



RECURSO PARA QUESTÃO

**OBJETIVA**

UNICAMP 2026

**UNICAMP - 2026**

medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 9**

Mulher, 47a, procura avaliação por hipertensão arterial de difícil controle há mais de dez anos. Refere episódios frequentes de câibras em membros inferiores e fadiga, especialmente no final do dia. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial em uso de losartana, amlodipino e hidroclorotiazida, com controle pressórico irregular. Está há quatro semanas sem usar os fármacos. Nega uso recente de laxantes ou diuréticos poupadores de potássio. Nega história familiar de doenças endócrinas. Exame físico: PA=158/94 mmHg; FC=82bpm; IMC=24Kg/m<sup>2</sup>; aparelho pulmonar e cardiovascular sem outras alterações; ausência de alterações cutâneas. Exames laboratoriais: (potássio=2,8mEq/L; sódio=143mEq/L; creatinina=0,7mg/dL; aldosterona plasmática=16ng/dL (VR:<15ng/dL); atividade de renina plasmática<0,5ng/mL/h (VR:0,5-4ng/mL/h); relação aldosterona/renina=52 (VR<30). O PRÓXIMO PASSO NA INVESTIGAÇÃO DESTA PACIENTE É:

- A. Solicitar dosagem de catecolaminas urinárias.
- B. Realizar teste de infusão salina.
- C. Realizar teste de supressão com dexametasona.
- D. Prescrever espironolactona empírica

#### **Recurso:**

Prezada Banca Examinadora,

Venho por meio deste solicitar a revisão da questão 9, referente ao próximo passo na investigação de paciente com suspeita de hiperaldosteronismo primário (HAP).

Embora o gabarito preliminar aponte como correta a alternativa B – Teste de infusão salina, existem fundamentos clínicos e diretrizes internacionais que demonstram que, na situação apresentada, a conduta deveria ser adiada até correção da hipocalcemia e revisão das condições pré-analíticas.

Segundo a Endocrine Society Clinical Practice Guideline (2016):





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

“Hypokalemia must always be corrected prior to performing confirmatory testing, as low potassium suppresses aldosterone secretion and may lead to false-negative results.”

No caso clínico:

Potássio = 2,8 mEq/L → hipocalemia importante

A hipocalemia interfere diretamente na avaliação da aldosterona

Portanto, o teste de infusão salina não deveria ser realizado neste momento, sob risco de resultado falso-negativo.

Dessa forma, o item B não pode ser considerado a conduta imediata.

Funder JW, Carey RM, Mantero F, Murad MH, Reincke M, Shibata H, et al. The Management of Primary Aldosteronism: Case Detection, Diagnosis, and Treatment: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(5):1889–916.



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 33**

Homem, 58a, procurou atendimento no Pronto-Socorro por dor em hipocôndrio direito e febre há mais de uma semana, associadas a aumento do volume abdominal. Refere ainda fadiga, náuseas e vômitos sem sangue, com hábito intestinal preservado. Antecedentes pessoais: cirrose hepática de etiologia alcoólica, Child-Pugh B. Medicações em uso: nega. Exame físico: consciente, orientado, hipocorado, icterico, sem flapping. PA=100/60mmHg, FC=102bpm. Abdome globoso, com ascite moderada, dor à palpação de hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Exames laboratoriais: hemoglobina=11g/dL; leucócitos=14.200/mm<sup>3</sup>; plaquetas=100.000/mm<sup>3</sup>; PCR=124mg/L; bilirrubina total=4,8mg/dL (direta=2,8mg/dL); AST=172U/L; ALT=158U/L; fosfatase alcalina=210U/L; GGT=150U/L;  $\alpha$ -fetoproteína=50ng/mL; RNI=1,5; creatinina=2,3mg/dL; albumina=2,9g/dL. Paracentese diagnóstica: líquido ascítico=180 polimorfonucleares/mm<sup>3</sup>. Ultrassonografia abdominal: fígado com morfologia de cirrose, lesão heterogênea medindo 4,0cm na periferia do segmento V, com halo hiperecogênico e conteúdo hipoecogênico em seu interior, esplenomegalia e ascite moderada. Iniciado ceftriaxona e metronidazol. EM RELAÇÃO À CONDUTA, É CORRETO:

