Estratégia MED

ESTRATÉGIA . MED

PROVA COMENTADA

USP-SP 2021

ANO 2021

O SEGREDO DO SUCESSO É A CONSTÂNCIA NO OBJETIVO

OLÁ, ESTRATEGISTA.

O curso extensivo do Estratégia MED está prestes a ser lançado.

Contudo, enquanto não chega a esperada data de lançamento do nosso curso, nós corrigimos e comentamos, alternativa por alternativa, todas as questões da prova de acesso direto ao Programa de Residência da USP-SP 2021.

De posse deste material, você poderá testar os seus conhecimentos e, ainda, aprender com o conteúdo carinhosamente preparado pelos nossos professores especialistas. Aproveite!
Nosso curso vai provar que você poderá ter acesso a um conteúdo atualizado e de alta qualidade por um preço acessível.

Se você realmente deseja uma vaga na Residência Médica, a aprovação no Revalida ou, ainda, na Prova de Título, estude com a empresa que mais aprova no Brasil.
Os cursos do Estratégia são 100% digitais. Aqui, você pode estudar de onde quiser e na hora que puder.

Ah, para não perder as condições especiais para aquisição do nosso curso extensivo, fique ligado em nossas redes sociais que, em breve, divulgaremos a data de lançamento.

Estratégia Med @estrategiamed t.me/estrategiamed

Estratégia MED

Prof.
ALEXANDRE MELITTO

Prof.
ANA SOUZA

Prof.
ANDREA MAKSSOUDIAN

Prof.
ANTONIO RIVAS

Prof.
BÁRBARA D'ALEGRIA

Prof.
BRUNO BUZO

Prof.
BRUNO FERRAZ

Prof.
BRUNO SOUZA

Prof.
CAMILA MOMA

Prof.
CARLA MARCELINO

Prof.
CARLOS EDUARDO

Prof.
CLARISSA CERQUEIRA

Prof.
DAVID NORDON

Prof.
DILSON MARREIROS

Prof.
DIOGENES PAIVA

Prof.
ÉLIO CASTRO

Prof.
EVELYN CIUFFO

Prof.
FERNANDA BADIANI

Prof.
FERNANDA CANEDO

Prof.
FERNANDA LIMA

Prof.
GIORDANNE FREITAS

Prof.
HELENA SCHETINGER

Prof.
HUGO GARRIDO

Prof.
ISABELLA PARENTE

Prof.
JUAN DEMOLINARI

Estratégia MED

Prof.
LIGIA MODELLI

Prof.
MARCELO NONATO

Prof.
MONALISA CARVALHO

Prof.
NATALIA CARVALHO

Prof.
PAULO DALTO

Prof.
PHILIPPE COLARES

Prof.
RAQUEL QUILES

Prof.
RENATHA PAIVA

Prof.
RICARDO LEAL

Prof.
RICARDO SIUFI

Prof.
RUBENS ZALTRON

Prof.
SARAH COZAR

Prof.
VICTOR FIORINI

Prof.
TAYSA MOREIRA

Prof.
TEREZA GUERRA

Prof.
THALES THAUMATURGO

Prof.
TOMAS COELHO

Prof.
SERGIO BEDUSCHI FILHO

/estrategiamed

Estratégia Med

@estrategiamed

t.me/estrategiamed

Estratégia MED

LISTA DE ABREVIAÇÕES

AA – ar ambiente
AAS – ácido acetilsalicílico
BCF – batimentos cardíacos fetais
bpm – batimentos por minuto
BRNF – bulhas rítmicas normofonéticas s/ sopros
Cr – creatinina
DUM – data da última menstruação
FC – frequência cardíaca
FR – frequência respiratória
Hb – hemoglobina
HCM – Hemoglobina Corpuscular Média
Ht – hematócrito
IMC – índice de massa corpórea
ipm – incursões por minuto
$IC_{95\%}$ - intervalo de confiança de 95%
MV – murmúrios vesiculares
IRT – tripsina imunoreativa neonatal
mmHg – milímetros de mercúrio
MMII - membros inferiores
P – pulso
PA – pressão arterial
PEEP – Pressão expiratória final positiva
PSA - antígeno prostático específico
PO – Pós-operatório
pO_2 – pressão parcial de O_2
pCO_2 – pressão parcial de CO_2
PS – Pronto-Socorro
RHZE - R (rifampicina), H (isoniazida), Z (pirazinamida) e E (etambutol)
RN – Recém-nascido
Sat – saturação
Sat O_2 – saturação de oxigênio
TEC – tempo de enchimento capilar
Temp. – temperatura axilar
TPO – Tireoperoxidase
TRAB – Anticorpo anti-receptor de TSH
TSH – Hormônio tireo-estimulante
U – ureia
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
TTGO – teste de tolerância a glicose oral
UBS – Unidade Básica de Saúde
USG – Ultrassonografia
VCM – Volume Corpuscular Médio
VHS – velocidade de Hemossedimentação

VALORES DE REFERÊNCIA DE HEMOGLOBINA (HB) EM g/dL PARA CRIANÇAS

Recém-nascido= 15 – 19
2 a 6 meses = 9,5 – 13,5
6 meses a 2 anos = 11 – 14
2 a 6 anos = 12 – 14
6 a 12 anos = 12 – 15
Líquido pleural ADA: até 40 U/L
Líquido sinovial: leucócitos até 200 células/mL

ALGUNS VALORES DE REFERÊNCIA (ADULTOS)

Sangue (bioquímica e hormônios)

Albumina = 3,5 – 5,5 g/dl
Bilirrubina Total = 0,3 – 1,0 mg/dl
Bilirrubina Direta = 0,1 – 0,3 mg/dl
Bilirrubina Indireta = 0,2 – 0,7 mg/dl
Cálcio iônico = 4,6 a 5,5 mg/dL ou 1,15 a 1,38 mmol/l
Cálcio total = 8,4 - 10,20mg/Dl
Cloretos = 98 - 106 mEq/l
Creatinina = 0,7 a 1,3 mg/dL
Desidrogenase Láctica < 240 U/L

Ferritina: homens: 22-322 ng/mL. mulheres: 10-291 ng/mL

Ferro sérico: homens: 70-180 µg/dL. mulheres: 60-180 µg/dL

Fosfatase alcalina: 40-129 U/L

Fósforo: 2,5 a 4,8 mg/dl ou 0,81 a 1,55 mmol/l

Globulinas = 2,0 a 3,5 g/dl

HDL: superior a 40mg/dL para homens superior a 50mg/dL para mulheres

Lactato = 5 – 15 mg/dl

Magnésio = 1,8 – 3 mg/dl

Proteína Total = 5,5 – 8,0 g/dl

PTH sistêmico = 15-65 pg/mL

T4L = 0,93-1,70ng/dL

Ureia = 10 a 50 mg/dL

Potássio = 3,5-5,0 mEq/L

PSA < 4 ng/mL

Sódio = 135-145 mEq/L

TSH = 0,4 a 4,0 mUI/mL

Vitamina D >= 30 ng/ml

Sangue (hemograma e coagulograma):

Conc. hemoglobina corpuscular média (CHCM)= 31 a 36 g/dl

Hemoglobina corpuscular média (HCM) = 27 a 32pg

Volume corpuscular médio (VCM) = 80 a 100 fl

RDW: 10 a 16%

Leucócitos = 5.000 a 10.000/ mm^3

Linfócitos = 0,9 a 3,4 mil/ mm^3

Monócitos = 0,2 a 0,9 mil/mm^3

Neutrófilos = 1,6 a 7,0 mil/ mm^3

Eosinófilos = 0,05 a 0,5 mil/ mm^3

Plaquetas = 150.000 a 450.000/mm^3

Reticulócitos = 0,5 a 2,0%

Tempo de Protrombina (TP) = INR entre 1,0 e 1,4; Atividade 70 a 100%

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (TTPA) R - até 1,2

Tempo de Trombina (TT) = 14 a 19 segundos

Gasometria Arterial:

pH = 7,35 a 7,45

pO_2 = 80 a 100mmHg

pCO_2 = 35 a 45mmHg

Base Excess (BE) = -2 a 2

HCO_3 = 22 a 28mEq/L

$SatO_2$ > 95%

Líquor (punção lombar):

Células até 4/mm^3

Lactato até 20mg/dL

Proteína até 40mg/dL

QUESTÕES

1 - Homem de 60 anos de idade procura a unidade básica de saúde queixando-se de dor protocinética e após caminhadas em joelhos há 5 anos. O quadro é acompanhado de dor nas mãos, principalmente após esforços, com episódios de rigidez matinal de 15 minutos. No exame clínico dos membros encontram-se joelhos com desvio em varo bilateral, com pequeno derrame articular à esquerda. Hipotrofia muscular de quadríceps bilateralmente (mais acentuada à esquerda), além de crepitação aos movimentos de flexão acima de 90 graus. Há nódulos de Heberden e Bouchard em mãos. Considerando a principal hipótese diagnóstica, marque a correta:

A) Os estudos mais recentes mostram que a hidroxicloroquina é eficaz.

B) Anti-inflamatórios tópicos estão recomendados.

C) Glicosamina e condroitina melhoram a dor e evitam dano estrutural.

D) A diacereína está recomendada pelas principais diretrizes da doença.

2 - Mulher de 27 anos de idade está em acompanhamento em ambulatório de serviço de referência por lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado há 2 anos. Comparece em consulta queixando-se de edema progressivo de membros inferiores, urina espumosa e redução progressiva do volume urinário há 20 dias. Atualmente está em uso de prednisona 10 mg/dia e Azatioprina 150 mg/dia. No exame clínico, PA 150x90 mmHg, FC 100 bpm, FR 20 ipm, Temperatura axilar 36,5°C. Edema depressível de membros inferiores 2+/4+, edema de face +/4+. Não há outras alterações no restante do exame clínico.

Considerando o quadro atual da paciente, qual das alternativas abaixo traz associações compatíveis entre a classificação da doença e os achados histológicos e laboratoriais?

	Classificação	Achados histológicos e laboratoriais
A)	Proliferativa difusa	70% de glomérulos acometidos por proliferação celular na microscopia ótica; redução do C3 sérico, proteinúria > 3g/dia
B)	Proliferativa focal	30% de glomérulos acometidos por proliferação celular na microscopia ótica; aumento do C3 sérico, hematúria e proteinúria entre 1 e 3 g/dia
C)	Membranosa	Espessamento da cápsula de Bowman, cilindros hemáticos numerosos, proteinúria entre 1 e 3 g/dia
D)	Proliferativa mesangial	Expansão da matriz mesangial, insuficiência renal rapidamente progressiva, proteinúria > 3g/dia

3 - Mulher de 50 anos de idade procura o ambulatório de clínica médica com queixa de fraqueza muscular proximal de membros superiores e inferiores iniciada há 2 meses, com poliartrite simétrica de pequenas articulações e lesões de pele ilustradas na figura a seguir.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta:

A) A doença caracteriza-se por fraqueza muscular, todavia, mialgia é sintoma raro.

B) A maioria dos pacientes apresenta lesões cutâneas sem comprometimento muscular.

C) Sugere-se rastreamento para neoplasias, sendo maior o risco nos primeiros anos após diagnóstico da doença.

D) Acometimento pulmonar deve fazer pensar em sobreposição com outras doenças, como Esclerose Sistêmica.

4 - A embriaguez patológica caracteriza-se por:

A) Ingestão compulsiva de grandes quantidades de álcool em fases bem delimitadas de tempo com alteração da lucidez de consciência.

B) Ingestão de pequenas doses de álcool, alucinação tipo macrozoopsia concomitante e convulsões sub-entrantes.

C) Ingestão de grandes quantidades de álcool, acompanhada de euforização do humor seguida da fase comatosa, com relaxamento esfincteriano.

D) (D) Ingestão de pequenas doses de álcool, crespuscularização da consciência e amnésia lacunar.

5 - Homem de 24 anos de idade teve um quadro psicótico de início agudo há dois dias. Foi levado ao Pronto-Socorro por agitação psicomotora, onde recebeu haloperidol IM e prescrição para uso de haloperidol 10 mg/dia por via oral.

Vem à consulta apresentando piora da agitação, não consegue se manter sentado durante a entrevista. Fica em pé balançando o corpo de um lado para o outro e esfrega as mãos com uma fisionomia angustiada. Qual é a conduta para a principal hipótese diagnóstica neste momento?

A) Ministrar benzodiazepínico e substituir antipsicótico.

B) Aumentar a dose do antipsicótico e reavaliar em 2 semanas.

C) Associar medicação anticolinérgica e manter antipsicótico.

D) Suspender antipsicótico e fazer eletroconvulsoterapia.

6 - Um estudante de biologia de 24 anos de idade é trazido por sua mãe e seu irmão ao Pronto-Socorro. Nas últimas duas semanas, o estudante tem ficado progressivamente mais agitado, inquieto, dormindo menos e falando rápido, às vezes difícil de entender. Há dois dias começou a falar que descobriu a cura para a covid-19, tendo enviado várias mensagens eletrônicas para diferentes jornais, instituições públicas e embaixadas. Diz agora que aguarda a ligação de ministros da saúde de vários países para conversar sobre sua descoberta. Quando questionado pelo irmão sobre esses fatos, ficou muito irritado e tentou agredi-lo fisicamente.

A família diz que o paciente sempre foi estudioso, trabalhador, carinhoso com os pais e é amigo do irmão. Aos 20 anos de idade, apresentou quadro depressivo e foi tratado com medicamento, cujo nome os familiares não se recordam. Não há antecedentes familiares mórbidos relevantes.

Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A) Transtorno obsessivo compulsivo.
B) Esquizofrenia Hebefrênica.
C) Transtorno Afetivo Bipolar.
D) Transtorno de Personalidade.

7 - Mulher de 23 anos de idade vem ao Pronto-Socorro com cefaleia contínua há quatro dias. A dor inicialmente era temporal esquerda de moderada intensidade, mas hoje passou a ser holocraniana, de forte intensidade, e associada a náuseas e fotofobia. Nestes quatro dias, medicou-se apenas com dipirona. Refere que tem cefaleia com características semelhantes, mas de fraca intensidade, pelo menos duas a três vezes por mês. Não usa nenhuma medicação contínua. Sem antecedentes patológicos relevantes. O exame clínico (incluindo o exame neurológico) é normal. Na chegada ao Pronto-Socorro recebeu dipirona, cetoprofeno e metoclopramida endovenosa, sem melhora após duas horas.

Qual alternativa representa a melhor opção terapêutica?

A) Morfina.
B) Metilprednisolona.
C) Tramadol.
D) Clorpromazina.

8 - Médico de 57 anos de idade veio trazido pela esposa à unidade básica de saúde por alteração do comportamento há dois anos. Antes disso era uma pessoa funcional, e não tinha doenças prévias diagnosticadas. O quadro iniciou com irritabilidade e impulsividade, às vezes parecendo que tinha "perdido o freio mental", falando o que "vinha na cabeça". Também passou a comer muito doce, algo que não era comum.

Durante toda a consulta, o paciente demonstrava-se inquieto, e às vezes fazia comentários jocosos. Na avaliação cognitiva, apresentava respostas impulsivas e estava um pouco desatento. No miniexame do estado mental, ele fez 26 pontos (perdeu três pontos nas subtrações seriadas e um no comando verbal). O exame clínico não tem outras alterações. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

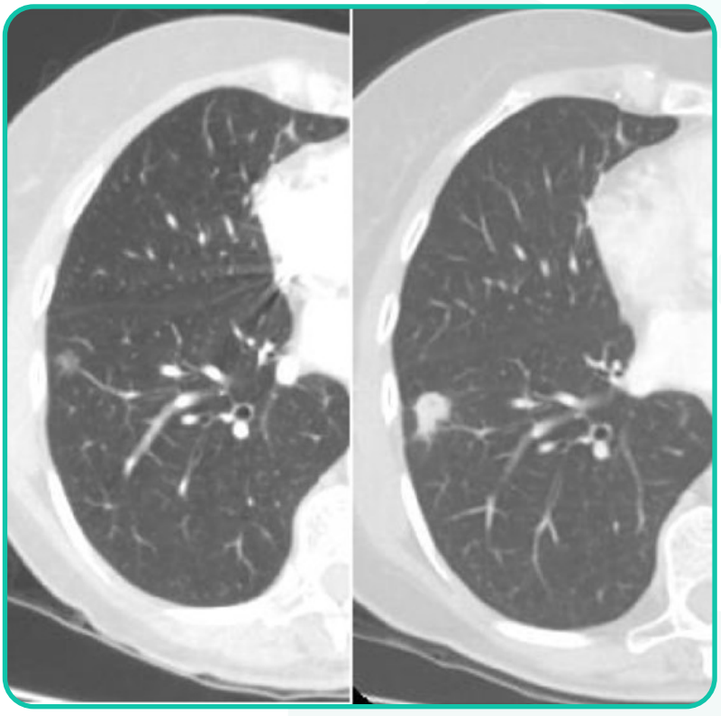
A) Demência da doença de Alzheimer.
B) Transtorno Afetivo Bipolar.
C) Transtorno de personalidade.
D) Demência frontotemporal.

9 - Mulher de 20 anos de idade está internada em um hospital terciário por paralisia flácida ascendente, iniciada há 3 semanas e progredindo ao longo de 7 dias. Não há acometimento de nervos cranianos, antecedente de doença infecciosa ou febre. Não consegue deambular, mas não há acometimento respiratório. Há 15 dias, desenvolveu abdome agudo que resultou em laparotomia branca. Durante o pósoperatório, apresentou crise convulsiva. Tem antecedente pessoal de surto psicótico ocorrido há 1 ano.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o próximo passo?

A) Prescrever pulsoterapia com Metilprednisolona.
B) Solicitar PCR para herpes no liquor.
C) Solicitar porfobilinogênio urinário.
D) Prescrever imunoglobulina EV ou plasmaferese.

10 - Mulher de 65 anos de idade é atendida no ambulatório de clínica médica por queixa de tosse crônica. Refere que o quadro iniciou há 1 ano, quando realizou tomografia de tórax (imagem à esquerda) como parte da investigação diagnóstica. Nega antecedentes mórbidos relevantes. O exame clínico é normal. Realizou nova tomografia de tórax há 15 dias (imagem à direita). Qual é o próximo passo?



A) Prescrever esquema RHZE.

B) Prescrever anfotericina.

C) Solicitar lavado broncoalveolar.

D) Solicitar biópsia pulmonar.

11 - Homem de 47 anos de idade foi resgatado pelos bombeiros após colisão auto x auto, no qual era o condutor de um dos veículos, e trazido ao Pronto-Socorro de um hospital terciário. Quatro outras pessoas foram feridas, uma delas falecida no local. Segundo a equipe de resgate, testemunhas viram o paciente convulsionar após o acidente.

Após a estabilização inicial adequada, realizou tomografia computadorizada de crânio, mostrada a seguir. Quais são as alterações presentes na tomografia?

A) Hemorragia parenquimatosa, hemorragia intraventricular e lesão axonal difusa.

B) Hematoma extradural, hemorragia extra-axial e intraventricular.

C) Aneurisma cerebral roto com hemorragia parenquimatosa e meníngea.

D) Múltiplas metástases cerebrais, com efeito de massa.

12 - Homem de 17 anos de idade procura o Pronto-Socorro por lesão em perna esquerda após trauma local há 4 dias. Hoje está com febre (39,5ºC). Foto da lesão mostrada a seguir.

Considerando o principal agente etiológico para o quadro, qual das alternativas abaixo traz exclusivamente medicamentos que são eficazes para tratamento como monoterapia?

A) Clindamicina, cloranfenicol, tigeciclina e amicacina.
B) Linezolida, vancomicina, oxacilina, teicoplanina.
C) Penicilina, oxacilina, claritromicina e gentamicina.
D) Metronidazol, vancomicina, oxacilina e linezolida.

13 - Mulher de 28 anos de idade vem à unidade básica de saúde para acompanhamento por asma brônquica, diagnosticada aos 10 anos de idade. Há 2 meses tem crises de falta de ar e tosse seca que melhoram com uso de salbutamol inalatório. Há 45 dias, teve uma crise mais intensa de dispneia associada a chiado, para a qual precisou de atendimento de emergência em Pronto-Socorro. Após a alta, persiste com sintomas diurnos três vezes na semana, com limitação para atividades diárias e sintomas noturnos esporádicos. Fez uso somente de prednisona 40 mg/dia por uma semana após a alta hospitalar. Nega outros sintomas. No exame clínico, está em bom estado geral, corada, hidratada, FC: 80 bpm, FR: 16 ipm, PA: 122 x 86 mmHg. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes e sibilos expiratórios. O restante do exame clínico é normal. Trouxe espirometria feita há 1 semana, com os seguintes resultados após o uso de broncodilatador: VEF1/CVF: 0,68, VEF1: 70% do predito, com variação pré-para pós-brondilatador de 290 ml (14%). Considerando o atual estágio de controle da asma da paciente, qual é o tratamento de primeira linha para o caso, de acordo com o *Global Initiative for Asthma Treatment*?

	MANUTENÇÃO	RESGATE
(A)	Formoterol+budesonida	Formoterol +budesonida
(B)	Montelucaste	Fenoterol
(C)	Formoterol+budesonida	Fenoterol
(D)	Montelucaste	Formoterol +budesonida

14 - Homem de 68 anos de idade, aposentado, vem para consulta em ambulatório geral para avaliação de "check-up". Tem hipotireoidismo há 10 anos, em uso de levotiroxina 50 mcg ao dia. É tabagista de 1 maço por dia, desde os 15 anos de idade. Quando indagado sobre parar de fumar, entende que o cigarro é a causa dos seus problemas e que gostaria de parar de fumar, mas não se sente preparado para tentar agora, pois ainda precisa dele para aliviar o estresse.

No exame clínico, tem peso de 81 kg e altura 150 cm. Pressão arterial: 110 x 76 mmHg. O restante do exame clínico é normal. Traz exames realizados há 2 semanas: Hb: 17 g/Dl; Ht: 48%; Leucócitos: 8400/mm³; Plaquetas: 347 mil/mm³; Glicemia de jejum: 112 mg/dL; Hemoglobina glicada: 6,0%; Colesterol total: 128 mg/dL; LDL: 64 mg/dL HDL: 46 mg/dL; Creatinina: 0,8 mg/dL; Ureia: 35 mg/dL; Na: 140 mEq/L K: 3,9 mEq/L; TSH: 8,8 µU/mL; T4 livre normal.

Segundo as recomendações da *US Preventive Services Task Force*, além dos exames de rastreamento já realizados, devem ser considerados no plano de cuidado deste paciente:

A) Radiografia de tórax, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e antígeno prostático específico (PSA).

B) Tomografia de tórax de baixa radiação, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e ultrassonografia de tireoide.

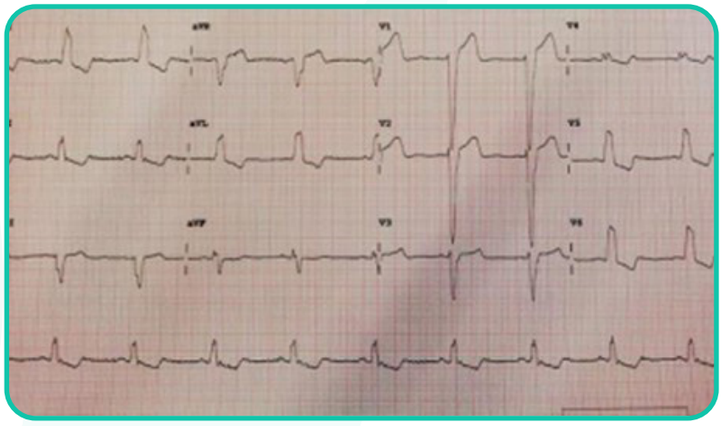
C) Tomografia de tórax de baixa radiação, colonoscopia e USG doppler de aorta abdominal.

D) Radiografia de tórax, colonoscopia e ultrassonografia de tireoide.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **15** e **16**:

Homem de 68 anos de idade tem insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 36%. Está em uso de enalapril 20 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Durante os últimos meses, persistia com dispneia apenas aos grandes esforços. Procura o pronto-atendimento porque há 7 dias apresenta piora da dispneia (atualmente no repouso), tosse seca e febre baixa (37,9ºC). No exame clínico, está em regular estado geral, consciente e orientado. FC 88 bpm, PA 90x60 mmHg, saturação de oxigênio em ar ambiente: 89%. Ausculta pulmonar com estertores finos em ambas as bases.

15 - O último eletrocardiograma presente em prontuário (realizado há um mês) está apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo do eletrocardiograma?



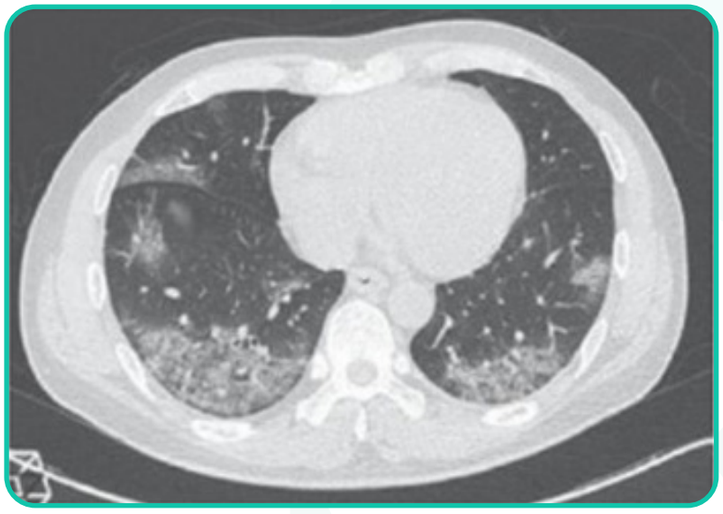
A) Bloqueio atrioventricular total.

B) Aneurisma ventricular.

C) Ritmo juncional.

D) Bloqueio de ramo esquerdo.

16 - Durante internação para compensação clínica, o paciente realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir. Qual é a principal hipótese diagnóstica para o quadro agudo?



Fonte: http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200114

A) Insuficiência cardíaca descompensada.
B) Infecção por SARS-CoV-2.
C) Pneumonia estreptocócica.
D) Tromboembolismo pulmonar.

17 - Homem de 24 anos de idade, previamente hígido, é levado ao Pronto-Socorro com queda do estado geral, náuseas e vômitos. Há duas semanas tem notado perda de peso (6 kg, aproximadamente 8% do peso inicial). No exame clínico, está sonolento, desidratado +3/+4. Frequência respiratória de 30 ipm, pressão arterial de 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm; abdome flácido, sem sinais de peritonite. O restante do exame clínico é normal.

