

**Especialidade: Pediatria****Questão: 4**

Enunciado da Questão

Menina de 4 anos é trazida para avaliação, pois apresenta história de infecções urinárias de repetição confirmadas por cultura. A menor teve desfralde aos 2 anos, pois somente assim a escolinha aceitava a matrícula. A mãe refere que a menor fica na escola em período integral e que segura muito a urina, ficando quase a manhã inteira sem ir ao banheiro, apesar de uma boa ingestão de água. Às vezes, a criança acaba tendo escapes urinários porque fica com preguiça de urinar. Pelo menos uma vez por semana, ela tem enurese noturna, apesar de já não usar fralda noturna há mais de 1 ano. No exame físico, você observa resíduo de urina na roupa e uma distensão gasosa com palpação de massa fecal no abdome. Ao indagar sobre os hábitos evacuatórios, refere que evacua uma a duas vezes por semana, com evacuação dolorosa e fezes tipo 2 na escala de Bristol.

A investigação diagnóstica correta é:

Alternativas

- A. realizar apenas ultrassonografia de vias urinárias para investigar sem necessidade de outros exames.
- B. tratar a constipação e aumentar a ingestão de água, o que será suficiente para a resolução das demais queixas.
- C. a provável causa psicológica, por ficar o dia inteiro na escola e ter tido um desfralde precoce, é o suficiente para não ser indicada a realização de exames complementares
- D. a ressonância de coluna vertebral é um dos exames iniciais de avaliação, para afastar disrafismo oculto.
- E. a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve..

Fundamentação do Recurso

Solicita-se respeitosamente a anulação da questão 4, uma vez que a alternativa E, indicada como gabarito oficial, não está de acordo com as recomendações atuais para investigação de crianças com infecção urinária recorrente, e as demais alternativas potencialmente relacionadas ao quadro clínico, especialmente B e C, também apresentam afirmações que impedem que sejam consideradas integralmente corretas.

A paciente apresenta quadro fortemente sugestivo de disfunção vesical e intestinal (DVI), com adiamento voluntário da micção, longos períodos sem urinar, escapes urinários, enurese, infecções urinárias recorrentes e constipação evidente, caracterizada por evacuações apenas uma a duas vezes por semana, dolorosas, fezes Bristol 2 e massa fecal palpável. A associação entre sintomas do trato urinário inferior, constipação e recorrência de ITU é reconhecida pelas diretrizes atuais. A European Association of Urology (EAU) recomenda que toda criança com controle esfinteriano e ITU recorrente seja avaliada quanto à presença de DVI.



A alternativa E não pode ser considerada correta, pois afirma que “a uretrocistografia miccional e urodinâmica é o exame padrão-ouro na avaliação de criança com infecção urinária recorrente e dilatação de pelve”. Essa afirmação não encontra respaldo nas recomendações atuais. A ultrassonografia renal e vesical faz parte da avaliação do trato urinário e, em crianças com controle esfinteriano, pode ser realizada antes e após a micção para avaliação do resíduo pós-miccional. A uretrocistografia miccional (UCM/VCUG) possui indicações selecionadas, podendo ser considerada, entre outras situações, diante de ITU febril recorrente ou alterações ultrassonográficas. Portanto, nem mesmo a UCM é apresentada como exame universal ou isoladamente “padrão-ouro” para toda criança com ITU recorrente.

Mais importante, a urodinâmica invasiva não constitui exame inicial nem padrão-ouro obrigatório nesse cenário. Na avaliação da disfunção miccional, podem ser utilizados métodos não invasivos, como diário miccional, ultrassonografia com determinação do resíduo pós-miccional e urofluxometria associada à medida do resíduo pós-miccional. Estudos urodinâmicos invasivos ou videourodinâmica são reservados principalmente para situações selecionadas, como disfunção miccional resistente ao tratamento, suspeita de alterações neurológicas ou necessidade de investigação adicional. Dessa forma, a associação obrigatória entre “uretrocistografia miccional e urodinâmica” como “exame padrão-ouro”, conforme descrita na alternativa E, é tecnicamente inadequada.

A alternativa B também não é integralmente correta. Embora o tratamento da constipação seja fundamental na DVI e possa promover melhora dos sintomas urinários e redução da recorrência de ITU, não é possível afirmar que apenas “tratar a constipação e aumentar a ingestão de água” “será suficiente para a resolução das demais queixas”. A uroterapia padrão compreende também orientação sobre hábitos miccionais, micções programadas, adequação da ingestão hídrica, educação para esvaziamento vesical adequado e acompanhamento da resposta. No próprio caso, o adiamento voluntário da micção é um achado central e necessita ser abordado.

