamento da Doença de Parkinson, não do Alzheimer.

Antagonistas dos receptores NMDA – bloqueiam a recaptação de serotonina, reduzindo a excitotoxicidade neuronal: Antagonistas dos receptores NMDA, como a memantina, são utilizados em estágios moderados a avançados da Doença de Alzheimer, não sendo a primeira escolha no estágio leve. Além disso, esses fármacos bloqueiam os receptores NMDA para o glutamato, prevenindo a excitotoxicidade, e não atuam na recaptação de serotonina. Antipsicóticos atípicos – antagonizam receptores D2 e 5-HT2A, promovendo melhora dos sintomas cognitivos e comportamentais: antipsicóticos atípicos podem ser usados em casos selecionados para sintomas neuropsiquiátricos, como agitação ou agressividade, mas não são indicados como tratamento de primeira linha para os sintomas cognitivos da Doença de Alzheimer. Além disso, seu uso deve ser cauteloso, dada a associação com aumento da mortalidade em idosos com demência.

Referências:

SILVA, Penildon. Farmacologia, 8ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. E-book. p.

1181. ISBN 978-85-277-2034-2.

BRUTON, L. L. ; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155. LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3556. ISBN 9786558040231.

QUESTÃO 203 — Integradora 5° período – 2025.1 · Questão original nº 29

Enunciado:

(AFYA Itacoatiara) Dona Aurora, uma senhora de 78 anos residente na comunidade atendida pela Unidade Básica de Saúde, tem sido motivo de preocupação para sua filha, Marta. Nos últimos meses, Marta notou que a mãe tem se tornado cada vez mais esquecida. Inicialmente, eram pequenos deslizes, como esquecer onde guardou os óculos ou o nome de um vizinho. No entanto, a situação tem progredido. Dona Aurora agora se perde em conversas, repete as mesmas perguntas várias vezes em um curto período e, recentemente, teve dificuldade em encontrar o caminho de volta para casa após uma breve caminhada na rua. Marta também percebeu que a mãe tem tido oscilações de humor, com momentos de apatia e outros de irritabilidade sem motivo aparente. Ao conversar com a equipe da UBS, Marta relata que a mãe sempre foi uma pessoa ativa e independente, cuidando da casa e gostando de jardinagem, atividades que agora realiza com menos frequência e com mais dificuldade. Considerando o quadro apresentado e o contexto da Atenção Primária à Saúde, qual o tipo de demência que melhor explica os sinais e sintomas de Dona Aurora?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Demência frontotemporal, manifestada principalmente por alterações de comportamento, personalidade e linguagem, com relativa preservação da memória nas fases iniciais.

B) Doença de Alzheimer, marcada por um declínio progressivo da memória e outras funções cognitivas, frequentemente acompanhada por alterações comportamentais.

C) Demência com Corpos de Lewy, que cursa com flutuações cognitivas, alucinações visuais e parkinsonismo.

D) Demência Vascular, caracterizada por declínio cognitivo súbito após eventos cerebrovasculares.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Doença de Alzheimer, marcada por um declínio progressivo da memória e outras funções cognitivas, frequentemente acompanhada por alterações comportamentais. Resposta correta: Conforme Gusso, Lopes e Dias (2018, p. 2388), a Doença de Alzheimer é a causa mais comum de demência em idosos, caracterizada por um declínio progressivo e insidioso da memória, seguido por alterações em outras funções cognitivas, como linguagem, função executiva e habilidades visuoespaciais. As alterações comportamentais, como as oscilações de humor observadas em Dona Aurora, também são comuns no curso da doença. O quadro clínico apresentado, com a progressiva perda de memória, dificuldade de orientação espacial e alterações de humor, é altamente sugestivo de Doença de Alzheimer. As outras opções apresentam quadros clínicos distintos: a Demência Vascular está ligada a eventos cerebrovasculares, a Demência com Corpos de Lewy envolve flutuações cognitivas marcadas, alucinações visuais e parkinsonismo, e a Demência Frontotemporal se manifesta principalmente por alterações de comportamento e linguagem nas fases iniciais, com relativa preservação da memória.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M. C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2002. Cap. 233.