O exame de urina revelou glicosúria 4+/4 e cetonúria 4+/4. A gasometria arterial em ar ambiente evidenciou: pH 7,02; pO_2 95 mmHg; pCO_2 26 mmHg; bicarbonato 6 mEq/L; Base excess (BE) -10; $SatO_2$ em ar ambiente 99%. K^+ 3,8 mEq/L, Na^+ 132 mEq/L Cl^- 93 mEq/L; Glicemia 400 mg/dL.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que indica condutas que compõem as primeiras duas horas de atendimento:

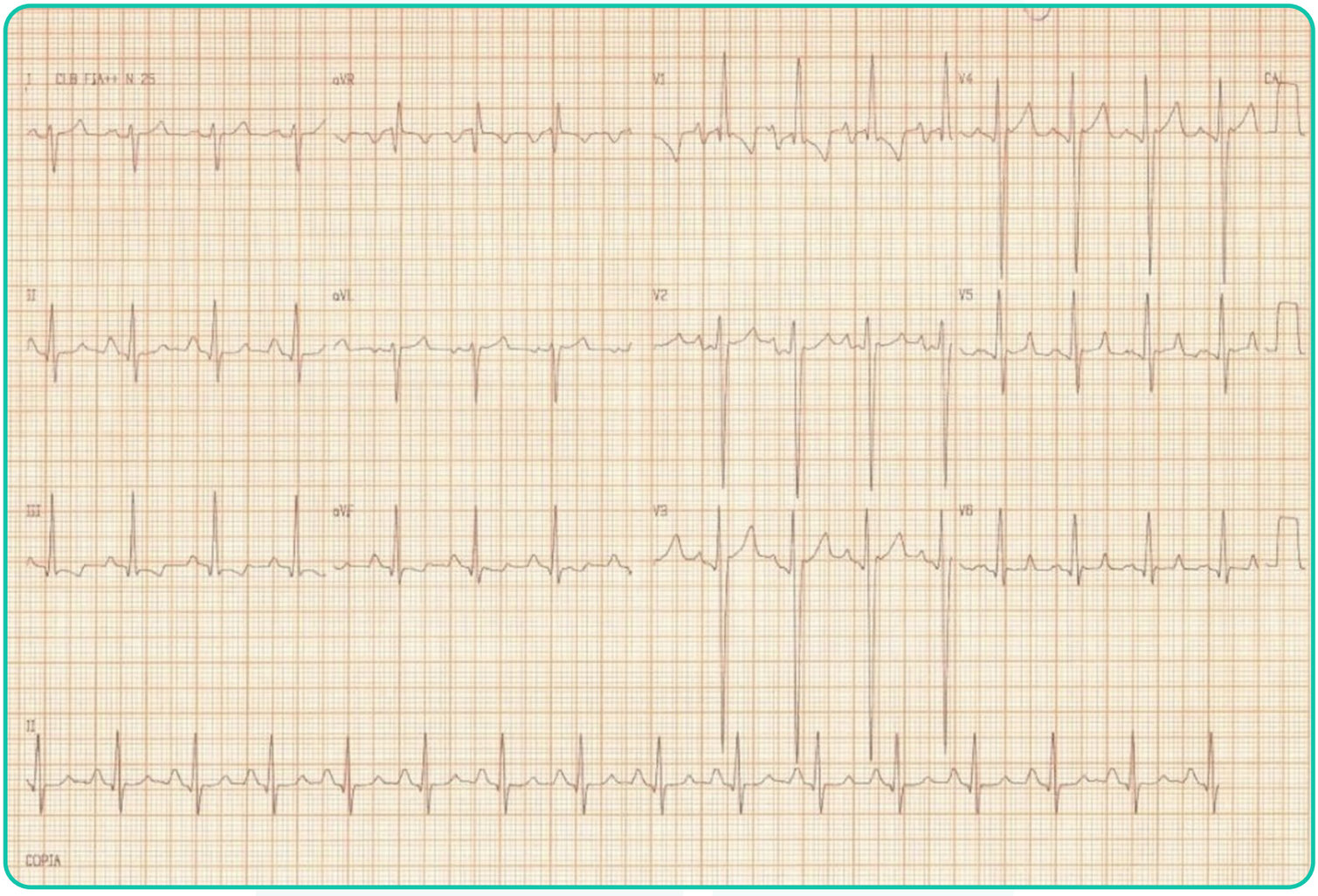
A) Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina NPH subcutânea, KCl 19,1% EV.
B) Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina regular EV, bicarbonato de sódio 8,4% EV.
C) Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina NPH subcutânea, bicarbonato de sódio 8,4% EV.
D) Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina regular EV, KCl 19,1% EV.

18 - Mulher de 66 anos de idade, tem antecedentes de obesidade grau 3 e osteoartrose grave de joelhos. Foi levada por seus familiares ao Pronto-Socorro por quadro de desorientação têmporo-espacial e confusão mental, com períodos de agitação intensa há três dias, com piora hoje. Faz uso frequentes de medicações para dores dos joelhos, porém os familiares não sabem referi-las.

Ao exame clínico encontra-se em regular estado geral, desidratada +2/+4, febril; agitada, não colaborativa ao exame; pressão arterial 140x90 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, frequência respiratória 24 ipm, temperatura axilar de 38,8ºC; sem déficits neurológicos focais e sem sinais meníngeos; abdome globoso, palpação de massa em hipogástrio com intensa manifestação de dor pela paciente à palpação, sem sinais de peritonite. Restante do exame clínico sem alterações. Glicemia capilar de 140 mg/dL. Qual alternativa traz o conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais para o quadro agudo da paciente?

A) Passagem de sonda vesical de alívio, coleta de urina tipo I e urocultura; quetiapina e dipirona.
B) Tomografia de crânio com contraste, coleta de proteína C-reativa e hemograma; diazepam e AAS.
C) Tomografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; haloperidol e dipirona.
D) Ultrassonografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; risperidona e paracetamol.

19 - Qual das valvopatias indicadas a seguir é compatível, quando ocorrida isoladamente, com as alterações presentes neste eletrocardiograma?



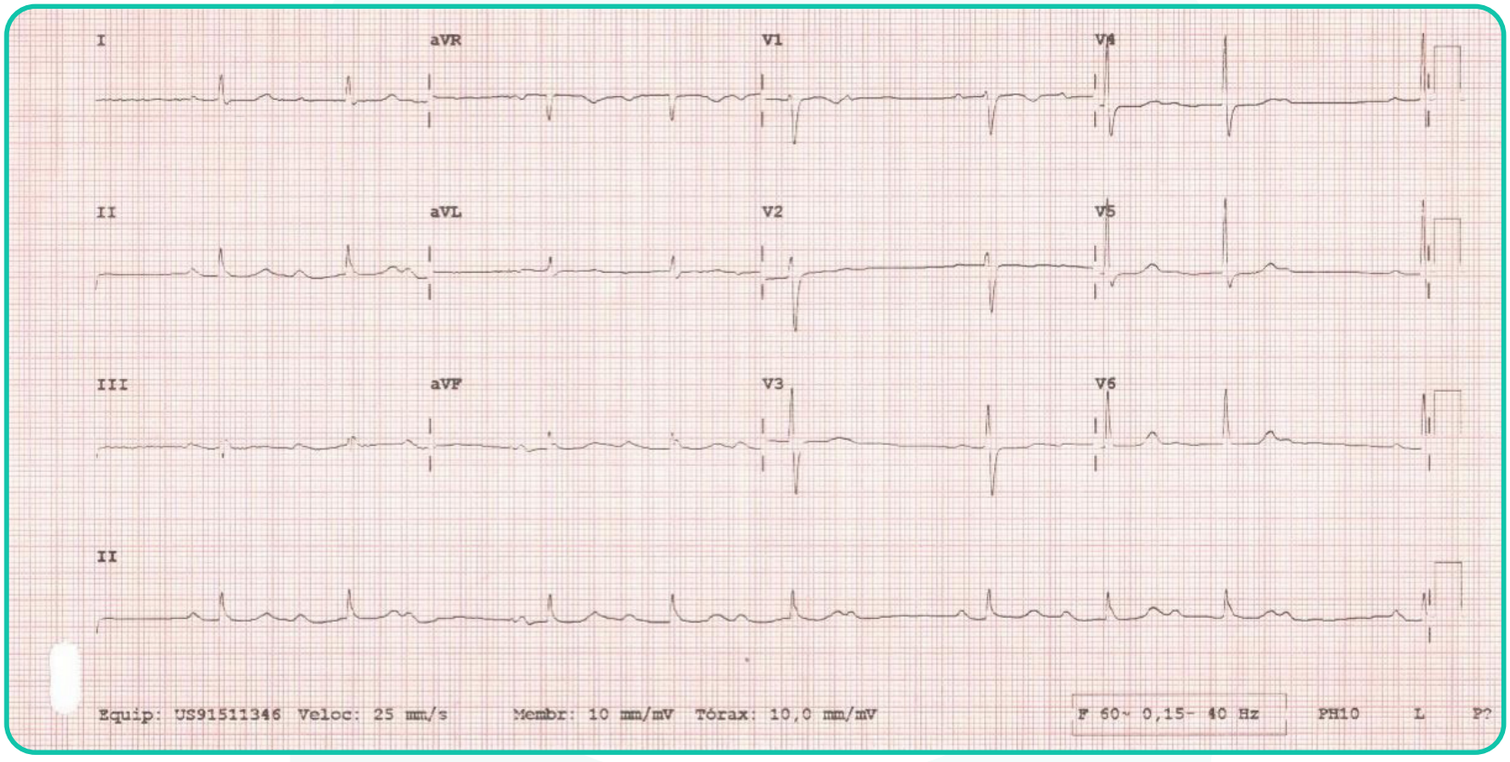
A) Insuficiência aórtica.

B) Estenose mitral.

C) Insuficiência tricúspide.

D) Estenose pulmonar.

20 - Mulher de 58 anos de idade vem à unidade básica de saúde pois apresentou quadro de escurecimento visual durante prática de atividade física. Não houve perda da consciência. Não tem antecedentes mórbidos relevantes. No exame clínico, frequência cardíaca 58 bpm. O restante do exame clínico é normal. Realizou o eletrocardiograma apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo do eletrocardiograma?



A) Eletrocardiograma normal.

B) Fibrilação atrial de baixa resposta ventricular.

C) Bloqueio atrioventricular de 2º grau, Mobitz I.

D) Bradicardia sinusal.

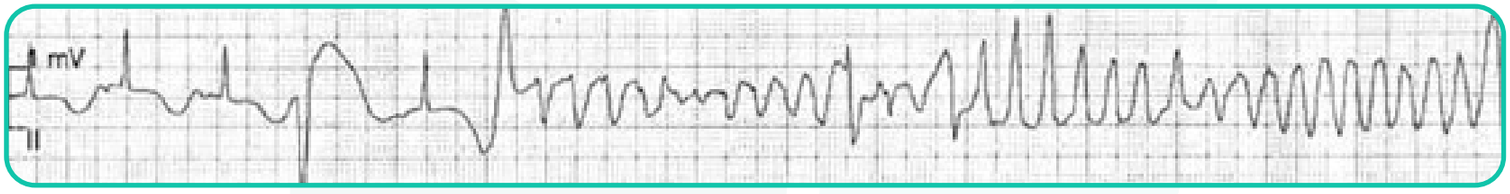
ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **21** a **24**:

Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido a saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje.

21 - O "box" de isolamento em que o paciente está internado não possui antecâmara. Antes de entrar, o médico já se encontra com uma máscara N95. Ele higieniza as mãos, veste o avental, coloca os óculos de proteção, adentra o box e calça as luvas de procedimento. Com relação à paramentação realizada, assinale a alternativa correta

A) Não houve erro de paramentação.
B) As mãos deveriam ser higienizadas novamente após a entrada no box.
C) A máscara deveria ter sido trocada antes da entrada no box.
D) As luvas deveriam ter sido calçadas antes da entrada no box.

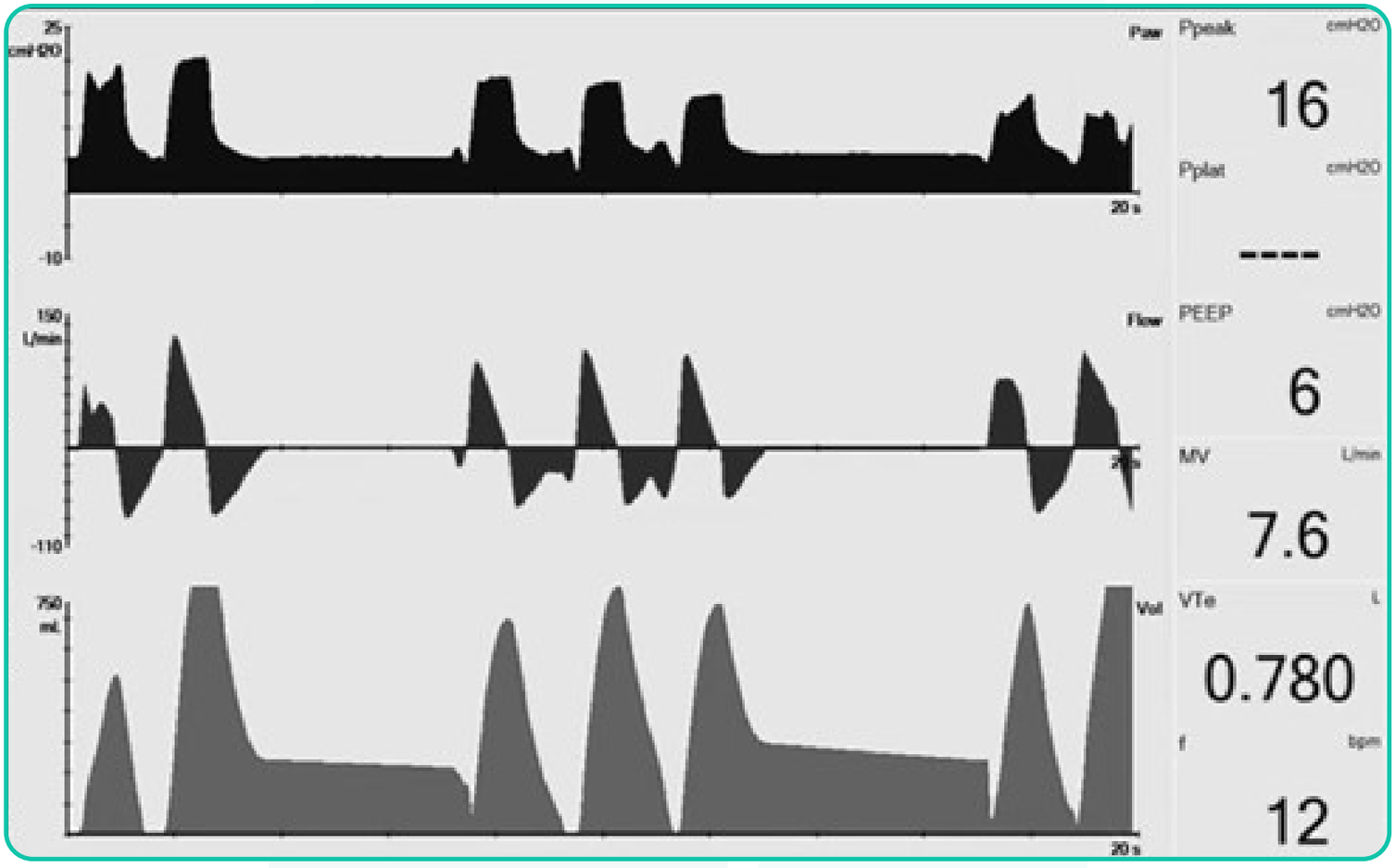
22 - Uma vez dentro do "box", o médico ouve o alarme do monitor soar e detecta a arritmia abaixo. A avaliação e tratamento adequados foram feitos e a arritmia foi revertida.



Considerando os itens abaixo da prescrição médica do Sr. João, qual item deverá ser suspenso da prescrição?

A) Azitromicina 500mg SNE 1 x ao dia.
B) Ceftriaxone 1g IV 12/12h.
C) Inalação com salbutamol 6/6h.
D) Terbutalina subcutânea ACM.

23 - O paciente está ventilado sob os seguintes parâmetros: Modo controlado a pressão; FiO_2 = 40%; PEEP 5 cmH_2O; Pressão de pico 17 cmH_2O; Tempo inspiratório de 1 segundo; Frequência respiratória de 10 vpm. Você percebe que o paciente está desconfortável e nota o seguinte registro no monitor:



Qual é a principal hipótese para a alteração encontrada no monitor?

A) Vazamento de circuito.

B) Líquido no circuito.

C) Aprisionamento aéreo.

D) Duplo disparo.

24 - Baseado no quadro exposto na questão anterior, qual das condutas abaixo será mais eficaz para corrigir a alteração encontrada?

A) Aumento do tempo inspiratório.
B) Revisão do circuito ventilatório.
C) Aumento da PEEP.
D) Redução da pressão de pico.

25 - Considere que um determinado teste diagnóstico, de uma infecção, está sendo utilizado em uma cidade onde sua prevalência é 10%. O que se espera dos valores preditivos positivo (VPP), negativo (VPN) e da especificidade (E) deste teste, se o mesmo for aplicado em outra cidade onde a prevalência da infecção é 20%?

A) Diminuirá; aumentará; aumentará.
B) Diminuirá; aumentara; será mantida.
C) Aumentará; aumentará; diminuirá.
D) Aumentará; diminuirá; será mantida.

26 - Em 2017, foi conduzido na cidade de Kampala, Uganda, um estudo envolvendo 1.583 indivíduos escolhidos por sorteio, moradores de oito locais distantes entre si. Em quatro destes locais foi implantado um programa de educação denominado "estratégia de aceitação", que objetivava maior resposta comunitária de apoio às vítimas de violência doméstica. Quatro anos depois, a metodologia de amostragem foi repetida nos mesmos locais, envolvendo um total de 2.532 indivíduos. Nas duas ocasiões, foram obtidos dados sobre a ocorrência de violência doméstica (desfecho) e fatores de risco e de proteção. As análises dos dados incluíram o ajuste por intenção de tratamento no nível de cluster. Quando os resultados dos locais que implantaram o programa foram comparados com os resultados dos locais que não implantaram, observou-se que as mulheres que sofreram violência nos locais da intervenção tiveram maior chance de receber respostas comunitárias de apoio. Baseado em *BMC Med* **12**, 122 (2014).
Assinale a alternativa que descreve o desenho epidemiológico deste estudo.

A) Ecológico.
B) Ensaio clínico randomizado.
C) Ensaio de comunidade.
D) Caso-controle.

27 - Uma das preocupações dos órgãos públicos da Saúde no enfrentamento da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 é a segunda onda epidêmica. Assinale a alternativa que apresenta o fator que influencia diretamente a ocorrência de uma nova onda epidêmica.

A) A taxa de letalidade da covid-19 na primeira onda.
B) A proporção de suscetíveis na população.
C) A testagem sorológica em massa.
D) A subnotificação dos casos confirmados de covid -19.

28 - Um estudo de coorte foi realizado no Brasil com o objetivo de investigar fatores de risco associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente. Foi incluída uma amostra de crianças e adolescentes de 2 a 16 anos de idade. Alguns resultados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela X – Distribuição dos participantes segundo diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado. e variáveis selecionadas, risco relativo (RR) e seu intervalo de 95% de confiança ($IC_{95\%}$), Estado de São Paulo, 2014 – 2018

Variável/ Categorias	Dengue^		RR	$IC_{95\%}$	
	Não (n*)	Sim (n*)			
Sexo					
Feminino	1.647	131	0,73	0,59	0,90
Masculino	1.560	176	1,00		
Frequenta escola					
Não	181	9	1,89	0,99	3,61
Sim	3.026	298	1,00		
Sorologia prévia para dengue					
NR#	2.807	280	0,70	0,48	1,02
Reagente	400	27	1,00		
Tipo de domicílio					
Apartamento	108	3	0,30	0,10	0,93
Casa	3.090	304	1,00		
Domicílio ligado à rede pública de água					
Não	29	3	0,96	0,32	2,82
Sim	3.026	298	1,00		

Obs.: n*=número de indivíduos; NR#=não reagente; Dengue^=diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado.

Assinale a alternativa correta quanto aos fatores significativamente associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente:

A) Morar em apartamento foi um fator de proteção.

B) Sexo feminino foi um fator de risco.

C) Ter sorologia prévia reagente foi um fator de proteção.

D) Frequentar escola foi um fator de risco.

29 - A seleção do grupo controle ideal em estudos de casos e controles sobre malformações congênitas ainda é um ponto de controvérsia entre epidemiologistas. Alguns defendem que o grupo controle deve ser formado por crianças sem malformação congênita, enquanto outros argumentam que o grupo controle ideal deveria ser formado por crianças com uma malformação congênita distinta daquela em estudo. No centro deste debate está a validade interna dos estudos, em particular a ocorrência de dois tipos distintos de erro sistemático (vieses de memória e de seleção).

Diante do exposto, assinale a alternativa que indica o efeito esperado dos vieses de memória e de seleção, respectivamente, nos valores de *odds ratio* (OR) em estudos de caso-controle sobre malformações congênitas.

A) Superestimados e subestimados.

B) Subestimados e superestimados.

C) Ambos sejam superestimados.

D) Ambos valores não sofrem influência.

30 - Com base nos dados da tabela a seguir, assinale a alternativa que representa a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

Tabela X – Proporção de casos novos de sífilis congênita registrados no sistema de vigilância epidemiológica para o Brasil e o Estado de São Paulo, em 2019.

Mães de crianças nascidas com sífilis congênita*	Brasil	São Paulo
Realizaram pré-natal	83,4%	77,6%
Com tratamento para a sífilis durante o pré-natal**	6,4%	6,5%

Obs.: * nativivos ou natimortos; ** Penicilina Benzatina em dosagem adequada para a fase clínica da sífilis

Fonte: MS/SVS/DCCI em http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/

A) Aumento da cobertura do pré-natal (maior número de gestantes fazendo pré-natal).

B) Campanhas para aumentar a testagem rápida para a sífilis entre gestantes e parceiros.

C) Campanhas de conscientização da população acerca da sífilis adquirida e congênita.

D) Supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal.

31 - A tabela a seguir apresenta os resultados de um estudo caso-controle que teve como objetivo avaliar a associação entre tuberculose e diabetes. Os casos incidentes de tuberculose pulmonar foram selecionados em serviços públicos da cidade de Salvador, assim como seus controles, sem tuberculose pulmonar. A variável "tem diagnóstico de diabetes" foi categorizada em sim e não com base no valor de corte da glicemia capilar proposto pela American Diabetes Association.

Tabela X – Casos incidentes de tuberculose pulmonar e seus controles, segundo presença ou não de diabetes mellitus, Salvador.

Diabetes	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Não	279	86,4	305	94,4
Sim	44	13,6	18	5,6
Total	323	100	323	100

Fonte: Baseado em Pereira SM et al. Rev Saúde Pública 2016;50:82.

Obs.: n=número de indivíduos; %=proporção de indivíduos.

Assinale a alternativa que apresenta o valor da medida de associação adequada para o desenho do estudo relacionada ao risco de indivíduos com diabetes apresentarem tuberculose, em relação aos não diabéticos.

A) 0,37.
B) 0,41.
C) 2,44.
D) 2,67.

32 - Uma médica de família atende muitos casos de dependência química na Unidade Básica de Saúde onde trabalha. Para se capacitar, passou a aplicar escalas de avaliação destes casos. Ao atender um paciente adulto, aplicou um instrumento da Organização Panamericana da Saúde, cujos resultados foram dois pontos para maconha e 23 para álcool. Para o tratamento do paciente, está prevista a intervenção breve.

Considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde e as formas de trabalho em equipe previstas pela Estratégia Saúde da Família, a médica de família deve:

A) Encaminhar o paciente para a rede especializada.
B) Encaminhar o paciente para atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
C) Pedir apoio ao matriciamento.
D) Confirmar o diagnóstico com teste toxicológico antes de iniciar o tratamento.

33 - Você está atendendo a consulta de pré-natal de uma gestante de baixo risco muito interessada e que faz várias perguntas. A consulta já passou do tempo previsto e você tem muitas pacientes aguardando consulta, mas precisa solicitar os exames de rotina da gestação. Em relação às orientações e ao consentimento sobre os exames a serem solicitados, assinale a alternativa correta.

A) O consentimento não é mandatório caso você oriente a paciente a se informar sobre os exames, pela internet ou outros meios.
B) Você deve sempre informar o que é e para que serve cada um dos exames solicitados e a paciente deve consentir em fazê-los.
C) Exames, quando previstos em protocolo do Ministério da Saúde, não necessitam de consentimento do paciente para serem realizados.
D) No pré-natal não é necessário consentimento da gestante para a realização dos procedimentos previstos, já que o cuidado da criança é prioritário.

34 - Você, médico de uma Unidade Básica de Saúde, recebe uma paciente de 30 anos de idade, sem fatores de risco para câncer de mama, mas que acredita que fazer exames preventivos é a melhor forma de se cuidar. Por isso, solicita que você peça uma mamografia de rotina para ela. No entanto, você considera recusar o pedido da paciente quanto à solicitação da mamografia pois isto configura uma medida de prevenção: Assinale a alternativa correta:

A) Primária.
B) Secundária.
C) Terciária.
D) Quaternária.

35 - No verão 2014-2015, observou-se no Brasil a emergência de um agente infeccioso até então não descrito nas Américas, o vírus Zika. A maioria das infecções é assintomática. Os quadros sintomáticos caracterizam-se pela presença de exantema morbiliforme e hiperemia de conjuntivas, de curta duração, e frequentemente sem febre. Um estudo realizado em Salvador (BA) estimou que 70% da população foi infectada na primeira onda epidêmica. Cerca de um ano após a emergência, descreveu-se no país o quadro da síndrome congênita pelo vírus Zika, resultante da transmissão vertical. A síndrome congênita caracteriza-se pelo intenso comprometimento da neurogênese, resultando em microcefalia, hidrocefalia, hipoplasia do cerebelo, dilatação ventricular, comprometimento oto-oftalmológico e artrogripose. As propriedades de infectividade, patogenicidade e virulência do vírus Zika podem ser classificadas respectivamente como:

A) Alta, baixa, alta.
B) Alta, alta, alta.
C) Baixa, alta, baixa.
D) Baixa, baixa, alta.

36 - Em relação à infecção pelo vírus da hepatite B, assinale a alternativa correta:

A) A infecção confere imunidade duradoura por toda a vida.
B) A infecção perinatal apresenta maior risco de cronificação.
C) Anti-HBe reagente é indicador de menor risco de transmissão.
D) Anti-HBs reagente é indicador de maior risco de transmissão.

37 - Quanto à ocorrência de hanseníase no Brasil, é correto afirmar que:

A) A taxa de detecção está em queda no país.
B) A doença é mais frequente em adultos jovens e adolescentes.
C) A alta proporção de casos multibacilares indica diagnóstico tardio.
D) A proporção de casos paucibacilares é alta no país.

38 - A Vigilância Sanitária (VS) é uma das atividades exercidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é definida como as "ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas de saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde". Entre as áreas de atuação da VS existem áreas de intersecção com a vigilância epidemiológica, dentre elas estão a vigilância de:

A) Alimentos.
B) Efeitos adversos de fármacos.
C) Água para consumo humano.
D) Qualidade do ar.

39 - Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, assinale a alternativa correta.

A) Os gastos públicos com saúde, oriundos de impostos e contribuições sociais, representam aproximadamente 43% dos gastos totais com saúde no Brasil e o restante é gasto privado, com planos de saúde, compra de medicamentos e gastos diretos de indivíduos e famílias.

B) Do total de gastos do sistema de saúde, o percentual de gastos públicos é dirigido somente para os 80% da população que usam exclusivamente o sistema público.

C) O financiamento da saúde suplementar é composto em maior parte pelo desembolso de indivíduos e famílias e em menor parte por empregadores e associações que financiam planos de saúde coletivos.

D) Na composição do orçamento público federal da saúde, o item de maior despesa do Sistema Único de Saúde é a assistência farmacêutica (fornecimento de medicamentos à população).

40 - Uma paciente HIV-positiva está em tratamento e tem um plano de saúde oferecido pela empresa na qual trabalha. Ela é acompanhada por infectologista em consultório particular e realiza exames cobertos por seu convênio médico. Todos os meses, a paciente retira gratuitamente medicamentos antirretrovirais dispensados por serviço público de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Qual é o princípio do SUS que garante às pessoas o acesso a esses medicamentos?

A) Equidade.

B) Ressarcimento.

C) Universalidade.

D) Hierarquização.

41 - Um médico de uma equipe de Saúde da Família, notando o aumento do número de casos de AIDS na área de cobertura de sua Unidade Básica de Saúde, decide realizar um inquérito populacional na região para investigar a vulnerabilidade da população local à infecção pelo HIV. Considerando-se os modos de exposição à infecção pelo HIV e as três dimensões utilizadas nas análises de vulnerabilidade, assinale a alternativa que apresenta o aspecto relevante a ser incluído no estudo e a dimensão de vulnerabilidade a que está relacionado:

A) Acesso a meios de comunicação (dimensão programática).

B) Relações de gênero (dimensão social).

C) Acesso a testagem e aconselhamento (dimensão individual).

D) Qualidade dos serviços de saúde (dimensão social).

42 - Mulher de 65 anos de idade, oriunda de região rural e vivendo em São Paulo há dois anos procura a Unidade Básica de Saúde porque está com sangramento vaginal esporádico há seis meses. Estava com medo de ir à consulta médica porque nunca fez exame ginecológico e tem muita vergonha. Acha que o sangramento acontece porque a "mãe do corpo" está muito baixa e vem tomando chá sem melhora. O caso remete à importante tarefa do cuidado em saúde, particularmente na atenção primária, que é a construção de contatos terapêuticos culturalmente sensíveis. Nesse sentido, é correto afirmar que:

A) É necessário desmistificar respeitosamente a noção de "mãe do corpo" para que o contato terapêutico possa ser bem-sucedido.

B) É necessário estabelecer as racionalidades terapêuticas diversas para uma boa relação médico-paciente.

C) É necessário adaptar os termos usados pelos profissionais ao universo cultural dos pacientes para que a explicação correta do adoecimento e, em consequência, a do tratamento supere medos e constrangimentos.

D) É necessário relacionar a experiência da doença vivida pelos pacientes com o modo como é compreendida pelos profissionais de saúde para que a interculturalidade possa ser produtiva.

