

	<b>AFYA</b> <b>CURSO DE MEDICINA - AFYA</b>	<b>NOTA FINAL</b>
	Aluno:	
	Componente Curricular: Sistemas Orgânicos Integrados V	
	Professor (es):	
Período: 202501	Turma:	Data:

## N1 ESPECÍFICA\_5 PERÍODO\_08ABRIL\_2025.1\_SOI

### RELATÓRIO DE DEVOLUTIVA DE PROVA PROVA 15488 - CADERNO 002



#### 1ª QUESTÃO

Quer treinar essa prova?

Acesse:

[www.acervo.top/soi-v](http://www.acervo.top/soi-v) ou [www.acervotop.com/soi-iv](http://www.acervotop.com/soi-iv)

#### Enunciado:

(UNIDEP) Vanessa e Diogo, estudantes de Medicina, estão revisando o conteúdo para a prova de Psiquiatria. Diogo decide testar os conhecimentos de Vanessa sobre a apresentação clínica do delirium, propondo algumas afirmações para que ela avalie como verdadeiras ou falsas.

Como apoio à Vanessa, analise criticamente as seguintes assertivas:

- I. Alterações do ciclo sono-vigília são comuns, pode haver insônia e certa agitação no período noturno e sonolência no período diurno.
- II. O quadro do delirium apresenta flutuação ao longo do dia, com variações importantes no nível de atenção e consciência.
- III. Desorientação temporal e espacial são comuns, e a temporal costuma ocorrer antes da espacial.
- IV. O delirium geralmente inicia com apatia e sonolência e só depois evolui com ansiedade e agitação psicomotora.

Assinale a alternativa correta.

**Alternativas:****(alternativa A) (CORRETA)**

As assertivas I, II e III são verdadeiras e apenas a IV está incorreta quanto à ordem dos sintomas iniciais.

**(alternativa B)**

Apenas a assertiva IV está correta, sendo a única que descreve fielmente a apresentação clínica do delirium no idoso.

**(alternativa C)**

Somente a assertiva III é verdadeira, pois as demais não descrevem corretamente os aspectos clínicos típicos do delirium.

**(alternativa D)**

As assertivas II e IV são verdadeiras, pois flutuação e apatia inicial são características comuns em quadros de delirium.

### **Resposta comentada:**

Assertiva I – Verdadeira:

O delirium é marcado por alteração do ciclo sono-vigília, com sintomas que se intensificam à noite (“fenômeno do pôr do sol”). Alterações do ciclo sono-vigília são comuns, pode haver insônia e certa agitação no período noturno e sonolência no período diurno. Isso está bem documentado em Dalgalarrondo (2019, p. 434).

Assertiva II – Verdadeira:

A flutuação ao longo do dia é um critério diagnóstico essencial para delirium. O paciente pode parecer lúcido em um momento e confuso em outro.

Assertiva III – Verdadeira:

É comum ocorrer primeiro desorientação temporal, seguida da espacial, conforme descrito em Dalgalarrondo e outros manuais de psicopatologia.

Assertiva IV – Falsa:

A apresentação inicial do delirium costuma ser com ansiedade, inquietação e dificuldade de concentração. Apatia e sonolência ocorrem em quadros hipoativos ou em fases mais avançadas, não como padrão inicial.

Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. pág. 434. ISBN 9788582715062. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/). Acesso em: 30 mar. 2025

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/). Acesso em: 30 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 504. ISBN 9788527737876. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/). Acesso em: 30 mar. 2025

## **2<sup>a</sup> QUESTÃO**

### **Enunciado:**

(AFYA PALMAS) Uma paciente de 67 anos, pós-menopásica, com histórico de fratura de punho após queda da própria altura, realiza densitometria óssea com T-score de: -2,8 na coluna lombar. Ao retornar à consulta, questiona-se sobre as estratégias terapêuticas indicadas para seu caso.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Tabela de Classificação segundo o T-score:

T-score	Classificação
≥ -1,0	Normal
Entre -1,0 e -2,4	Osteopenia (baixa massa óssea)
≤ -2,5	Osteoporose
≤ -2,5 com fratura por fragilidade	Osteoporose grave (ou estabelecida)

Assinale a alternativa correta sobre o tratamento para a alteração encontrada nessa paciente.

**Alternativas:****(alternativa A)**

A prática de atividade física intensa deve ser evitada por todos os pacientes, pois eleva o risco de fraturas ósseas.

**(alternativa B)**

A terapia com bifosfonatos é indicada somente após fraturas osteoporóticas, para prevenir novas fraturas em pacientes fragilizados.

**(alternativa C)**

O uso de estrogênio é sempre a primeira escolha em mulheres na pós-menopausa para prevenir perda óssea progressiva.

**(alternativa D) (CORRETA)**

A suplementação de cálcio e vitamina D é parte fundamental da terapêutica, especialmente em pacientes com risco de fraturas.

**Resposta comentada:**

Alternativa correta: A suplementação de cálcio e vitamina D é parte fundamental da terapêutica, especialmente em pacientes com risco de fraturas.

A suplementação de cálcio e vitamina D é uma medida basilar no tratamento da osteoporose. Ambos contribuem para a mineralização óssea e a manutenção da densidade óssea, sendo recomendados mesmo em pacientes que utilizarão terapias farmacológicas adicionais.

**Distratores:**

Alternativa incorreta: A terapia com bifosfonatos é indicada somente após fraturas osteoporóticas, para prevenir novas fraturas em pacientes fragilizados.

A terapia com bifosfonatos pode e deve ser iniciada em pacientes com densidade óssea reduzida e alto risco de fraturas, mesmo sem fratura prévia. Segundo a NOF (National Osteoporosis Foundation), é indicada em pacientes com T-score ≤ -2,5 ou fraturas osteoporóticas prévias.

Alternativa incorreta: O uso de estrogênio é sempre a primeira escolha em mulheres na pós-menopausa para prevenir perda óssea progressiva.

Embora os estrogênios tenham efeito protetor sobre o osso, seu uso não é universalmente recomendado como primeira linha. São reservados para casos específicos, devido ao risco aumentado de eventos tromboembólicos e câncer de mama. A escolha deve ser individualizada.