QUESTÃO 204 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 11**

Enunciado:

(FASA VIC) Em uma visita domiciliar, a equipe da unidade básica de saúde identificou um idoso de 72 anos, cujos familiares relatam que, nos últimos meses, ele vem apresentando dificuldade progressiva para lembrar de eventos recentes, confusão ao realizar tarefas simples e episódios de desorientação espacial. O paciente tem histórico de hipertensão e diabetes controlados. Durante a consulta, ele se mostra confuso e não consegue lembrar o nome de seus netos. Ao exame físico, não apresenta alterações neurológicas motoras evidentes.

Com base no quadro apresentado, qual é o tipo de demência mais provável neste paciente e qual(is) sua(s) característica(s)?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Demência vascular, resultante de múltiplos eventos isquêmicos, frequentemente associada a fatores de risco como hipertensão e diabetes.

B) Demência frontotemporal, afeta principalmente o comportamento e a linguagem nas fases iniciais, com preservação relativa da memória.

C) Demência com corpos de Lewy, caracterizada por flutuações na cognição e alucinações visuais recorrentes.

D) Doença de Alzheimer, caracterizada por seu início insidioso, com perda de memória e declínio cognitivo progressivo.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: D

Resposta comentada:

Alternativa correta:

Doença de Alzheimer, caracterizada por seu início insidioso, com perda de memória e declínio cognitivo progressivo.

Comentário: O quadro apresentado é típico de Doença de Alzheimer, com perda de memória recente e declínio cognitivo progressivo, sem déficits motores evidentes. Análise das alternativas incorretas:

Alternativa: "

Demência com corpos de Lewy, caracterizada por flutuações na cognição e alucinações visuais recorrentes.

" - Incorreto.

Comentários: Embora a demência com corpos de Lewy apresente flutuações cognitivas, ela também é frequentemente associada a alucinações visuais e sintomas parkinsonianos, o que não foi descrito no quadro do paciente.

Alternativa: "

Demência vascular, resultante de múltiplos eventos isquêmicos, frequentemente associada a fatores de risco como hipertensão e diabetes.

" - Incorreto. Comentários: A demência vascular geralmente apresenta uma progressão em degraus, com déficits motores ou sinais neurológicos focais. O quadro do paciente é de um declínio cognitivo mais contínuo, sem evidências de déficits motores.

Alternativa: "

Demência frontotemporal, afeta principalmente o comportamento e a linguagem nas fases iniciais, com preservação relativa da memória.

" - Incorreto. Comentários: A demência frontotemporal se manifesta principalmente com alterações comportamentais ou na linguagem, o que não foi relatado no caso. Além disso, a perda de memória é um sintoma tardio nessa condição.

Referência:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José M.C.; DIAS, Lêda C. (Orgs.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática. Porto Alegre: ARTMED, 2018, p. 2388. Cap. 229.

QUESTÃO 205 — Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 19

Enunciado:

(AFYA MANACAPURU) Seu João, 72 anos, aposentado, é acompanhado pela Unidade Básica de Saúde. Nas últimas consultas, relatou esquecimentos frequentes, dificuldades para lembrar compromissos e para lidar com dinheiro. A filha comenta que ele tem se isolado e esquecido panelas no fogo. O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) mostrou pontuação abaixo do esperado. A equipe propõe ações para investigação e promoção da saúde cognitiva.

Considerando o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) neste caso, identifique a conduta mais apropriada.

Alternativas:

Grau de dificuldade: Médio

A) Encaminhar o paciente diretamente ao neurologista e suspender o acompanhamento na UBS até o diagnóstico definitivo e especializado.