43 - Para que o sistema de saúde brasileiro se torne mais resolutivo, é fundamental que o nível de Atenção Primária à Saúde:

A) Realize ações rotineiras de baixa complexidade no cuidado da saúde das pessoas e famílias de baixa renda e encaminhe para os níveis secundário e terciário do sistema os problemas de difícil solução.

B) Ordene-se segundo os atributos de porta de entrada para o sistema, de acolhimento às demandas de saúde de pessoas, famílias e comunidades, de coordenação do cuidado e de longitudinalidade.

C) Exerça prioritariamente ações preventivas e de promoção da saúde, atendendo às demandas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação quando houver recursos financeiros suficientes.

D) Seja o responsável por combater os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado no nível individual, da família e da comunidade.

44 - De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina é fundamental que a formação médica promova o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Dentre outras, estas competências incluem:

A) Prática do cuidado centrado na pessoa, organização do processo de trabalho, comunicação.

B) Responsabilidade social, tolerância ao estresse, trabalho interprofissional.

C) Construção coletiva de conhecimento, trabalho em equipe, tolerância à frustração.

D) Priorização de problemas, prática do cuidado centrado na pessoa, praticar a liderança verticalizada nas relações interpessoais.

45 - Assinale qual dos indicadores abaixo é utilizado para avaliar o desempenho da Atenção Básica.

A) Taxa de mortalidade por doenças respiratórias no ano.

B) Frequência de casos vítimas de violência doméstica no mês

C) Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar no ano.

D) Proporção de atendimentos a crianças nascidas a termo por mês.

46 - O agente comunitário traz para a reunião da equipe de Saúde da Família o caso de uma puérpera de 17 anos de idade que está em casa com seu recém-nascido (RN) de 3 dias de vida, após alta do Hospital Universitário naquele dia. Fez pré-natal na Unidade Básica de Saúde a partir dos cinco meses de gestação, sem intercorrências e os exames de rotina foram normais. Segundo informações do hospital, a criança nasceu de parto vaginal, a termo, Peso= 2.800g, sem intercorrências. Saiu do hospital com aleitamento materno exclusivo, recebeu BCG e uma dose da vacina para o vírus da hepatite B, foi registrada.
Qual é a medida imediata que deve ser adotada neste caso?

A) Agendar para a semana seguinte uma consulta médica com o pediatra do Hospital Universitário pois a primeira semana de vida é o período de maior risco para esse RN de mãe adolescente.

B) Agendar uma consulta com o médico de família quando o RN fizer 1 mês de vida, pois a gestação foi de baixo risco, não houve intercorrências no parto e a criança nasceu saudável.

C) Inscrever a puérpera no grupo de apoio às mães adolescentes que fazem encontros semanais, para que ela possa receber orientações sobre os cuidados com o RN.

D) Realizar uma visita domiciliar ainda na primeira semana de vida do RN para verificar a saúde do binômio mãe-filho, e garantir a manutenção da amamentação exclusiva.

47 - A linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade prevê:

A) O encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade para aumentar as chances de sucesso dos tratamentos disponíveis nesse nível de atenção à saúde.
B) A realização de exames laboratoriais a cada 3 meses para monitoramento das comorbidades associadas ao excesso de peso.
C) A integração em todos os níveis de atenção à saúde do sistema de saúde regionalizado.
D) A convocação das pessoas com excesso de peso quando elas se encontram nas fases iniciais de ganho de peso.

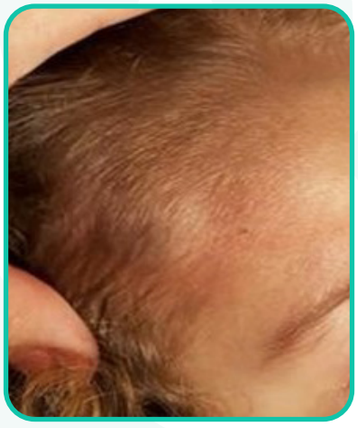
48 - Qual dos procedimentos abaixo reduz a ocorrência de viés de seleção em um ensaio clínico?

A) Realizar a análise por intenção de tratamento.
B) Atingir número mínimo da amostra calculada.
C) Realizar a sequência alternada de entrada de indivíduos na alocação dos grupos.
D) Realizar o cegamento do efeito da terapia testada.

49 - Menina, 1 ano de idade, com antecedente de prematuridade, epilepsia, hidrocefalia e derivação ventrículo peritoneal colocada no primeiro mês de vida, iniciou quadro de tosse, coriza hialina e febre há um dia. Há cerca de 30 minutos, começou a apresentar crise epiléptica tônico-clônica generalizada sendo levada a um serviço de emergência. Na admissão, foi colocada em sala de emergência e monitorizada. Oferecido oxigênio com máscara de Venturi 50%. Inicialmente recebeu uma dose de midazolam intramuscular e, após obtenção de acesso venoso, uma dose de diazepam e antitérmico. A crise cessou e, na reavaliação, a paciente se apresenta em regular estado geral, não responsiva, hidratada, descorada 1+/4+, FC: 106 bpm, PA: 82/40 mmHg, tempo de enchimento capilar 2 segundos, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares e expansibilidade reduzidos bilateralmente, FR: 10 ipm, $SatO_2$: 90% com a Venturi 50%, sem tiragens. Temperatura 37,8ºC. Glicemia capilar: 68 mg/dL. Sem outras alterações ao exame clínico. Qual é a conduta emergencial nesse momento?

A) Administrar flumazenil endovenoso.
B) Iniciar ventilação com pressão positiva.
C) Realizar elevação da cabeceira e infundir manitol.
D) Inserir derivação ventricular externa de urgência.

50 - Menina, 1 ano e 7 meses de idade, previamente hígida, deu entrada no pronto atendimento pois há cerca de uma hora estava correndo quando colidiu contra a lateral da mesa de jantar. Apresentou choro intenso seguido de um episódio de vômito. Nega perda de consciência. Quando questionada sobre dor, a menor aponta para a testa e chora. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, corada, hidratada, chorosa. FC: 110 bpm, PA: 96/50 mmHg, FR: 25 irpm. Movimenta os quatro membros normalmente. Região frontal conforme imagem abaixo. Frente ao quadro apresentado, qual é a conduta?



A) Realizar de tomografia de crânio sem contraste com sedação.

B) Administrar antiemético e manter observação hospitalar por 6 horas.

C) Liberar a criança com analgesia e orientações sobre sinais de alarme.

D) Aplicar compressa fria local e solicitar radiografia de crânio duas incidências.

51 - Menino, 1 mês de vida, nascido de termo, sem intercorrências no parto é trazido ao pronto atendimento devido hipoatividade e sonolência. Mãe refere que está aguardando nova amostra do teste do pezinho, pois o primeiro (abaixo) veio alterado.

Sangue seco em papel filtro		
Analitos	**Resultados**	**Valores de Referência**
TSH Neonatal	0,77 µU/mL	≤ 5,00 µU/mL
Fenilalanina (PKU)	1,03 mg/dL	≤ 3,00 mg/dL
17-OH Neonatal	2,70 ng/mL	≤ 15,00 ng/mL
IRT Neonatal	150,04 ng/mL	≤ 70,00 ng/mL
Hemoglobinopatias	FA	FA
Biotinidase Neonatal	ATIVA	ATIVA

Ao exame clínico, criança em regular estado geral, anictérico, acianótico, mucosas secas, fontanela algo deprimida, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. FC: 140 bpm; FR: 40 irpm; PA: 72/40 mmHg; Saturação: 96% em ar ambiente. Restante do exame sem alteração.

Obtidos exames complementares, com os seguintes resultados:

ECG:

Intervalo QT corrigido: 0,38

Gasometria venosa: pH: 7,50; PaO_2: 40 mmHg, pCO_2: 45 mmHg, $HCO3^-$: 32 mEq/L, Saturação: 80%

Sódio 127 mEq/L; Cálcio iônico: 1,08; Potássio 3,0 mEq/L; Cloro 82 mEq/L.

Qual é o tratamento indicado para correção dos distúrbios hidroeletrolíticos apresentados?

A) Cloreto de potássio 19,1% 0,5mEq/kg endovenoso em 1 hora.

B) Gluconato de cálcio 10% 2mL/kg endovenoso em 5 a 10 minutos.

C) Hidrocortisona 100 mg/m^2 endovenoso em bolus.

D) Cloreto de sódio 0,9% 20 mL/kg endovenoso em 20 minutos.

52 - Menina, 5 anos de idade, previamente hígida, há 5 dias começou a apresentar lesões planas em membros inferiores. As lesões, representadas na imagem abaixo, não são pruriginosas, não são palpáveis e não desaparecem a digitopressão. Trazida pela mãe ao pronto atendimento, pois as lesões aumentaram e começaram a aparecer em outras partes do corpo. Nega qualquer outro sintoma associado e o restante do exame clínico não tem alterações.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual das alternativas abaixo contém opções de tratamento?

A) Hiperhidratação endovenosa e alopurinol, seguidos de quimioterapia.

B) Observação para casos mais leves, corticosteroide ou imunoglobulina para casos mais graves.

C) Vitamina K para casos mais leves, plasma fresco congelado para casos mais graves.

D) Expansão volêmica com NaCl 0,9% associada a cefalosporina de terceira geração.

53 - Menina, 8 anos de idade, portadora de anemia falciforme, foi admitida no serviço de emergência devido quadro de febre, dificuldade para respirar e dor em hemitórax direito há 1 dia. Feito radiografia de tórax com presença de consolidação segmentar em lobo inferior direito. Ao exame, paciente em regular estado geral, FC: 125 bpm, FR: 38 ipm, com tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula, saturação de 85% em ar ambiente, 92% em máscara não-reinalante. Resultados de exame com Hb: 6,8 g/dL, Ht: 18% (Hb basal de 7,5 g/dL). A paciente em questão tem história de ter apresentado anafilaxia em transfusão prévia de concentrado de hemácias. Com relação à indicação de hemocomponentes para essa paciente, qual das alternativas está correta?

A) Está indicado concentrado de hemácias lavado e desleucocitado.

B) Está indicado concentrado de hemácias irradiado.

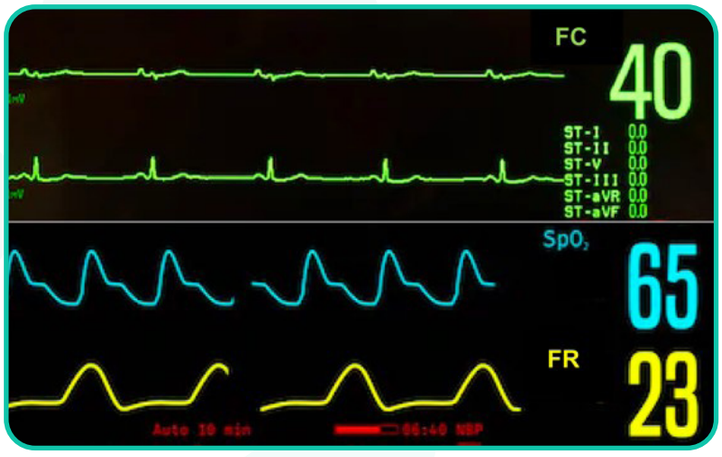
C) Está indicado concentrado de hemácias sem modificação, mas com pré-medicação.

D) Não está indicado concentrado de hemácias neste momento.

54 - Menino, 6 anos de idade, com diagnóstico prévio de asma, dá entrada em serviço de emergência referenciada transferido de unidade de pronto atendimento devido à crise asmática. A queixa é de desconforto respiratório há um dia, sem outros sintomas associados. No serviço de origem, o paciente foi admitido em regular estado geral, pálido, hipoativo, com fala entrecortada, FC: 140 bpm, FR: 45 irpm, $satO_2$: 92% em máscara não-reinalante, ausculta pulmonar globalmente diminuída, com tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula. Recebeu corticoide sistêmico, além de salbutamol e brometo de ipratrópio inalatórios por uma hora. Após essas medidas, o paciente chega ao serviço atual em regular estado geral, corado, FC: 145 bpm, FR 36 irpm, alerta e orientado, com ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos difusos, tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática e intercostal, $satO_2$: 93% em máscara não-reinalante. A próxima medida a ser instituída deve ser:

A) Administrar salbutamol e ipratrópio inalatórios de 3 em 3 horas.
B) Sedar e proceder intubação orotraqueal.
C) Sedar e colocar em ventilação não invasiva.
D) Administrar sulfato de magnésio endovenoso.

55 - Menino, 3 meses de idade, com antecedente de Síndrome de Down, em seguimento regular com endocrinologista e cardiologista por hipotireoidismo e comunicação interatrial, em uso contínuo de levotiroxina, sulfato ferroso e vitamina D. Foi internado hoje devido a um quadro de bronquiolite. Na admissão apresentava FR: 68 irpm, $satO_2$: 89% em ar ambiente, tiragens subdiafragmática e intercostal, sendo colocado em cateter nasal de alto fluxo. Os alarmes do monitor tocaram apresentando os seguintes parâmetros:



A conduta imediata é:

A) Desfibrilação com carga de 2 J/kg.
B) Administração de atropina endovenosa.
C) Iniciar ventilações assistidas.
D) Inserção de marca-passo transcutâneo.

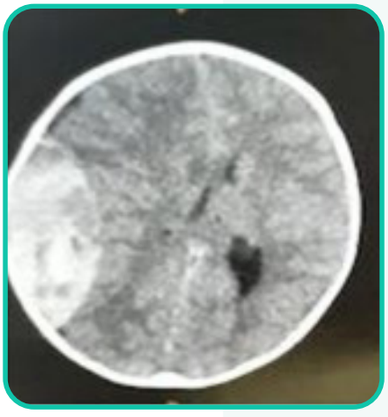
56 - Menino, 10 meses de idade, é trazido ao serviço de emergência pela mãe devido quadro de sonolência há um dia e crises convulsivas. Mãe refere que o menor caiu do berço há alguns dias (altura de cerca de 90 cm) e machucou o pescoço, as costas e a barriga (imagens 1, 2, 3, respectivamente).

Fonte: http://medscape.com/

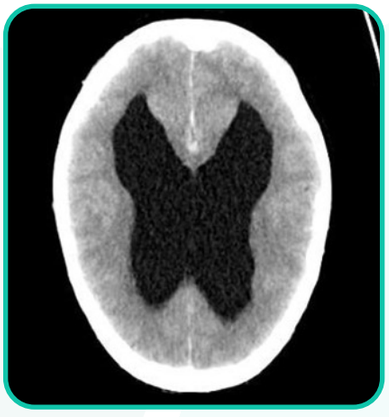
Questionada sobre antecedentes pessoais, mãe refere história de episódios prolongados de choro e irritabilidade desde o nascimento. Ainda não senta sem apoio e não balbucia. Não faz seguimento pediátrico.

Após estabilização inicial, uma tomografia de crânio foi solicitada. Qual das imagens abaixo é a mais compatível com o quadro?

A)



C)



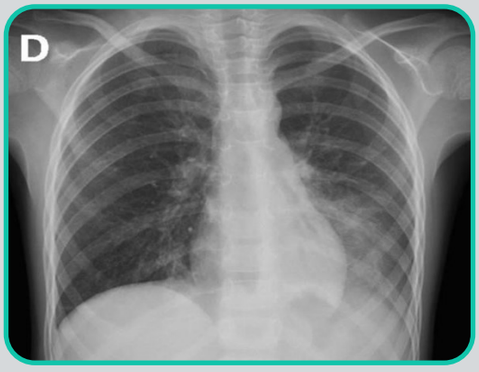
B)

D)

57 - Menina, 7 meses de idade, previamente hígida, está internada em enfermaria devido a doença diarreica aguda. Há 4 dias, iniciada febre de até 38,3ºC associada a vômitos e diarreia, com 7 a 8 episódios de fezes líquidas sem muco ou sangue. Há 2 dias, deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de desidratação grave, recebeu expansão endovenosa, e foi mantida internada com soroterapia endovenosa devido à baixa aceitação alimentar. A soroterapia foi suspensa ontem e hoje a criança está em bom estado geral, hidratada, sem nenhuma alteração ao exame clínico, já em programação de alta hospitalar. A mãe refere que a aceitação oral foi recuperada, e que ainda apresenta 2 a 3 episódios de fezes semipastosas, já sem vômitos e sem novas queixas. Nos controles de enfermagem, notados 2 picos febris acima de 39,0ºC nesta madrugada, sendo que a paciente já estava afebril há 72 horas. O exame que mais provavelmente revelará a causa do retorno da febre é:

A) Cultura de fezes.
B) Pesquisa de vírus respiratórios.
C) Protoparasitológico de fezes.
D) Cultura de urina.

58 - Menino, 7 anos de idade, previamente hígido, está internado em enfermaria devido à crise asmática associada a pneumonia. Foi internado devido a hipoxemia, estando em ar ambiente há 24 horas. É o quinto dia de internação, mas mantém picos febris diários, hoje com 38,4ºC. Está em uso de ampicilina endovenosa, prednisolona oral e salbutamol inalatório. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, com ausculta pulmonar com discretos sibilos, sem sinais de desconforto respiratório, com sopro tubário no terço médio de hemitórax esquerdo e redução de ausculta na base esquerda. Sem outras alterações ao exame clínico. Mãe nota criança mais ativa, com melhora do estado geral e da aceitação alimentar. O paciente colheu exames na entrada, e tem exames de hoje, conforme tabela abaixo. A conduta indicada neste momento é:

	Há 4 dias	Hoje
Radiografia de tórax		
Hb	12,4 g/dL	12,0 g/dL
Ht	36,9%	36,5%
Leucócitos	15.530	12.670
Segmentados	69,7%	29,2%
Eosinófilos	0,0%	0,3%
Basófilos	0,3%	2,3%
Linfócitos	19,6%	64,8%
Monócitos	10,4%	3,4%
Plaquetas	444.000	407.000
Proteína C reativa	35,9 mg/L	9,2 mg/L
USG tórax	Consolidação na base do pulmão esquerdo, associada a derrame pleural simples com espessura máxima de 0,7 cm.	Consolidação na base do pulmão esquerdo, associada a derrame pleural simples com espessura máxima de 0,5 cm.

A) Manter a internação hospitalar e o tratamento atual.

B) Modificar o esquema terapêutico para ceftriaxone e claritromicina.

C) Indicar a drenagem torácica devido a persistência da febre.

D) Ampliar a investigação infecciosa com coleta de cultura de urina.

59 - Menina, 8 anos de idade, há dois dias iniciou quadro de dor intensa no ouvido, que piora com qualquer manipulação no local e saída de secreção purulenta malcheirosa. Tem antecedente de dermatite atópica, refere fazer natação duas vezes por semana e tem o hábito de higienizar os ouvidos com cotonete. Segue abaixo uma imagem da inspeção do local.

Qual é o agente etiológico mais provável?

A) *Haemophilus Influenzae.*
B) *Staphylococcus epidermidis.*
C) *Streptococcus pneumoniae.*
D) *Pseudomonas aeruginosa.*

60 - Menina, 3 anos de idade e 92 cm de estatura, está realizando a primeira medida de pressão arterial da vida. Ela não apresenta obesidade ou qualquer outra comorbidade. O pai é hipertenso, com diagnóstico realizado aos 20 anos de idade. O valor da pressão arterial no membro superior direito foi de 114 x 78 mmHg (média de 3 medidas pelo método auscultatório). No braço esquerdo, o valor foi de 116 x 80 mmHg e, na coxa esquerda, foi de 94 x 58 mmHg. As referências de pressão arterial para a idade estão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 2. Percentis de Pressão Arterial Sistêmica para Meninas por idade e Percentis de Estatura

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
3	Estatura (cm)	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6
	P50	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	.50	51	53	53
	P90	.102	103	104	.104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65
	P95	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	.67	68	69
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	.79	80	81

A conduta indicada na consulta de hoje é realizar:

A) Nova medida de pressão arterial em 4 a 6 semanas.
B) Estudo angiográfico da aorta torácica e abdominal.
C) Dosagem de cortisol, renina e ácido vanil-mandélico.
D) Ultrassonografia com Doppler de rins e vias urinárias.

61 - Menina, 9 meses de idade, nascida a termo, com peso adequado para idade gestacional, sem intercorrências na gravidez ou no parto. Trazida pela mãe ao ambulatório para consulta pediátrica. Mãe sem queixas e nega alterações desde última consulta. Qual achado de exame físico demonstraria possível atraso de desenvolvimento neuropsicomotor?

A) Não fica em pé sem apoio.
B) Não consegue engatinhar.
C) Não ajuda ao ser levantada pelos braços do decúbito dorsal.
D) Não fala palavras isoladas.

62 - Menino, 11 anos e 6 meses de idade, está em consulta ambulatorial de rotina. Os pais estão preocupados pois ele é o mais baixo da sala de aula e ainda não apresenta nenhum marco puberal. Refere alimentação balanceada e equilibrada, faz atividade física regular 3 vezes por semana (judô). Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem alterações relevantes no exame clínico, estádio puberal G1 P1. Estatura de 130 cm (Curva OMS escore Z entre -3 e -2), índice de massa corpórea de 17,2 kg/m^2 (Curva OMS escore Z = 0). Na última consulta, realizada há 6 meses, ele apresentava estatura de 127 cm. O pai tem estatura de 182 cm. A mãe tem estatura de 169 cm e refere que apresentou a menarca com 13 anos. O paciente realizou radiografia de punho esquerdo na semana passada, com idade óssea compatível com 9 anos. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A) Puberdade atrasada.
B) Hipotireoidismo adquirido.
C) Deficiência de hormônio de crescimento.
D) Retardo constitucional do crescimento.

63 - Menina, 9 anos de idade, vem à consulta de rotina. O pai está preocupado pois recentemente notou uma nodulação na mama direita da filha. Relata que avó paterna faleceu de câncer de mama aos 49 anos. Ao exame clínico nota-se uma elevação da aréola e papila a direita, formando uma pequena saliência, com palpação fibroelástica. Sem alterações do lado esquerdo. Sem outras alterações ao exame clínico. A conduta é:

A) Solicitar ultrassonografia de mama.
B) Solicitar prolactina, TSH e cortisol.
C) Manter conduta expectante.
D) Realizar punção aspirativa por agulha fina.

64 - Menino, 4 anos de idade, comparece na Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ao exame clínico, os índices antropométricos na curva da OMS foram: escore z de peso para idade = +2,1; escore z de estatura para idade = -1,9; escore z de índice de massa corpórea (IMCz) = +3,3. De acordo com a classificação da OMS-2006, os parâmetros antropométricos verificados são classificados respectivamente como:

A) Peso elevado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade.
B) Peso adequado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
C) Peso elevado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
D) Peso adequado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade.

65 - Menina, 3 meses de idade, está em consulta de puericultura. No exame clínico, foi suspeitado da presença de estrabismo. Colocado um feixe de luz na frente dos olhos, observa-se o reflexo luminoso como demonstrado na figura abaixo. Frente a este achado, qual é o diagnóstico e a conduta adequada?

A) Estrabismo transitório, encaminhar ao oftalmologista se persistir aos 12 meses de vida.

B) Pseudoestrabismo devido a epicanto, sem conduta específica.

C) Estrabismo convergente, encaminhar imediatamente para avaliação com oftalmologista.

D) Estrabismo verdadeiro, solicitar tomografia computadorizada de crânio.

66 - Recém-nascido do sexo masculino, com 15 dias de vida, está em consulta ambulatorial de rotina. Trata-se de criança nascida por parto vaginal, de termo, adequada para a idade gestacional, sem intercorrências perinatais. Família notou aumento progressivo do volume das mamas bilateralmente, com saída de secreção leitosa, sendo que a família tentou esvaziamento, sem sucesso. Atualmente se apresenta conforme imagem abaixo. Sem outras alterações ao exame clínico.

A conduta indicada é:

A) Liberação para casa com cefalexina, reavaliação em 48 horas, e coleta de prolactina, hormônios: luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH) e estimulador da tireoide (TSH).

B) Internação hospitalar, introdução empírica de vancomicina e cefepime, biópsia de tecido glandular mamário por agulha fina.

C) Liberação para casa com orientação de compressas frias locais, reavaliação em 48 horas, e solicitação de RNM de sela túrcica.

D) Internação hospitalar, coleta de hemograma, proteína C reativa, hemocultura e introdução de oxacilina e amicacina.

67 - Recém-nascido do sexo masculino, nascido de termo (37 semanas e 4 dias), pequeno para a idade gestacional, com peso de nascimento de 2000 g, é filho de mãe tabagista, sem outras comorbidades. Com 12 horas de vida, o paciente apresentou controle de glicemia capilar de 32 mg/dL. Optado por realizar push de glicose e deixar soro contínuo com velocidade de infusão de glicose (VIG) de 5 mg/kg/min. Assinale a alternativa que contém a prescrição correta deste soro contínuo:

A) Soro glicosado a 5% - 72 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
B) Soro glicosado a 10% - 240 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
C) Soro glicosado a 10% - 144 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
D) Soro glicosado a 5% - 200 mL endovenoso contínuo em 24 horas.

68 - Recém-nascido (RN) do sexo feminino, termo tem peso adequado para a idade gestacional (3.200g) É filha de mãe primigesta de 31 anos de idade. Não houve intercorrências no pré-natal. Foi feito parto cesáreo, devido sofrimento fetal agudo. O RN nasceu em apneia, cianótico e hipotônico. Foi levado à mesa de reanimação com fonte de calor, onde foi secado, estimulado e teve a via aérea retificada. Evoluiu com respiração irregular e presença 8 batimentos cardíacos no período de 6 segundos. Após monitorização da frequência cardíaca (FC) e da saturação, iniciou-se ventilação com pressão positiva (VPP) com FiO_2 de 21%. Após 30 segundos de VPP, o RN apresenta respiração regular, FC de 140 bpm e saturação de 70% no membro superior direito. De acordo com as diretrizes de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2016, o próximo passo é:

A) Suspender a VPP e manter o paciente em ar ambiente.
B) Rever a técnica da VPP e a vedação adequada da máscara com a face.
C) Manter a VPP, mas aumentar a oferta de oxigênio para 50%.
D) Realizar a intubação orotraqueal para a ventilação.

69 - Recém-nascido (RN) do sexo feminino, nascido de termo, com peso adequado para a idade gestacional, está no 8º dia de vida. O parto foi vaginal e com extração difícil. O RN nasceu hipotônico e em apneia, sendo necessário intubação orotraqueal em sala de parto. A mãe tem 27 anos de idade, era previamente hígida e não teve intercorrências no pré-natal. O RN permaneceu 5 dias em UTI, e atualmente está na Unidade de Cuidados Intermediários, recebendo ampicilina e amicacina para tratamento de sepse neonatal precoce presumida. Recebe dieta por sonda nasogástrica devido a sucção débil, e está em treinamento com a equipe de fonoaudiologia. Neste momento, apresenta quadro súbito de movimentos ritmados de mãos e pés, com hipertonia, cianose, eversão do olhar e sialorreia. A equipe responsável pelo cuidado instala monitorização contínua e inicia oferta de oxigênio a 100%. A glicemia capilar é de 72 mg/dL. Com a manutenção do quadro apresentado, está indicada a prescrição imediata de:

A) Soro glicosado a 10% em bolus.
B) Dose de ataque de fenobarbital.
C) Reposição empírica com gluconato de cálcio.
D) Midazolam ou diazepam em bolus.

70 - Recém-nascido (RN) do sexo masculino, 5 dias de vida, está internado em Unidade de Cuidados Intermediários para manejo de icterícia neonatal. Mãe com tipagem sanguínea O positivo, RN com tipagem AB positivo, Coombs negativo, Eluato positivo. Evoluiu com icterícia neonatal precoce e foi iniciada fototerapia com 20 horas de vida. Hoje colheu bilirrubinas, cujos níveis indicaram a suspensão da fototerapia. Foi indicada a alta hospitalar. Ao orientar a família, mãe refere que a criança está um pouco mais irritada. Foi notada hiperemia peri-umbilical conforme figura abaixo, com saída de secreção malcheirosa pelo coto. Está indicado neste momento:

A) Manter a alta hospitalar, orientar reforçar higiene do coto umbilical com álcool 70% e retornar se houver piora clínica.

B) Decidir sobre necessidade de internação e antibioticoterapia baseado no índice neutrofílico e na proteína C reativa.

C) Cancelar a alta hospitalar, rastreamento infeccioso incluindo coleta de líquor e iniciar antibioticoterapia endovenosa empírica.