Alternativa incorreta: A prática de atividade física intensa deve ser evitada por todos os pacientes, pois eleva o risco de fraturas ósseas.

A atividade física leve a moderada é altamente recomendada na osteoporose. Exercícios de resistência e equilíbrio reduzem risco de quedas e fortalecem os ossos. Apenas exercícios de impacto elevado devem ser avaliados com cautela.

**Referência:**

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

---

### 3<sup>a</sup> QUESTÃO

**Enunciado:**

(AFYA ITACOATIARA) Durante o estágio na ortopedia, um acadêmico de medicina acompanhou o ortopedista no exame físico de dois pacientes com suspeitas de síndrome do túnel do carpo (STC). Nos dois casos, o médico realizou o teste de Tinel, com palpação percussiva na região do pulso. No primeiro caso, o paciente relatou ao teste dormência que ia desde o quarto dedo até o quinto dedo. No segundo caso, ao mesmo teste de Tinel, o paciente relatou dormência na região compreendida entre o primeiro dedo e a metade medial do quarto dedo.

O estudante então indagou ao médico como essas informações o fizeram descartar a hipótese de síndrome do túnel do carpo em um dos casos e confirmar no outro. Marque a assertiva correta sobre a explicação do ortopedista.

**Alternativas:****(alternativa A)**

No segundo caso, foi confirmada a STC, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo ulnar, que tem seu trajeto passando pelo túnel do carpo.

**(alternativa B)**

No primeiro caso, a STC foi descartada, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo radial, e este nervo não passa pelo túnel do carpo em seu trajeto.

**(alternativa C)**

No primeiro caso, a STC foi descartada, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo mediano, e este nervo não passa pelo túnel do carpo.

**(alternativa D) (CORRETA)**

No segundo caso, foi confirmada a STC, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo mediano, que tem seu trajeto passando pelo túnel do carpo.

### **Resposta comentada:**

Alternativa - No segundo caso, foi confirmada a síndrome do túnel do carpo, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo mediano, que tem seu trajeto passando pelo túnel do carpo.

Essa é a assertiva correta, visto que, segundo a literatura, a Síndrome do Túnel do Carpo se caracteriza por dormência na região inervada pelo nervo mediano, que vai do primeiro dedo até a metade medial do quarto dedo. O nervo mediano tem seu trajeto passando pelo interior do chamado túnel do carpo. Na situação patológica, acaba por sofrer compressão das estruturas presentes no túnel do carpo, causando a sintomatologia observada na patologia.

Alternativa - No primeiro caso, a síndrome do túnel do carpo foi descartada, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo mediano, e este nervo não passa pelo túnel do carpo.

Essa assertiva está incorreta, pois o nervo mediano passa pelo túnel do carpo em seu trajeto.

Alternativa - No segundo caso, foi confirmada a síndrome do túnel do carpo, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo unar, que tem seu trajeto passando pelo túnel do carpo.

Essa assertiva está incorreta, pois o nervo unar inerva a região da metade distal do quarto dedo até o quinto dedo, e este nervo não passa pelo túnel do carpo.

Alternativa - No primeiro caso, a síndrome do túnel do carpo foi descartada, pois a região que apresentou dormência é inervada pelo nervo radial, e este nervo não passa pelo túnel do carpo em seu trajeto.

Essa assertiva está incorreta, pois a região que apresentou dormência não é inervada pelo nervo radial, e sim pelo nervo unar.

### **Referências:**

Arthur F. D. ; AGUR, Anne M. R. Moore. Anatomia Orientada Para a Clínica. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. *E-book*. p. 258. ISBN 9788527740128. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/>. Acesso em: 02 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> 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: 02 mar. 2025.

## **4<sup>a</sup> QUESTÃO**

### **Enunciado:**

(UNISL JI-PARANÁ) Homem, 35 anos, é atendido no pronto-socorro após apresentar sinais de rigidez muscular seguido por períodos de relaxamento, com duração de 1-2 minutos, perda de consciência e quedas. O paciente apresenta diagnóstico prévio de convulsão do tipo tônico-clônica. Durante a avaliação, a equipe médica busca identificar possíveis fatores predisponentes e iniciar o tratamento mais adequado. Como medida terapêutica medicamentosa, foi utilizado o ácido valproico.

Qual das alternativas abaixo melhor descreve um dos mecanismos de ação do fármaco utilizado para o tratamento do paciente do caso clínico acima descrito?

**Alternativas:****(alternativa A)**

Atua exclusivamente nos canais de cálcio tipo T, impedindo e modulando a transmissão sináptica excitatória.

**(alternativa B)**

Estimula a liberação de acetilcolina, causa despolarização neuronal, ativação do GABA e redução das crises convulsivas.

**(alternativa C)**

Ativa os receptores NMDA, o que reduz a atividade do glutamato com aumento do GABA e promove inibição neuronal.

**(alternativa D) (CORRETA)**

Inibição dos canais de sódio, reduzindo a excitação neuronal e a propagação da atividade epiléptica.

## **Resposta comentada:**

Alternativa correta:

Inibição dos canais de sódio, reduzindo a excitação neuronal e a propagação da atividade epiléptica.

O ácido valproico tem múltiplos mecanismos de ação, sendo os principais:

1. Inibição dos canais de sódio dependentes de voltagem, reduzindo a excitação neuronal e a propagação da atividade epiléptica.
2. Aumento da atividade do GABA, o principal neurotransmissor inibitório do SNC, ao inibir a enzima GABA transaminase, responsável por degradá-lo. Isso leva a um efeito inibitório no cérebro, reduzindo a excitabilidade neuronal.
3. Modulação dos canais de cálcio tipo T, auxiliando no controle de crises de ausência.

Alternativas incorretas:

Atua exclusivamente nos canais de cálcio tipo T, impedindo e modulando a transmissão sináptica excitatória.

- O ácido valproico atua nos canais de cálcio tipo T, mas essa não é sua única e nem principal ação.
- Essa descrição está mais associada à etosuximida, um fármaco utilizado no tratamento de crises de ausência, cujo mecanismo de ação envolve bloqueio seletivo dos canais de cálcio tipo T no tálamo.
- O uso do termo "exclusivamente" invalida essa alternativa, pois o ácido valproico também age nos canais de sódio e no GABA.