B) Realizar investigação de causas reversíveis, organizar grupos educativos e estimular alimentação saudável, socialização e exercícios cognitivos.

C) Iniciar tratamento farmacológico empírico e limitar o cuidado à consulta médica, junto a intervenções não medicamentosas e comportamentais.

D) Restringir a atenção ao rastreamento anual e ajuste de medicações, sem envolver equipe multiprofissional ou ações coletivas.

GABARITO: B

Resposta comentada:

Justificativas:

A APS deve investigar causas reversíveis, como hipotireoidismo, deficiência de B12, depressão e polifarmácia.

O foco inicial é promoção da saúde cognitiva, com grupos interprofissionais, exercícios mentais, alimentação adequada e socialização.

O encaminhamento ao neurologista ocorre após a triagem inicial ou em casos atípicos, mantendo o acompanhamento longitudinal.

Medicações específicas são iniciadas apenas após diagnóstico confirmado, conforme diretrizes clínicas.

Alternativas:

- Encaminhar o paciente diretamente ao neurologista e suspender o acompanhamento na UBS até o diagnóstico definitivo.

Incorreta – interrompe o cuidado longitudinal e contraria o papel da APS na coordenação do cuidado.

-

Realizar investigação de causas reversíveis, organizar grupos educativos e estimular alimentação saudável, socialização e exercícios cognitivos.

Correta – representa o papel integral da APS em rastrear, investigar e promover envelhecimento cognitivo saudável.

-

Restringir a atenção ao rastreamento anual e ajuste de medicações, sem envolver equipe multiprofissional ou ações coletivas.

Incorreta – ignora a abordagem interdisciplinar e a promoção da saúde cognitiva, princípios da APS.

-

Iniciar tratamento farmacológico empírico e limitar o cuidado à consulta médica, junto a intervenções não medicamentosas e comportamentais.

Incorreta – o tratamento deve ocorrer após confirmação diagnóstica e com ênfase em medidas não farmacológicas.

Referências:

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti; DIAS, Luiz Carlos Corrêa (org.). Tratado de Medicina de Família e Comunidade. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022. HAUSER, Stephen L.; KASPER, Dennis L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry; FAUCI, Anthony S.; LOSCALZO, Joseph (ed.). Harrison – Princípios de Medicina Interna. 21. ed. Rio de Janeiro: AMGH, 2023.

QUESTÃO 206 **Integradora 5° período – 2025.2 · Questão original n° 28**

Enunciado:

(UNISL PORTO VELHO) Idoso de 72 anos, com diagnóstico de doença de Alzheimer leve, inicia donepezila. Duas semanas depois, relata náuseas leves e sonhos vívidos, sem outros achados relevantes.

Com base no caso apresentado, qual é o mecanismo de ação que melhor explica o efeito terapêutico e os efeitos colinérgicos observados?

Alternativas:

Grau de dificuldade: Fácil

A) Bloqueio dos receptores NMDA no hipocampo, reduzindo a excitotoxicidade por glutamato.

B) Ligação a placas amiloides com anticorpo monoclonal, promovendo sua depuração microglial.

C) Inibição da acetilcolinesterase, aumentando a acetilcolina nas sinapses corticais e hipocampais.

D) Inibição da β-secretase (BACE-1), diminuindo a formação de peptídeos Aβ42.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: C

Resposta comentada:

Errado -

Bloqueio dos receptores NMDA no hipocampo, reduzindo a excitotoxicidade por glutamato.

Justificativa: Incorreta. Esse é o mecanismo da memantina (antagonista não competitivo do NMDA), indicada principalmente para DA moderada a grave. Não explica os efeitos colinérgicos (náusea, sonhos vívidos) relatados.

Correto -

Inibição da acetilcolinesterase, aumentando a acetilcolina nas sinapses corticais e hipocampais.