A alternativa C igualmente não pode ser considerada correta, pois atribui o quadro a uma “provável causa psicológica” apenas pelo fato de a criança permanecer em período integral na escola e ter apresentado desfralde precoce. Esses fatores podem contribuir para comportamentos de retenção urinária, mas não permitem estabelecer etiologia psicológica. A paciente apresenta manifestações objetivas de DVI e constipação, além de ITUs recorrentes documentadas, condições que exigem avaliação clínica estruturada e não podem ser dispensadas de investigação complementar simplesmente pela hipótese de componente comportamental. A própria EAU recomenda história estruturada, avaliação da função intestinal, diário miccional e investigação do trato urinário conforme os achados clínicos.

Portanto, a alternativa E, apontada como gabarito oficial, apresenta incorreção técnica ao considerar uretrocistografia miccional associada à urodinâmica como “exame padrão-ouro” nesse cenário. Simultaneamente, B é excessivamente categórica ao garantir resolução das demais manifestações apenas com tratamento da constipação e hidratação, e C atribui inadequadamente etiologia psicológica e dispensa investigação complementar.

Diante da inexistência de alternativa integralmente compatível com as recomendações atuais, solicita-se a ANULAÇÃO da questão 4.

Referências: European Association of Urology. *EAU Guidelines on Paediatric Urology – 2026*, seções “Urinary Tract Infections in Children” e “Daytime Lower Urinary Tract Conditions”; International Children’s Continence Society (ICCS), documentos de padronização sobre DVI e uroterapia.



**Especialidade: Pediatria****Questão: 8**

Enunciado da Questão

Menino de 10 anos chega na emergência com desconforto respiratório. Refere que está com obra em casa, e que, há uns 3 dias começou com a rinite atacada, estando então em uso de anti-histamínico. Evoluiu nas últimas 24 horas com piora progressiva de tosse seca. A mãe refere que o menor estava dormindo, com bastante tosse, e acordou com dispneia e dor no peito. Ela fez a medicação de resgate prescrita pela pediatra, sem melhora, e então verificou que a medicação estava vencida, levando então o menino imediatamente para avaliação. Ela conta que o menino tinha muitas crises como essa até os 7 anos, fazendo acompanhamento e tratamento. Conta ainda que atualmente o menino está sem medicação profilática. Nega internações prévias e outras comorbidades. Ao exame, REG, falas entrecortadas, afebril, FR 32 irpm, FC=120 bpm, com tiragem subcostal, sat 91%. Ausculta: sibilos difusos, PEF 70% em relação ao previsto.

Sobre o melhor manejo desse paciente, é correto afirmar que

Alternativas

- A. o paciente apresenta uma crise grave, devendo imediatamente ser transferido à UTI para administração de corticoide venoso e aminofilina.
- B. Trata-se de uma crise moderada, devendo ser feito o resgate com β_2 agonista de curta ao longo da primeira hora, (associando ou não com o ipratrópio e o corticoide oral) e oxigênio deve ser oferecido.
- C. deve-se oferecer oxigênio e solicitar Rx de tórax e painel viral para afastar infecção por covid-19 ou influenza.
- D. deve-se fazer uma dose com 6 jatos de β_2 agonista de curta e uma prednisolona oral e liberar para casa com ajuste da medicação para cada 4 horas.
- E. o paciente apresenta quadro agudo, devendo ser feita uma nebulização com corticoide inalatório associado a β_2 agonista de curta.

Fundamentação do Recurso

À banca examinadora,

Assunto: solicitação de anulação da questão.

Solicita-se a anulação da questão, uma vez que nenhuma das alternativas apresenta integralmente a classificação e o manejo recomendados para o quadro clínico apresentado, segundo a **GINA 2026 – Global Strategy for Asthma Management and Prevention**.



O paciente, de 10 anos, apresenta exacerbação aguda de asma com **fala entrecortada, frequência respiratória de 32 irpm, tiragem subcostal e SatO₂ de 91% em ar ambiente**, além de PEF de 70% do previsto. Segundo a GINA 2026, para crianças de 6–11 anos, a gravidade da exacerbação deve ser estabelecida pela **pior característica clínica**, sendo considerados critérios de apresentação grave, entre outros, **frequência respiratória >30/min e saturação de oxigênio <92% em ar ambiente, conforme Box 9-6 na página 186**. Portanto, o paciente deve ser classificado como portador de **exacerbação grave**, apesar de seu PEF estar em 70% do previsto.