Ativa os receptores NMDA, o que reduz a atividade do glutamato com aumento do GABA e promove inibição neuronal.

- O bloqueio dos receptores NMDA está mais relacionado a fármacos como felbamato e ketamina, que atuam reduzindo a ação excitatória do glutamato. E o mecanismo de ação seria o bloqueio e não a ativação.
- O ácido valproico não age diretamente nos receptores NMDA, mas sim por meio da modulação do GABA e do bloqueio dos canais de sódio.

Estimula a liberação de acetilcolina, causa despolarização neuronal, ativação do GABA e redução das crises convulsivas.

- A acetilcolina é um neurotransmissor excitatório em diversas regiões do sistema nervoso.
- Estimular sua liberação aumentaria a atividade neuronal, o que poderia até precipitar crises epilépticas, em vez de reduzi-las.
- Nenhum dos principais anticonvulsivantes age por esse mecanismo.

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. 389. ISBN 9788580556155. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580556155/>. Acesso em: 05 mar. 2025.

## **5<sup>a</sup> QUESTÃO**

**Enunciado:**

(AFYA ITABUNA) A coluna vertebral é formada por 33 vértebras, sendo 7 cervicais, 12 torácicas, 5 lombares, 5 sacrais e 4 coccígeas. Ela protege a medula espinhal. Analise as assertivas a seguir:

- I. As vértebras lombares estão localizadas entre o segmento torácico da coluna vertebral e o sacro, são as maiores vértebras da coluna, e essas maiores dimensões estão relacionadas à sua função de suportar todo o peso do corpo.
- II. Ao longo do segmento lombar da coluna, as raízes da cauda equina deixam o canal vertebral através dos forames intervertebrais. As raízes de L1 deixam o canal vertebral nos forames intervertebrais entre L1 e L2, as raízes de L2 nos forames intervertebrais entre L2 e L3, e assim sucessivamente.
- III. O músculo multífido é um grupo de músculos localizados ao longo do dorso e atua estabilizando e rotacionando a coluna.
- IV. A curvatura fisiológica da coluna lombar é uma cifose, diferente da cervical que é uma lordose.

Marque a alternativa que contenha apenas assertivas corretas.

**Alternativas:**

**(alternativa A)**

II, III e IV.

**(alternativa B) (CORRETA)**

I, II e III.

**(alternativa C)**

I, II e IV.

**(alternativa D)**

I, II, III e IV.

**Resposta comentada:**

A alternativa IV está incorreta, pois a curvatura fisiológica da coluna lombar é uma lordose, igual à cervical, que também é uma lordose.

As outras das alternativas estão corretas.

As vértebras lombares estão localizadas entre o segmento torácico da coluna vertebral e o sacro, são as maiores vértebras da coluna, e essas maiores dimensões estão relacionadas à sua função de suportar todo o peso do corpo.

Ao longo do segmento lombar da coluna, as raízes da cauda equina deixam o canal vertebral através dos forames intervertebrais. As raízes de L1 deixam o canal vertebral nos forames intervertebrais entre L1 e L2, as raízes de L2 nos forames intervertebrais entre L2 e L3, e assim sucessivamente.

O músculo multifídio é um grupo de músculos localizados ao longo do dorso e atua estabilizando e rotacionando a coluna.

Referência:

Anne M. Gilroy, Brian R. MacPherson, Lawrence M. Ross e Michael Schuenke, *Atlas of Anatomy*, 2<sup>a</sup> edição, Thieme, Capítulo 2.

## 6<sup>a</sup> QUESTÃO

**Enunciado:**

(AFYA IPATINGA) Criança, 10 anos, gênero masculino, previamente saudável, comparece com sua mãe para atendimento médico com queixa de dor intensa na perna direita há cinco dias. A dor teve início insidioso e progrediu, tornando-se incapacitante. O paciente apresenta febre ( $38,7^{\circ}\text{C}$ ) e nega trauma recente. Sua mãe relata que, uma semana antes do início dos sintomas, ele teve um quadro de faringite, tratado apenas com sintomáticos.

No exame físico, a criança apresenta dor intensa à palpação da região da metáfise distal do fêmur direito, associada a calor e edema local, sem sinais de derrame articular. Há limitação da mobilidade ativa e passiva devido à dor.

Exames laboratoriais revelam:

- Leucocitose com desvio à esquerda.
- Proteína C reativa (PCR) aumentada.
- Velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada.
- Hemoculturas em processamento.

A radiografia da perna direita não mostra alterações significativas, mas a ressonância magnética evidencia edema medular e reação perióstica na metáfise distal do fêmur.

Com base nesse quadro, assinale a alternativa correta.

**Alternativas:****(alternativa A) (CORRETA)**

A dor óssea inflamatória e os achados laboratoriais elevados sugerem osteomielite, uma infecção óssea frequentemente causada por *Staphylococcus aureus*.

**(alternativa B)**

O quadro clínico é compatível com artrite séptica, uma vez que há febre e dor intensa, sugerindo inflamação articular primária.

**(alternativa C)**

A osteomielite é uma condição exclusivamente crônica, sem manifestação aguda como a observada no caso descrito.

**(alternativa D)**

A ausência de lesão articular evidente e a radiografia sem alterações descartam infecção óssea, sendo mais provável uma dor mecânica relacionada ao crescimento.

**Resposta comentada:**

O caso descreve um quadro compatível com osteomielite hematogênica aguda, caracterizada por febre, dor óssea inflamatória (não mecânica), aumento de marcadores inflamatórios e exames de imagem sugestivos. A artrite séptica seria uma possibilidade, mas geralmente envolve comprometimento articular direto. A alternativa "A ausência de lesão articular evidente e a radiografia sem alterações descartam infecção óssea, sendo mais provável uma dor mecânica relacionada ao crescimento." está incorreta, pois a osteomielite inicial pode não apresentar alterações radiográficas evidentes. A alternativa "A osteomielite é uma condição exclusivamente crônica, sem manifestação aguda como a observada no caso descrito." é incorreta, pois a osteomielite pode ser tanto aguda quanto crônica.