Justificativa: Correta. Donepezila é um inibidor da acetilcolinesterase (I-AChE). Ao reduzir a degradação da ACh, ele eleva sua disponibilidade sináptica, sustentando a neurotransmissão colinérgica em circuitos de memória/atenção. Os efeitos colinérgicos periféricos (p. ex., náusea) e centrais (p. ex., alterações do sono/sonhos vívidos) decorrem justamente desse mecanismo.

Errado -

Inibição da β-secretase (BACE-1), diminuindo a formação de peptídeos Aβ42.

Justificativa: Incorreta. Inibidores de BACE-1 são experimentais e não correspondem ao fármaco do caso. Não justificam os efeitos colinérgicos descritos. Errado -

Ligação a placas amiloides com anticorpo monoclonal, promovendo sua depuração microglial.

Justificativa: Incorreta. Descreve o mecanismo de anticorpos anti-Aβ (p. ex., aducanumabe/lecanemabe) usados em estágios iniciais selecionados e com perfil de segurança específico. Não explica os efeitos colinérgicos observados com donepezila.

Referência:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21st ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p.3335. ISBN 9786558040231

QUESTÃO 207 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 9

Enunciado:

(AFYA ITAPERUNA) Mulher de 74 anos é levada pela filha ao ambulatório por esquecimento progressivo há cerca de 2 anos. Inicialmente, esquecia compromissos e repetia perguntas durante a mesma conversa. Nos últimos meses, passou a apresentar dificuldade para lembrar nomes de familiares distantes, perder objetos dentro de casa e necessitar de ajuda para organizar medicamentos e contas.

A filha nega início súbito dos sintomas, episódios de confusão aguda, alucinações visuais proeminentes, alterações motoras precoces, quedas frequentes ou flutuação importante do nível de atenção ao longo do dia. A paciente mantém linguagem relativamente preservada, mas apresenta dificuldade para recordar fatos recentes. Não há história de acidente vascular cerebral prévio.

Ao exame neurológico, está alerta, colaborativa, sem déficit motor focal, sem parkinsonismo evidente e sem alterações sensitivas importantes. O Mini-Exame do Estado Mental mostra prejuízo predominante de memória recente e orientação temporal. Exames laboratoriais para causas reversíveis de declínio cognitivo não mostram alterações relevantes.

Considerando o estágio leve a moderado da doença e a necessidade de iniciar tratamento sintomático, assinale a alternativa que associa corretamente o fármaco ao seu mecanismo de ação.

Alternativas:

A) Galantamina – Agonista nicotínico central, com aumento da liberação pré-sináptica de acetilcolina.

B) Rivastigmina – Inibidor da acetilcolinesterase, aumentando a concentração sináptica de acetilcolina.

C) Memantina – Inibidor da acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica.

D) Donepezila – Antagonista competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a excitotoxicidade glutamatérgica.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: B

Resposta comentada:

Donepezila – Antagonista competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a excitotoxicidade glutamatérgica. Incorreta: A donepezila é um inibidor reversível da acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica. O antagonismo dos receptores NMDA é o mecanismo da memantina, não da donepezila.

Memantina – Inibidor da acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica.

Incorreta: A memantina não atua no sistema colinérgico. Seu mecanismo é o antagonismo não competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a excitotoxicidade mediada pelo glutamato, mecanismo relacionado à neurodegeneração. Rivastigmina – Inibidor da acetilcolinesterase, aumentando a concentração sináptica de acetilcolina. Correta: A rivastigmina inibe a acetilcolinesterase (e também a butirilcolinesterase), promovendo aumento da acetilcolina na fenda sináptica. Esse mecanismo visa compensar o déficit colinérgico observado na Doença de Alzheimer. Galantamina – Agonista nicotínico central, com aumento da liberação pré-sináptica de acetilcolina. Incorreta: A galantamina não atua como agonista nicotínico direto. Seu mecanismo primário é a inibição reversível e competitiva da acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica — o mesmo mecanismo da donepezila e da rivastigmina. A galantamina possui ainda um mecanismo secundário de modulação alostérica positiva dos receptores nicotínicos, potencializando a resposta à acetilcolina endógena sem ativá-los diretamente. Portanto, a alternativa erra em dois pontos: atribui agonismo direto onde há modulação alostérica e omite o mecanismo principal — a inibição da acetilcolinesterase.