A **alternativa B**, embora apresente medidas terapêuticas compatíveis com o tratamento inicial da exacerbação — broncodilatador de curta ação repetido, possível associação com ipratrópio, corticosteroide sistêmico e oxigênio —, **classifica o episódio como moderado**, contrariando os critérios objetivos da GINA 2026, uma vez que o paciente apresenta simultaneamente FR >30/min e SatO₂ <92%.

Por outro lado, a **alternativa A** também não pode ser considerada integralmente correta. Embora reconheça a gravidade do quadro, a GINA não recomenda **aminofilina** como tratamento rotineiro da exacerbação aguda. Além disso, a gravidade da exacerbação não implica, por si só, que todo paciente deva ser **imediatamente transferido para UTI**; a necessidade de cuidados intensivos depende da resposta ao tratamento inicial, deterioração clínica e necessidade de suporte avançado. A GINA recomenda tratamento imediato em ambiente de cuidados agudos, com monitorização e avaliação da resposta terapêutica.

As demais alternativas também não resolvem a inconsistência: a **C** propõe investigação complementar que não constitui rotina na exacerbação de asma; a **D** recomenda alta imediata apesar dos sinais de exacerbação grave e da ausência de resposta à medicação de resgate; e a **E** propõe corticosteroide inalatório associado a SABA, sem contemplar o **corticosteroide sistêmico indicado diante de exacerbação grave**.

Dessa forma, **a alternativa B contém erro objetivo na classificação da gravidade, enquanto a alternativa A contém erros relevantes quanto ao manejo**, de modo que não há opção que represente integralmente a conduta recomendada pela GINA 2026. Solicita-se, portanto, **a anulação da questão**.

Bibliografia

Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2026 Update. Especialmente seção “**Emergency department management of exacerbations – adults, adolescents, children 6–11 years**”, com os critérios de gravidade e manejo das exacerbações.

Link oficial da GINA:

[GINA 2026 – Strategy Report oficial](#)

Link direto para o PDF do relatório GINA 2026:

[GINA 2026 Strategy Report – PDF](#)



Especialidade: Pediatria
Questão: 26

Enunciado da Questão

Menino, 7 anos, hígido, residente em área endêmica para dengue está febril (acima de 39 °C) há 4 dias, tendo cedido espontaneamente há 8 horas. A criança está com dor abdominal intensa e contínua e apresentou dois episódios de vômitos nas últimas 3 horas.

Exame físico: consciente, discreta letargia, mucosas hipocoradas (+/4+), PA 90x60 mmHg, FC 118 bpm, tempo de enchimento capilar 3 segundos, fígado a 3 cm, do rebordo costal direito, doloroso. Exames laboratoriais: plaquetas 68.000/mm³, hematócrito (48% (basal era 38%)), leucócitos 2.800/mm², aspartato aminotransferase de 180 U/L. O NS1 antígeno não estrutural 1 do vírus da dengue - é reagente.

De acordo com as evidências e as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, trata-se de dengue

Alternativas

- A. sem sinais de alarme, indicando-se hidratação oral e antiemético, sob supervisão, coleta de amostra para sorologia IgM e após cessado os vômitos, alta e acompanhamento ambulatorial.
- B. sem sinais de alarme, a febre cedeu espontaneamente, sendo, então, indicada a hidratação oral domiciliar com orientações para retorno em 24 horas.
- C. grave com choque, indicando-se imediatamente hidratação venosa agressiva com 20 mL/kg de solução colóide (albumina) e início de corticoterapia sistêmica para reduzir extravasamento plasmático.
- D. com sinais de alarme, sendo indicada a internação para hidratação venosa com solução cristalóide com 10mL/kg, monitoramento contínuo, reavaliação clínica e laboratorial seriada.
- E. grave, com plaquetopenia isolada é critério maior para gravidade, não dependendo de demais achados, sendo indicada a expansão volêmica rápida com solução de ringer lactato com 10mL/kg e reavaliação das plaquetas.

Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

Assunto: Solicitação de anulação da Questão 26

Solicita-se a **anulação da questão 26**, diante da inexistência de alternativa que corresponda integralmente à classificação clínica e à conduta terapêutica preconizadas pelo **Ministério da Saúde do Brasil** para o paciente apresentado.

