

**Especialidade: Clínica Médica****Questão: 28**

Enunciado da Questão

Paciente. 64 anos de idade, internado por pneumonia, evolui com Insuficiência Respiratória Aguda (IRA). Gasometria Arterial (GA) em máscara com Fração Inspirada de Oxigênio (FiO_2) de 0,6 mostra: pressão arterial de oxigênio (PaO_2) de 72 mmHg e pressão arterial de dióxido de carbono (PaCO_2) de 35 mmHg. Radiografia de tórax com opacidades bilaterais difusas, sem sinais de sobrecarga volêmica. Início do quadro há três dias.

Com relação ao quadro clínico descrito acima, quanto à classificação e estratificação da Insuficiência Respiratória Aguda (IRA) e da Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA), assinale a alternativa CORRETA.

Alternativas

- A. Classificar como IRA tipo 1 e SDRA leve pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.
- B. Classificar como IRA tipo 2 e SDRA grave pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.
- C. Classificar como IRA tipo 2 e SDRA moderada pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.
- D. Classificar como IRA tipo 1 e SDRA moderada pela relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$.

Fundamentação do Recurso

Prezada Banca Examinadora,

Solicito a **anulação da questão 28**, por insuficiência de informações para estabelecer a classificação de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA) moderada indicada na alternativa D. O enunciado apresenta PaO_2 de 72 mmHg sob oxigenoterapia por máscara com FiO_2 de 0,6, resultando em relação $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ de **120 mmHg**. Embora esse resultado corresponda ao intervalo numérico de hipoxemia da SDRA moderada, **a classificação não depende exclusivamente dessa relação**.

Segundo a Definição de Berlim, a categoria moderada exige **$100 < \text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 200$ mmHg sob PEEP ≥ 5 cmH₂O**, além dos demais critérios diagnósticos. A exigência de pressão expiratória positiva integra a avaliação da oxigenação, não constituindo informação dispensável para a aplicação da classificação. [1,2] Entretanto, o enunciado informa apenas o uso de “máscara” com determinada FiO_2 , sem mencionar ventilação com pressão positiva ou valor de PEEP. **A administração de oxigênio por máscara não documenta, por si só, pressão expiratória positiva ≥ 5 cmH₂O**. Portanto, não é possível presumir o preenchimento desse critério.

A definição global publicada em 2024 também não resolve essa insuficiência. Ela contempla pacientes não intubados em oxigenoterapia nasal de alto fluxo ≥ 30 L/min ou em ventilação não invasiva/CPAP com pressão expiratória ≥ 5 cmH₂O, modalidades não descritas na questão. Embora apresente critérios adaptados a ambientes com recursos limitados, o enunciado não caracteriza esse cenário.



Além disso, a graduação em leve, moderada e grave é apresentada na categoria de SDRA intubada, sob PEEP mínima de 5 cmH₂O. [3]

Assim, a expressão “pela relação PaO₂/FiO₂” permite identificar uma **faixa numérica de comprometimento da oxigenação**, mas não supre os dados necessários para afirmar formalmente “SDRA moderada”. O quadro é compatível com insuficiência respiratória hipoxêmica, porém sua classificação como SDRA moderada depende de informações não fornecidas. Como todas as alternativas atribuem uma categoria de gravidade de SDRA e nenhuma contempla a insuficiência de dados para essa classificação, **solicito a anulação da questão por ausência de alternativa integralmente sustentada pelo enunciado.**

Referências

1. ARDS Definition Task Force. Acute Respiratory Distress Syndrome: The Berlin Definition. *JAMA*. 2012;307(23):2526–2533. [doi:10.1001/jama.2012.5669](https://doi.org/10.1001/jama.2012.5669).
2. Ferguson ND et al. The Berlin definition of ARDS: an expanded rationale, justification, and supplementary material. *Intensive Care Medicine*. 2012;38:1573–1582. [doi:10.1007/s00134-012-2682-1](https://doi.org/10.1007/s00134-012-2682-1).
3. Matthay MA et al. A New Global Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2024;209(1):37–47. Tabela 1. [doi:10.1164/rccm.202303-0558WS](https://doi.org/10.1164/rccm.202303-0558WS).