Referências:

BRUNTON, Laurence L.; HILAL-DANDAN, Randa; KNOLLMANN, Björn C. (org.). As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman & Gilman. 14.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2019. Capítulo 20 – Fármacos utilizados no tratamento das doenças neurodegenerativas (Doença de Alzheimer).

LOSCALZO, Joseph. FAUCI, Anthony S. KASPER, Dennis L. et al. Medicina Interna de Harrison. 21.ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book, p. 3335. ISBN 9786558040231. -

QUESTÃO 208 **Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 14**

Enunciado:

(AFYA MONTES CLAROS) Idosa de 75 anos, professora aposentada e escritora, mora com o marido de 81 anos e filha de 49 anos. Ela é portadora de hipertensão arterial e osteoartrose e usa regularmente Losartana 50mg/dia e Sulfato de Glicosamina com Sulfato de Condroitina 500/400mg ao dia. Ela vai à consulta médica de rotina, acompanhada da filha. Durante a avaliação clínica a paciente estava ativa, relatando fatos do presente e passado. Ela informou apenas dores em joelho direito e ocasionais falhas de memória (“cabeça ruim”), sem outras queixas. Porém a filha relatou que há cerca de 1 ano a idosa vem apresentando “esquecimentos” frequentes como perda de chaves, fogão aceso, esquece nomes, requerendo a ajuda de terceiros para solucionar tais problemas. O quadro vem piorando e comprometendo suas atividades cotidianas e relações familiares. O exame físico da idosa estava sem alterações. De acordo com o caso acima, a melhor opção para o tipo de demência que a paciente apresenta, é:

Alternativas:

A) Doença de Alzheimer.

B) Demência Frontotemporal.

C) Demência Vascular.

D) Doença de Parkinson.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

A doença de Alzheimer é o tipo de demência mais comum e cursa com problemas na memória, comportamento e pensamento o que interfere diretamente nas atividades diárias. As alterações não ocorrem por delírio ou outros transtornos mentais.

Referência:

Guia da Saúde do Idoso na Atenção Primária / Luciana Colares Maia, Antônio Prates Caldeira, Edgar Nunes de Moraes, Simone de Melo Costa. – 1. ed. Montes Claros: Henriques Design, 2019. Tipo de Suporte: Internet

ISBN: 978-85-92830-29-8

1. Geriatria. 2. Envelhecimento. 3. Idosos – cuidado e tratamento. I. Maia, Luciana Colares. II. Título.

-

QUESTÃO 209 — Integradora 5° período – 2026.1 · Questão original n° 19

Enunciado:

(AFYA ITACOATIARA) Paciente J.M.S., 79 anos, sexo masculino, hipertenso e diabético controlado, é trazido à Unidade Básica de Saúde pela filha devido a quadro de esquecimento progressivo iniciado há cerca de 3 anos.

A filha relata que ele passou a repetir as mesmas perguntas várias vezes, perdeu objetos de valor em casa e apresenta dificuldade crescente para pagar contas e organizar compromissos, tarefas que antes realizava com autonomia. Recentemente, perdeu-se no caminho de volta da padaria que frequenta há décadas.

Ao exame físico, apresenta bom estado geral, sem déficits motores ou sensitivos focais. No Miniexame do Estado Mental, pontua 18 pontos, com escolaridade de 4 anos. O Teste do Desenho do

Relógio mostra erros de planejamento. Exames laboratoriais iniciais para causas potencialmente reversíveis de declínio cognitivo, incluindo vitamina B12, TSH, função renal e hepática, estão normais.