D) Manter a alta hospitalar, introduzir tratamento tópico com nitrato de prata e retorno obrigatório em 48 horas para reavaliação.

71 - Recém-nascido do sexo feminino, nascida de 33 semanas de idade gestacional e com peso de 1.800 g ao nascer, é admitida em Unidade de Cuidados Intermediários logo após o parto. Mãe HBsAg negativa. Sobre a vacinação para a hepatite B, baseado no Programa Nacional de Imunizações (PNI) é correto afirmar que a vacina deve ser aplicada:

A) Imediatamente, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo.

B) Após ultrapassar o peso de 2.000 g, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).

C) Após atingir 36 semanas de idade gestacional corrigida, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).

D) Após 30 dias de vida, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo.

72 - Lactente do sexo feminino, 18 meses de idade, previamente hígida, chega à Unidade Básica de Saúde para atendimento. O pai foi diagnosticado com tuberculose pulmonar há 20 dias e está em tratamento regular com esquema quádruplo. A criança está assintomática e com exame clínico normal. Apresenta radiografia de tórax sem alteração e Prova Tuberculínica de 6 mm. Carteira vacinal registra BCG ao nascimento, porém não há cicatriz no local da aplicação da vacina. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a conduta para esta criança será:

A) Prescrever tratamento com esquema tríplice.

B) Iniciar quimioprofilaxia com rifampicina.

C) Repetir Prova Tuberculínica em 8 semanas.

D) Fazer BCG e observar clinicamente.

73 - Homem de 59 anos de idade procura o Serviço de Emergência com dor abdominal em cólica, difusa, há 3 dias, associada a distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Refere alteração do hábito intestinal há 3 meses, com necessidade de laxativos para evacuar, além de sangue nas fezes e alteração do formato. Nega vômitos. Não tem antecedentes mórbidos relevantes e nega operações prévias. Ao exame físico está em bom estado geral, corado, desidratado, IMC: 31kg/m^2 . Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: flácido, distendido, pouco doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. No toque retal, ausência de fezes na ampola, presença de lesão ulcerada circunferencial a 6 cm da borda anal e presença de sangue. Realizada tomografia de abdome e pelve: ausência de lesões hepáticas, sem liquido livre. Distensão apenas de cólon e espessamento do reto médio distal com linfonodos aumentados no mesorreto.

Qual é a conduta?

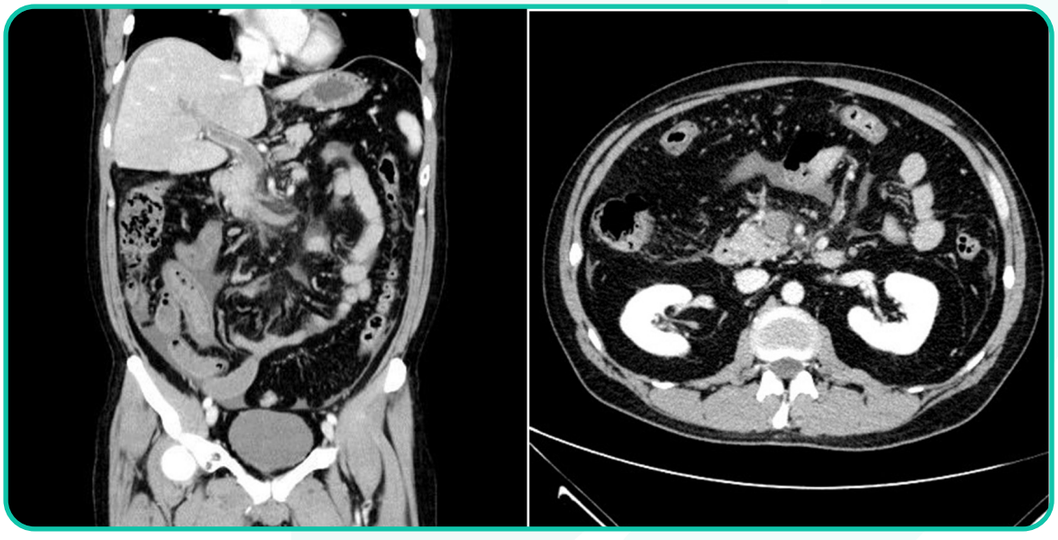
A) Ileostomia em alça por laparotomia.

B) Retossigmoidectomia oncológica e colostomia terminal.

C) Colostomia em alça por laparotomia.

D) Amputação de reto com linfadenectomia.

74 - Homem de 49 anos de idade refere dor abdominal difusa há 4 dias com piora da intensidade nas últimas 24 horas. Evoluiu com distensão abdominal e um episódio de vômito, sendo a última evacuação, em pequena quantidade, há 2 dias. Tem antecedente de embolia pulmonar há 7 anos e fez uso de varfarina por 2 anos com interrupção por conta própria. Um irmão teve trombose venosa profunda. No exame clínico, está em bom estado geral, desidratado, PA: 110x70mmHg, FC: 102bpm, FR: 16 ipm. Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: distendido, doloroso à palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. No toque retal, há fezes na ampola e ausência de sangue. Exames laboratoriais: Hb: 12,7g/dL; Ht: 34%; Leucócitos: 14.678/mm^3 ; PCR: 249mg/dL; Creatinina: 1,1mg/dL; Ureia: 41mg/dL. Realizada a tomografia de abdome:



Qual é a conduta neste momento?

A) Laparotomia.

B) Tratamento endovascular.

C) Trombólise.

D) Anticoagulação plena.

75 - Mulher de 73 anos de idade, está no 5o pós-operatório de gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II devido a hemorragia digestiva alta por úlcera pilórica. Encontra-se em leito de semi-intensiva, recebendo tratamento fisioterápico (respiratório e motor). Está deambulando no corredor com auxílio. Introduzida dieta com água, chá e gelatina há um dia, com boa aceitação e sem vômitos. Equipe da enfermagem notou que o débito do dreno no flanco direito mudou de característica (imagem a seguir) nas últimas 24 horas, com débito de 110mL.

Ao exame físico está em bom estado geral, FC: 80 bpm, PA: 130x80 mmHg, afebril, FR: 18 ipm. Semiologias pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome com incisão da laparotomia mediana de bom aspecto, flácido, pouco doloroso à palpação, sem irritação peritoneal. Dreno no flanco direito conforme imagem (cerca de 90mL).

Exames Laboratoriais: Hb: 9,7 g/dL; Ht: 30%; Leuco: 11.570/mm^3, PCR: 43 mg/dL; função renal normal.

Qual é a principal hipótese diagnóstica e conduta neste momento?

A) Fístula do coto duodenal; manter dieta via oral.

B) Fístula do coto duodenal; laparotomia exploradora.

C) Fístula da gastroentero anastomose; nutrição parenteral.

D) Fístula da gastroentero anastomose; tratamento endoscópico.

76 - Mulher de 23 anos de idade, caiu de motocicleta em via expressa. Chega ao Serviço de Emergência após 30 minutos do acidente, trazida pela equipe de Resgate. Na avaliação de admissão na sala de trauma apresenta-se:

A: Conversando. Saturação de O_2 93%

B: Ausculta pulmonar sem alterações. Ausência de deformidade no tórax

C: PA: 80x50mmHg; FC: 120bpm; FAST positivo no espaço hepatorrenal

D: Escala de Glasgow de 15, porém agitada

E: Equimose no flanco e hipocôndrio direitos

Após a infusão de 1L de soro fisiológico (SF), apresentou PA: 90x60mmHg e FC de 105bpm. Com relação ao tratamento do choque hemorrágico desta paciente, qual é a melhor estratégia na sala de trauma?

A) Complexo protrombínico, concentrado de hemácias e plasma fresco congelado.

B) Ácido tranexâmico, reposição guiada por tromboelastograma e reposição de cálcio.

C) Infusão de mais 1 L de SF, reposição guiada por tromboelastograma e fibrinogênio.

D) Ácido tranexâmico, concentrado de hemácias e reposição de cálcio.

77 - Mulher de 37 anos de idade se jogou do 4º andar do prédio em que mora. No atendimento pré-hospitalar estava inconsciente e foi realizada intubação orotraqueal.

O exame de admissão na sala de trauma apresenta:

A: Intubação orotraqueal. Saturação de O_2 de 83%

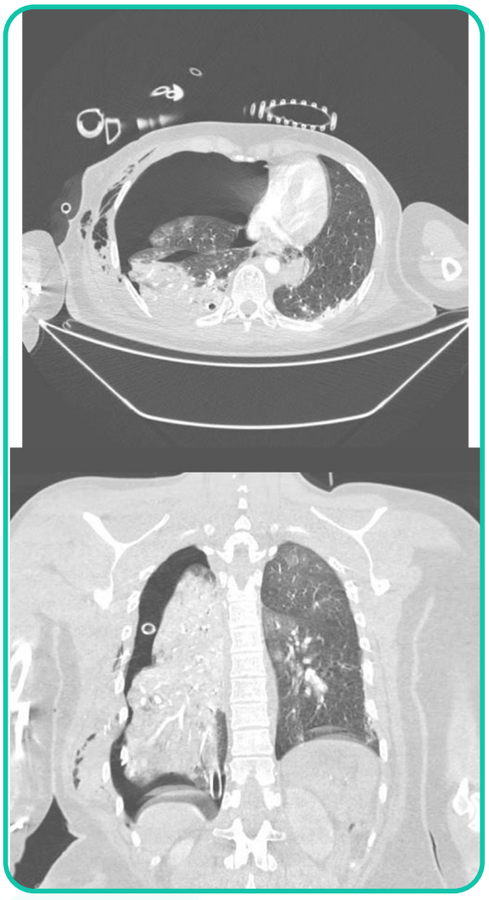
B: Equimose torácica na região da linha axilar média direita. Murmúrio vesicular diminuído à direita. Realizada a drenagem torácica com saída de grande quantidade de ar e 200ml de sangue. No selo d'água observa-se oscilação e presença de borbulhamento. Saturação de O_2 de 91% após a drenagem.

C: FC: 100; PA: 120x80mmHg. FAST negativo

D: Escala de Glasgow de 3. Sedada no transporte. Pupilas isocóricas e fotorreagentes

E: Deformidade na coxa direita.

Ao retornar da tomografia de corpo inteiro para sala de trauma apresentou queda da saturação de O_2 para 71% e FC de 120 bpm e PA: 80x50 mmHg.



Qual é a conduta?

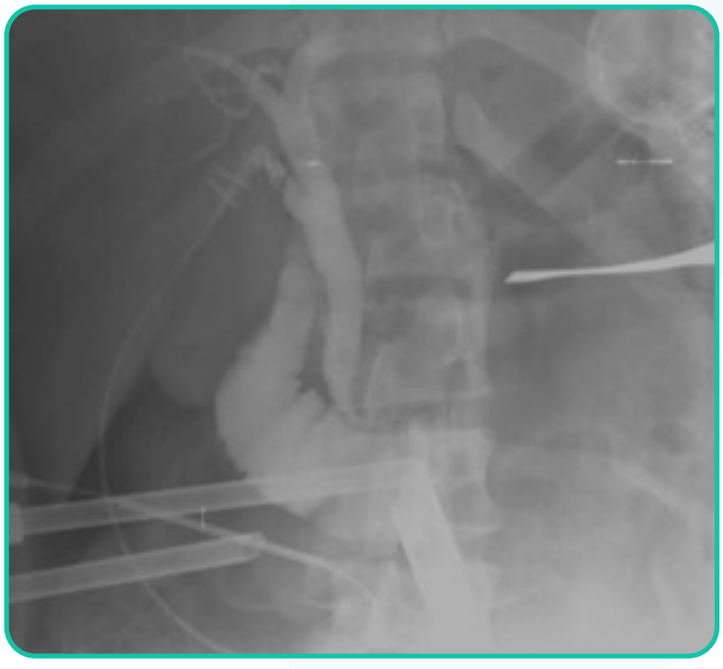
A) Introduzir um segundo dreno de tórax.

B) Puncionar no segundo espaço intercostal.

C) Reavaliar o dreno de tórax.

D) Realizar toracotomia de urgência.

78 - Mulher de 39 anos de idade está internada devido a pancreatite aguda biliar. Foi indicada colecistectomia laparoscópica após resolução da pancreatite. Durante a operação, que até o momento transcorreu sem intercorrências, foi realizado o exame a seguir.



Qual deve ser a conduta neste momento?

A) Realizar colangiografia endoscópica no intraoperatório.

B) Finalizar a colecistectomia por laparoscopia.

C) Realizar exploração transcística da via biliar por laparoscopia.

D) Converter para laparotomia e exploração por coledocotomia.

79 - Mulher de 33 anos de idade é encaminhada a hospital terciário devido a dor abdominal de forte intensidade há 36 horas. Refere início da dor na região superior do abdome, que depois tornouse difusa. Apresentou vômitos e náuseas, porém sem alteração do hábito intestinal. Nega febre. No exame clínico, está em regular estado geral, Sat.O_2 de 89%, FC: 100 bpm, FR: 20 ipm, PA: 100x60mmHg. Ausculta pulmonar diminuída na base esquerda. O abdome está levemente distendido, doloroso difusamente, com sinais de irritação peritoneal no andar superior do abdome. O toque retal não tem alterações.

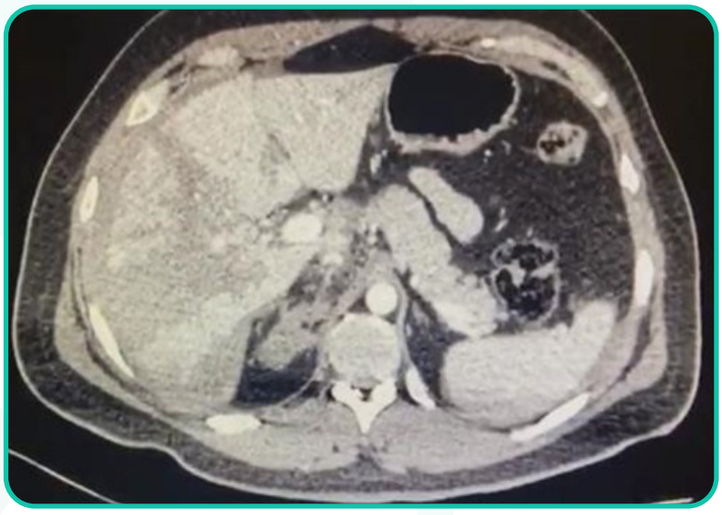
Realizados os seguintes exames laboratoriais: Hb: 11,3 g/dL; Ht: 31%; Leucócitos: 16.320 /mm^3; PCR: 170 mg/dL; Creatinina: 1,18 mg/dL; Ureia: 55 mg/dL; TGO: 290 U/L: TGP: 313 U/L; BD: 1,9 mg/dL; FA: 145 U/L; GGT: 123 U/L; Amilase: 1280 U/L; Lipase: 2500 U/L.

Realizado ultrassom de abdome superior: vesícula biliar distendida, paredes finas, microcálculos móveis no interior; via biliar de 0,8cm (normal até 0,5cm), porém não visualizado o colédoco distal nem o pâncreas devido a interposição gasosa.

Está indicada a realização de exame de imagem adicional neste momento?

A) Não está indicada a realização de exame.
B) Sim, está indicada tomografia de abdome.
C) Sim, está indicada colangioressonância.
D) Sim, está indicada ecoendoscopia.

80 - Mulher de 29 anos de idade foi admitida no Serviço de Emergência devido à queda de motocicleta. Foi realizada tomografia de abdome (imagem a seguir).



Foi proposto tratamento não operatório e encaminhada para unidade de terapia semi-intensiva. No 5º dia pós-trauma apresentou vários episódios de melena. No exame clínico encontra-se descorada, FC: 110 bpm, PA: 100x60mmHg e dor à palpação profunda do hipocôndrio e flanco direito. Queda da hemoglobina de 9,8 g/dL para 6,3 g/dL. Recebeu 2 concentrados de hemácias com melhora dos parâmetros hemodinâmicos. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite no antro, sem sinais de sangramento. Qual é o próximo exame que deve ser feito para definir a etiologia do sangramento?

A) Colonoscopia.
B) Angiotomografia.
C) Enteroscopia alta.
D) Cápsula endoscópica.

81 - Homem de 31 anos de idade teve queda de andaime a 5 metros de altura. Foi intubado no atendimento pré-hospitalar por estar inconsciente. Chegou ao Serviço de Emergência após 40 minutos do trauma. No exame na sala de admissão encontrava-se:

A: Intubado com Sat. O_2 de 95%

B: Múrmurio vesicular diminuído na base direita

C: PA: 130x70 mmHg; FC: 90 bpm; FAST positivo nos espaços hepatorrenal e pelve

D: Escala de Glasgow de 3 (sob sedação)

E: Sem outras alterações

A tomografia de corpo inteiro mostrou a presença de contusão cerebral, para qual optou-se por observação, monitorização da pressão intracraniana e controle de imagem em 6 horas. A seguir a imagem da tomografia de abdome:

Qual é a conduta para os achados da tomografia de abdome?

A) Tratamento não operatório.

B) Arteriografia com embolização.

C) Laparoscopia diagnóstica

D) Laparotomia exploradora.

82 - Homem de 39 anos de idade foi transferido para um hospital terciário por apendicite aguda complicada, seguida de múltiplas laparotomias exploradoras que evoluíram com fístulas intestinais de alto débito. Na admissão encontra-se em regular estado geral, com índice de massa corpórea de 11,8 kg/m^2 . Calculado o gasto basal de energia: 1500 kcal. Foi proposto iniciar dieta parenteral. Qual é o aporte calórico que deve ser prescrito neste momento e quais são os distúrbios eletrolíticos mais prováveis após o início do tratamento?

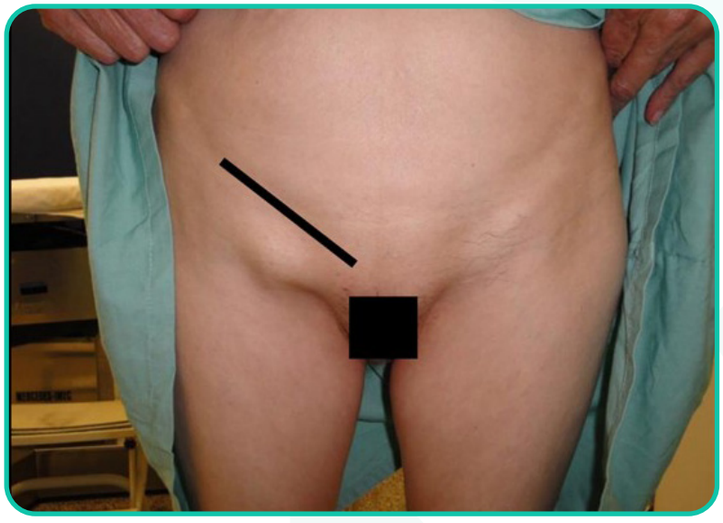
A) 450 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia.

B) 450 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.

C) 1500 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia.

D) 1500 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.

83 - Mulher, 54 anos de idade, refere quadro de dor e abaulamento na região inguinocrural à direita há 2 meses, desencadeados aos esforços. Ao exame físico, observa-se abaulamento na região inguinocrural à direita (figura a seguir), à manobra de Valsalva, com redução ao repouso. Com relação a este tipo de hérnia, qual é a alternativa correta?



A) A técnica de Lichtenstein é a melhor conduta.

B) Quando encarcerada, o acesso deve ser por via inguinal e abdominal.

C) Quando operada de urgência tem elevada mortalidade.

D) Trata-se do defeito mais comum da parede abdominal

84 - Uma paciente mulher de 67 anos de idade é atendida no ambulatório da cirurgia de cabeça e pescoço e apresenta os seguintes exames laboratoriais:

EXAME	VALOR
Ca total	12,6
Ca iônico	6,78
PTH sistêmico	105
Fósforo	3,1
Magnésio	2,19
Fosfatase Alcalina	91
Vitamina D	35
Uréia (se não-dialítico)	40
Creat (se não-dialítico)	1,4
TSH	0,28
T4L	1,15

USG RINS E VIAS URINÁRIAS: Nefrolitíase não obstrutiva à esquerda

DATA	04/05/20	09/12/18	07/08/17
Conclusão	osteoporose	osteopenia	osteopenia

Qual o melhor tratamento para a principal hipótese diagnóstica para o caso?

A) Paratireoidectomia total com auto-enxerto.

B) Diurético de alça e seguimento clínico.

C) Exérese da paratireoide afetada.

D) Paratireoidectomia subtotal e timectomia.

85 - Mulher de 42 anos de idade procura atendimento por nódulo em hemiface esquerda, próximo ao ângulo da mandíbula, há 6 meses. Nega dor local, vermelhidão ou assimetria facial (foto abaixo). Considerando se tratar de um nódulo em cauda de parótida esquerda, qual é o tipo histológico mais provável?

A) Carcinoma mucoepidermoide.
B) Adenoma pleomórfico.
C) Carcinoma adenoide cístico.
D) Cistoadenoma papilífero linfomatoso.

86 - Homem de 65 anos de idade desenvolveu subitamente amaurose no olho esquerdo. O sintoma foi revertido em poucos minutos, mas voltou a ocorrer algumas horas depois, e na segunda oportunidade durou 2 horas. Tem doença arterial periférica e faz tratamento com antiagregantes plaquetários e estatinas. Foi realizada ultrassonografia com doppler colorido que mostrou estenose carotídea maior que 50% bilateralmente. A conduta que mais diminui o risco de acidente vascular cerebral neste caso é:

A) Angioplastia com Stent em carótida direita.
B) Angioplastia com Stent em carótida esquerda.
C) Endarterectomia de carótida direita.
D) Endarterectomia de carótida esquerda.

87 - Neonato prematuro com idade gestacional de 30 semanas e peso de nascimento de 1.200g apresenta no quarto dia de vida quadro de hipoatividade, vômitos biliosos e distensão abdominal importante. Estava extubado, sem droga vasoativa, com boa perfusão periférica e diurese. Houve ainda evacuação com pequena quantidade de sangue. O exame abdominal revelava abdome distendido e doloroso à palpação, com discreta hiperemia periumbilical. Foi então submetido a uma radiografia de abdome que revelou a seguinte imagem:

A conduta mais adequada neste momento seria:

A) Indicar uma laparotomia exploradora.
B) Realizar uma tomografia de abdome.
C) Repetir a radiografia de abdome em 6 horas.
D) Iniciar jejum, antibioticoterapia de largo espectro e observar a evolução.

88 - Paciente de 65 anos, sexo masculino, previamente hígido, foi acometido pelo vírus Sars Cov-2, permaneceu internado por tempo prolongado e desenvolveu úlcera de pressão em região sacral. A lesão acometia toda pele e parcialmente o tecido subcutâneo.
Qual é a classificação desta úlcera pelo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e qual é a melhor sequência de tratamento?

ANTES DA PRIMEIRA INTERVENÇÃO

APÓS 12 DIAS DA PRIMEIRA INTERVENÇÃO

A) Grau III. Desbridamento e curativo diário com antibiótico tópico, aguardar cicatrização por segunda intenção.

B) Grau III. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação.

C) Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, enxertia cutânea de espessura total.

D) Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação.

89 - Mulher de 32 anos de idade chega ao pronto atendimento com dor em flanco e fossa ilíaca esquerdos, em cólica, de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese que se iniciou há 1 hora. Refere ser este o 5º episódio em cinco dias, tendo já estado em outro pronto atendimento por quatro vezes, onde foi medicada e apresentou melhora temporária da dor. Após analgesia, apresentase afebril, PA=140X80 mm Hg, FC: 76 bpm.

O abdome é flácido, doloroso à palpação profunda na fossa ilíaca esquerda. RHA + e DB -.

Foi submetida a tomografia computadorizada sem contraste e exames de laboratório, mostrados a seguir:

Hb: 13.8 g/dl; Leucócitos: 8.800/mm^3, sem desvio à esquerda; Creatinina: 1,1 mg/dl; Glicemia: 94 mg/dl.

Urina tipo I: pH=5,0; > 1 milhão de hemácias/ml; 32 mil leucócitos/ml.

Qual é o tratamento?

A) Tamsulosina e cefalexina por 7 dias.

B) Ureterolitotomia por via laparoscópica.

C) Ureterolitotripsia endoscópica.

D) Ureterolitotomia por inguinotomia.

90 - Mulher de 62 anos de idade realizou um ultrassom de abdome superior no qual se evidenciou um pólipo em vesícula biliar de 1,5 cm, com fluxo sanguíneo detectado ao doppler. Não tem sintomas. Qual é a melhor conduta para o caso?

A) Colecistectomia por via videolaparoscópica.

B) Colecistectomia por via aberta.

C) Repetir ultrassom de abdome superior em 6 meses.

D) Repetir ultrassom de abdome superior em 12 meses.

91 - Mulher de 47 anos de idade realiza acompanhamento no Ambulatório Médico de Especialidade devido a diabete e hipertensão arterial. Apresenta refluxo gastresofágico e foi submetida a endoscopia digestiva alta há 1 mês que revelou esofagite grau C de Los Angeles. Está em uso de omeprazol 40mg por dia há 6 meses, mas com persistência de pirose pós prandial, principalmente quando em decúbito horizontal. Exame clínico: bom estado geral, IMC: 36 kg/m^2 , abdome indolor à palpação, sem outras alterações. Qual é a melhor opção operatória para o tratamento do refluxo gastro-esofágico desta paciente?

A) Gastrectomia vertical (*sleeve* gástrico).
B) Gastroplastia com derivação em Y-de-Roux (*Bypass* gástrico).
C) Hiatoplastia com fundoplicatura total.
D) Hiatoplastia com fundoplicatura parcial.

92 - Homem, 54 anos de idade, refere dor anal intensa durante as evacuações. As dores começaram, há 6 semanas, após episódio de dificuldade para evacuar devido a fezes muito endurecidas. Desde então, durante toda evacuação apresenta dor intensa, que vai melhorando lentamente. Refere ainda ter notado a presença de laivos de sangue no papel higiênico. Identifique a imagem correspondente à principal hipótese diagnóstica:

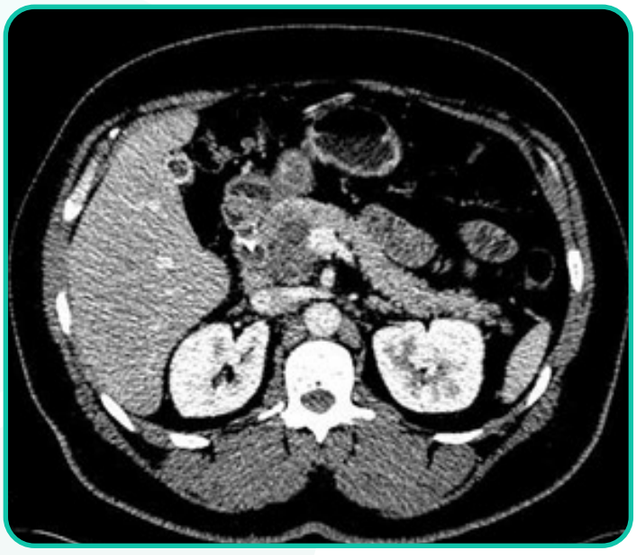
A)

C)

B)

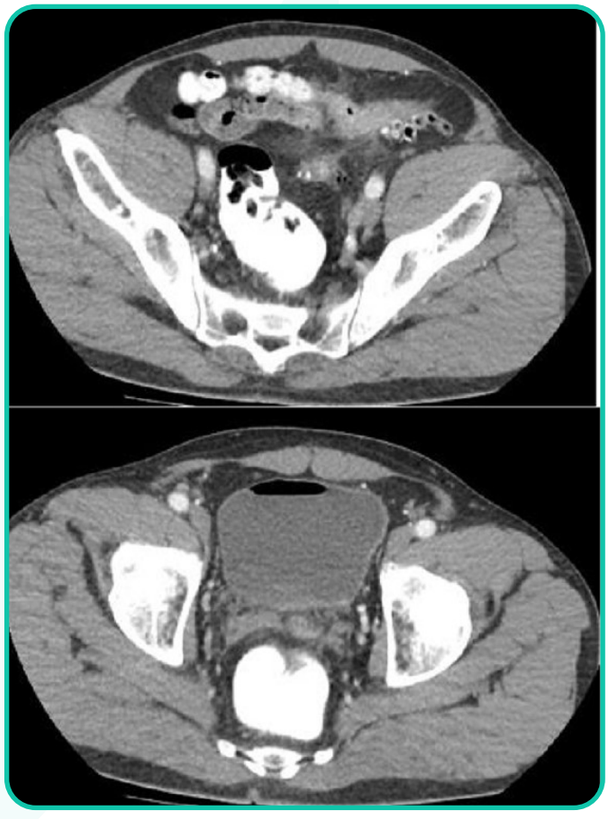
D)

93 - Mulher de 56 anos de idade está em investigação de icterícia obstrutiva e realiza o exame a seguir. A lesão presente na imagem tem contato com qual estrutura vascular?