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia****Questão: 36**

Enunciado da Questão

Paciente do sexo feminino, 50 anos de idade, casada há 20 anos, refere última menstruação aos 48 anos de idade. Procura atendimento por fogachos moderados, sono não reparador e ausência de desejo sexual. Nega dispareunia ou outras queixas ginecológicas. Relata bom relacionamento conjugal. Nega comorbidades, uso de medicações e cirurgias prévias. Pratica atividade física regularmente e mantém alimentação equilibrada. Ao exame físico: IMC (Índice de Massa Corporal) de 22,8 kg/m², pressão arterial de 120/70 mmHg e frequência cardíaca de 72 bpm. Exame físico geral e ginecológico sem alterações. Citologia oncológica recente negativa para neoplasia e mamografia BI-RADS 1. Com relação ao quadro clínico descrito acima, assinale a alternativa CORRETA que apresenta a melhor opção terapêutica para os sintomas climatéricos associados à redução do desejo sexual.

Alternativas

- A. Iniciar terapia hormonal contínua por via oral com tibolona 2,5 mg/dia.
- B. Iniciar terapia hormonal combinada contínua por via oral com estradiol 1 mg associado à drospirenona 2 mg/dia.
- C. Iniciar terapia hormonal por via transdérmica com gel de estradiol hemi-hidratado 0,1% associada à bupropiona 150 mg/dia.
- D. Iniciar terapia hormonal combinada contínua por via transdérmica com estradiol 50 mcg/dia associado ao acetato de noretisterona 170 mcg/dia.

Fundamentação do Recurso

Resumo da atividade: Ampliação para (D)

À Banca Examinadora,

Síntese técnica: Solicitamos a ampliação do gabarito para incluir a alternativa D, uma vez que tanto a tibolona quanto a terapia transdérmica combinada representam opções terapêuticas igualmente válidas para o manejo dos sintomas climatéricos associados à redução do desejo sexual descrito no caso clínico, conforme diretrizes nacionais atualizadas.

Fundamentação técnica:

A paciente apresenta tríade sintomática climatérica clássica: fogachos moderados, distúrbio do sono e redução do desejo sexual, sem contraindicações à terapia hormonal. O Consenso Brasileiro de Terapia Hormonal do Climatério da SOBRAC (2024) estabelece que a via transdérmica (alternativa D, gabarito oficial) oferece vantagens em termos de perfil de segurança cardiovascular e metabólica, com menor risco tromboembólico e benefícios adicionais sobre a qualidade do sono.



O mesmo consenso reconhece a tibolona (alternativa A) como opção terapêutica eficaz para sintomas vasomotores e, especialmente relevante neste caso, com efeito benéfico comprovado sobre a libido feminina, devido à sua ação androgênica adicional. A queixa de ausência de desejo sexual é central no quadro clínico apresentado, e a tibolona possui indicação específica para este sintoma, diferenciando-se das demais opções por sua ação direta nos receptores androgênicos. A paciente não apresenta fatores de risco cardiovascular ou metabólico que contraindicariam a via oral, possui IMC adequado (22,8 kg/m²), pressão arterial normal e mamografia BI-RADS 1.

Ambas as alternativas atendem plenamente ao enunciado que solicita "a melhor opção terapêutica para os sintomas climatéricos associados à redução do desejo sexual". Enquanto a alternativa D privilegia o perfil de segurança geral, a alternativa A oferece abordagem mais específica para a queixa de libido, sem comprometer o controle dos demais sintomas. A ausência de hierarquização clara entre essas opções no consenso nacional para o perfil clínico descrito torna ambas as respostas tecnicamente corretas.