**Referências:**

DynaMed. Osteomielite. Serviços de informação da EBSCO. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/osteomyelitis#GUID-99BED570-4D40-4137>. Acesso em: 30 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 1360. ISBN 9788527737876. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca\].com.br/reader/books/9788527737876/](https://integrada[minhabiblioteca].com.br/reader/books/9788527737876/). Acesso em: 30 mar. 2025.

**7<sup>a</sup> QUESTÃO****Enunciado:**

(AFYA BRAGANÇA) Homem, 48 anos, trabalhador braçal, procura atendimento médico com queixa de dor cervical irradiada para o membro superior direito há três semanas. Ele relata parestesia no primeiro e segundo dedos da mão direita, além de fraqueza para realizar movimentos de flexão do cotovelo e supinação do antebraço. No exame neurológico, observa-se diminuição do reflexo bicipital e redução da força em flexão do cotovelo.

Com base no quadro clínico apresentado, qual a raiz nervosa mais provavelmente acometida?

**Alternativas:****(alternativa A) (CORRETA)**

C6.

**(alternativa B)**

C4.

**(alternativa C)**

C7.

**(alternativa D)**

C8.

**Resposta comentada:**

A raiz nervosa C6 é responsável pela inervação sensitiva do polegar e do segundo dedo, além de atuar na flexão do cotovelo e supinação do antebraço. O reflexo bicipital é predominantemente mediado por C5 e C6, e a diminuição do reflexo sugere comprometimento dessas raízes, sendo C6 a mais associada ao padrão descrito. A alternativa que indica C4 está incorreta, pois C4 está mais relacionada à inervação de áreas do plexo cervical. A alternativa que indica C7 está incorreta, pois C7 está associada à extensão do cotovelo e ao reflexo tricipital. A alternativa que indica C8 está incorreta, pois C8 inerva os músculos flexores dos dedos e está relacionada à preensão da mão, afetando o quarto e quinto dedos.

**Referências:**

SPLITTERGERBER, Ryan. Snell Neuroanatomia Clínica. 8<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 322. ISBN 9788527737913. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca\].com.br/reader/books/9788527737913/](https://integrada[minhabiblioteca].com.br/reader/books/9788527737913/). Acesso em: 09/03/2025.

DynaMed. Dor radicular cervical e radiculopatia. EBSCO Information Services. Disponível em: <https://www.dynamed.com/condition/cervical-radicular-pain-and-radiculopathy>. Acesso em: 15 nov. 2024.

**8<sup>a</sup> QUESTÃO****Enunciado:**

(UNISL PORTO VELHO) Durante avaliação de rotina em uma lactente de 4 semanas, o pediatra nota limitação da abdução do quadril esquerdo e Ortolani positivo. A paciente é do sexo feminino, primogênita, com parto em apresentação pélvica.

Considerando o quadro clínico e a principal hipótese diagnóstica, qual das alternativas abaixo está correta?

**Alternativas:****(alternativa A)**

A radiografia de bacia é preferencial, pois permite avaliação precoce do acetábulo mesmo em recém-nascidos sem ossificação.

**(alternativa B) (CORRETA)**

A ultrassonografia é indicada nesse caso, pois o quadril ainda não ossificou e os sinais clínicos sugerem a principal hipótese.

**(alternativa C)**

O exame físico não é útil no diagnóstico deste paciente, sendo necessário aguardar sinais clínicos tardios para investigação.

**(alternativa D)**

A manobra de Ortolani avalia quadris normais e estáveis, sendo positiva quando a articulação está devidamente posicionada.

## **Resposta comentada:**

Justificativas:

Alternativa (correta):

A ultrassonografia é o exame de escolha até 4 - 6 meses de idade, pois avalia bem as estruturas cartilaginosas do quadril. A presença de sinais clínicos (limitação de abdução, Ortolani positivo) e fatores de risco aumentam a indicação da investigação imediata.

Distratores:

Alternativa:

A radiografia não é indicada antes dos 4 a 6 meses devido à imaturidade óssea. O núcleo de ossificação femoral ainda não está visível na maioria dos recém-nascidos.

Alternativa:

A manobra de Ortolani é positiva quando o quadril está luxado e pode ser reduzido com abdução e pressão anterior, sugerindo instabilidade. Ela não identifica quadris normais.

Alternativa:

O exame físico é essencial para a triagem de DDQ, especialmente nos primeiros meses de vida. Sinais como Ortolani positivo e limitação da abdução indicam necessidade de investigação.

Referências:

Arthur F. D.; AGUR, Anne M. R. Moore. Anatomia Orientada Para a Clínica. 9<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2024. E-book. p. 258. ISBN 9788527740128. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527740128/). Acesso em: 30 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 1360. ISBN 9788527737876. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/). Acesso em: 30 mar. 2025.

## **9<sup>a</sup> QUESTÃO**

**Enunciado:**

(ITPAC PORTO NACIONAL) Mulher, 52 anos, procura atendimento médico referindo dor articular há três meses. Relata que a dor começou insidiosamente, afetando inicialmente as articulações metacarpofalângicas e interfalângicas proximais das mãos, com rigidez matinal superior a 1 hora e melhora parcial ao longo do dia com a movimentação. Também relata fadiga e sensação de edema nas articulações. No exame físico, observa-se edema e calor articular bilateralmente nas mãos, além de limitações dos movimentos. Não há histórico de trauma prévio.

Os exames laboratoriais mostram:

- PCR: 12 mg/L (VR: <5 mg/L).
- VHS: 65 mm/h (VR: <20 mm/h).
- Fator reumatóide: positivo.
- Anti-CCP: positivo.

Com base na apresentação clínica e nos exames laboratoriais do paciente, qual é a melhor classificação para o quadro articular?

**Alternativas:****(alternativa A)**

Mecânico, artrite, crônica.

**(alternativa B)**

Inflamatório, artralgia, crônica.

**(alternativa C) (CORRETA)**

Inflamatório, artrite, crônica.

**(alternativa D)**

Mecânico, artrite, aguda.