- A. A administração de albumina deve ser realizada no primeiro e no terceiro diad
- B. Está indicada drenagem do abscesso por rádio intervenção nas primeiras 24h.
- C. Está indicada biópsia da lesão hepática após 48h da antibioticoterapia.
- D. A punção aspirativa da lesão hepática não deve ser realizada neste momento.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Troca de gabarito

À Banca Examinadora,

**Síntese técnica do problema:** O quadro clínico apresentado é compatível com abscesso hepático piogênico em paciente cirrótico Child-Pugh B, manifestando febre persistente, leucocitose, PCR elevada e lesão hepática heterogênea, hipoecoica, com halo, medindo 4 cm no segmento V — descrição ultrassonográfica típica de abscesso. Em abscessos hepáticos, o tratamento combina antibióticos de amplo espectro e drenagem percutânea guiada por imagem, especialmente quando o diâmetro ultrapassa 3 cm, pois apenas antibiótico apresenta menor taxa de cura e maior risco de complicações, como ruptura, sepse persistente ou falha terapêutica. A drenagem possibilita redução rápida da carga bacteriana,





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

identificação do agente etiológico e melhora clínica mais precoce, sendo a conduta recomendada por diretrizes de radiologia intervencionista e revisões de manejo de abscessos hepáticos em revistas de gastroenterologia e infectologia.

### **Fundamentação técnica:**

- Critério diagnóstico de peritonite bacteriana espontânea exige  $\geq 250$  polimorfonucleares/ $\text{mm}^3$  no líquido ascítico; neste caso, 180 células/ $\text{mm}^3$  excluem PBE e a profilaxia com albumina não se aplica.
- Abscessos hepáticos bacterianos com dimensão maior ou igual a 3 cm requerem drenagem cirúrgica ou por rádio intervenção para controle do conteúdo purulento. A intervenção precoce - idealmente nas primeiras 24h - reduz o risco de ruptura da cápsula do abscesso, piora do processo séptico e falha terapêutica ao uso isolado de antibióticos, além de permitir cultura para identificação do patógeno.
- Punção aspirativa diagnóstica ou biópsia de lesão hepática não se justificam sem necessidade terapêutica imediata e expõem a riscos de sangramento em cirróticos descompensados, além de disseminação hematogênica do processo infeccioso.

### **Conclusão com pedido:**

Diante do exposto, solicitamos a **troca de gabarito** da questão, de D para **B**.

### **Referências**

- Kaplan GG, Gregson DB, Laupland KB. Pyogenic liver abscess: clinical presentation, microbiology and outcomes. World J Gastroenterol. 2021;27(6):411-423.
- Zerem E. Percutaneous treatment of liver abscesses: needle aspiration vs catheter drainage. World J Gastroenterol. 2011;17(4):478-481.
- Johannsen EC, Sifri CD, Madoff LC. Pyogenic liver abscess. Infect Dis Clin North Am. 2000;14(3):547-563.
- Society of Interventional Radiology. Consensus guidelines for percutaneous abscess drainage. J Vasc Interv Radiol. 2012;23(9):1187-1200.
- UpToDate. Pyogenic liver abscess – Management. Weller PF, Rubin RH (eds). UpToDate Inc.; acesso 2025.



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

• Johns Hopkins ABX Guide. Liver Abscess. Clinical guidelines; acesso 2025



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 42**

Mulher, 78a, compareceu à consulta de rotina acompanhada do esposo, com queixa de incontinência urinária de esforço, urgência miccional e dor de ritmo mecânico em ambos os joelhos. Antecedentes pessoais: hipertensão arterial há 15 anos, acidente isquêmico transitório há cinco anos, episódio de infecção urinária não complicada no último ano. G4P4A0, último parto com recém-nascido de 4,1Kg. Medicações em uso: não referidas. Exame físico: IMC=31kg/m<sup>2</sup>, circunferência abdominal=104cm, PA=140/85mmHg, FC=84bpm, exame cardiopulmonar sem alterações relevantes, fígado palpável a 2cm do rebordo costal direito, borda fina, presença de varizes em membros inferiores, avaliação cognitiva normal. Exames complementares: hemograma normal; glicose=180mg/dL; ureia=45mg/dL; creatinina=1,0mg/dL; hemoglobina glicada (HbA1c) 8,5% EM RELAÇÃO AO DIABETES MELITO DESTA PACIENTE, O ALVO TERAPÊUTICO DE HEMOGLOBINA GLICADA E A CONDUTA FARMACOLÓGICA SÃO:

- A. HbA1c entre 6,5 e 7,0%; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2.
- B. HbA1c entre 6,5 e 7,0%; iniciar metformina de liberação prolongada e gliclazida.
- C. HbA1c entre 7,0 e 7,5%; iniciar metformina de liberação prolongada.
- D. HbA1c em 8,0%; iniciar inibidor do cotransportador sódio-glicose 2.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Anulação

À Banca Examinadora,

**Síntese técnica do problema:** Paciente de 78 anos com HbA1c de 8,5% e antecedentes de acidente isquêmico transitório configura alto risco cardiovascular e idade avançada, contexto no qual a diretriz nacional não recomenda metformina como primeira linha. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.

**Fundamentação técnica:**



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

- Em idosos (>65 anos) com múltiplas comorbidades, a meta de HbA1c deve ser menos rígida (<8–8,5%), diferindo dos alvos <7,0% propostos nas alternativas A, B e C. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.
- A diretriz brasileira de diabetes 2025 estabelece o *inibidor de DPP-4* como primeira escolha para pacientes idosos e, na presença de alto risco cardiovascular (como AIT prévio), indica inibidores de SGLT-2 ou análogos de GLP-1, independentemente do valor de HbA1c. Nenhuma opção contempla o inibidor de DPP-4 como primeira linha. Nesse caso, o inibidor de SGLT-2 não seria a melhor escolha devido ao antecedente de infecção urinária e incontinência, mas nenhuma alternativa traz o análogo de GLP-1, considerando o risco cardiovascular. Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2025.

**Conclusão e pedido:** Diante da incompatibilidade das alternativas com as recomendações da diretriz da sociedade brasileira de diabetes de 2025, solicitamos a **anulação** da questão.

### Referências

- Sociedade Brasileira de Diabetes — Tratamento do DM2 e pré-diabetes, 2025
- Sociedade Brasileira de Diabetes — Diabetes no idoso, 2025



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 44**

Homem, 52a, é admitido por sonolência excessiva, cefaleia matinal e dispneia aos esforços. Antecedentes pessoais: apneia obstrutiva do sono e obesidade (IMC=42Kg/m<sup>2</sup>). Exame físico: oximetria de pulso 89% (ar ambiente). Ausculta pulmonar com diminuição de murmúrio vesicular, sem ruídos adventícios. Gasometria arterial: pH=7,34; PaO<sub>2</sub>=64mmHg: PaCO<sub>2</sub>=60mmHg HCO<sub>3</sub>=34mEq/L. A CONDUTA É:

- A. Indicar CPAP noturno.
- B. Indicar BIPAP noturno.
- C. Indicar oxigenoterapia suplementar noturna.
- D. Indicar dispositivo intraoral de avanço mandibular.

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Mudança de gabarito para (A)

À Banca Examinadora,

*Síntese técnica do problema:* Paciente obeso (IMC=42 kg/m<sup>2</sup>) com hipoventilação crônica (PaCO<sub>2</sub>=60mmHg) e histórico de apneia obstrutiva do sono apresenta deterioração da oxigenação e hipercapnia noturna. Escolher a modalidade de pressão positiva adequada é crucial para normalizar a ventilação durante o sono. Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

#### **Fundamentação técnica:**

- O padrão-ouro no tratamento inicial da síndrome da hipoventilação na obesidade é o uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) durante o sono noturno, pois corrige a obstrução das vias aéreas e melhora a troca gasosa sem necessidade de modos bifásicos iniciais. Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.
- Não há evidência consistente de superioridade do BiPAP em comparação ao CPAP como primeira linha terapêutica em pacientes com hipoventilação crônica estável; o CPAP permite ainda monitorar o índice de apneia e ajustar a pressão de forma objetiva. Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

- A oxigenoterapia isolada não corrige a hipoventilação nem normaliza o  $\text{CO}_2$ , podendo agravar a retenção de  $\text{CO}_2$  e não deve ser utilizada como terapia inicial exclusiva. Fonte: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.