Conclusão: Diante do exposto, solicitamos respeitosamente a ampliação do gabarito para incluir a alternativa D, reconhecendo que tanto a tibolona quanto a terapia transdérmica combinada representam condutas baseadas em evidências para o caso apresentado, com perfis de benefício distintos mas igualmente válidos.

Referências:

Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC). Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal do Climatério. São Paulo: SOBRAC; 2024.

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia****Questão: 41**

Enunciado da Questão

Paciente do sexo feminino, 33 anos de idade, nuligesta, sem comorbidades, com desejo de engravidar, refere tentativa de concepção há dois anos. Apresenta ciclos menstruais regulares (28/28 dias), com fluxo de cinco dias, associados à dismenorreia leve a moderada, controlada com analgésicos, sem impacto funcional significativo. Ao exame físico, apresenta discreta dor à palpação de fundo de saco posterior. Ultrassonografia transvaginal com preparo intestinal evidencia imagem sugestiva de endometrioma ovariano esquerdo de 3,2 cm, sem sinais de malignidade. Apresenta Hormônio Folículo Estimulante (FSH) do 3º dia de 8,4 mUI/mL; Hormônio Antimülleriano (AMH) de 1,4 ng/mL; e CA-125 de 12,2 U/mL. Histerossalpingografia prévia sem alterações tubárias. Espermograma do parceiro normal. Nunca realizou cirurgia prévia.

Com relação ao quadro clínico descrito acima e considerando o objetivo reprodutivo da paciente, assinale a alternativa CORRETA quanto à conduta terapêutica adequada.

Alternativas

- A. Indicar laparoscopia com excisão do endometrioma como abordagem inicial.
- B. Indicar indução da ovulação associada a coito programado, sem intervenção cirúrgica inicial.
- C. Iniciar dienogeste por três meses para reduzir a atividade da doença e aumentar a chance de concepção espontânea.
- D. Indicar análogo de Hormônio Liberador de Gonadotrofina (GnRH), por seis meses, antes de tentativa espontânea, com o objetivo de melhorar a fertilidade.

Fundamentação do Recurso

Solicita-se a revisão do gabarito da questão, com a consideração da alternativa A como também correta, ou, subsidiariamente, a anulação da questão.

A paciente apresenta infertilidade há dois anos associada a endometrioma ovariano de 3,2 cm, com trompas pérvias e fator masculino excluído. Embora a indução da ovulação com coito programado seja uma possibilidade terapêutica, a exérese laparoscópica do endometrioma também encontra respaldo na literatura e em diretrizes internacionais, não podendo ser considerada incorreta de forma absoluta.

A diretriz da ESHRE (2022) afirma que a laparoscopia operatória pode ser considerada no tratamento da infertilidade associada ao endometrioma, uma vez que pode aumentar a chance de gravidez natural, embora reconheça a limitação da evidência. A diretriz também ressalta que a decisão deve ser individualizada conforme idade, sintomas, reserva ovariana, fatores de infertilidade, cirurgia prévia e preferência da paciente.

Adicionalmente, a diretriz NICE recomenda, em mulheres com endometrioma que desejam engravidar, considerar tratamento cirúrgico, incluindo cistectomia laparoscópica, reconhecendo possível be-



nefício sobre a chance de gravidez espontânea, devendo-se ponderar o potencial impacto negativo da cirurgia sobre a reserva ovariana.

Assim, apesar de a evidência não sustentar a indicação cirúrgica de forma universal, a alternativa A descreve uma conduta terapêutica reconhecida e possível no contexto apresentado. A questão, portanto, admite mais de uma conduta respaldada pela literatura, não sendo possível considerar exclusivamente a alternativa B como inequivocamente correta.

Dessa forma, solicita-se a aceitação das alternativas A e B como corretas ou, subsidiariamente, a anulação da questão.

Referências:

1. Becker CM, et al. ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022;2022(2):hoac009.
2. NICE. Endometriosis: diagnosis and management. NG73. Updated 2024.
3. Brown J, Farquhar C. Endometriosis: an overview of Cochrane Reviews. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD009590.