### **Resposta comentada:**

Um paciente apresenta um quadro compatível com artrite inflamatória crônica, possivelmente artrite reumatóide. As características inflamatórias incluem dor persistente, dificuldade matinal prolongada, melhora com o movimento e presença de edema e calor articular. Além disso, exames laboratoriais confirmam um processo inflamatório com elevação de PCR e VHS, além da positividade do fator reumatoide e anti-CCP, típicos da artrite reumatoide.

Justificativa das alternativas incorretas.

- Mecânico, artrite, agudo: distúrbios mecânicos geralmente apresentam dor piorando com o movimento, sem sinais inflamatórios sistêmicos ou laboratoriais. Além disso, o quadro não é agudo, mas específico.
- Artralgia inflamatória, crônica: artralgia refere-se apenas à dor articular, enquanto o paciente apresenta sinais inflamatórios, como edema e calor articular, caracterizando artrite.
- Mecânico, artrite, moderno: doenças mecânicas, como osteoartrose, tendem a não apresentar alterações inflamatórias sistêmicas e laboratoriais. A presença de fatores sorológicos positivos reforça a origem inflamatória.

Referências:

FILHO, Geraldo B. Bogliolo - Patologia. 10<sup>a</sup> edição. Grupo GEN, 2021. 9788527738378. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/#/books/9788527738378/). Acesso em: 30 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p. 1360. ISBN 9788527737876. Disponível em: [https://integrada\[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/](https://integrada[minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/). Acesso em: 30 mar. 2025.

### **10<sup>a</sup> QUESTÃO**

#### **Enunciado:**

(AFYA PARAÍBA) Um homem, de 35 anos, previamente saudável, procura atendimento por episódios recorrentes de dor de cabeça intensa nos últimos três meses. Ele relata dor unilateral na região orbitotemporal esquerda, de forte intensidade, descrita como explosiva e excruciante. As crises duram cerca de 45 minutos, ocorrem duas vezes ao dia, principalmente à noite. Esses surtos diários duram por até 8 semanas aproximadamente e são acompanhados por lacrimejamento e congestão nasal do mesmo lado da dor. Durante os episódios, sente intensa inquietação, não conseguindo ficar parado. No exame físico e neurológico não há alterações, e os sinais vitais estão normais.

Com base no caso clínico descrito, avalie as afirmativas a seguir:

- I. O diagnóstico mais provável é cefaleia em salvas, sendo fundamental diferenciá-la da enxaqueca.
- II. A tomografia de crânio é obrigatória para confirmar o diagnóstico de cefaleias primárias como a cefaleia em salvas, mesmo com exame neurológico normal.
- III. O tratamento abortivo de primeira linha envolve administração de oxigênio a 100% por máscara facial e uso de sumatriptana subcutânea.
- IV. A sumatriptana age nos receptores serotoninérgicos 5-HT1B, levando, em modelos animais, à vasoconstricção das artérias, com maior intensidade nas artérias cerebrais e durais.

**Alternativas:**

**(alternativa A)**

I e III.

**(alternativa B) (CORRETA)**

I, III e IV.

**(alternativa C)**

II e IV.

**(alternativa D)**

I, II, III e IV.

**Resposta comentada:**

Gabarito correto: I, III e IV. Justificativas das afirmativas:

Afirmativa I – Correta:

A cefaleia em salvas caracteriza-se por dor orbitotemporal intensa, unilateral, com sintomas autonômicos ipsilaterais e comportamento de agitação. A diferenciação com enxaqueca é essencial, pois esta apresenta dor mais duradoura, pulsátil, associada a náuseas e fotofobia, mas não costuma causar agitação motora.

Afirmativa II – Incorreta:

O diagnóstico de cefaleia em salvas é clínico. Exames de imagem, como a TC ou RM, são indicados apenas em casos atípicos ou com sinais de alerta (ex. início após os 50 anos, déficit neurológico focal, alteração do padrão de dor).

Afirmativa III – Correta:

O oxigênio a 100% por máscara facial não reinalante (7 a 15 L/min por 15 a 20 minutos) é altamente eficaz. O sumatriptano subcutâneo é o abortivo de escolha. Triptanos orais têm início de ação mais lento e menor eficácia.

Afirmativa IV – Correta:

As triptanas, inclusive a sumatriptana, agem nos receptores serotoninérgicos 5-HT1B na parede vascular. Em modelo animal, provocam constrição das artérias, com maior intensidade nas artérias cerebrais e durais e inibem a inflamação asséptica perivascular, em vasos sanguíneos da dura-máter, induzidas pela estimulação do gânglio do trigêmeo, através de receptores serotoninérgicos 5-HT1D.

Referências:

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021. E-book. p.428. ISBN 9788527737876. Disponível em:  
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788527737876/>.

SILVA, Penildon. Farmacologia, 8<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. E-book. p.484. ISBN 978-85-277-2034-2. Disponível em:  
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-2034-2/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

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: 30 mar. 2025.

**11<sup>a</sup> QUESTÃO**

**Enunciado:**

(UNISL PORTO VELHO) Mulher, de 74 anos, chega ao pronto-socorro acompanhada pela família com história de início súbito, há aproximadamente 2 horas, de fraqueza intensa no braço e na perna esquerda, dificuldade de fala e desvio da boca para o lado direito. A paciente tem histórico de hipertensão arterial há 20 anos, fibrilação atrial crônica há 4 anos (irregularmente tratada), diabetes mellitus tipo 2 há 10 anos, dislipidemia e é fumante ativo há 50 anos. Familiares afirmam que ela teve sintomas gripais com febre baixa ( $37,8^{\circ}\text{C}$ ) há cerca de 5 dias, além de diarreia leve desde ontem. No exame inicial, está consciente, orientada, pressão arterial 180/100 mmHg, frequência cardíaca 98 bpm com ritmo irregular, saturação de oxigênio de 95%, temperatura axilar de  $37,5^{\circ}\text{C}$  e glicemia capilar 180 mg/dL. Realizou-se imediatamente uma tomografia computadorizada de crânio sem contraste, que se mostrou normal.