A filha relata estar exausta e triste, pois o pai era seu principal confidente e tem exigido supervisão crescente nas atividades diárias.

Com base no quadro clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais adequada na Atenção Primária à Saúde?

Alternativas:

A) Doença de Alzheimer provável; orientar a família, avaliar funcionalidade e rede de apoio e considerar inibidor da acetilcolinesterase após avaliação clínica.

B) Demência vascular provável; solicitar tomografia urgente, iniciar aspirina e encaminhar ao neurologista devido ao déficit cognitivo de instalação súbita.

C) Demência com corpos de Lewy provável; prescrever neuroléptico para agitação, avaliar marcha e solicitar eletroencefalograma como exame confirmatório.

D) Depressão geriátrica provável; iniciar antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e atribuir o prejuízo cognitivo ao humor deprimido.

— gabarito e resposta comentada abaixo —

GABARITO: A

Resposta comentada:

Doença de Alzheimer provável; orientar a família, avaliar funcionalidade e rede de apoio, e considerar inibidor da acetilcolinesterase após avaliação clínica.

Justificativa:

Alternativa correta. O quadro é compatível com doença de Alzheimer provável, caracterizada por início insidioso, evolução progressiva, prejuízo de memória episódica, desorientação espacial e comprometimento de atividades instrumentais de vida diária. A ausência de déficits focais e a evolução lenta tornam a demência vascular menos provável. Na Atenção Primária, a conduta deve incluir orientação familiar, avaliação da funcionalidade, investigação da rede de apoio, suporte ao cuidador, rastreio de segurança domiciliar e consideração de tratamento sintomático com inibidor da acetilcolinesterase, conforme avaliação clínica e protocolo local. O Harrison descreve a doença de Alzheimer como causa comum de demência no idoso, com declínio progressivo de memória e função, além de enfatizar o cuidado ao paciente e à família.

Demência vascular provável; solicitar tomografia urgente, iniciar aspirina e encaminhar ao neurologista devido ao déficit cognitivo de instalação súbita.

Justificativa:

Alternativa incorreta. A demência vascular costuma ser sugerida por história de AVC, déficits neurológicos focais, evolução em degraus ou relação temporal com eventos cerebrovasculares. No caso, o declínio é progressivo há 3 anos, sem déficit focal e sem instalação súbita. Além disso, não há indicação de iniciar aspirina apenas com base nesse quadro cognitivo, sem evidência clínica de evento vascular agudo ou doença aterotrombótica definida.

Depressão geriátrica provável; iniciar antidepressivo inibidor da recaptação de serotonina e atribuir o prejuízo cognitivo ao humor deprimido.

Justificativa:

Alternativa incorreta. Depressão em idosos pode simular ou agravar queixas cognitivas, mas o caso apresenta perda funcional progressiva, repetição de perguntas, desorientação espacial e prejuízo em atividades instrumentais ao longo de anos. A tristeza descrita é da filha cuidadora, não do paciente. Portanto, depressão geriátrica não é a hipótese principal com os dados fornecidos.

Demência com corpos de Lewy provável; prescrever neuroléptico para agitação, avaliar marcha e solicitar eletroencefalograma como exame confirmatório.

Justificativa:

Alternativa incorreta. Demência com corpos de Lewy costuma cursar com flutuação cognitiva, alucinações visuais recorrentes, parkinsonismo e distúrbio comportamental do sono REM. Esses dados não aparecem no caso. Além disso, neurolépticos devem ser usados com grande cautela nesses pacientes devido ao risco de sensibilidade grave, e o eletroencefalograma não é exame confirmatório de demência com corpos de Lewy.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3.ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p.440. ISBN 9788582715062. Disponível em: https://integrada.minhabiblioteca.com.br.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10.ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,

2021. E-book, p. 504. ISBN 9788527737876. Disponível em:

https://integrada.minhabiblioteca.com.br.

-