A) Artéria mesentérica superior.
B) Veia cava inferior.
C) Tronco celíaco.
D) Veia mesentérica superior.

94 - Homem de 62 anos de idade realizou a tomografia de abdome abaixo para a investigação de pneumatúria. É tabagista, com carga tabágica de 30 maços-ano. Tem antecedente de infecção urinária de repetição. Qual é o diagnóstico mais provável?



A) Tumor urotelial da bexiga avançado.
B) Cistite enfisematosa com abscesso.
C) Doença diverticular complicada.
D) Tumor de reto avançado.

95 - Mulher de 28 anos de idade está no Pronto-Socorro com diagnóstico de pielonefrite obstrutiva. Será submetida à passagem de cateter duplo-J. Tem medida de pressão arterial em 110/70 mmHg, frequência respiratória de 25 ipm, frequência cardíaca em 120 bpm e está sonolenta. Qual hipnótico **NÃO** deve ser utilizado na indução da anestesia geral com manobra de sequência de intubação rápida desta paciente?

A) Etomidato.
B) Cetamina.
C) Midazolam.
D) Propofol.

96 - Qual é o tempo ideal para a realização de fixação das fraturas intertrocantéricas?

A) Primeira hora após o trauma.
B) 1 a 12 horas após o trauma.
C) 12 a 48 horas após o trauma.
D) 48 a 72 horas após o trauma.

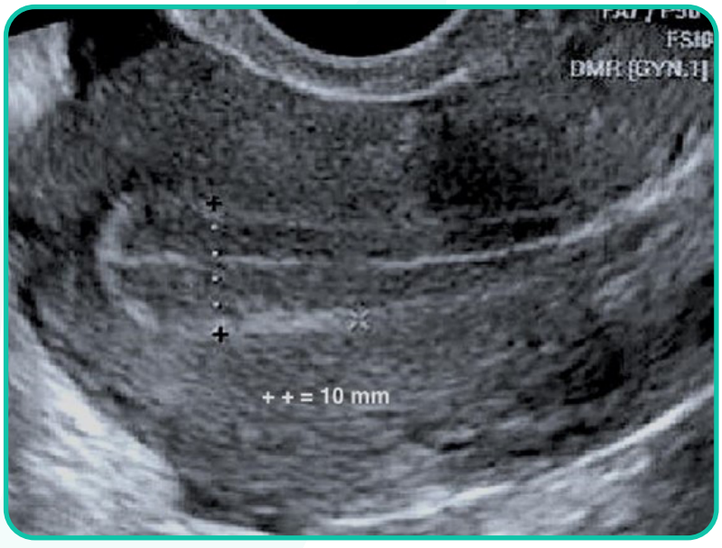
97 - Paciente de 34 anos refere ausência de menstruação há 3 meses. Antes dos três últimos meses, apresentava ciclos menstruais mensais regulares. Tem antecedente de 2 gestações com partos normais, o último há 4 anos. Amamentou por 6 meses cada filho. Usa preservativo como contracepção. Não tem antecedentes mórbidos relevantes e não usa drogas lícitas ou ilícitas. Neste período de 3 meses não observou alteração de hábito intestinal ou urinário, mantém suas atividades profissionais e físicas, no entanto tem apresentado leve cefaleia vespertina, dolorimento global das mamas e procurou o oftalmologista por achar que está com menor visão lateral. O teste de gravidez é negativo.
Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é a alternativa correta?

A) O nível de TSH deve estar diminuído.
B) Os níveis de FSH e LH devem estar elevados.
C) A biópsia de endométrio deve revelar atrofia.
D) O eco endometrial ultrassonográfico deve estar espessado.

98 - Paciente de 20 anos é nuligesta e tem ciclos menstruais regulares. Faz uso contínuo de fluoxetina 20mg/dia para controle de irritabilidade pré-menstrual há 3 anos. Iniciou vida sexual e utiliza preservativo nas relações. Deseja interromper a fluoxetina para melhorar a libido. Qual é a orientação adequada?

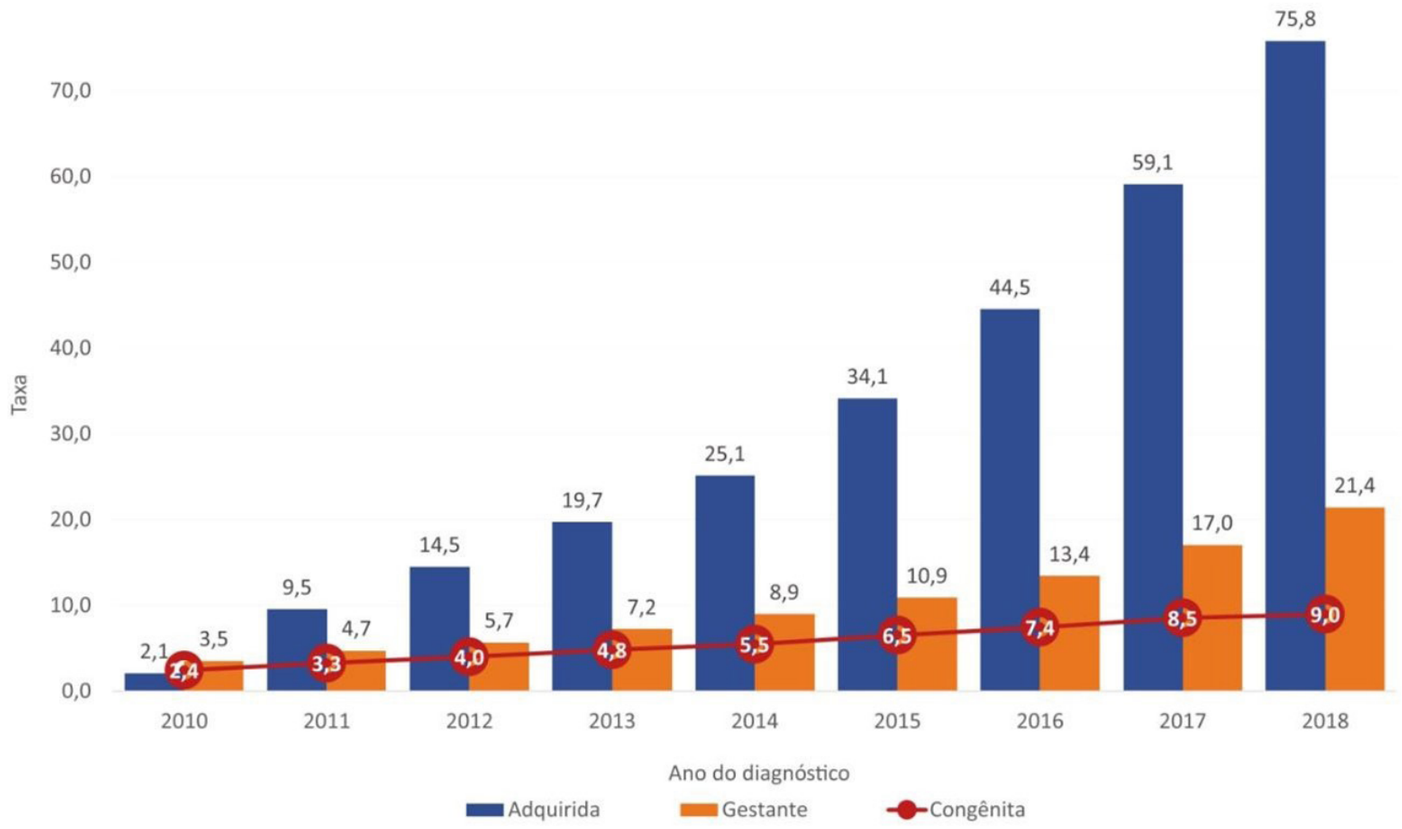
A) Suspender gradualmente a fluoxetina e introduzir contraceptivo hormonal combinado.
B) Interromper a fluoxetina e iniciar suplementação de testosterona.
C) Suspender gradualmente a fluoxetina e suplementar DHEA.
D) Interromper a fluoxetina e introduzir benzodiazepínico caso apresente irritabilidade.

99 - Paciente, 23 anos, encontra-se em acompanhamento do ciclo menstrual para tratamento de infertilidade. Realiza a ultrassonografia transvaginal, apresentada abaixo. Qual é o momento do ciclo menstrual desta paciente?



A) Fase folicular.
B) Fase secretora.
C) Menstrual.
D) Gravídico.

100 - O gráfico abaixo apresenta a evolução da taxa de detecção de uma infecção sexualmente transmissível, no Brasil. Qual é o tratamento adequado a esta doença?



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

FIGURA 1 Taxa de detecção de [redacted] (por 100.000 habitantes), taxa de detecção [redacted] gestantes e taxa de incidência [redacted] (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018

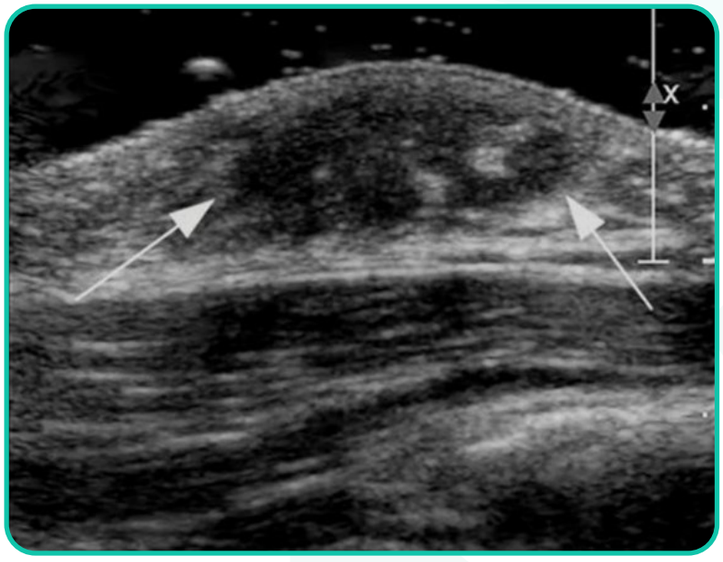
A) Aciclovir.

B) Penicilina.

C) Azitromicina.

D) Podofilina.

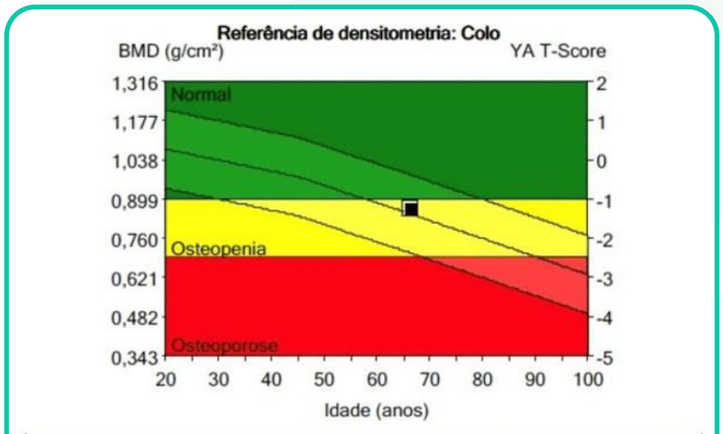
101 - Paciente 9 anos é trazida pela mãe em virtude do aparecimento de nódulo mamário dolorido à direita. A mãe tem 42 anos de idade e encontra-se em tratamento quimioterápico para câncer de mama. O avô materno faleceu devido a câncer de próstata aos 80 anos. No exame clínico da criança, a altura e o peso encontram-se no percentil 50. Presença de leve pilificação genital e axilar bilateral; genitália com vulva e introito vaginal normais, com hímen íntegro. Presença de nódulo fibroelástico retroareolar direito com cerca de 1cm, parcialmente aderido à aréola e levemente doloroso. Região mamária e aréola esquerda sem achados palpatórios. O restante do exame clínico é normal. A ultrassonografia da aréola direita é apresentada.



Qual é a conduta?

A) Punção com agulha fina.
B) Punção com agulha grossa.
C) Acompanhamento clínico.
D) Biópsia excisional.

102 - Paciente de 64 anos de idade vem ao ambulatório trazendo resultado de densitometria óssea realizada no último mês, apresentada a seguir. Está assintomática, refere dieta balanceada, não tem antecedentes mórbidos relevantes e não usa medicamentos. Teve menopausa aos 53 anos de idade e não faz terapia hormonal.
Qual é a conduta adequada?



Região	BMD[1] (g/cm²)	Jovem Adulto[2] (%)	T-Score	Corr. Etária[3] (%)	Z-Score
Colo	0,861	83	-1,3	102	0,1
Total	0,949	94	-0,5	109	0,6

A) Terapia hormonal.
B) Alendronato.
C) Cálcio.
D) Atividade física.

103 - Mulher de 17 anos de idade vem ao ambulatório desejando utilizar método contraceptivo que não dependa de "lembrar de usar". É nuligesta e seus ciclos menstruais são mensais, regulares e com fluxo mais intenso no primeiro dia. Tem cólica menstrual, que melhora após uso de naproxeno. Não tem parceiro sexual definido.

Em sua unidade de saúde estão disponíveis, além de preservativos, contraceptivos hormonais orais combinados, implantes subdérmicos de etonogestrel e dispositivos intrauterinos (DIUs) de cobre. Qual é a conduta para esta paciente?

A) Indica o implante de etonogestrel pela eficácia e efeito sobre o ciclo menstrual.

B) Orienta utilizar contraceptivo hormonal oral combinado por ser mais eficaz que o implante e o DIU disponíveis.

C) Sugere usar DIU de cobre por ser mais adequado ao padrão menstrual relatado.

D) Solicita o acompanhamento do responsável para definir a melhor contracepção.

104 - Paciente de 45 anos de idade apresenta sangramento menstrual excessivo há 3 dias acompanhado de intensa dor em cólica. PA 100/60mmHg, FC 100bpm, FR 12 ipm. Exame especular com sangramento ativo pelo colo uterino. No toque vaginal, o útero é regular, com volume habitual e não doloroso à mobilização. Qual é a conduta?

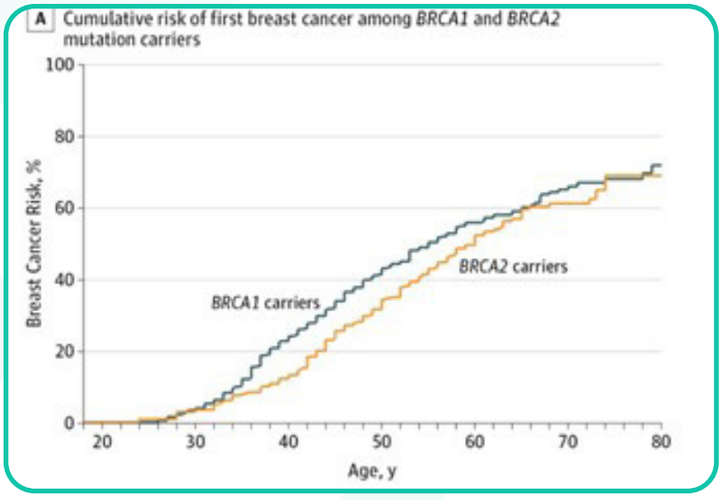
A) Histeroscopia diagnóstica.

B) Curetagem uterina.

C) Progesterona dose elevada.

D) Histerectomia.

105 - Paciente de 32 anos de idade apresenta mutação BRCA 1 e BRCA 2. É nuligesta. Realizou a pesquisa de mutação pois a mãe faleceu por de câncer de mama aos 45 anos. Segundo o gráfico apresentado (Kuchenbaecker et al. JAMA, 2017), observa-se o risco cumulativo de câncer de mama em portadoras destas mutações. Qual é a orientação para a paciente?



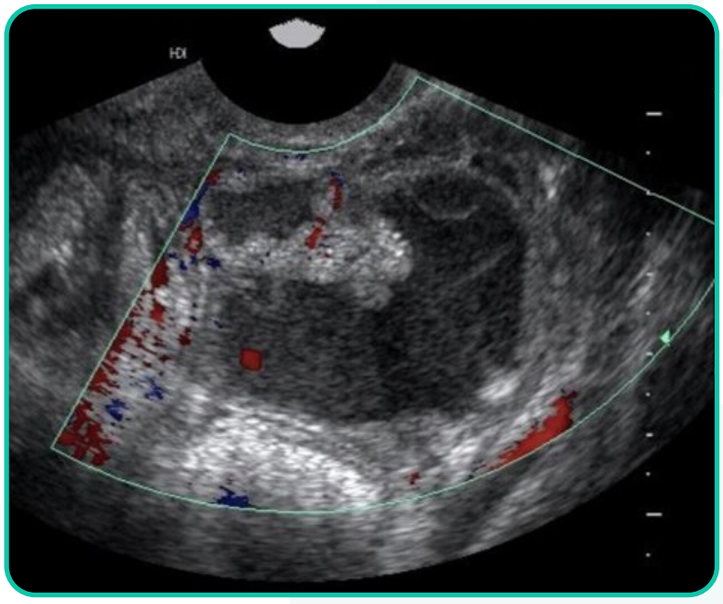
A) A adenomastectomia profilática deve ser realizada.

B) A penetrância desses genes é variável.

C) O rastreamento em intervalos mais curtos previne a doença

D) Uso de tamoxifeno ou raloxifeno pode interferir neste risco.

106 - Paciente de 25 anos de idade vem ao Pronto-Socorro por dor aguda abdominal e pélvica há 2 dias. A dor é em pontada e localizada na fossa ilíaca direita. Teve início abrupto, com piora progressiva. É nuligesta e tem ciclos menstruais mensais regulares. Usa preservativo irregularmente nas relações sexuais. No exame clínico, PA 100/60mmHg, FR 14 ipm, FC 100 bpm, Temperatura axilar 38oC. Abdome levemente distendido com descompressão brusca em fossa ilíaca direita. No exame especular observa-se conteúdo acinzentado sem odor. No toque vaginal, o útero está em anteversoflexão e há tumoração anexial direita dolorosa. A ultrassonografia transvaginal apresentada a seguir representa a região anexial direita.



Qual é a conduta adequada?

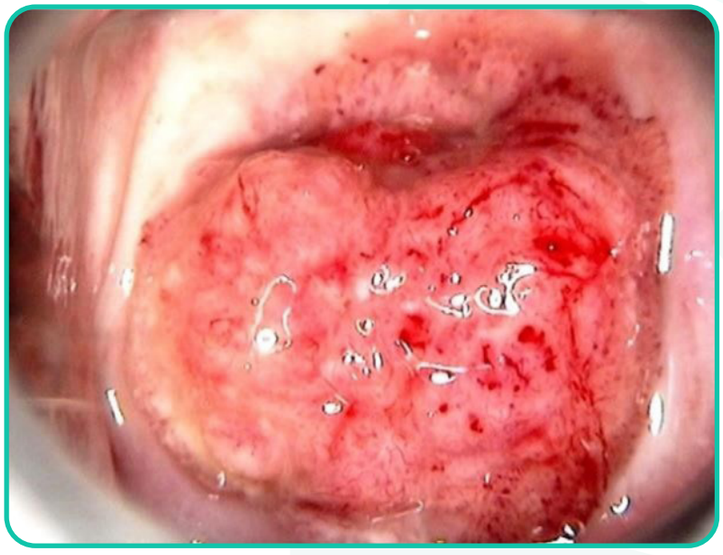
A) Drenagem guiada por ultrassom.
B) Apendicectomia.
C) Salpingo-ooforectomia.
D) Destorção anexial.

107 - Paciente 23 anos de idade teve diagnóstico de tumoração anexial e foi submetida a laparoscopia. É nuligesta. A imagem da cirurgia é apresentada.

Qual a conduta adequada?

A) Ooforectomia.
B) Salpingo-ooforectomia.
C) Lavado extenso da cavidade com hemostasia ovariana.
D) Retirada da cápsula com preservação do ovário.

108 - Paciente de 40 anos de idade refere corrimento vaginal sanguinolento e odor pronunciado há cerca de 5 meses. Refere ciclos menstruais mensais regulares, porém com dificuldade de identificá-los devido ao sangramento irregular dos últimos meses. Refere vida sexual ativa, com parceiro sexual vasectomizado. Quatro partos vaginais prévios (último há 7 anos). Nega co-morbidades ou uso de medicamentos. Ao exame especular observa-se a imagem a seguir.



Qual é a conduta neste momento?

A) Biópsia.
B) Colpocitologia.
C) Colposcopia.
D) Pesquisa de Clamídia e Neisseria.

109 - Gestante de 32 anos de idade, secundigesta e primípara, vem para a primeira consulta de pré-natal com 8 semanas e 2 dias de gestação. Está preocupada pois tem lúpus eritematoso sistêmico com acometimento cutâneo, articular e hematológico. Refere última crise há 7 meses e está em uso de hidroxicloroquina 400 mg e prednisona 10 mg por dia.
Qual é a orientação com relação ao uso de hidroxicloroquina e prednisona na fase inicial da gestação?

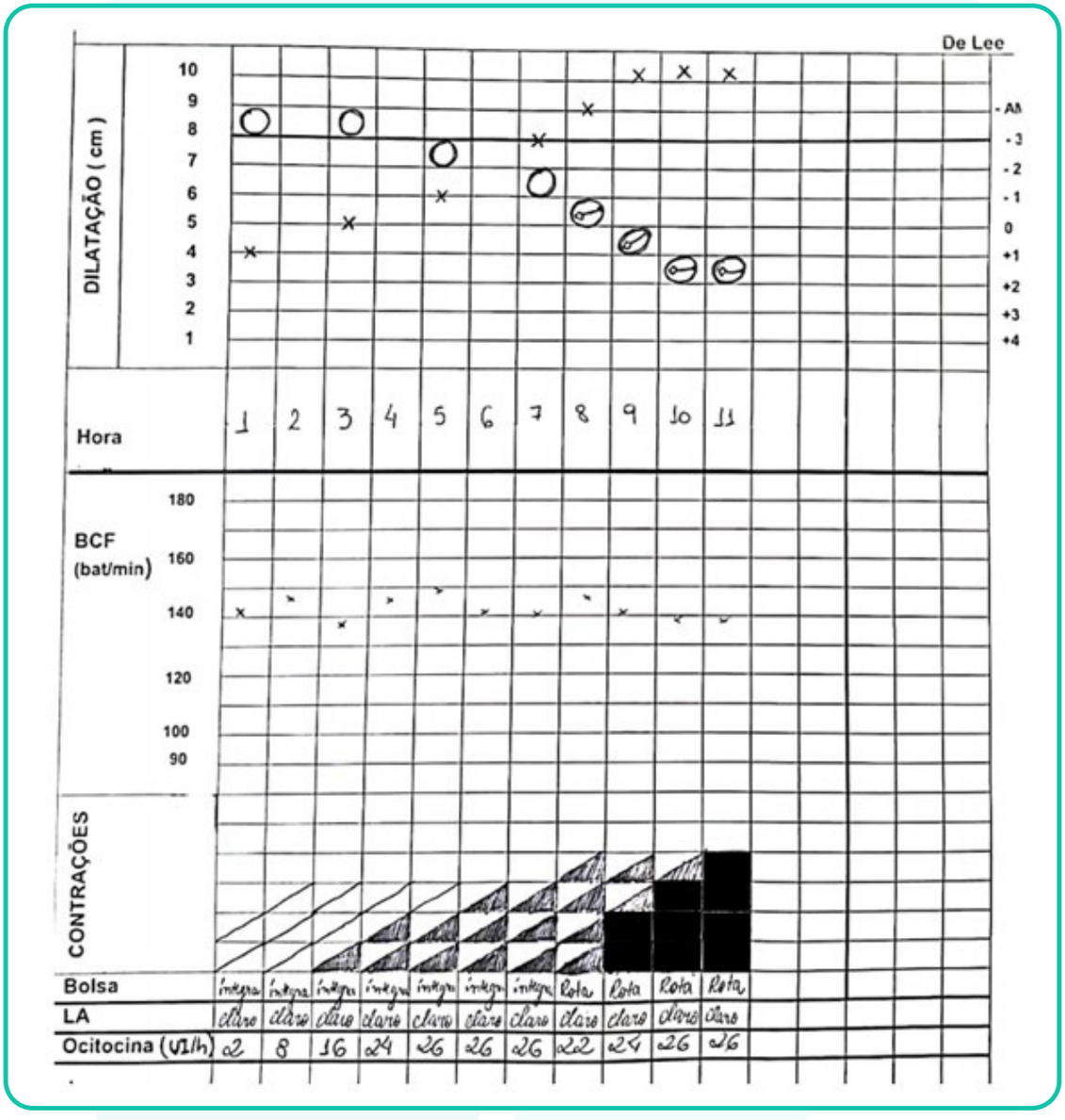
A) Deve suspender Hidroxicloroquina.
B) Deve manter ambas as medicações.
C) Deve suspender os dois medicamentos.
D) Deve suspender a Prednisona.

110 - Gestante de 25 anos de idade, primigesta, com 33 semanas e 3 dias de gravidez, chega ao pronto atendimento obstétrico em crise convulsiva tônico-clônica generalizada. O companheiro refere que a paciente estava com dor de cabeça intensa antes da convulsão. No exame clínico, está em mau estado geral, descorada +/4, hidratada, Pressão arterial 152 x 105 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 ipm, Saturação 96%, edema de MMII de 3+/4. No exame obstétrico, AU 33 cm, BCF presente e rítmico, dinâmica uterina presente (2 contrações em 10 minutos), toque vaginal com colo dilatado 3 cm, médio, medianizado.
Após o tratamento adequado, com estabilização do quadro clínico e avaliação laboratorial, a conduta obstétrica é:

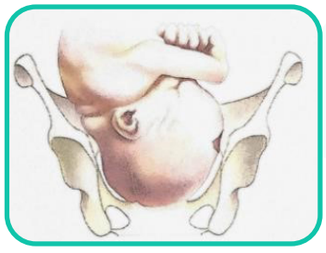
A) Cesárea imediata.
B) Inibição do trabalho de parto.
C) Condução do parto.
D) Cesárea após corticoterapia.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **111** e **112**:

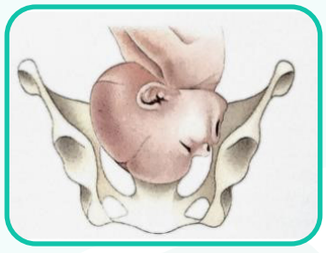
Paciente hígida foi submetida a maturação de colo com misoprostol e posterior indução de parto por pós-datismo, conforme partograma apresentado.



111 - Qual das figuras a seguir representa a insinuação do feto nesse caso?