- Identifique todos os fatores de risco presentes nesta história clínica que reforçam a principal hipótese diagnóstica.
- Considerando a tomografia inicial e o início dos sintomas há 2 horas, qual medicamento específico (ou classe medicamentosa) deve ser administrado imediatamente, se não houver contraindicações?
- Qual é o mecanismo de ação exato deste medicamento indicado na questão anterior?

**Alternativas:**

--

**Resposta comentada:**

Resposta esperada (comentada):

- Fatores de risco presentes para AVC isquêmico:

- Hipertensão arterial crônica.
- Fibrilação atrial crônica.
- Diabetes mellitus tipo 2.
- Dislipidemia.
- Tabagismo.
- Idade.

Justificativa: todos esses são fatores de risco comprovadamente associados ao AVC isquêmico. A hipertensão é o principal fator de risco, seguida por fibrilação atrial (associada a AVC cardioembólico), diabetes e dislipidemia (que aceleram a aterosclerose), e tabagismo (associado à doença vascular).

- Medicamento específico a ser administrado imediatamente:

- rtPA (ativador do plasminogênio tecidual recombinante) intravenoso.

Justificativa: o paciente está claramente dentro da janela terapêutica para uso de rtPA (até 4,5 horas após o início dos sintomas), com TC normal sem sinais de hemorragia ou outras contraindicações imediatas. A administração precoce é fundamental para reperfundir a área isquêmica e preservar a penumbra cerebral.

- Mecanismo de ação exato do rtPA:

- O rtPA converte o plasminogênio em plasmina. A plasmina, por sua vez, degrada diretamente a fibrina do coágulo (trombo), levando à sua dissolução e restaurando o fluxo sanguíneo cerebral.

**Justificativa:** a ação direta na fibrina é essencial para restaurar rapidamente a circulação e limitar o dano neurológico no AVC isquêmico.

Rubrica detalhada para correção (total: 1,0 ponto).

Item (a): Identificação dos fatores de risco (0,4 ponto).

- 0,08 ponto por cada fator correto citado (máximo 0,4 ponto):
  - Hipertensão arterial.
  - Fibrilação atrial.
  - Diabetes mellitus tipo 2.
  - Dislipidemia.
  - Tabagismo.
  - Idade.
- Não pontuar fatores incorretos (febre, diarreia, gripe).
- Se colocar apenas PA 180/100 mmHg ou glicemia capilar 180 mg/dL acrescentar 0,1 ponto, desde que não ultrapasse a pontuação máxima quando somado aos outros e não se sobreponha a HAS e Diabetes, respectivamente.

Item (b): Medicamento indicado (0,3 pontos):

- Correta: rtPA intravenoso: 0,3 pontos. Também será aceito e deve-se considerar correta a pontuação máxima se colocar trombolítico ou fibrinolítico.
- Qualquer outra resposta (antiplaquetário, anticoagulante isolado, anti-hipertensivo isolado): 0 ponto.
- Se o aluno colocar: Tenecteplase (TNK-tPA), considerar pontuação 0,3 pontos (medicação semelhante a alteplase).
- Se colocar na resposta: Estreptoquinase ou Uroquinase (uPA), descontar 0,1 ponto.

Item (c): Mecanismo de ação (0,3 ponto):

- Descrição correta completa (plasminogênio → plasmina → degradação da fibrina): 0,3 ponto (também considerar correto se colocar ativador do plasminogênio e assim pode considerar pontuação total 0,3 pontos).
- Se descrição de apenas "trombolítico ou fibrinolítico" sem explicar claramente o mecanismo: 0,1 ponto.
- Mecanismo incorreto (anticoagulante, antiplaquetário): 0 ponto.

Referências:

LOSCALZO, Joseph; FAUCI, Anthony S.; KASPER, Dennis L.; et al. Medicina Interna de Harrison. 21<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: AMGH, 2024. E-book. p. 3335. ISBN 9786558040231. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786558040231/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> 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: 30 mar. 2025.

## 12ª QUESTÃO

### Enunciado:

(IESVAP) Criança de 2 anos e 3 meses é levada ao pronto-socorro pelos pais após apresentar hoje um episódio de crise convulsiva na vigência de febre. A mãe relata que a criança já teve outro único episódio semelhante, 6 meses atrás, também associado a febre (38,5 e 39°C). Ambas as crises tinham a mesma descrição semiológica: movimentos tônico-clônicos generalizados, com duração de aproximadamente 2 a 5 minutos, seguidos de breve sonolência com duração de no máximo 10 minutos. Durante o exame físico, nesta admissão, a criança apresenta temperatura axilar de 39,2°C e sinais de infecção de vias aéreas superiores. O exame neurológico pós-ictal está normal, com ausência de sinais neurológicos focais, ausência de rigidez de nuca ou outros sinais meníngeos. Encontra-se em bom estado geral e neurológico pós-ictal.

Qual é o diagnóstico mais provável nesse momento e qual é a conduta mais adequada?

### Alternativas:

#### (alternativa A)

Meningoencefalite viral ou bacteriana, realizar hemograma, punção lúrica e tratamento específico após resultado dos exames.

#### (alternativa B)

Epilepsia Generalizada, iniciar tratamento com fenobarbital em dose de manutenção e investigação com eletroencefalograma.

#### (alternativa C)

Crise convulsiva febril complexa, orientar os pais sobre medidas antitérmicas, realizar eletroencefalograma e tomografia computadorizada.

#### (alternativa D) (CORRETA)

Crise convulsiva febril simples, orientar os pais sobre medidas antitérmicas, tratamento da infecção respiratória e observar a criança.

### **Resposta comentada:**

Crise convulsiva febril simples. Orientar os pais sobre medidas antitérmicas, tratamento da infecção respiratória e observar a criança.

- Correta: Crise febril simples é definida por crises generalizadas únicas em 24h, com duração inferior a 15 minutos, sem recorrência no mesmo dia, com recuperação neurológica completa no pós-ictal.

Epilepsia generalizada. Iniciar tratamento com fenobarbital em dose de manutenção e investigação com eletroencefalograma.