O enunciado descreve uma criança de 7 anos, com diagnóstico confirmado de dengue, em fase crítica da doença, apresentando diversos sinais de alarme, entre eles **dor abdominal intensa e contínua, vômitos, letargia, hepatomegalia e aumento expressivo do hematócrito** (48%, em comparação a valor basal de 38%). Além disso, apresenta **tempo de enchimento capilar de 3 segundos**, frequência cardíaca de 118 bpm e taquipneia, achados que devem ser considerados na avaliação do estado circulatório.



O **Manual de Dengue – Diagnóstico e Manejo Clínico, 6ª edição, Ministério da Saúde, 2024**, estabelece que pacientes com sinais de alarme, sem sinais de choque, pertencem ao **Grupo C**, cujo manejo inicial inclui internação, monitorização e reposição volêmica com **cristaloide isotônico na dose de 10 mL/kg na primeira hora**, seguida de reavaliação clínica e laboratorial. Entretanto, o mesmo fluxograma contempla o **enchimento capilar >2 segundos** entre os sinais de comprometimento circulatório/choque, devendo sua interpretação ser realizada em conjunto com os demais parâmetros clínicos.

Caso se considere o conjunto apresentado compatível com choque, o paciente deverá ser classificado como **Grupo D**, para o qual o Ministério da Saúde recomenda **expansão volêmica rápida com cristaloide isotônico, na dose de 20 mL/kg em até 20 minutos**, com reavaliação frequente e monitorização contínua.

Entretanto, **nenhuma das alternativas contempla corretamente essa situação**. A alternativa **D**, embora apresente conduta compatível com pacientes com sinais de alarme, propõe apenas hidratação com 10 mL/kg, correspondendo ao manejo do Grupo C. Já a alternativa **C**, que classifica o paciente como portador de choque, indica **20 mL/kg de solução colóide (albumina) como expansão inicial e corticosteroide sistêmico**, condutas que não correspondem ao protocolo do Ministério da Saúde. Conforme o fluxograma ministerial, a expansão inicial no choque deve ser realizada com **cristaloide isotônico**, ficando os colóides reservados para situações específicas de choque persistente após reavaliação; além disso, **corticosteroides não fazem parte do tratamento padrão do choque da dengue**.

As demais alternativas também não são compatíveis com o quadro: as alternativas **A e B** classificam o paciente como sem sinais de alarme, apesar da presença de múltiplos critérios objetivos de alerta, enquanto a alternativa **E** incorretamente considera a plaquetopenia isolada como critério maior de gravidade, desconsiderando os demais parâmetros clínicos.

Dessa forma, a questão apresenta **incompatibilidade entre o quadro clínico descrito e as opções de resposta**, uma vez que a alternativa D corresponde ao manejo de Grupo C, enquanto a alternativa C reconhece choque, porém propõe tratamento divergente do recomendado pelo protocolo oficial. **Não há, portanto, alternativa integralmente correta**, comprometendo a unicidade do gabarito.

Diante do exposto, solicita-se respeitosamente a **ANULAÇÃO DA QUESTÃO 26**, em razão da ausência de alternativa que contemple simultaneamente a classificação clínica e o manejo terapêutico preconizados pelo Ministério da Saúde.

Referência bibliográfica principal:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024.**
[Manual de Dengue – Ministério da Saúde \(PDF\)](#)



Especialidade: Pediatria
Questão: 66

Enunciado da Questão

As dores abdominais na pediatria comumente não estão relacionados a problemas orgânicos. Entretanto, uma queixa de dor abdominal de início súbito, intenso e sem relação com trauma, necessita avaliação médica imediata por suspeita de abdome agudo.

Considerando as principais causas de abdome agudo na população pediátrica, assinale a afirmativa incorreta

Alternativas

- A. Dores abdominais associadas a cólicas intermitentes, vômitos biliosos e eliminação de sangue nas fezes são sintomas presentes nos quadros de intussuscepção intestinal.
- B. A ausência dos sinais de Blumberg e/ou Rovsing afasta a suspeita de apendicite aguda em pacientes com febre, vômitos e dor periumbilical que irradia para quadrante inferior direito.
- C. O divertículo de Meckel é a anomalia congênita do trato gastrointestinal mais frequente, cuja enterorragia é uma manifestação comum.
- D. A hérnia inguinal tem maior incidência no sexo masculino em seu primeiro ano de vida e pode cursar com encarceramento; sua correção é uma das cirurgias mais comuns no lactente.
- E. No recém-nascido, a estenose hipertrófica do piloro pode levar a vômitos de leite não ingeridos e palpação de tumoração (oliva).