A) 

B)

C) 

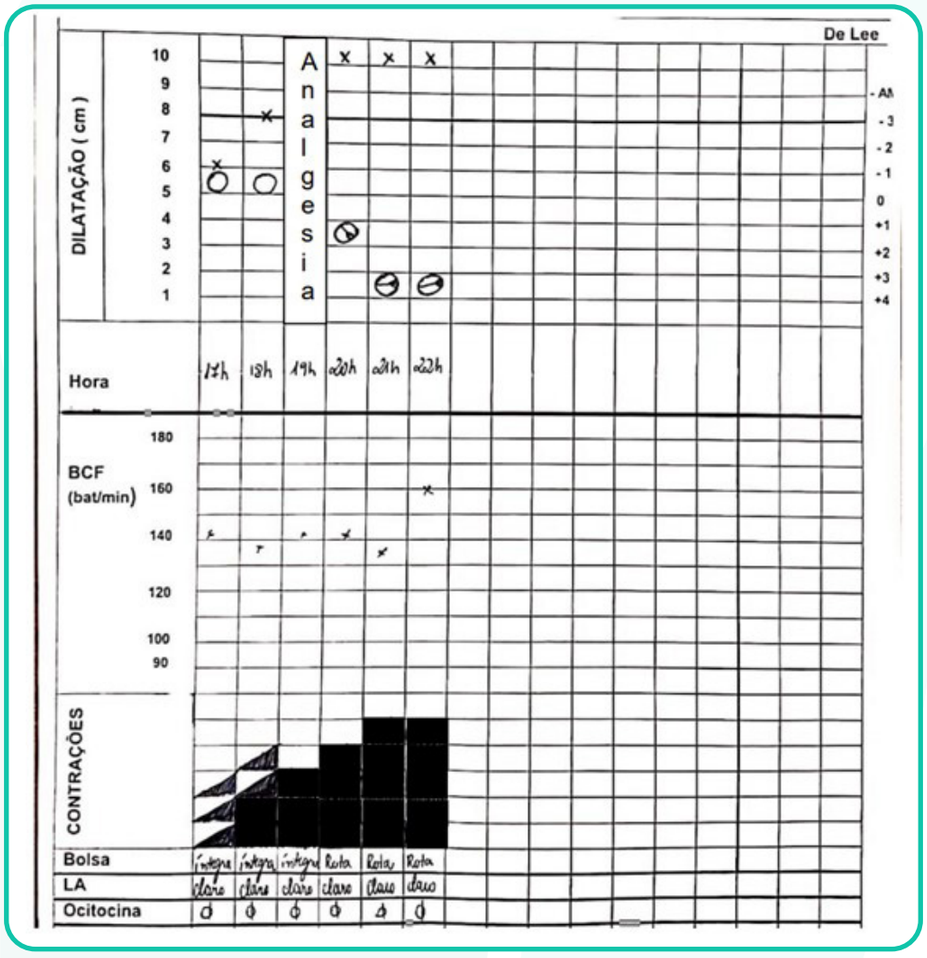
D)

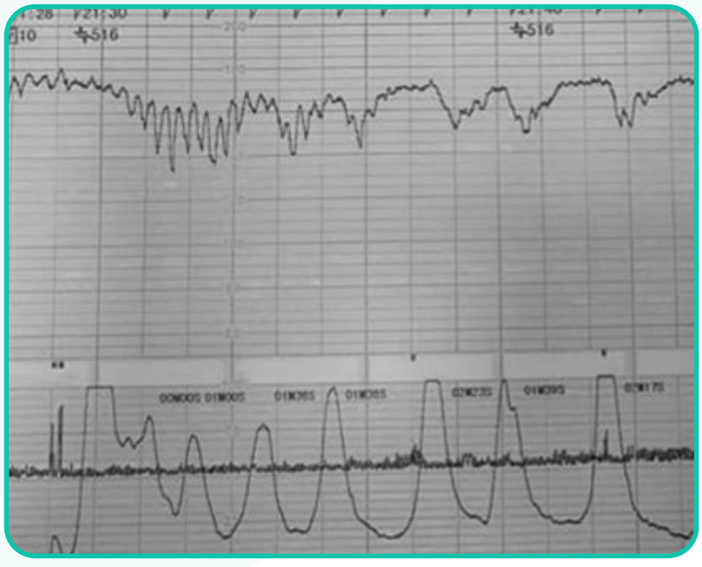
112 - Paciente evoluiu com dor e dificuldade de deambulação no pós-parto, necessitando analgésico de resgate. No 2º dia pós-parto, apresenta temperatura oral aferida de 38,6°C. No exame clínico, está em bom estado geral e eupneica. O abdome é doloroso à palpação, com sinal de descompressão brusca negativo e ruídos hidroaéreos presentes. A ferida cirúrgica tem bom aspecto. A loquiação é fétida. A conduta inicial indicada para essa paciente é:

A) Administrar antibiótico.
B) Aspirar restos ovulares.
C) Anticoagulação plena.
D) Histerectomia subtotal.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **113** e **114**:

Primigesta de 21 anos de idade, está com 38 semanas de gestação e iniciou trabalho de parto espontâneo. O partograma e a cardiotocografia estão apresentados a seguir.





113 - A fisiopatologia do traçado da cardiotocografia apresentado inclui:

A) Compressão funicular.
B) Compressão do pólo cefálico.
C) Bloqueio átrio ventricular fetal.
D) Acidemia fetal.

114 - Qual é o método indicado para ultimação do parto?

A) Abreviação com vácuo extrator.
B) Cesárea segmentar transversa.
C) Aguardar parto espontâneo.
D) Rotação com fórcipe Kielland.

115 - Paciente secundigesta está em acompanhamento pré-natal. Teve um parto vaginal há dois anos, quando tinha 16 anos de idade. O cartão de vacinação da paciente está apresentado a seguir.

BCG (Tuberculose)	Paralisia Infantil (VIP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Rotavirus	PNEUMO 10	MENINGO C	Hepatite A
25/04/04	22/06/04	/ /	/ /	22/12/04	27/07/04	07/11/06
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	1ª dose	1ª dose	1ª dose	1ª dose	1ª dose	

Hepatite B	Paralisia Infantil (VIP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Rotavirus	PNEUMO 10	MENINGO C	Hepatite A
25/04/04	24/08/04	/ /	/ /	11/03/05	28/09/04	24/04/07
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
1ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	

Hepatite B	Paralisia Infantil(VOP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Sarampo/caxumba/rubéola	PNEUMO 10	MENINGO C	
25/05/04	26/10/04	/ /	03/05/05	/ /	30/11/04	/ /
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	3ª dose	3ª dose		3ª dose	Reforço	

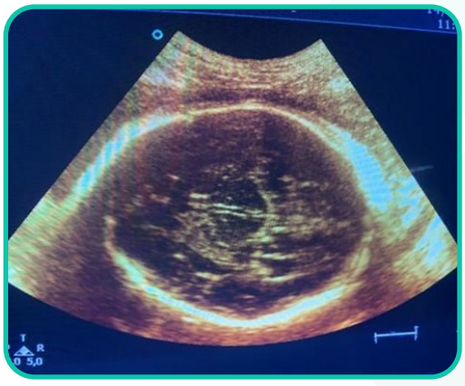
Hepatite B	Paralisia Infantil(VOP)	Difteria/Tétano/Coqueluche	Sarampo/caxumba/rubéola+Varicela	PNEUMO 10	Febre Amarela	
26/10/04	29/07/05	25/04/2019	18/07/09	/ /	22/06/03	/ /
Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote
Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	1º Reforço	1º Reforço		Reforço		

	Paralisia Infantil(VOP)	Difteria/Tétano/Coqueluche	HPV	HPV	HPV	
/ /	12/08/09	/ /	09/06/16	10/08/16	15/12/16	/ /
Lote	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote
Cód.	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	2º Reforço	2º Reforço	1ª dose	2ª dose	3ª dose	

Além de vacina para gripe, qual conduta deve ser feita para a vacinação dessa paciente?

A) Administrar uma dose imediata de dT e outra de dTpa após 60 dias.
B) Administrar uma dose de dTpa no 2º trimestre.
C) Administrar uma dose de reforço para hepatite B.
D) Não há necessidade de administrar outras doses vacinais.

116 - Gestante de 23 anos de idade está em sua primeira gestação. Iniciou o pré-natal com 19 semanas de gestação. Está em acompanhamento irregular na UBS pois trabalha como atendente em um pet Shop e está sem tempo para as consultas. Vem encaminhada ao pré-natal de alto risco com 25 semanas de gestação com os exames descritos a seguir. Qual é a conduta pré-natal imediata?

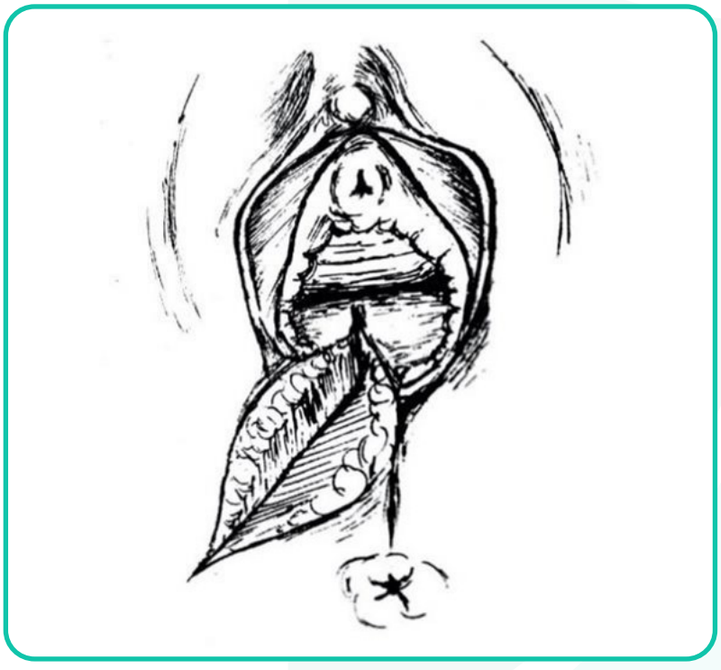


HIV	VDRL	Rubéola
Negativo	Negativo	IgG+ IgM-

Toxoplasmose	Hepatite B	Hepatite C
IgG+ IgM+	Anti-HBs+	negativo

A) Iniciar ácido fólico em dose dobrada.
B) Iniciar pirimetamina associada a sulfadiazina.
C) Iniciar espiramicina isolada.
D) Iniciar espiramicina associada a pirimetamina.

117 - Com base nas novas orientações de cuidados no parto, o que se pode dizer a respeito da indicação do procedimento ilustrado na figura a seguir?

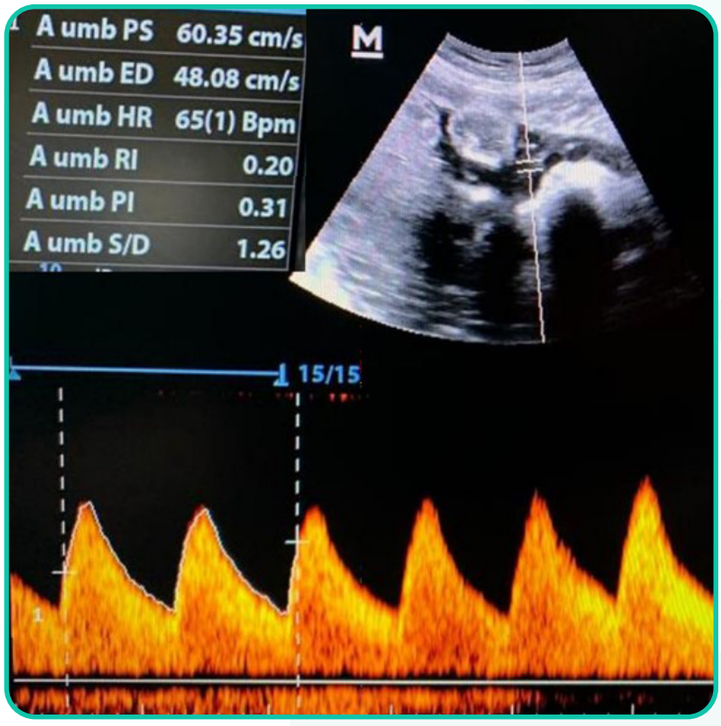


A) É praticado se houver risco de lacerações graves.
B) Trata-se de um procedimento proscrito.
C) Está reservado para primigestas.
D) É indicado apenas em partos instrumentalizados.

118 - Gestante de 43 anos de idade, casada, está em consulta pré-natal após submeter-se a reprodução assistida. É primigesta e tem 33 semanas de gestação. Na avaliação clínica, está em bom estado geral, corada, PA 120 x 75mmHg, FC 78 bpm, IMC 21,4 kg/m^2. A altura uterina é de 31 cm. O BCF está presente e é rítmico. Tônus normal.

Traz ultrassonografia obstétrica mostrando feto único, cefálico, com dorso à esquerda e placenta posterior. Índice de líquido amniótico 9 cm e peso estimado 1685g (percentil 5).

Na mesma consulta foi realizada a seguinte avaliação de vitalidade fetal:



Valores de referência:

A umb PI: 030 a 1,40

A umb S/D: 1,24 a 3,40

A orientação a ser dada à paciente quanto à resolução da gravidez é:

A) Indicar parto com 34 semanas de gestação.

B) Programar parto no termo precoce.

C) Aguardar termo tardio.

D) Aguardar até 40 semanas de gestação

119 - Gestante com 34 anos de idade procura pronto atendimento obstétrico com queixa de contrações dolorosas a cada 3 minutos, associada a peso em região púbica. A idade gestacional é de 32 semanas. É tercigesta, com dois partos vaginais prévios (último há 2 anos, sem intercorrências). Está em uso de sertralina 100mg/dia. Refere que está aguardando avaliação de pré-natal de alto risco por queixa de cansaço físico que vem sendo progressivamente mais importante desde o 5º mês de gravidez. Desde o momento em que iniciaram as contrações, sente opressão torácica, dificuldade para respirar e sensação de desmaio.

No exame clínico, apresenta-se em bom estado geral, PA 94x50 mmHg, FC 126bpm, FR 22 ipm. Ausculta com sopro sistólico aórtico 3+/6+, ejetivo, murmúrios vesiculares presentes com crepitação fina em base direita. Abdome gravídico, altura uterina 30 cm, BCF presente e rítmico. Sem edemas de MMII, sem sinais de TVP. Toque vaginal: colo fino, dilatação de 6 cm, apresentação cefálica e bolsa íntegra.

O seguimento obstétrico adequado é:

A) Inibição de trabalho de parto prematuro com atosibano.
B) Iniciar maturação pulmonar fetal com corticoterapia.
C) Assistência ao parto com analgesia imediata.
D) Assistir ao período expulsivo com puxos dirigidos.

120 - A enfermeira aciona o médico plantonista para avaliar a paciente JMB, gestante, de 23 anos de idade. A paciente tem diabetes tipo I e foi internada para ajuste do controle glicêmico. Ela é quartigesta, com 3 abortamentos anteriores. A idade gestacional é de 18 semanas. Chamou a enfermeira por estar com mal estar e sudorese fria. A glicemia capilar é de 38 mg/dL. Na avaliação clínica, a paciente está torporosa e não responde adequadamente aos questionamentos, PA 110x70 mmHg, FC 82. A conduta imediata deve ser:

A) Oferecer o lanche da tarde.
B) Soro glicosado 5% 300 ml endovenoso.
C) Administrar 15g glicose via oral.
D) Glucagon subcutâneo imediato.

GABARITO EMED

QUESTÃO	RESPOSTA
1	B
2	A
3	C
4	D
5	A
6	C
7	B/D
8	D
9	C
10	D
11	A
12	B
13	A
14	C
15	D
16	B
17	D
18	A
19	B
20	C
21	B
22	A
23	D/Anulação
24	A/Anulação
25	D
26	C
27	B
28	A
29	A/C
30	D/Anulação

QUESTÃO	RESPOSTA
31	D
32	C
33	B
34	D
35	A/Anulação
36	B
37	A
38	B
39	A
40	C
41	B
42	D/Anulação
43	B
44	A
45	C
46	D
47	C
48	A/C
49	B
50	C
51	D
52	B
53	A
54	D
55	C
56	B
57	D
58	A
59	D
60	B

QUESTÃO	RESPOSTA
61	C
62	D
63	C
64	A
65	B
66	D
67	C
68	A
69	B
70	C
71	A
72	B
73	C
74	D
75	A
76	D
77	C
78	B
79	A
80	B
81	D
82	A
83	C
84	C
85	B
86	D
87	A
88	B
89	C
90	A

QUESTÃO	RESPOSTA
91	B
92	A
93	D
94	C
95	D
96	C
97	C
98	A
99	A
100	B
101	C
102	D
103	A
104	C
105	B
106	A
107	D
108	A
109	B
110	C
111	B
112	A
113	D
114	D
115	A
116	C
117	A
118	D
119	C
120	B

GABARITO OFICIAL

QUESTÃO	RESPOSTA
1	B
2	A
3	C
4	D
5	ANULADA
6	C
7	B
8	D
9	C
10	D
11	A
12	B
13	A
14	C
15	D
16	B
17	D
18	A
19	B
20	C
21	B
22	A
23	D
24	A
25	D
26	C
27	B
28	A
29	A
30	D

QUESTÃO	RESPOSTA
31	D
32	C
33	B
34	D
35	A
36	B
37	C
38	B
39	A
40	C
41	B
42	D
43	B
44	A
45	ANULADA
46	D
47	C
48	A
49	B
50	C
51	D
52	B
53	A
54	D
55	C
56	B
57	D
58	A
59	D
60	B

QUESTÃO	RESPOSTA
61	C
62	D
63	C
64	A
65	B
66	D
67	C
68	A
69	B
70	C
71	A
72	B
73	C
74	D
75	A
76	D
77	C
78	B
79	A
80	B
81	D
82	A
83	C
84	C
85	B
86	D
87	A
88	B
89	C
90	A

QUESTÃO	RESPOSTA
91	B
92	A
93	D
94	C
95	ANULADA
96	C
97	C
98	D
99	A
100	B
101	C
102	D
103	A
104	C
105	B
106	A
107	D
108	A
109	B
110	C
111	B
112	A
113	D
114	D
115	ANULADA
116	C
117	A
118	D
119	C
120	B

QUESTÕES COMENTADAS

1 - Homem de 60 anos de idade procura a unidade básica de saúde queixando-se de dor protocinética e após caminhadas em joelhos há 5 anos. O quadro é acompanhado de dor nas mãos, principalmente após esforços, com episódios de rigidez matinal de 15 minutos. No exame clínico dos membros encontram-se joelhos com desvio em varo bilateral, com pequeno derrame articular à esquerda. Hipotrofia muscular de quadríceps bilateralmente (mais acentuada à esquerda), além de crepitação aos movimentos de flexão acima de 90 graus. Há nódulos de Heberden e Bouchard em mãos. Considerando a principal hipótese diagnóstica, marque a correta:

A) Os estudos mais recentes mostram que a hidroxicloroquina é eficaz.
B) Anti-inflamatórios tópicos estão recomendados.
C) Glicosamina e condroitina melhoram a dor e evitam dano estrutural.
D) A diacereína está recomendada pelas principais diretrizes da doença.

Comentários:

Prof. Taysa Moreira - Reumatologia

Temos aqui um paciente idoso apresentando dor crônica em joelhos de caráter mecânico e protocinética, ou seja, no início do movimento. Nesse momento, frente a esse padrão de acometimento articular, sua primeira hipótese deve ser de osteoartrite (OA). O exame físico do paciente apenas confirma essa hipótese, já que apresenta achados característicos, como o desvio em varo, hipotrofia de quadríceps e crepitação. Lembre-se de que a OA, como o próprio nome sugere, está associada à inflamação local, por isso podemos encontrar derrame articular (em geral, pequeno) e calor sobre a articulação.

Mas, além das queixas em joelhos, temos também dor mecânica, reforçada pela rigidez matinal inferior a 30 minutos nas mãos, e presença de nódulos de Heberden e Bouchard. Ou seja, além da OA de joelhos nosso paciente também tem uma OA de mãos.

A OA é a artropatia mais prevalente no mundo, acomete especialmente a população idosa e decorre de um desbalanço entre formação e degradação da matriz cartilaginosa. Quanto ao seu tratamento, vamos às alternativas para discutirmos mais a fundo:

Incorreta a alternativa A, porque os *guidelines* não recomendam o uso de Hidroxicloroquina para o tratamento da OA. Lembre-se da importância dessa droga no tratamento do lúpus eritematoso sistêmico e também da artrite reumatoide.

Correta a alternativa "B" porque os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são drogas fortemente recomendadas no tratamento da OA com diversos estudos comprovando sua eficácia. No entanto, tendo em vista que grande parte dos pacientes com OA possuem comorbidades e eventuais disfunções orgânicas, o uso de AINEs sistêmicos torna-se limitado. Assim, o uso de medicações tópicas torna-se uma excelente opção para esse perfil de pacientes.

Incorreta a alternativa C, porque, diferentemente do que encontramos na artrite reumatoide, não dispomos de nenhuma droga para o tratamento da OA que, comprovadamente, evite o dano estrutural e a progressão da doença. Além disso, *guidelines* atuais desencorajam a prescrição de medicamentos como Glicosamina e Condroitina devido à ausência de eficácia e ação semelhante ao placebo.

Incorreta a alternativa D, porque estudos mais recentes mostram que, além da baixa eficácia, a Diacereína está relacionada a eventos adversos (p.ex., diarreia, hepatite), por isso não é recomendada pelas principais diretrizes de tratamento da OA.

2 - Mulher de 27 anos de idade está em acompanhamento em ambulatório de serviço de referência por lúpus eritematoso sistêmico diagnosticado há 2 anos. Comparece em consulta queixando-se de edema progressivo de membros inferiores, urina espumosa e redução progressiva do volume urinário há 20 dias. Atualmente está em uso de prednisona 10 mg/dia e Azatioprina 150 mg/dia. No exame clínico, PA 150x90 mmHg, FC 100 bpm, FR 20 ipm, Temperatura axilar 36,5°C. Edema depressível de membros inferiores 2+/4+, edema de face +/4+. Não há outras alterações no restante do exame clínico.

Considerando o quadro atual da paciente, qual das alternativas abaixo traz associações compatíveis entre a classificação da doença e os achados histológicos e laboratoriais?

	Classificação	Achados histológicos e laboratoriais
(A)	Proliferativa difusa	70% de glomérulos acometidos por proliferação celular na microscopia ótica; redução do C3 sérico, proteinúria > 3g/dia
(B)	Proliferativa focal	30% de glomérulos acometidos por proliferação celular na microscopia ótica; aumento do C3 sérico, hematúria e proteinúria entre 1 e 3 g/dia
(C)	Membranosa	Espessamento da cápsula de Bowman, cilindros hemáticos numerosos, proteinúria entre 1 e 3 g/dia
(D)	Proliferativa mesangial	Expansão da matriz mesangial, insuficiência renal rapidamente progressiva, proteinúria > 3g/dia

Comentários:

Prof. Fernanda Badiani - Nefrologia

Vamos resolver esse caso clínico de uma paciente jovem com diagnóstico de Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) há 2 anos, em uso de prednisona e azatioprina, que apresenta um quadro agudo caracterizado por edema, espuma na urina, redução do volume urinário e hipertensão arterial.

Estrategista, aqui precisamos pensar nas dicas da questão. Toda vez que temos uma paciente com queixa de espuma na urina, precisamos pensar que ela tenha uma proteinúria importante gerando esse quadro – esse é o primeiro ponto da questão. Em segundo lugar precisamos atentar para a queixa de redução do volume urinário – esse fato denota uma lesão renal aguda (LRA), provavelmente, secundária à atividade renal do LES. Outro fator que corrobora é a presença de hipertensão arterial – casos de hipertensão, edema e disfunção renal devem remeter-nos a uma síndrome nefrítica que, no caso do LES, é secundária a uma nefrite lúpica *proliferativa*, ou seja, com presença de infiltrado celular no glomérulo. E qual é a característica laboratorial marcante da síndrome nefrítica?

Não se esqueça: é a hematúria de origem glomerular, caracterizada pela presença de dismorfismo, cilindros hemáticos ou acantócitos!

E quais são outras alterações laboratoriais que corroboram com a presença de atividade renal no LES?

Também memorize esses achados: consumo dos fatores do complemento (tanto C3 como C4) e positividade do Anti-DNA!

O comprometimento renal do LES pode ser heterogêneo, envolvendo diferentes formas de lesão glomerular e intersticial. A Nefrite Lúpica proliferativa habitualmente cursa com hematúria, proteinúria, hipertensão e disfunção renal. A presença de leucócitos na urina também é esperada.

A Nefrite Lúpica é divida em 6 classes diferentes exemplificadas na tabela a seguir:

Classe (ISN/RPS 2003)	Definição histológica	Alterações urinárias	Alterações clínico/ laboratoriais
I - Mesangial mínima	Glomérulos normais, mas com depósitos de imunoglobulinas	Nada significativo	Sem alterações relevantes
II - Proliferativa Mesangial	Proliferação mesangial	Hematúria dismórfica Proteinúria subnefrótica (quando presente)	Sem alterações relevantes
III - Proliferativa focal	Proliferação mesangial e endocapilar **focal** (<50% dos glomérulos) com depósitos *subendoteliais*	Hematúria dismórfica Proteinúria subnefrótica	Consumo de complemento e Anti-DNA positivo Piora de função renal (menos comum que a classe IV)
IV - Proliferativa difusa	Proliferação mesangial e endocapilar **difusa** (≥50% dos glomérulos) com depósitos *subendoteliais*	Hematúria dismórfica Proteinúria subnefrótica ou nefrótica	Consumo de complemento e Anti-DNA positivo Piora de função renal + Uremia
V - Membranosa	Espessamento da membrana basal com depósitos *subepiteliais* de imunoglobulinas	Proteinúria nefrótica	Edema Hipoalbuminemia Dislipidemia
VI - Esclerosante	Esclerose glomerular em >90% da amostra	Hematúria residual; proteinúria subnefrótica	Doença renal em estágio terminal

Analisando as alternativas, temos:

Correta a alternativa "A" O quadro clínico da paciente corresponde a uma nefrite lúpica proliferativa e os achados estão corretamente exemplificados na tabela: proliferação celular em ≥ 50% dos glomérulos na proliferativa difusa, consumo de C3 e proteinúria importante.

Incorreta a alternativa B: Apesar de o quadro histológico ser compatível com nefrite lúpica proliferativa, a alternativa erra em colocar *aumento* do C3. Lembre-se: atividade renal do LES cursa com *consumo* de complemento!

Incorreta a alternativa C: A Nefropatia Membranosa pura cursa com quadro de síndrome nefrótica, que habitualmente NÃO tem perda de função renal. Além disso, o achado histológico está errado: há espessamento das alças capilares podendo formar "espículas" e não da cápsula de Bowman.

Incorreta a alternativa D: A classe proliferativa mesangial habitualmente cursa com alterações urinárias assintomáticas, ou seja, sem disfunção renal.

3 - Mulher de 50 anos de idade procura o ambulatório de clínica médica com queixa de fraqueza muscular proximal de membros superiores e inferiores iniciada há 2 meses, com poliartrite simétrica de pequenas articulações e lesões de pele ilustradas na figura a seguir.

Sobre a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa correta:

A) A doença caracteriza-se por fraqueza muscular, todavia, mialgia é sintoma raro.

B) A maioria dos pacientes apresenta lesões cutâneas sem comprometimento muscular.

C) Sugere-se rastreamento para neoplasias, sendo maior o risco nos primeiros anos após diagnóstico da doença.

D) Acometimento pulmonar deve fazer pensar em sobreposição com outras doenças, como Esclerose Sistêmica.

Comentários:

Prof. Taysa Moreira - Reumatologia

Ao se deparar com paciente apresentando fraqueza muscular insidiosa, de caráter proximal, em membros superiores e inferiores você deve imediatamente pensar em um grupo de doenças reumatológicas, as miopatias autoimunes sistêmicas ou miopatias inflamatórias, cujos principais representantes são a dermatomiosite e a polimiosite.

Nesse caso, ao analisar as imagens fornecidas pela banca, não deve restar dúvida quanto ao diagnóstico de dermatomiosite, já que estamos frente a lesões patognomônicas da doença. As pápulas de Gottron são descritas como lesões maculopapulares e eritematosas que surgem sobre as articulações das mãos. Já o heliótropo é caracterizado por um *rash* eritemato-violáceo sobre as pálpebras, que pode vir acompanhado de edema.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a mialgia não é rara e pode estar presente em até 50% dos pacientes.

Incorreta a alternativa B, porque a maioria dos pacientes com dermatomiosite apresenta ambos os acometimentos. Apenas uma pequena parcela dos casos apresenta envolvimento muscular muito discreto ou ausente (dermatomiosite clinicamente amiopática).

Correta a alternativa "C" porque a associação entre dermatomiosite e neoplasias é bem estabelecida, especialmente nos primeiros 5 anos da doença e em pacientes que recebem o diagnóstico em idade mais avançada. Nesses casos, a neoplasia pode anteceder, ser concomitante ou suceder a dermatomiosite e, na maioria dos casos, envolve útero, ovário, trato gastrintestinal e pulmão. É por isso que todo paciente diagnosticado com dermatomiosite tem indicação de *screening* para neoplasias de acordo com sexo e idade e, caso suspeita clínica, de realizar os exames cabíveis para cada caso.

Incorreta a alternativa D, porque, assim como artralgia/artrite, o acometimento pulmonar também faz parte das manifestações extramusculares das miopatias autoimunes e é mais frequente na presença de anticorpos antissintetase, como o anti-Jo-1.

4 - A embriaguez patológica caracteriza-se por:

A) Ingestão compulsiva de grandes quantidades de álcool em fases bem delimitadas de tempo com alteração da lucidez de consciência.
B) Ingestão de pequenas doses de álcool, alucinação tipo macrozoopsia concomitante e convulsões sub-entrantes.
C) Ingestão de grandes quantidades de álcool, acompanhada de euforização do humor seguida da fase comatosa, com relaxamento esfincteriano.
D) Ingestão de pequenas doses de álcool, crespuscularização da consciência e amnésia lacunar.