- Incorreta: Epilepsia generalizada caracteriza-se por crises não provocadas recorrentes. Neste caso, as crises são claramente provocadas pela febre. Não há indicação de tratamento anticonvulsivante contínuo nem realização imediata de EEG.

Crise convulsiva febril complexa. Orientar os pais sobre medidas antitérmicas, realizar eletroencefalograma e tomografia computadorizada.

- Incorreta: A criança teve uma crise febril em 24 horas, preenchendo os critérios para crise febril simples. Com duração de menos de 15 minutos, sem recorrência, sem alteração neurológica no pós-ictal, e não havia descrição de crise focal. A indicação rotineira de EEG e tomografia computadorizada também estaria incorreta se fosse uma crise complexa, devido à ausência de crises prolongadas (>15 minutos), sinais neurológicos focais ou suspeita clínica de infecção do SNC. A conduta correta é observação clínica, controle sintomático e acompanhamento ambulatorial neurológico posterior, sem exames invasivos imediatos.

Meningoencefalite viral ou bacteriana. Realizar hemograma, punção liquórica e tratamento específico após resultado dos exames.

- Incorreta: Não há sinais clínicos compatíveis com meningoencefalite (como rigidez de nuca, alteração prolongada do nível de consciência, vômitos persistentes ou déficits neurológicos focais). Portanto, exames invasivos (punção lombar) e tratamento empírico não são indicados nessa situação.

### **Referências:**

BRUTON, L. L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580556155/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> 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: 21 nov. 2024.

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

### **13<sup>a</sup> QUESTÃO**

**Enunciado:**

(UNISL PORTO VELHO) Um homem, de 64 anos, aposentado, é trazido pela esposa por apresentar lentidão crescente nas atividades diárias, como abotoar a camisa e escrever. Refere tremor fino na mão direita em repouso, que melhora com movimento voluntário. Também relata perda progressiva do olfato, constipação intestinal há meses e episódios de sono agitado com movimentos bruscos. No exame físico, observa-se hipomimia, rigidez em roda dentada, bradicinesia e reflexo glabellar persistente.

Com base na principal hipótese do caso apresentado e em relação à fisiopatologia, manifestações clínicas e princípios farmacológicos, qual alternativa está mais adequada?

**Alternativas:****(alternativa A) (CORRETA)**

A doença cursa com degeneração dopaminérgica e formação de corpos de Lewy. A levodopa promove alívio significativo dos sintomas motores, especialmente nos estágios iniciais da doença.

**(alternativa B)**

A origem fisiopatológica da doença é sempre vascular, atingindo os núcleos da base e o cerebelo. Os vasodilatadores cerebrais são os pilares terapêuticos recomendados na maioria dos pacientes.

**(alternativa C)**

A doença resulta de lesão colinérgica medular e central, sendo os anticolinesterásicos a terapia inicial mais eficaz. A formação dos corpos de Lewy tem papel secundário na fisiopatologia.

**(alternativa D)**

Os sintomas não motores surgem tardeamente por efeitos adversos da levodopa, por isso ela deve ser evitada precocemente mesmo quando há comprometimento funcional significativo no paciente.

## **Resposta comentada:**

Alternativa correta:

A doença cursa com degeneração dopaminérgica e formação de corpos de Lewy. A levodopa promove alívio significativo dos sintomas motores, especialmente nos estágios iniciais da doença. Justificativa: A Doença de Parkinson envolve perda de neurônios dopaminérgicos na substância negra e acúmulo de corpos de Lewy. A levodopa é o tratamento mais eficaz, mas seu início depende da idade, impacto funcional e risco de discinesias.

Distratores:

A doença resulta de lesão colinérgica medular e central, sendo os anticolinesterásicos a terapia inicial mais eficaz. A formação dos corpos de Lewy tem papel secundário na patologia.

Justificativa: A Doença de Parkinson é dopaminérgica e cerebral, não colinérgica nem medular. Anticolinesterásicos não têm eficácia nos sintomas motores e corpos de Lewy são centrais na fisiopatologia.

A origem fisiopatológica da doença é sempre vascular, atingindo os núcleos da base e o cerebelo. Os vasodilatadores cerebrais são os pilares terapêuticos recomendados na maioria dos pacientes.

Justificativa: Parkinsonismo vascular é uma condição distinta. A DP idiopática não tem etiologia vascular nem cerebelar, e vasodilatadores não fazem parte do tratamento baseado em evidência.

Os sintomas não motores surgem tarde por efeitos adversos da levodopa, por isso ela deve ser evitada precocemente mesmo quando há comprometimento funcional significativo no paciente.

Justificativa: Os sintomas não motores geralmente precedem os motores e não são causados pela levodopa. A levodopa não deve ser evitada quando há impacto funcional importante.

Referências:

BRUTON, L L.; HILAL-DANDAN, R. As bases farmacológicas da terapêutica de Goodman e Gilman. 13<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018. E-book. p. 406. ISBN 9788580556155. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788580556155/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

NORRIS, Tommie L. Porth - Fisiopatologia. 10<sup>a</sup> 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: 21 nov. 2024.

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

## **14<sup>a</sup> QUESTÃO**

**Enunciado:**

(UNIGRANRIO BARRA) Homem, 55 anos, destro, trabalhador da construção civil, procura atendimento médico devido a dor no ombro direito há seis meses. Refere piora progressiva do quadro, principalmente ao realizar movimentos de elevação e abdução do braço, além de dificuldade para realizar atividades cotidianas, como pentear o cabelo e vestir roupas. Ao exame físico, apresenta dor à palpação na região anterossuperior do ombro e teste de Jobe positivo.

Com base no caso clínico apresentado, responda ao que se pede.

- a) Explique a fisiopatologia da Síndrome do Manguito Rotador, correlacionando os mecanismos de lesão e os fatores predisponentes para o desenvolvimento da doença.
- b) Cite pelo menos dois exames de imagem e suas respectivas contribuições para a avaliação da lesão.