Fundamentação do Recurso

À Banca Examinadora,

Solicito a **anulação da questão**, uma vez que existem **duas alternativas incorretas (B e E)**, contrariando o princípio de unicidade do gabarito.

A **alternativa B** afirma:

“A ausência dos sinais de Blumberg e/ou Rovsing afasta a suspeita de apendicite aguda...”

Essa afirmação é **incorreta**. A ausência dos sinais de Blumberg e Rovsing **não exclui nem afasta, isoladamente, o diagnóstico de apendicite aguda**, especialmente em crianças. Esses sinais apresentam sensibilidade limitada e devem ser interpretados em conjunto com a história clínica, exame físico e demais achados. Portanto, um paciente com febre, vômitos e dor inicialmente periumbilical com migração para o quadrante inferior direito continua apresentando quadro sugestivo de apendicite mesmo na ausência desses sinais.

A **alternativa E** também apresenta problemas. Ela afirma:



“No recém-nascido, a estenose hipertrófica do piloro pode levar a **vômitos de leite não ingeridos** e palpação de tumoração (oliva).”

A expressão **“leite não ingerido”** apresenta erro semântico relevante, pois o conteúdo eliminado por vômito necessariamente corresponde a conteúdo que foi previamente ingerido. Dessa forma, a redação utilizada torna a descrição clínica **incoerente e ambígua**, impedindo a interpretação inequívoca da alternativa.

A apresentação clássica da estenose hipertrófica do piloro consiste em **vômitos não biliosos, frequentemente em jato, após as mamadas**, podendo haver palpação da característica “oliva” no epigástrico ou hipocôndrio direito. Essa manifestação ocorre tipicamente nas primeiras semanas de vida, especialmente entre aproximadamente 2 e 6 semanas.

Portanto, caso a intenção da alternativa fosse descrever **“vômitos de leite não digerido”** ou **“vômitos de leite talhado/coagulado”**, a redação apresentada não corresponde ao conceito clínico pretendido. “Não ingerido” não é sinônimo de “não digerido” e modifica substancialmente o significado da frase.

Além disso, há uma segunda imprecisão potencial na expressão **“no recém-nascido”**: a estenose hipertrófica do piloro é classicamente uma doença do **lactente jovem**, com início habitual por volta de 2–6 semanas de vida, e não uma condição típica do período neonatal estrito.

Dessa forma, a alternativa E apresenta **erro de redação que compromete sua interpretação**, associado a uma descrição etária pouco precisa. Considerando que a questão solicita a identificação da afirmativa incorreta, essa falha de formulação pode interferir diretamente na escolha do candidato.

Diante disso, solicita-se a anulação da questão, garantindo igualdade de condições aos candidatos e evitando que uma alternativa com redação semanticamente inadequada seja utilizada como elemento discriminatório na determinação do gabarito.

**Especialidade: Pediatria****Questão: 72**

Enunciado da Questão

Adolescente, 13 anos, sexo masculino, apresenta tosse persistente há doze dias. Relata febre esporádica e pouca secreção. Seu médico, após examiná-lo, prescreveu azitromicina por cinco dias e broncodilatador, em caso de tosse intensa. Não houve melhora. Moram em área urbana, sem animais domésticos, mas bem próximo à região com floresta, com contato íntimo com pássaros locais. O pai procurou o pronto-atendimento, sendo realizada radiografia de tórax com pequeno nódulo (1 cm de diâmetro), não calcificado, no hemitórax direito. Ultrassonografia abdominal com fígado e baço de tamanho normal, sem linfadenomegalias. Prova tuberculínica - 4mm. Nega contato com pessoas com tosse crônica.

A principal hipótese diagnóstica é

Alternativas

- A. tuberculose pulmonar.
- B. paracoccidioidomicose.
- C. histoplasmose.
- D. neuroblastoma.
- E. esporotricose.

Fundamentação do Recurso

1. Gabarito oficial divulgado

Alternativa C: Histoplasmose.

1. Fundamentação teórica

A diferenciação entre histoplasmose e tuberculose pulmonar não pode ser estabelecida de forma inequívoca apenas pelos elementos clínicos, epidemiológicos e radiológicos apresentados na questão.