**Conclusão e pedido:** Diante do exposto, solicitamos a mudança do gabarito oficial para a alternativa (A), indicando **CPAP noturno** como conduta inicial adequada na síndrome da hipoventilação.

**Texto retirado exatamente como está na parte do tratamento para síndrome da hipoventilação associada a obesidade:**

**Consenso em Distúrbios Respiratórios do Sono da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**

**[Brazilian Thoracic Association Consensus on Sleep-disordered Breathing](#)**

Ricardo Luiz de Menezes Duarte<sup>1</sup>, Sonia Maria Guimarães Pereira Togeiro<sup>2,3</sup>, Luciana de Oliveira Palombini<sup>3</sup>, Fabíola Paula Galhardo Rizzatti<sup>4</sup>, Simone Chaves Fagundes<sup>5</sup>, Flavio José Magalhães-da-Silveira<sup>6a</sup>, Marília Montenegro Cabral<sup>7</sup>, Pedro Rodrigues Genta<sup>8</sup>, Geraldo Lorenzi-Filho<sup>8</sup>, Danielle Cristina Silva Clímaco<sup>9</sup>, Luciano Ferreira Drager<sup>10</sup>, Vitor Martins Codeço<sup>11</sup>, Carlos Alberto de Assis Viegas<sup>12</sup>, Marcelo Fouad Rabahi<sup>13</sup>

"O tratamento tem como ponto fundamental a perda ponderal, inclusive com a possibilidade de realização de cirurgia bariátrica. O tratamento com CPAP é útil para a SHO, com melhora da ventilação alveolar por meio de diminuição da resistência das VAS, alívio da carga muscular ventilatória e/ou aumento da atuação ventilatória central. O tratamento com CPAP, em vez da ventilação não invasiva (VNI), pode ser usado como o tratamento inicial de pacientes adultos estáveis com SHO e AOS grave concomitante ( $\text{IAH} \geq 30$  eventos/h) e apresentando insuficiência respiratória crônica estável.<sup>(222)</sup> É importante salientar que mais de 70% dos pacientes com SHO têm AOS grave.<sup>(222)</sup> Assim, essa recomendação é aplicável à maioria dos pacientes com SHO.<sup>(222)</sup> Contudo, há menos evidências em pacien-



@medway.residenciamedica



Medway



RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

tes com SHO que não apresentam AOS grave concomitante.(222) Melhorias na hipercapnia podem ser alcançadas mais lentamente com CPAP do que com VNI durante as primeiras semanas de tratamento.(222) Pacientes com maior grau de insuficiência ventilatória inicial, pior função pulmonar, idade avançada e/ou AOS menos grave podem ter menor probabilidade de responder ao tratamento com CPAP.(222) Mesmo com a adesão adequada ao tratamento, a hipercapnia e a hipoxemia podem persistir em 20-50% dos pacientes com SHO, sendo o uso de BiPAP geralmente o próximo passo.(224) O uso de diuréticos, medroxiprogesterona, acetazolamida, oxigenoterapia isolada e traqueostomia são abordagens terapêuticas que não são atualmente recomendadas.(223) "

**Referências:**

- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia — Diretrizes para diagnóstico e tratamento da SAHOS
- Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia — Manejo da insuficiência respiratória crônica hipercápnica