**Alternativas:**

--

**Resposta comentada:**

a) A síndrome do manguito rotador ocorre devido a um desequilíbrio entre os mecanismos de reparo e degeneração dos tendões, frequentemente associado a compressão extrínseca e degeneração intrínseca. O impacto subacromial devido à diminuição do espaço entre a cabeça do úmero e o arco coracoacromial pode levar à inflamação do tendão do supraespinal e bursa subacromial, resultando em dor e limitação funcional. Os fatores predisponentes incluem atividades repetitivas com elevação do membro superior, envelhecimento e alterações anatômicas, como um acrônio curvo ou ganchoso. (0,5)

>> para receber (0,5) - descrever o impacto subacromial e a lesão devido compresão extrínseca.

Se citar apenas 1 dos dois (0,3).

Nenhum (0,0).

b) Quanto aos exames complementares, pode-se citar: (0,5)

Ultrassonografia: método acessível e de baixo custo, útil para avaliação da continuidade dos tendões, inflamação e bursa subacromial. Apresenta alta acurácia na detecção de roturas do manguito rotador.

- Ressonância magnética: padrão-ouro para avaliação detalhada dos tendões, permitindo identificar roturas parciais e completas, além de edema ósseo e alterações musculares. Também é útil para classificar a gravidade da lesão e planejar o tratamento.

Se apenas citar 2, sem dizer as contribuições. (0,3)

Se apenas citar 1, com as contribuições corretas. (0,3)

Se citar apenas 1, sem as contribuições. (0,1)

Se citar RX - avaliar bem a descrição da contribuição, se falar avaliar ruptura ou analisar tendão - incorreto, se falar avaliar o formato do acrônio considerar, desde que não ultrapasse a pontuação máxima. (0,1)

**Referências:**

SZEJNFELD, Jacob; ABDALA, Nitamar; AJZEN, Sergio (Coord.). Diagnóstico por imagem. 2. ed. São Paulo: Manole, 2016. 1 recurso online. ISBN 9788520447239. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/books/9788520447239>>. Acesso em: 11 set. 2022.

CHEN, Michael Y. M.; POPE, Thomas L.; OTT, David J. LANGE: Radiologia Básica. [Digite o Local da Editora]: Grupo A, 2012. 9788580551099. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788580551099/>. Acesso em: 07 jun. 2022.

MARCHIORI, Edson. Introdução à Radiologia. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2015. 978-85-277-2702-0. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/978-85-277-2702-0/>. Acesso em: 07 jun. 2022.

**15ª QUESTÃO**

**Enunciado:**

(UNIDEP) Paciente TOF, 79 anos, sexo feminino, comparece ao geriatra acompanhada dos filhos, que relatam quadro progressivo de esquecimento iniciado há cerca de um ano e meio. Segundo os familiares, a paciente apresenta dificuldade em lembrar nomes e recados, frequentemente repete perguntas e temas já discutidos, embora não perceba tais esquecimentos. Nega dificuldades na fala e alterações importantes de humor, mas refere-se frustrada por não conseguir realizar atividades cotidianas, como tomar corretamente seus medicamentos, utilizar o telefone ou sair desacompanhada.

Considerando o tratamento farmacológico indicado para a principal hipótese diagnóstica desse caso, assinale a alternativa correta.

**Alternativas:****(alternativa A)**

A memantina exerce sua ação terapêutica ativando os receptores glutamatérgicos NMDA, intensificando a transmissão glutamatérgica com aumento dos níveis de glutamato, levando à melhora das funções cognitivas.

**(alternativa B)**

A rivastigmina bloqueia de forma não competitiva os receptores NMDA talâmicos e os canais de cálcio, sendo considerada mais segura e menos tóxica do que outros inibidores da acetilcolinesterase utilizados no tratamento.

**(alternativa C)**

A amantadina atua como medicamento coadjuvante ao aumentar a transmissão colinérgica no SNC por meio da ativação da enzima acetilcolinesterase, retardando discretamente a progressão clínica da doença.

**(alternativa D) (CORRETA)**

Donepezila, galantamina e rivastigmina atuam aumentando a concentração de acetilcolina na fenda sináptica, através da inibição da enzima acetilcolinesterase, resultando em melhora das funções cognitivas.

## **Resposta comentada:**

Resposta correta: Donepezila, galantamina e rivastigmina atuam aumentando a concentração de acetilcolina na fenda sináptica, através da inibição da enzima acetilcolinesterase, resultando em melhora das funções cognitivas.

Os fármacos donepezila, galantamina e rivastigmina são inibidores da enzima acetilcolinesterase, aumentando a disponibilidade de acetilcolina na fenda sináptica, resultando em melhora das funções cognitivas comprometidas pela Doença de Alzheimer.

## Distratores:

A memantina exerce sua ação terapêutica ativando os receptores glutamatérgicos NMDA, intensificando a transmissão glutamatérgica com aumento dos níveis de glutamato, levando à melhora das funções cognitivas.

Alternativa incorreta: A memantina é um antagonista não competitivo dos receptores NMDA, reduzindo a excitotoxicidade glutamatérgica e protegendo os neurônios, não ativando esses receptores.

A rivastigmina bloqueia de forma não competitiva os receptores NMDA talâmicos e os canais de cálcio, sendo considerada mais segura e menos tóxica do que outros inibidores da acetilcolinesterase utilizados no tratamento.

Alternativa incorreta: A rivastigmina não atua sobre receptores NMDA, mas sim como inibidora "pseudoirreversível" da acetilcolinesterase, formando um complexo carbamilado temporário que impede a degradação da acetilcolina.

A amantadina atua como medicamento coadjuvante ao aumentar a transmissão colinérgica no SNC por meio da ativação da enzima acetilcolinesterase, retardando discretamente a progressão clínica da doença.

Alternativa incorreta: A amantadina não atua sobre a acetilcolinesterase nem aumenta a transmissão colinérgica. É um bloqueador não competitivo dos canais dos receptores NMDA, utilizado principalmente no tratamento da doença de Parkinson para controlar discinesias.

## Referências:

DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais. 3<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: ArtMed, 2019. E-book. p. 440. ISBN 9788582715062. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582715062/>. Acesso em: 30 mar. 2025.

SILVA, Penildon. Farmacologia, 8<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. E-book. p. 1181. ISBN 978-85-277-2034-2. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/978-85-277-2034-2/>. Acesso em: 30 mar. 2025.