O adolescente apresenta tosse persistente, febre esporádica e nódulo pulmonar não calcificado de aproximadamente 1 cm. Embora seja informada prova tuberculínica de 4 mm, esse resultado não é suficiente para excluir tuberculose ativa.

A prova tuberculínica apresenta sensibilidade limitada e variável nos casos de tuberculose-doença, sendo possível a ocorrência de resultados falso-negativos mesmo em pacientes com doença microbiologicamente confirmada. Da mesma forma, testes de liberação de interferon-gama (IGRA) podem apresentar resultados negativos em indivíduos com tuberculose ativa. Portanto, testes imunológicos não devem ser utilizados isoladamente para excluir esse diagnóstico.



A ausência de calcificação do nódulo pulmonar também não permite afastar tuberculose. A calcificação não está obrigatoriamente presente nas lesões tuberculosas, e tuberculomas podem se apresentar como nódulos pulmonares isolados e não calcificados. Há descrição na literatura da identificação de *Mycobacterium tuberculosis* em nódulos pulmonares isolados por meio de investigação molecular, demonstrando que essa apresentação radiológica integra o espectro possível da tuberculose pulmonar.

Por outro lado, o principal elemento epidemiológico apresentado em favor da histoplasmose é o relato de “contato íntimo com pássaros locais”. Entretanto, esse dado, isoladamente, não apresenta especificidade suficiente para estabelecer o diagnóstico.

A histoplasmose é adquirida pela inalação de propágulos de *Histoplasma capsulatum* presentes no ambiente, particularmente em solos enriquecidos por excretas de aves ou morcegos. Dessa forma, o simples contato com pássaros não corresponde necessariamente à exposição ambiental classicamente relacionada à histoplasmose, especialmente na ausência de descrição de contato com solo contaminado, galinheiros, cavernas ou ambientes com acúmulo de excretas.

1. Mérito do recurso

A questão não apresenta elementos suficientes para estabelecer a histoplasmose como principal hipótese diagnóstica em detrimento da tuberculose pulmonar.

A prova tuberculínica de 4 mm não exclui tuberculose ativa, assim como a ausência de calcificação do nódulo pulmonar não constitui característica capaz de afastar esse diagnóstico. Portanto, os elementos apresentados não permitem considerar a alternativa referente à tuberculose tecnicamente incorreta.

Em contrapartida, embora o contato com ambientes contaminados por excretas de aves possa constituir fator epidemiológico relevante para histoplasmose, a questão informa apenas “contato íntimo com pássaros locais”, sem caracterizar exposição a solo contaminado ou a ambientes reconhecidamente associados à transmissão de *Histoplasma capsulatum*. Esse antecedente, isoladamente, não apresenta especificidade suficiente para definir histoplasmose como diagnóstico mais provável.

Além disso, não são fornecidos resultados de investigação microbiológica, molecular, sorológica ou histopatológica capazes de discriminar adequadamente as duas doenças granulomatosas.

Dessa forma, diante das informações disponibilizadas, tanto a histoplasmose quanto a tuberculose pulmonar permanecem hipóteses diagnósticas tecnicamente plausíveis. Assim, há mais de uma alternativa defensável, sem elemento discriminatório suficiente para a definição inequívoca de uma única resposta correta.

1. Pedido

Diante do exposto, requer-se a ANULAÇÃO DA QUESTÃO 72, uma vez que os elementos clínicos, epidemiológicos e radiológicos apresentados não permitem estabelecer, de maneira inequívoca, a histoplasmose como principal hipótese diagnóstica em detrimento da tuberculose pulmonar.



A prova tuberculínica de 4 mm não permite excluir tuberculose ativa, e a ausência de calcificação do nódulo pulmonar também não afasta essa possibilidade diagnóstica. Paralelamente, o antecedente de contato com pássaros, da maneira como foi descrito, não constitui elemento epidemiológico suficientemente específico para determinar o diagnóstico de histoplasmose.

Assim, considerando a existência de mais de uma alternativa tecnicamente defensável e a ausência de elemento clínico, epidemiológico, radiológico ou laboratorial capaz de discriminar adequadamente as duas condições, solicita-se a anulação da questão e a correspondente atribuição da pontuação a todos os candidatos.

1. Referências

EBUS-GS with the GeneXpert MTB/RIF assay for diagnosis of Mycobacterium tuberculosis infection of isolated pulmonary nodules. European Journal of Medical Research, 2023.