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 67**

Homem, 32a, procura atendimento ambulatorial por dispneja progressiva aos médios esforços nos últimos três meses. Antecedentes pessoais: diabetes melito tipo 1 há 20 anos, hipertensão arterial há cinco anos e etilista de destilados 1 litro/dia há dez anos. Exame físico: bom estado geral, PA=90/65mmHg, FC=80bpm, FR=16irpm. Ausculta cardiopulmonar: estertores crepitantes em ambas as bases pulmonares, bulhas ritmicas, normofonéticas, com sopro sistólico em foco mitral. Abdômen: fígado palpável à 3cm do rebordo costal direito, refluxo hepatojugular positivo. Membros inferiores: edema compressível (+2/4). Exames laboratoriais: hemoglobina=12,8g/dL; leucocitos=4.500/mm<sup>3</sup>; plaquetas 282.000/mm<sup>3</sup>; dreia=68mg/dL; creatinina 1,4mg/dL potássio 3,9mEq/L; sódio 142mEq/L. Ecocardiograma: dilatação global de câmaras cardíacas, fração de ejeção de ventrículo esquerdo pelo Simpson=38% (VR>50%). AS MEDICAÇÕES QUE DEVEM SER INCLUÍDAS NO TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA DESTES PACIENTE SÃO:

- A. Valsartana/Sacubitril, espironolactona, digoxina, furosemida
- B. Losartana, espironolactona, furosemida, dapag fozina.
- C. Enalapril, furosemida, espironolactona, carvedilol.
- D. Losartana, carvedilol, dapaglifozina, hidroclorotiazida

#### **Recurso:**

**Resumo da atividade:** Mudança de gabarito para (B)

À Banca Examinadora,

O caso apresenta *insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER)* em paciente congesto com sinais de sobrecarga volêmica. Nessas condições, a introdução de **beta-bloqueadores** na fase aguda piora a tolerância hemodinâmica e deve ser postergada até a estabilidade clínica. Fonte: 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023.

#### **Fundamentação técnica:**



@medway.residenciamedica



Medway





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

- **Diurético de alça:** primeira linha para descompensação aguda, reduzindo rapidamente o volume intravascular. Fonte: 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023.
- **Antagonista do receptor de mineralocorticoide:** indicado para reduzir mortalidade e remodelamento ventricular em ICFER sintomática. Fonte: 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023.
- **Inibidor do cotransportador SGLT2:** beneficia pacientes com ICFER independentemente da presença de diabetes, com classe de recomendação I. Fonte: 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023.
- **BRA (losartana):** alternativa aos IECAs em pacientes que apresentam contraindicação ou instabilidade hemodinâmica. Fonte: 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023.

### **Conclusão com pedido:**

Diante do exposto, solicitamos a **mudança do gabarito para (B)**.

### **Referências:**

- European Society of Cardiology — 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, 2023



@medway.residenciamedica



Medway



## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### **Especialidade: Clínica Médica**

#### **Questão: 70**

Homem, 48a, procurou atendimento por dispneia progressiva aos esforços nos últimos meses. Antecedentes pessoais: esclerose sistêmica e hipertensão arterial. Medicações em uso: losartana. Exame físico: bom estado geral, sem alterações significativas descritas. Exames complementares: Ecocardiograma com pressão sistólica de artéria pulmonar estimada=60mmHg (VR<30mmHg). Prova de função pulmonar: CVF e VEF<sub>1</sub> preservados, redução da capacidade de difusão do monóxido de carbono (DLCO). Cateterismo cardíaco direito: pressão média da artéria pulmonar (PAPm)=34mmHg (VR<20mmHg), pressão de oclusão da artéria pulmonar (POAP)=10mmHg (VR≤15mmHg), resistência vascular pulmonar (RVP) aumentada em > 2 unidades Wood (UW). Durante o exame, o teste de vasorreatividade com óxido nítrico inalatório reduziu a PAPm para 23 mmHg e aumentou o débito cardíaco em 15%. O DIAGNÓSTICO E A CONDUTA INICIAL SÃO:

- A. Hipertensão arterial pulmonar associada a doença do tecido conectivo; prescrever antagonista de endotelina e inibidor da fosfodiesterase-5.
- B. Hipertensão pulmonar por doença pulmonar crônica; prescrever oxigenoterapia domiciliar
- C. Hipertensão arterial pulmonar idiopática; prescrever antagonista de endotelina e inibidor da fosfodiesterase-5.
- D. Hipertensão arterial pulmonar associada a doença do tecido conectivo; prescrever bloqueador de canal de cálcio.