Comentários:

Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria

A embriaguez patológica trata-se de uma reação grave ao uso de pequenas quantidades de álcool, em que o usuário perde o controle de suas ações, toma atitudes inconsequentes, sofre um estreitamento no nível de consciência, chamado de estado crepuscular, e tem ainda uma amnésia lacunar, sofrendo um "apagão" na memória. Esse estado está relacionado, em muitos casos, a doenças neurológicas, como epilepsia.

Incorreta a alternativa A: a descrição dessa alternativa é de intoxicação alcoólica.

Incorreta a alternativa B: os achados citados nessa alternativa ocorrem em pacientes abstinentes de álcool.

Incorreta a alternativa C: em quadros graves, a ingestão de grandes quantidades de álcool pode produzir coma e crises convulsivas, mas não descreve um quadro de embriaguez patológica.

Correta a alternativa "D" correto, pois a embriaguez patológica ocorre em pacientes suscetíveis, que consomem pequenas quantidades de álcool, sofrendo um estreitamento do estado de consciência e amnésia lacunar.

5 - Homem de 24 anos de idade teve um quadro psicótico de início agudo há dois dias. Foi levado ao Pronto-Socorro por agitação psicomotora, onde recebeu haloperidol IM e prescrição para uso de haloperidol 10 mg/dia por via oral.
Vem à consulta apresentando piora da agitação, não consegue se manter sentado durante a entrevista. Fica em pé balançando o corpo de um lado para o outro e esfrega as mãos com uma fisionomia angustiada. Qual é a conduta para a principal hipótese diagnóstica neste momento?

A) Ministrar benzodiazepínico e substituir antipsicótico.
B) Aumentar a dose do antipsicótico e reavaliar em 2 semanas.
C) Associar medicação anticolinérgica e manter antipsicótico.
D) Suspender antipsicótico e fazer eletroconvulsoterapia.

Comentários:

Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria

Os antipsicóticos típicos (ou atípicos em altas doses) podem causar sintomas conhecidos extrapiramidais (Síndrome Extrapiramidal - SEP) ou, ainda, sintomas parkinsonianos, como discinesias, tremores, distonias e acatisia, uma sensação de inquietação, descrita por alguns pacientes como uma "ansiedade nas pernas", compatível com a descrição desse quadro.

Esses efeitos colaterais acontecem porque os antipsicóticos não atuam apenas nas vias dopaminérgicas cerebrais, que são consideradas como "alvo terapêutico" para o tratamento dos sintomas psicóticos, como a via mesolímbica e a via mesocortical. Os antipsicóticos atingem como efeito adverso os outros tratos cerebrais dopaminérgicos, como a **via tuberoinfundibular**, em que a ação do antipsicótico causa o aumento da **prolactina**, e a **via nigroestriatal,** causando a **SEP**.

Correta a alternativa "A" Caso ocorra acatisia, a melhor conduta é substituir o antipsicótico típico por um atípico, e administrar benzodiazepínicos ou betabloqueadores para a melhora da sintomatologia da acatisia. Anticolinérgicos não são normalmente efetivos, especificamente, na acatisia.

Incorreta a alternativa B: Aumentar a dose do antipsicótico produzirá maior bloqueio dopaminérgico, que já é excessivo, e poderá piorar o quadro em questão.
Incorreta a alternativa C: A melhor conduta é substituir o haloperidol por um antipsicótico atípico, como a quetiapina, que bloqueia menos intensamente receptores D2. Anticolinérgicos, como o Biperideno, não são efetivos no tratamento da acatisia.
Incorreta a alternativa D: Além da suspensão do haloperidol, é necessário a introdução de um novo antipsicótico atípico para o tratamento da psicose. Eletroconvulsoterapia pode ser empregada no tratamento de sintomas parkinsonianos graves e refratários, o que não é o caso em questão.

6 - Um estudante de biologia de 24 anos de idade é trazido por sua mãe e seu irmão ao Pronto-Socorro. Nas últimas duas semanas, o estudante tem ficado progressivamente mais agitado, inquieto, dormindo menos e falando rápido, às vezes difícil de entender. Há dois dias começou a falar que descobriu a cura para a covid-19, tendo enviado várias mensagens eletrônicas para diferentes jornais, instituições públicas e embaixadas. Diz agora que aguarda a ligação de ministros da saúde de vários países para conversar sobre sua descoberta. Quando questionado pelo irmão sobre esses fatos, ficou muito irritado e tentou agredi-lo fisicamente.
A família diz que o paciente sempre foi estudioso, trabalhador, carinhoso com os pais e é amigo do irmão. Aos 20 anos de idade, apresentou quadro depressivo e foi tratado com medicamento, cujo nome os familiares não se recordam. Não há antecedentes familiares mórbidos relevantes.
Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A) Transtorno obsessivo compulsivo.
B) Esquizofrenia Hebefrênica.
C) Transtorno Afetivo Bipolar.
D) Transtorno de Personalidade.

Comentários:

Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria

Um episódio maníaco, marco do transtorno bipolar, é caracterizado por um estado de

aumento de energia, redução da necessidade do sono, euforia, impulsividade, desinibição social ou sexual, pensamentos acelerados, fala rápida e diminuição da capacidade crítica, podendo estar presentes pensamentos grandiosos ou delirantes, devendo durar ao menos 7 dias. Caso os sintomas durem por pelo menos 4 dias e sua intensidade não seja alta, daremos o diagnóstico de hipomania. O tratamento medicamentoso é feito com estabilizadores do humor, preferencialmente lítio ou ácido valproico. Quetiapina, um antipsicótico atípico, também é indicado no tratamento como primeira linha.

Incorreta a alternativa A: não há no enunciado, sintomas como rituais, verificações e pensamentos obsessivos, típicos do TOC. Antidepressivos ISRS e clomipramina, um tricíclico, são considerados medicações de primeira linha para o tratamento farmacológico do TOC.

Incorreta a alternativa B: a Esquizofrenia, uma síndrome psicótica, é caracterizada por alucinações, delírios, comportamento bizarro ou desorganizado e embotamento afetivo. Normalmente, seus primeiros sintomas surgem na adolescência e o diagnóstico ocorre no início da terceira década de vida. É indispensável, para diagnosticar **esquizofrenia**, que os sinais e sintomas estejam presentes por pelo menos 6 meses, segundo o DSM-5 (apenas um mês segundo a CID-10). Esquizofrenia "hebefrênica" refere-se à "hebiatria", ou seja, a uma faixa de idade de jovens. E é essa a característica desse subtipo, um comportamento infantilizado, pueril. As classificações da esquizofrenia são inexistentes no DSM-5, contudo presentes na CID-10. Apesar disso, serão abandonadas na ainda não vigente CID-11, que será a versão válida a partir de 2022.

Correta a alternativa "C" o paciente apresenta um quadro maníaco há duas semanas, o que configura o transtorno bipolar do tipo 1, inclusive com a presença de sintomas psicóticos, por definição graves, que ocorrem conceitualmente apenas em bipolares do tipo 1. Lembre-se de que um episódio maníaco é o suficiente para o diagnóstico de bipolaridade. Por sua vez, um episódio hipomaníaco mais um episódio de depressão são os requisitos para a bipolaridade do tipo 2.

Incorreta a alternativa D: os **Transtornos de Personalidade (TP)** são padrões inflexíveis e persistentes de funcionamento, que causam no indivíduo sofrimento e prejuízo funcional, através de características de personalidade mal adaptadas ao seu meio, que são notadas precocemente.

7 - Mulher de 23 anos de idade vem ao Pronto-Socorro com cefaleia contínua há quatro dias. A dor inicialmente era temporal esquerda de moderada intensidade, mas hoje passou a ser holocraniana, de forte intensidade, e associada a náuseas e fotofobia. Nestes quatro dias, medicou-se apenas com dipirona. Refere que tem cefaleia com características semelhantes, mas de fraca intensidade, pelo menos duas a três vezes por mês. Não usa nenhuma medicação contínua. Sem antecedentes patológicos relevantes. O exame clínico (incluindo o exame neurológico) é normal. Na chegada ao Pronto-Socorro recebeu dipirona, cetoprofeno e metoclopramida endovenosa, sem melhora após duas horas.

Qual alternativa representa a melhor opção terapêutica?

A) Morfina.
B) Metilprednisolona.
C) Tramadol.
D) Clorpromazina.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

A primeira conduta frente a um quadro de cefaleia atendido na emergência é avaliar se ele é primário (enxaqueca, tensional, salvas etc.) ou secundário (outra doença levando ao quadro de cefaleia).

No caso em questão, a paciente apresenta uma cefaleia recorrente, com características enxaquecosas (unilateral, moderada, associada a náuseas e fotofobia), mas que atualmente vem com características diferentes: intensidade maior que a habitual, duração de quatro dias (a enxaqueca dura entre 4h e 72h).

Diante disso, temos duas possibilidades: status migranoso e cefaleia secundária.

O status migranoso é uma crise de enxaqueca que dura mais de 72h. Ele pode evoluir para um quadro mais sério de infarto enxaquecoso, em que ocorre uma isquemia cerebral. A recomendação terapêutica para o status migranoso é dexametasona e, caso não haja melhora, clorpromazina parenteral.

Vamos analisar as alternativas.

Incorretas as alternativas A e C. Não se recomenda o uso de opioides para o tratamento das cefaleias, principalmente as recorrentes, pelo risco de tolerância e dependência. Além disso, eles possuem baixa eficácia no controle da dor.

Incorreta a alternativa B. Relatos anedóticos de uso de metilprednisolona no tratamento do status migranoso podem ser encontrados na literatura. No entanto, a droga de escolha seria a dexametasona se o caso fosse considerado como status migranoso, mas não em outras situações, como cefaleia secundária. A cefaleia secundária deve ser considerada, pois a paciente apresenta quadro de dor com novas características.

Correta a alternativa "D" A clorpromazina é indicada no tratamento do status migranoso e no de cefaleias refratárias. Ela é um antipsicótico com ação antidopaminérgica. Pode ser que o examinador tenha colocado que a paciente recebeu outro bloqueador dopaminérgico (metoclopramida) para que o (a) candidato (a) não marcasse essa resposta. No entanto, há pouco risco de interação entre ambas e as outras opções terapêuticas não parecem melhores.

Alternativa correta: D. Gabarito oficial: B. Caberá recurso contra essa questão.

8 - Médico de 57 anos de idade veio trazido pela esposa à unidade básica de saúde por alteração do comportamento há dois anos. Antes disso era uma pessoa funcional, e não tinha doenças prévias diagnosticadas. O quadro iniciou com irritabilidade e impulsividade, às vezes parecendo que tinha "perdido o freio mental", falando o que "vinha na cabeça". Também passou a comer muito doce, algo que não era comum.

Durante toda a consulta, o paciente demonstrava-se inquieto, e às vezes fazia comentários jocosos. Na avaliação cognitiva, apresentava respostas impulsivas e estava um pouco desatento. No miniexame do estado mental, ele fez 26 pontos (perdeu três pontos nas subtrações seriadas e um no comando verbal). O exame clínico não tem outras alterações. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

A) Demência da doença de Alzheimer.
B) Transtorno Afetivo Bipolar.
C) Transtorno de personalidade.
D) Demência frontotemporal.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

A questão traz o quadro de um paciente com sintomas iniciados há dois anos. Ele apresenta alterações principalmente comportamentais: irritabilidade, impulsividade, desinibição, hiperfagia. Além disso, seu desempenho no Mini-Mental foi abaixo do esperado para sua escolaridade, que deveria ser acima de 28 pontos.

Dessa forma, temos um paciente com comprometimento cognitivo progressivo, objetivamente comprovado, e com prejuízo funcional, o que caracteriza uma síndrome demencial.

Vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Apesar de ser a causa mais comum de síndrome demencial, a doença de Alzheimer inicia-se, geralmente, após os 65 anos e é caracterizada por um quadro de alteração de memória marcante, o que não parece ser o caso desse paciente.

Incorreta a alternativa B. O transtorno afetivo bipolar é um transtorno de humor em que o paciente apresenta períodos de mania (humor exaltado) e depressão. Apesar de as alterações apresentadas sugerirem que ele pudesse ter um quadro de mania, não é esperado que durasse dois anos. Além disso, o quadro de mania não apresenta essas características comportamentais e o paciente também não apresentou quadro depressivo relatado.

Incorreta a alternativa C. O transtorno de personalidade inicia-se numa idade inferior e não costuma comprometer a funcionalidade do paciente por prejuízo cognitivo.

Correta a alternativa "D" A demência frontotemporal é uma causa de síndrome demencial de início pré-senil. Ela afeta os lobos frontais e temporais, podendo comprometer a linguagem, comportamento, personalidade e funções executivas. As manifestações comportamentais ocorrem por prejuízo do lobo frontal e são os sintomas mais comuns nesses pacientes.

9 - Mulher de 20 anos de idade está internada em um hospital terciário por paralisia flácida ascendente, iniciada há 3 semanas e progredindo ao longo de 7 dias. Não há acometimento de nervos cranianos, antecedente de doença infecciosa ou febre. Não consegue deambular, mas não há acometimento respiratório. Há 15 dias, desenvolveu abdome agudo que resultou em laparotomia branca. Durante o pósoperatório, apresentou crise convulsiva. Tem antecedente pessoal de surto psicótico ocorrido há 1 ano.
Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o próximo passo?

A) Prescrever pulsoterapia com Metilprednisolona.
B) Solicitar PCR para herpes no liquor.
C) Solicitar porfobilinogênio urinário.
D) Prescrever imunoglobulina EV ou plasmaferese.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

Caro (a) Estrategista, essa é uma questão clássica das provas de Residência! O diagnóstico diferencial das paralisias flácidas agudas é um tema bastante quente nessas provas.

Paralisia flácida aguda é um quadro de fraqueza muscular e diminuição de tônus, que pode ocorrer por lesões agudas na medula, no corno anterior da medula (onde está o corpo celular do neurônio motor inferior), nas raízes motoras, nervos periféricos, junção neuromuscular e músculos.

Quando o paciente apresenta fraqueza ascendente com diminuição do tônus, devemos considerar como topografia os nervos periféricos. Existem duas principais causas de neuropatias periféricas agudas com predomínio de sintomas motores: a Síndrome de Guillain-Barré e a porfiria intermitente aguda.

A Síndrome de Guillain-Barré é um quadro autoimune pós-infeccioso ou pós-vacinal, que afeta nervos cranianos em 70% dos casos. A paciente nega esses sintomas e o enunciado refere que não há comprometimento dos nervos cranianos.

A porfiria intermitente aguda é uma doença genética causada pela deficiência da enzima porfobilinogênio deaminase, que participa do metabolismo do heme. Assim, ocorre o acúmulo de porfobilinogênio e ácido delta-aminolevulínico, levando a um quadro típico de fraqueza muscular, arreflexia, além de manifestações neuropsiquiátricas (convulsões e quadros psicóticos) e dor abdominal recorrente (muitas vezes

sendo causa de laparatomia branca). A urina, quando colocada exposta à luz solar, pode assumir uma coloração de vinho do Porto.

Vamos analisar as alternativas.

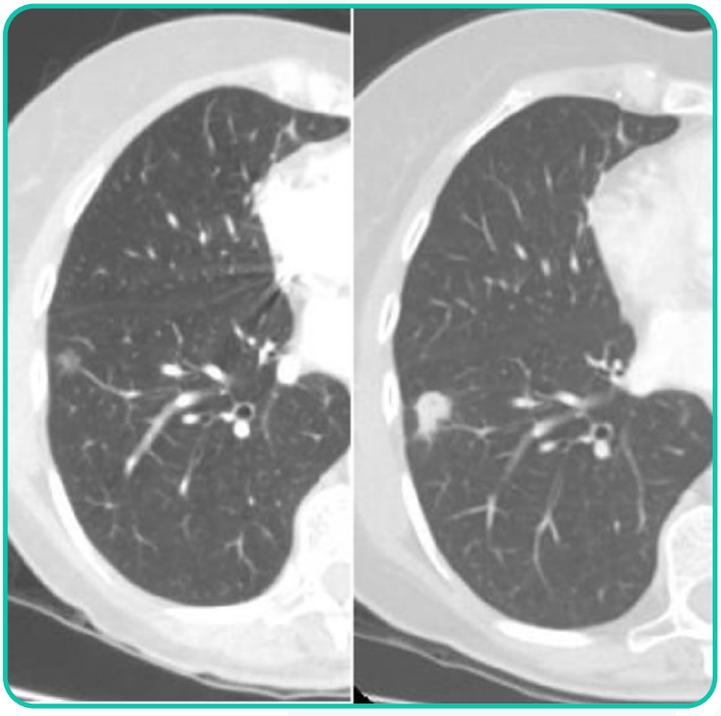
Incorreta a alternativa A. Metilprednisolona não está indicada no tratamento da síndrome de Guillain-Barré ou da porfiria.

Incorreta a alternativa B. A meningoencefalite herpética é um quadro de febre, cefaleia e alteração do estado mental, mas sem manifestações motoras periféricas. Ela é diagnosticada através de ressonância, revelando necrose hemorrágica temporal (ou, mais raramente, frontal) e líquor de padrão viral com presença de PCR positivo para herpes simples tipo 1.

Correta a alternativa "C" O diagnóstico de porfiria intermitente aguda é confirmado com o encontro de níveis elevados de porfobilinogênio na urina de 24h.

Incorreta a alternativa D. Imunoglobulina ou plasmaférese são indicadas no tratamento da síndrome de Guillain-Barré, mas não da porfiria intermitente aguda.

10 - Mulher de 65 anos de idade é atendida no ambulatório de clínica médica por queixa de tosse crônica. Refere que o quadro iniciou há 1 ano, quando realizou tomografia de tórax (imagem à esquerda) como parte da investigação diagnóstica. Nega antecedentes mórbidos relevantes. O exame clínico é normal. Realizou nova tomografia de tórax há 15 dias (imagem à direita). Qual é o próximo passo?



A) Prescrever esquema RHZE.
B) Prescrever anfotericina.
C) Solicitar lavado broncoalveolar.
D) Solicitar biópsia pulmonar.

Comentários:

Prof. Philippe Colares - Pneumologia

Estrategista, trata-se de uma paciente de 65 anos, sem fatores de risco descritos, apenas com queixa de tosse - que, por sinal, não deve ser causada pela lesão demonstrada na questão. Portanto, podemos definir que se trata de achado incidental de nódulo pulmonar em vidro fosco, em tomografia de tórax realizada há 01 ano.

Você se lembra da definição de Nódulo Pulmonar Solitário (NPS) ou Nódulo Pulmonar Incidental (NPI)? NPS são definidos como imagem menor ou igual a 3 cm (30 mm), isoladas, bem definidas e completamente rodeada por parênquima pulmonar normal.

Morfologicamente, podem ser classificados em SÓLIDOS OU SUBSÓLIDOS, sendo os subsólidos subdivididos em SEMISÓLIDOS e EM VIDRO FOSCO.

De acordo com o protocolo da Sociedade Fleishner, estamos diante de um nódulo pulmonar único, subsólido, em vidro fosco. Não foi definido o tamanho da lesão inicial, já que, seria indicado o seguimento de lesões com tamanho ≥ 6 mm.

Entretanto, independentemente da conduta necessária há um ano, a paciente realizou nova tomografia de tórax, com mudança radical da lesão: aumento do diâmetro, além de transformação em lesão sólida. Mudanças estas, altamente sugestivas de malignidade.

Isso posto, diante do achado, devemos prosseguir com investigação etiológica.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: o esquema proposto na alternativa consiste no uso do coquetel preconizado para o tratamento de tuberculose pulmonar: Rifampicina (R) + Isoniazida (H) + Pirazinamida (Z) + Etambutol (E). Vale ressaltar que a paciente não apresenta sintomas clínicos que sugiram tuberculose pulmonar, como febre, perda ponderal, sudorese noturna. Mesmo nesse caso, como existe a possibilidade de diagnóstico diferencial com neoplasia, seria prudente o diagnóstico etiológico antes de iniciar tratamento empírico.

Incorreta a alternativa B: assim como na alternativa anterior, preconiza-se o tratamento empírico de uma lesão pulmonar sólida com possibilidade de neoplasia. A apresentação de doença fúngica pulmonar, como nódulo, pode estar presente, principalmente, em casos de criptococose pulmonar, histoplasmose pulmonar, aspergilose e paracoccidioidomicose. O itraconazol é antifúngico da classe dos azóis, que pode ser utilizado para o tratamento dessas doenças fúngicas, porém, é recomendada a realização do diagnóstico correto antes de se iniciar o tratamento.

Incorreta a alternativa C: a solicitação de lavado broncoalveolar poderia ser exame solicitado para o diagnóstico diferencial das etiologias de lesão sólida pulmonar, incluindo citologia oncótica e diferencial, e culturas específicas, porém como se trata de lesão periférica, sem aparente acometimento endobrônquico, o rendimento do exame torna-se baixo, com alta probabilidade de falso negativo. Além disso, diante da suspeita de neoplasia pulmonar, a aquisição de tecido (fragmentos através de biópsias) para a realização de imuno-histoquímica e pesquisa de mutações gênicas é recomendada.

Correta a alternativa "D" como explícito na alternativa anterior, por se tratar de lesão pulmonar periférica e com alta suspeita para malignidade, a realização de biópsia pulmonar, preferencialmente transtorácica, é o procedimento mais indicado no momento.

11 - Homem de 47 anos de idade foi resgatado pelos bombeiros após colisão auto x auto, no qual era o condutor de um dos veículos, e trazido ao Pronto-Socorro de um hospital terciário. Quatro outras pessoas foram feridas, uma delas falecida no local. Segundo a equipe de resgate, testemunhas viram o paciente convulsionar após o acidente.

Após a estabilização inicial adequada, realizou tomografia computadorizada de crânio, mostrada a seguir. Quais são as alterações presentes na tomografia?

A) Hemorragia parenquimatosa, hemorragia intraventricular e lesão axonal difusa.

B) Hematoma extradural, hemorragia extra-axial e intraventricular.

C) Aneurisma cerebral roto com hemorragia parenquimatosa e meníngea.

D) Múltiplas metástases cerebrais, com efeito de massa.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

Olá, futuro (a) Residente! Essa questão tem o padrão típico da prova dessa instituição, que gosta muito de colocar imagens para que o (a) candidato (a) faça a análise com base nos dados do enunciado.

Temos o caso de um acidente automobilístico grave, inclusive com um óbito no local. O paciente era o condutor de um dos veículos. A única informação disponível é a de que ele apresentou uma convulsão no local.

Vamos analisar a tomografia de crânio do paciente. Ela mostra um hematoma subgaleal (popularmente, conhecido como "galo") externamente à tábua óssea frontal e parietal esquerda.

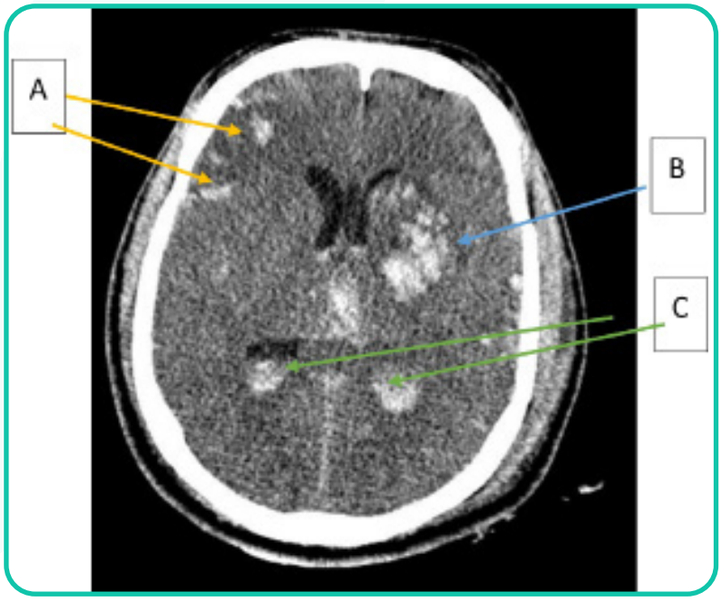
Podemos notar algumas lesões hiperdensas intracranianas:

A: pequenas hemorragias na transição entre o córtex e a substância branca frontal esquerda, compatível com lesão axonal difusa;

B: hematoma intraparenquimatoso putaminal esquerdo;

C: hemorragia intraventricular no III ventrículo e nos cornos posteriores dos ventrículos laterais.

Vamos analisar as alternativas.



Correta a alternativa "A"

Em B, temos hemorragia intraparenquimatosa. A letra A mostra lesão axonal difusa (inclusive, ela pode ocorrer em pacientes em coma, graves, com a tomografia normal). As setas em C apontam para hemorragia intraventricular.

Incorreta a alternativa B. Hematoma extradural é decorrente de uma ruptura da artéria meníngea média devido a uma fratura de

osso temporal. Apresenta-se como uma imagem de lente biconvexa hiperdensa (mais branca) entre o parênquima e o osso, obedecendo aos limites das linhas de sutura. Não está presente nesse exame. Hemorragia extra-axial é aquela que é encontrada entre o parênquima e o osso. As duas causas mais importantes são os hematomas subdural e extradural. O paciente não as apresenta. A parte sobre hemorragia intraventricular, como já vimos, está correta.

Incorreta a alternativa C. A hemorragia subaracnoidea decorrente da ruptura de um aneurisma cerebral costuma ser um quadro espontâneo, não traumático. A hemorragia subaracnoidea traumática é até mais comum do que a espontânea, porém, estaria presente no caso em questão com a presença de sangue nos giros, fissuras e cisternas cerebrais, o que não encontramos no exame desse paciente.

Incorreta a alternativa D. As metástases cerebrais costumam aparecer como imagens hipodensas (mais escuras do que o parênquima) ou isodensas na tomografia, a não ser que tenham sangrado ou estejam realçadas pelo meio de contraste, o que não é o caso, pois vemos a parte posterior do seio sagital superior, na região occipital, sem esse realce. Assim, temos uma tomografia sem contraste e as imagens hiperdensas são compatíveis com sangramento, não com metástases. Além do mais, não haveria justificativa para as imagens hiperdensas intraventriculares, pois as metástases não causariam isso.

12 - Homem de 17 anos de idade procura o Pronto-Socorro por lesão em perna esquerda após trauma local há 4 dias. Hoje está com febre (39,5ºC). Foto da lesão mostrada a seguir.

Considerando o principal agente etiológico para o quadro, qual das alternativas abaixo traz exclusivamente medicamentos que são eficazes para tratamento como monoterapia?

A) Clindamicina, cloranfenicol, tigeciclina e amicacina.
B) Linezolida, vancomicina, oxacilina, teicoplanina.
C) Penicilina, oxacilina, claritromicina e gentamicina.
D) Metronidazol, vancomicina, oxacilina e linezolida.

Comentários:

Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia

Temos aqui, um caso bem característico de erisipela. Há relato de uma porta de entrada (trauma local) com evolução para febre e uma lesão bem delimitada em membro inferior esquerdo com eritema e edema. Quem é o principal agente etiológico da erisipela? O estreptococos! Eles são bactérias gram-positivas, por isso devemos analisar as alternativas, em busca daquela que traga antibióticos que tenham essa cobertura. Vamos lá!

Incorreta a alternativa A. Clindamicina, cloranfenicol e tigeciclina são antibióticos com ação contra bactérias gram-positivas, como os estreptococos. A amicacina é um aminoglicosídeo e, assim como a gentamicina, só tem ação contra bactérias gram-negativas.

Correta a alternativa "B" Todos esses antibióticos têm ação contra bactérias gram-positivas. Com exceção da oxacilina, não usamos os outros de rotina, afinal eles têm ação contra microrganismos resistentes que muitas vezes não precisamos cobrir em casos comunitários.

Incorreta a alternativa C. Assim como a amicacina, que expliquei na alternativa A, a gentamicina não tem ação contra bactérias gram-positivas. A claritromicina também é um antibiótico com ação insatisfatória para tratamento de infecções pelos estreptococos.

Incorreta a alternativa D. O metronidazol é um antibiótico que somente tem ação contra bactérias anaeróbias como o *Bacteroides fragilis*, *Fusobacterium necrophorum* e *Clostridioides difficile*. Todos os outros poderiam ser opções de tratamento neste caso.