**Especialidade: Ginecologia e Obstetrícia****Questão: 44**

Enunciado da Questão

Paciente do sexo feminino, 52 anos de idade, nuligesta, sem comorbidades e com vida sexual ativa, pós-menopausa há 2 anos, em uso de terapia hormonal com estrogênio transdérmico e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), refere episódios recorrentes de infecção urinária nos últimos 12 meses (4 episódios documentados por urocultura). Relata sintomas típicos de cistite, com melhora após antibioticoterapia. Ao exame ginecológico, normal. Nega incontinência urinária ou sintomas de esvaziamento incompleto. Exames laboratoriais e de imagem sem alterações anatômicas do trato urinário. Já realizou medidas comportamentais e de higiene pessoal, sem redução da recorrência dos episódios.

Com relação ao quadro clínico descrito acima e à sequência terapêutica recomendada pelas diretrizes atuais, assinale a alternativa CORRETA quanto à conduta profilática adequada nesse momento.

Alternativas

- A. Indicar uso de cranberry diário como estratégia principal de profilaxia.
- B. Prescrever nitrofurantoína 50 mg ao dia, por 6 meses, como profilaxia contínua.
- C. Substituir o estrogênio transdérmico por estrogênio vaginal como estratégia isolada de prevenção de recorrência.
- D. Indicar imunoprofilaxia com OM-89 por via oral como estratégia não antimicrobiana de prevenção de recorrência.

Fundamentação do Recurso

Resumo da atividade: Ampliação de gabarito para alternativa B.

À Banca Examinadora,

Solicita-se a ampliação do gabarito oficial para incluir a alternativa B, uma vez que a nitrofurantoína em dose profilática contínua constitui estratégia validada e amplamente recomendada pelas diretrizes nacionais e internacionais para prevenção de infecção urinária de repetição em mulheres na pós-menopausa.

A paciente apresenta critério diagnóstico de ITU recorrente (≥ 2 episódios em 6 meses ou ≥ 3 em 12 meses), conforme definição da European Association of Urology e da FEBRASGO. Nesse contexto, após falha de medidas comportamentais, a profilaxia antimicrobiana contínua está indicada como opção terapêutica de primeira linha. A nitrofurantoína 50-100 mg/dia por 6 meses é especificamente recomendada pelos protocolos da FEBRASGO (2025) e pelas diretrizes internacionais da Infectious Diseases Society of America (IDSA) como esquema profilático eficaz e seguro, com baixo risco de resistência bacteriana e perfil de segurança adequado para uso prolongado em mulheres sem comprometimento renal.



O Protocolo FEBRASGO 2025 estabelece hierarquia terapêutica que inclui tanto estratégias não antimicrobianas (estrogênio vaginal, imunoprofilaxia) quanto antimicrobianas (nitrofurantoína, cefalexina) como opções válidas após falha de medidas comportamentais. A escolha entre essas estratégias depende de fatores individuais, preferência da paciente e disponibilidade. A alternativa B descreve conduta tecnicamente correta, baseada em evidência de alta qualidade e recomendada explicitamente pela principal diretriz nacional de uroginecologia.

Diante do exposto, solicita-se a ampliação do gabarito para incluir a alternativa B, reconhecendo que tanto a profilaxia antimicrobiana com nitrofurantoína quanto a imunoprofilaxia com OM-89 constituem estratégias válidas e fundamentadas em diretrizes atuais para o manejo da ITU recorrente na pós-menopausa.

Referências:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Protocolo de Infecção do Trato Urinário em Mulheres. São Paulo: FEBRASGO; 2025.
2. Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious Diseases Society of America and the European Society for Microbiology and Infectious Diseases. Clin Infect Dis. 2011;52(5):e103-e120.
3. Bonkat G, Bartoletti RR, Bruyère F, et al. EAU Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology; 2023.