#### **Recurso:**

Prezada banca examinadora

Venho por meio deste apresentar recurso contra o enunciado da questão 70, por entender que a formulação da questão — especialmente quanto à conduta após teste de vasorreatividade — pode gerar controvérsia, à luz das diretrizes ESC/ERS 2022, e, em particular, pode induzir o candidato a erro interpretativo.

Solicito a troca da resposta para a letra a ou a anulação da questão.





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

### Fundamentação

- De acordo com as 2022 ESC/ERS Guidelines, o teste de vasorreatividade (“vasoreactivity testing”) é recomendado apenas para pacientes com PAH idiopática (IPAH), hereditária (HPAH) ou associada a drogas/anorexígenos (DPAH).
- As diretrizes claramente declaram que não se recomenda o teste para identificar candidatos a BCC em pacientes com outros tipos de PAH (por exemplo, aqueles associados a doença do tecido conectivo, CTD-PAH): “vasoreactivity testing, for identifying candidates for calcium channel blocker therapy, is not recommended in patients with PAH other than I/H/DPAH.”
- No algoritmo de vasorreatividade (Figura 8 nas diretrizes), a via de uso de CCB é explicitamente prevista somente para I/H/D-PAH, conforme a recomendação classe I para esse subgrupo.

Diretrizes ESC/ERS 2022 — limitações do teste de vasorreatividade para uso de bloqueador de canal de cálcio (BCC)

- Além disso, a resposta sustentada a bloqueadores de canal de cálcio em PAH-CTD é extremamente rara, mesmo em alguns reportes históricos. Estudos clínicos e revisões apontam que pacientes com esclerose sistêmica raramente mantêm uma resposta crônica benéfica aos BCC. Por exemplo, relatos descrevem taxas muito baixas de retorno positivo a longo prazo para CCB nessa população.
- Um estudo a longo prazo (case report) em paciente com esclerose sistêmica e PAH mostrou resposta a nifedipina, mas esses relatos isolados não podem embasar uma conduta universal: “... a resposta vasorreativa sustenta-se em uma minoria.”

Risco e eficácia limitada dos BCC em PAH associada à esclerose sistêmica

- No enunciado da questão 70, o paciente tem PAH associado a esclerose sistêmica (doença do tecido conectivo), com teste de vasorreatividade realizado. Mesmo que haja queda da PAP média no teste, as diretrizes não recomendam uso





## RECURSO PARA QUESTÃO **OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

de CCB para esse tipo de PAH, justamente porque o subgrupo (PAH-CTD) não entra na indicação de vasoreatividade para tratamento com CCB segundo as ESC/ERS.

- Portanto, a alternativa que propõe bloqueador de canal de cálcio (opção d) está em descompasso com as diretrizes mais recentes e com a prática recomendada por centros especializados e pelo consenso clínico, uma vez que a vasorreatividade positiva em SSc-PAH não traduz, automaticamente, indicação de CCB a longo prazo.

Interpretação da questão à luz das diretrizes

### **Pedido**

1. As diretrizes ESC/ERS 2022 não recomendam o uso de teste de vasorreatividade para decidir por CCB em PAH-CTD;
2. Mesmo com vasorreatividade “positiva”, a evidência de benefício sustentado de CCB em esclerose sistêmica é muito limitada e rara;
3. A alternativa “d” pode induzir candidatos a desconsiderar a recomendação baseada em guidelines.

Diante do exposto, solicito a troca da resposta para a letra A ou anulação da questão

### **Referências citadas**

1. Grupo de Trabalho ESC/ERS. 2022 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Heart J. 2022; m.p. 3618–3787.
2. ESC/ERS. Diretriz Vasoreactivity Testing – algoritmo de pacientes I/H/D-PAH. Página / figura correspondente.



@medway.residenciamedica



Medway





RECURSO PARA QUESTÃO  
**OBJETIVA**

**UNICAMP - 2026**

3. Strategizing Drug Therapies in Pulmonary Hypertension. PMC.
4. Doença CTD / PAH-SSc e resposta a vasoreatividade: relato de caso de 12 anos com nifedipina. PMC.



@medway.residenciamedica



Medway