13 - Mulher de 28 anos de idade vem à unidade básica de saúde para acompanhamento por asma brônquica, diagnosticada aos 10 anos de idade. Há 2 meses tem crises de falta de ar e tosse seca que melhoram com uso de salbutamol inalatório. Há 45 dias, teve uma crise mais intensa de dispneia associada a chiado, para a qual precisou de atendimento de emergência em Pronto-Socorro. Após a alta, persiste com sintomas diurnos três vezes na semana, com limitação para atividades diárias e sintomas noturnos esporádicos. Fez uso somente de prednisona 40 mg/dia por uma semana após a alta hospitalar. Nega outros sintomas. No exame clínico, está em bom estado geral, corada, hidratada, FC: 80 bpm, FR: 16 ipm, PA: 122 x 86 mmHg. Ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes e sibilos expiratórios. O restante do exame clínico é normal. Trouxe espirometria feita há 1 semana, com os seguintes resultados após o uso de broncodilatador: VEF1/CVF: 0,68, VEF1: 70% do predito, com variação pré-para pós-brondilatador de 290 ml (14%). Considerando o atual estágio de controle da asma da paciente, qual é o tratamento de primeira linha para o caso, de acordo com o *Global Initiative for Asthma Treatment*?

	MANUTENÇÃO	RESGATE
(A)	Formoterol+budesonida	Formoterol+budesonida
(B)	Montelucaste	Fenoterol
(C)	Formoterol+budesonida	Fenoterol
(D)	Montelucaste	Formoterol +budesonida

Comentários:

Prof. Philippe Colares - Pneumologia

Futuro Residente, trata-se de um caso clínico de uma paciente de 28 anos, já com diagnóstico prévio de asma, desde os 10 anos de idade, que há 02 meses vem evoluindo com sintomas respiratórios e controle sintomático com B2-agonista de curta ação (salbutamol). Apresentou ainda, exacerbação respiratória (piora aguda dos sintomas, com necessidade de aumento de dose de medicamentos utilizados no tratamento), persistindo, mesmo após alta, com limitação para atividades diárias e sintomas noturnos esporádicos, sem novamente, ter sido iniciado tratamento de manutenção (usou apenas corticoide sistêmico por 07 dias). Exame físico sem alterações significativas além dos sibilos expiratórios.

Diante de uma paciente com diagnóstico de asma, em consulta ambulatorial, o primeiro passo é caracterizar a doença segundo o **controle** da doença.

Parâmetros	Controlada (todos abaixo)	Parcialmente controlada (1 ou 2 destes)	Não controlada (3 ou mais destes)
Sintomas diurnos	≤ 2/sem	3 ou mais/sem	3 ou mais/sem
Limitações de atividades	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	Qualquer
Medicação de alívio	≤ 2/sem	3 ou mais/sem	3 ou mais/sem
Pico de fluxo expiratório (PFE) ou VEF1	Normal	< 80% predito ou do melhor prévio	< 80% predito ou do melhor prévio

Vale ressaltar que, apenas a presença de exacerbação respiratória recente, sem mudança do tratamento após, podemos classificá-la como não controlada.

Além disso, presença de limitações diárias e despertares noturnos, associados a um VEF1 < 80% do previsto, já indicam, pelo menos, doença parcialmente controlada, necessitando, invariavelmente, de *step up*. Ou melhor, nossa paciente necessita de tratamento de manutenção, já que, desde 2019, não há tratamento medicamentoso para asma, em pacientes adultos, apenas com broncodilatador de resgate, sem a associação de corticoide inalatório.

Portanto, futuro Residente, o primeiro conceito da questão é: **estamos diante de uma paciente com asma não controlada e não tratada.**

Então, qual é o tratamento indicado?

Tratamento inicial de asma - de acordo com os sintomas	
Sintomas infrequentes (<2x/mês) se sem fatores de risco para exacerbações	ETAPA I: dose baixa CI + formoterol sob demanda ou CI dose baixa sempre que usar SABA.
Sintomas ou uso de resgate ≥ 2x/mês	ETAPA II: CI dose baixa diária +SABA resgate ou CI + formoterol quando necessário.
Sintomas maioria dos dias ou sintomas noturnos ≥ 1x/semana	ETAPA III: CI + formoterol baixa dose manutenção e resgate ou CI + LABA manutenção + SABA resgate ou CI dose média + SABA resgate
Apresentação inicial em exacerbação ou sintomas graves	ETAPA IV: CI em alta dose ou CI + LABA dose média. Pode ser necessário uso de corticoide oral por curto período (5-7 dias 40-60 mg/dia)

TRATAMENTO MANUTENÇÃO ASMA - GINA 2019

Opções medicamentosas para a asma: Ajustar o tratamento para mais ou para menos conforme as necessidades individuais dos pacientes	ETAPA 1	ETAPA 2	ETAPA 3	ETAPA 4	ETAPA 5
PREFERÊNCIA PARA CONTROLE Para previnir exacerbações e controlar os sintomas	CI-formoterol em dose baixa	CI diário em dose baixa, ou CI-formoterol em dose baixa, conforme a necessidade	CI-LABA em dose baixa	CI-LABA em dose média	CI-LABA em dose alta. Encaminhar para avaliação fenotípica terapia adicional, ex.: tiotrópio, anti-IgE anti-IL5/5R anti-IL4R
Outras opções para controle	CI em dose baixa utilizado sempre que fizer uso de SABA	Antagonista do receptor de leucotrieno (LTRA), ou CI em dose baixa sempre que fizer uso de SABA	CI em dose média, ou CI-LTRA em dose baixa	CI em dose alta, tiotrópio adicional ou LTRA adicional	Adiciona corticosteroide oral em dose baixa, mas considerar efeitos adversos
PREFERÊNCIA PARA ALÍVIO	CI-formoterol em dose baixa, conforme a necessidade		CI-formoterol em dose baixa, conforme a necessidade		
Outras opções para alívio	Beta-2 agonista de curta duração (SABA), conforme a necessidade				

Vale ressaltar que, como consta nas tabelas acima, desde 2019 o CI está inserido em todas as etapas de tratamento. Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa "A" para o tratamento de manutenção, está indicado o uso da associação CI + LABA (B2 agonista de longa ação). E, por que o LABA indicado deve ser o formoterol? Trata-se, de uma particularidade dessa droga, que além de apresentar duração prolongada (cerca de 12h), sendo indicada para tratamento de manutenção, apresenta início rápido de ação (cerca de 20 a 30 minutos), diferentemente das outras drogas dessa classe.
Assim sendo, o uso de formoterol + CI está indicado para o uso de manutenção e resgate, conforme recomendações da GINA.

Incorreta a alternativa B – como acabamos de discutir, o medicamento base para o tratamento de asma é o corticoide inalatório.
Os antagonistas de receptores de leucotrienos, que incluem o montelucaste, atuam bloqueando a broncoconstrição e reduzindo a inflamação da via aérea, possuem efeito não inferior ao CI no controle da asma, porém efeito menor na redução das exacerbações, sendo reservada como **segunda opção** apenas para tratamento de manutenção. O montelucaste **associado ao CI** está incluído como opção de tratamento a partir da etapa II e pode ser uma opção ao uso de SABA na asma induzida por exercício, sendo usado diariamente ou de forma intermitente.
Incorreta a alternativa C – apesar de o tratamento de manutenção estar correto, o resgate com fenoterol (SABA – B2 agonista de curta ação) isolado é tido como segunda opção para o resgate de sintomas, principalmente se o paciente utiliza a combinação CI + formoterol como terapia de manutenção.
Incorreta a alternativa D – como vimos, o montelucaste não é utilizado como primeira opção para o tratamento de manutenção.

14 - Homem de 68 anos de idade, aposentado, vem para consulta em ambulatório geral para avaliação de "check-up". Tem hipotireoidismo há 10 anos, em uso de levotiroxina 50 mcg ao dia. É tabagista de 1 maço por dia, desde os 15 anos de idade. Quando indagado sobre parar de fumar, entende que o cigarro é a causa dos seus problemas e que gostaria de parar de fumar, mas não se sente preparado para tentar agora, pois ainda precisa dele para aliviar o estresse.
No exame clínico, tem peso de 81 kg e altura 150 cm. Pressão arterial: 110 x 76 mmHg. O restante do exame clínico é normal. Traz exames realizados há 2 semanas: Hb: 17 g/Dl; Ht: 48%; Leucócitos: 8400/mm³; Plaquetas: 347 mil/mm³; Glicemia de jejum: 112 mg/dL; Hemoglobina glicada: 6,0%; Colesterol total: 128 mg/dL; LDL: 64 mg/dL HDL: 46 mg/dL; Creatinina: 0,8 mg/dL; Ureia: 35 mg/dL; Na: 140 mEq/L K: 3,9 mEq/L; TSH: 8,8 µU/mL; T4 livre normal.
Segundo as recomendações da *US Preventive Services Task Force*, além dos exames de rastreamento já realizados, devem ser considerados no plano de cuidado deste paciente:

A) Radiografia de tórax, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e antígeno prostático específico (PSA).
B) Tomografia de tórax de baixa radiação, pesquisa de sangue oculto nas fezes, USG doppler de aorta abdominal e ultrassonografia de tireoide.
C) Tomografia de tórax de baixa radiação, colonoscopia e USG doppler de aorta abdominal.
D) Radiografia de tórax, colonoscopia e ultrassonografia de tireoide.

Comentários:

Prof. Camila Moma - Endocrinologia

Segundo a *US Preventive Services Task Force*, as indicações de rastreamento são:

1. Homens entre 65-75 anos, tabagistas: ultrassonografia de aorta abdominal (uma vez).
2. Todos entre 50-75 anos: rastreamento de câncer de cólon
    - Sangue oculto: anualmente; ou
    - Colonoscopia: a cada 10 anos.

3. Todos entre 55-80 anos e histórico de tabagismo (pelo menos 30 anos-maço, com tabagismo ativo ou interrupção nos últimos 15 anos): tomografia de tórax de baixa radiação anualmente

A ultrassonografia de tireoide é recomendada como rastreamento de câncer de tireoide nos pacientes com os seguintes fatores de risco:

- Exposição à radiação cervical durante a infância.
- Exposição à contaminação radioativa.
- Histórico familiar de câncer de tireoide em parentes de primeiro grau.
- Síndromes neoplásicas familiares, como neoplasias endócrinas múltiplas tipo 2A e 2B e carcinoma medular de tireoide familiar.

No hipotireoidismo, a ultrassonografia deve ser realizada na presença de nódulo palpável.

Quanto ao rastreamento de câncer de próstata, a entidade faz as seguintes orientações:

- Homens entre 55-69 anos: a decisão do rastreamento com dosagem de PSA deve ser individualizada e discutida com o paciente, uma vez que tal exame mostra pequena redução na mortalidade por essa neoplasia. Além disso, há potenciais injúrias relacionadas à dosagem do PSA, como necessidade de maior investigação através de biópsia prostática nos casos em que há níveis elevados e tratamento excessivo, aumentando o risco de incontinência urinária e disfunção erétil.
- Homens > 70 anos não devem ser rastreados com PSA.

Incorreta a alternativa A. A radiografia de tórax não é recomendada para rastreamento de neoplasia pulmonar em pacientes tabagistas. Além disso, a dosagem do PSA não é recomendada universalmente.

Incorreta a alternativa B. Como dito no comentário inicial, pacientes com hipotireoidismo só devem ser submetidos à ultrassonografia de tireoide na presença de nódulo palpável.

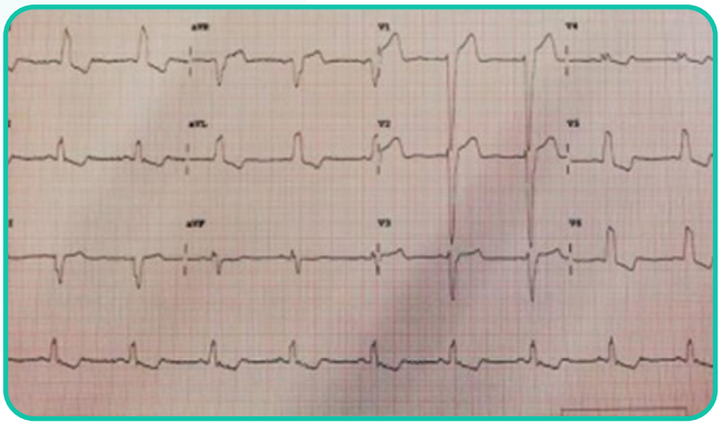
Correta a alternativa "C" Vide comentário inicial.

Incorreta a alternativa D. Tanto a radiografia de tórax quanto a ultrassonografia de tireoide não são exames recomendados para o paciente em questão.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **15** e **16**:

Homem de 68 anos de idade tem insuficiência cardíaca com fração de ejeção de 36%. Está em uso de enalapril 20 mg/dia, furosemida 40 mg/dia, carvedilol 50 mg/dia e espironolactona 25 mg/dia. Durante os últimos meses, persistia com dispneia apenas aos grandes esforços. Procura o pronto-atendimento porque há 7 dias apresenta piora da dispneia (atualmente no repouso), tosse seca e febre baixa (37,9ºC). No exame clínico, está em regular estado geral, consciente e orientado. FC 88 bpm, PA 90x60 mmHg, saturação de oxigênio em ar ambiente: 89%. Ausculta pulmonar com estertores finos em ambas as bases.

15 - O último eletrocardiograma presente em prontuário (realizado há um mês) está apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo do eletrocardiograma?



A) Bloqueio atrioventricular total.

B) Aneurisma ventricular.

C) Ritmo juncional.

D) Bloqueio de ramo esquerdo.

Comentários:

Prof. Bruno Ferraz - Cardiologia / Tema: Eletrocardiograma

Futuro Residente,

Toda vez que você encontrar uma questão de ECG, recomendamos utilizar nosso roteiro de análise de eletro. Com ele, você não deixará passar nenhum detalhe!

Temos um ECG de 12 derivações que evidencia:

- Ritmo: sinusal (onda P positiva em D1, D2 e AVF)
- FC: aproximadamente 60bpm (basta dividir 1500 pelo número de quadradinhos entre 2 QRS)
- Eixo: desviado para esquerda (QRS positivo em D1 e negativo em aVF)
- Onda P: normal (morfologia, duração e amplitude normais)
- Intervalo PR: normal (normal: 0,12 a 0,20 seg)
- QRS: largo (>120ms ou 3 quadradinhos), ausência de onda Q em derivações laterais com empastamento da onda R e inversão de T nessas derivações
- Segmento ST: supradesnivelamento não isquêmico em V1 e V2
- Intervalo QT: normal (normal entre 300 a 460ms)
- Onda T: invertida em parede lateral.

Esse ECG tem os achados típicos de bloqueio de ramo esquerdo. Sempre que você encontrar um QRS largo (> 3 quadradinhos), pense nesse diagnóstico. No bloqueio de ramo, a despolarização do ventrículo é mais lenta e, necessariamente, o QRS ficará largo.

Os critérios para bloqueio de ramo esquerdo são:

- QRS > 120ms
- Onda S dominante em V1
- Onda R larga e empastada em derivações laterais (DI, aVL, V5 e V6)
- Ausência de onda Q nas derivações laterais (DI, aVL, V5 e V6)
- Pico da onda R > 60ms em V5-V6
- Inversão de onda T
- Desvio de eixo para esquerda

Vamos analisar as alternativas:

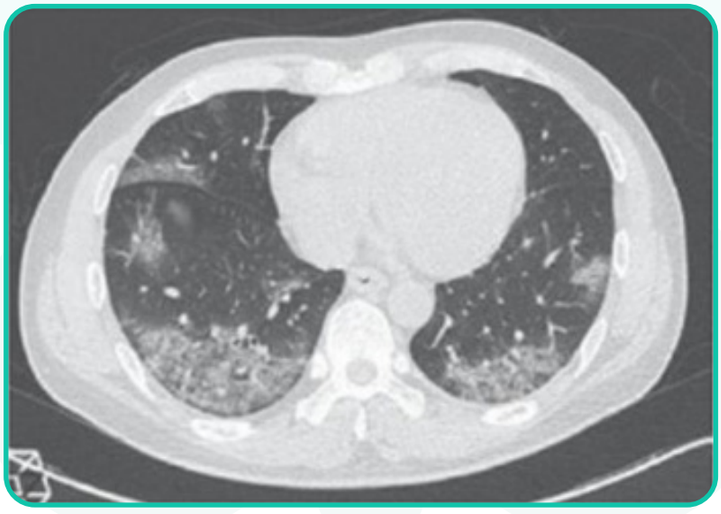
Incorreta a alternativa A: no bloqueio atrioventricular total encontramos dissociação da onda P e o QRS com uma frequência cardíaca muito baixa (em torno de 30bpm).

Incorreta a alternativa B: no aneurisma ventricular, encontramos amputação da onda R (necrose) associada ao supradesnivelamento do segmento ST com a concavidade para baixo.

Incorreta a alternativa C: no ritmo juncional, a onda P não é sinusal e pode estar ausente ou com morfologia diferente (depende da região da junção AV que comanda o ritmo).

Correta a alternativa "D" conforme justificado acima.

16 - Durante internação para compensação clínica, o paciente realizou a tomografia de tórax apresentada a seguir. Qual é a principal hipótese diagnóstica para o quadro agudo?



Fonte: http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200114

A) Insuficiência cardíaca descompensada.

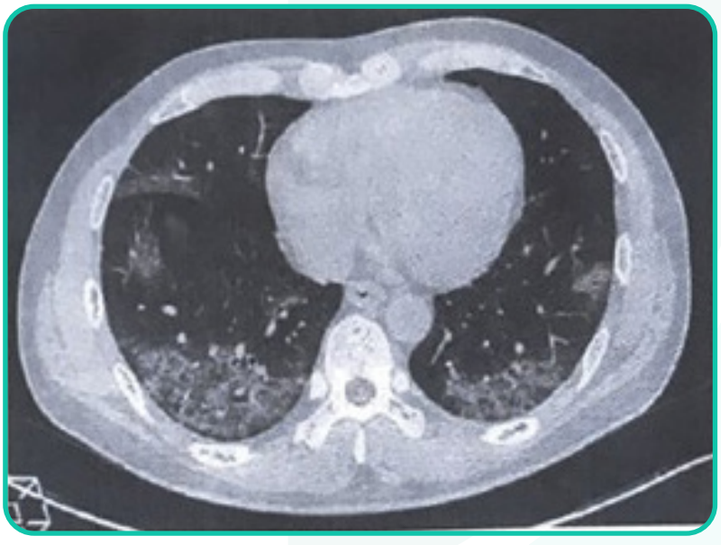
B) Infecção por SARS-CoV-2.

C) Pneumonia estreptocócica.

D) Tromboembolismo pulmonar.

Comentários:

Prof. Philippe Colares - Pneumologia



Fonte: http://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20200114

Caro Estrategista, trata-se de uma questão, principalmente, de interpretação de exame de imagem – tomografia computadorizada de tórax. Mas, para facilitar o raciocínio diagnóstico, existem detalhes que devem ser levados em consideração.

Trata-se de um paciente com 68 anos e diagnóstico prévio de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida e que, há 07 dias apresentou piora da dispneia basal, tosse seca e **FEBRE**. *Aqui está o voo da Coruja!!*

Devemos pensar na imagem em um paciente com quadro respiratório agudo e febril!

Incorreta a alternativa A – a presença de vidro fosco bilateral, em tomografia de tórax, de paciente com insuficiência cardíaca descompensada deve aventar a possibilidade de congestão pulmonar como um dos principais diagnósticos diferenciais.

Entretanto, existem alguns detalhes que favorecem este diagnóstico, como o predomínio das opacidades em lobos superiores e centrais, presença de espessamento septal e, geralmente, derrame pleural.

Correta a alternativa "B" no contexto atual, a infecção por SARS-CoV-2 deve sempre ser colocada como diagnóstico diferencial em pacientes com quadro respiratório agudo e febril. Além disso, os achados de opacidades em vidro fosco multifocais e bilaterais, com predomínio periférico e posterior, são achados tomográficos típicos da infecção por COVID-19.

Incorreta a alternativa C – o primeiro conceito incorreto da alternativa é a definição do agente etiológico da pneumonia bacteriana baseado apenas no achado tomográfico. A caracterização de pneumonia típica, atípica, pneumonia de lobo pesado, entre outros conceitos utilizados anteriormente para auxiliar na definição etiológica, está em desuso.

Entretanto, o achado tomográfico "mais típico" para caracterizar uma pneumonia bacteriana é a presença de consolidação, com presença de broncograma aéreo.

Incorreta a alternativa D – o diagnóstico definitivo de tromboembolismo pulmonar se dá na presença de falha de enchimento nos ramos arteriais, em angiotomografia computadorizada de tórax. Além disso, há achados que podem sugerir tal diagnóstico, sendo o principal deles a presença de opacidade em formato triangular, com base voltada para a pleura e ápice apontando para o hilo pulmonar, representativo de área de infarto pulmonar.

17 - Homem de 24 anos de idade, previamente hígido, é levado ao Pronto-Socorro com queda do estado geral, náuseas e vômitos. Há duas semanas tem notado perda de peso (6 kg, aproximadamente 8% do peso inicial). No exame clínico, está sonolento, desidratado +3/+4. Frequência respiratória de 30 ipm, pressão arterial de 90 x 50 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm; abdome flácido, sem sinais de peritonite. O restante do exame clínico é normal.

O exame de urina revelou glicosúria 4+/4 e cetonúria 4+/4. A gasometria arterial em ar ambiente evidenciou: pH 7,02; pO_2 95 mmHg; pCO_2 26 mmHg; bicarbonato 6 mEq/L; Base excess (BE) -10; $SatO_2$ em ar ambiente 99%. K^+ 3,8 mEq/L, Na^+ 132 mEq/L Cl^- 93 mEq/L; Glicemia 400 mg/dL.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, assinale a alternativa que indica condutas que compõem as primeiras duas horas de atendimento:

A) Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina NPH subcutânea, KCl 19,1% EV.

B) Cloreto de sódio 0,45% EV, insulina regular EV, bicarbonato de sódio 8,4% EV.

C) Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina NPH subcutânea, bicarbonato de sódio 8,4% EV.

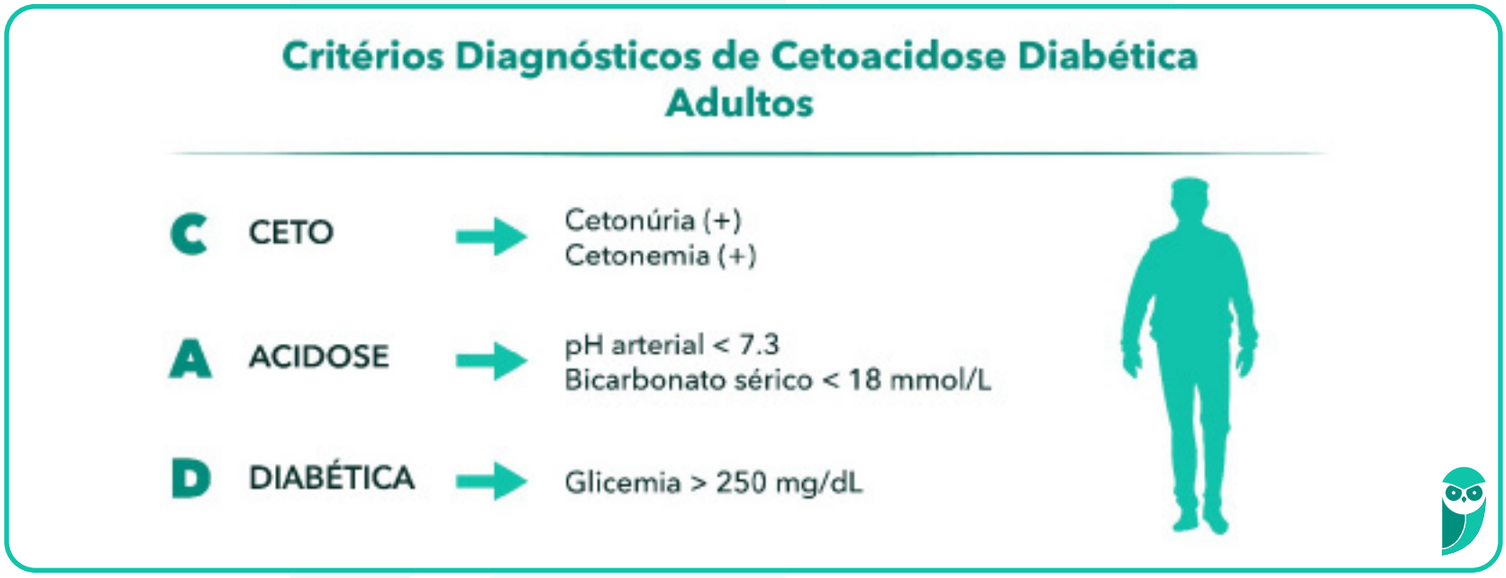
D) Cloreto de sódio 0,9% EV, insulina regular EV, KCl 19,1% EV.

Comentários:

Prof. Maria Tereza Guerra - Endocrinologia

Clinicamente, a Cetoacidose Diabética (CAD) manifesta-se com: sinais e sintomas sugestivos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso), desidratação, taquicardia, taquipneia, hálito cetônico, náusea e/ou vômitos, dor abdominal, visão embaçada, confusão, sonolência, progressiva diminuição do nível de consciência e, eventualmente, perda de consciência (coma).

Os critérios diagnósticos de CAD para o paciente adulto, propostos pela *American Diabetes Association (ADA)* desde 2009, são: glicemia > 250 mg/dL, acidose metabólica (pH arterial < 7.3 e bicarbonato sérico < 18 mEq/L) e aumento dos níveis séricos de cetonas. Os critérios são bastante intuitivos, pois estão "embutidos" no nome da doença:



Idealmente, a cetonemia elevada deve ser quantificada através da dosagem sérica de beta-hidroxibutirato (já que é o cetoácido predominante na abertura do quadro), entretanto, se essa opção não estiver disponível, pode-se realizar a pesquisa de cetonúria com fitas reagentes (metodologia baseada da reação do nitroprussiato).

O tratamento da CAD no paciente adulto assenta-se em 5 pilares (recomendações da *ADA* e do *UpToDate*):

1. **Estabilização e reposição de volume**

Ressuscitação volêmica na Cetoacidose Diabética (paciente adulto)	
Pacientes em choque hipovolêmico	• Solução isotônica 0.9% • 20 – 30 ml/kg em infusão rápida
Pacientes hipovolêmicos sem choque	• Solução isotônica 0.9% • 15 – 20 ml/kg/hora até a normalização do estado de hidratação
Paciente euvolêmico	• Solução isotônica 0.9% • A taxa de infusão deverá ser guiada por parâmetros clínicos

Após 2 a 3 horas de hidratação inicial, devemos avaliar o sódio corrigido do paciente para definir que solução será a mais adequada. Se o paciente evoluir com hiponatremia, devemos manter a solução salina a 0.9%. Caso o paciente se apresente com sódio normal ou elevado, devemos trocar a salina a 0.9% por solução salina a 0.45%.

A hiperglicemia **aumenta a osmolaridade plasmática**, o que acarreta movimento da água do espaço intracelular para o extracelular, "diminuindo" o sódio sérico por diluição. Por isso, devemos calcular o "sódio sérico corrigido" nos pacientes com hiperglicemia. Tal correção reflete a natremia esperada se a glicemia do paciente estivesse normal. O sódio sérico medido deve ser acrescido em 1,6 mEq/L para cada aumento de 100 mg/dL na concentração de glicose plasmática acima de 100 mg/dL:

$$\text{Sódio corrigido} = \text{Sódio medido} + \left[1.6 \times \left(\frac{\text{Glicemia} - 100}{100} \right) \right]$$

2. **Avaliação da calemia**

A glicose "puxa" o potássio para fora da célula e, como resultado, a maioria dos pacientes com CAD apresenta-se com níveis de potássio normal ou elevado, mas o "*pool*" corporal total desse íon está reduzido, devido à espoliação que ocorre através da diurese osmótica. Além disso, a calemia frequentemente diminui durante o tratamento da CAD, por duas razões específicas:

- A insulina estimula o transporte de K^+ para o espaço intracelular;
- Com a correção da acidose, o H^+ intracelular sai da célula à custa da internalização de potássio.

Sendo assim, devemos avaliar a calemia de todo paciente com CAD antes de iniciar a insulinoterapia, ao mesmo tempo em que iniciamos hidratação venosa criteriosa. O início ou não da terapia insulínica dependerá diretamente da calemia admissional:

- Potássio < 3.3 mEq/L
  - ◊ Iniciar cloreto de potássio (20 – 40 mEq/hora) até alcançar a concentração de 3.3 mEq/L.
  - ◊ Não ofertar insulina até que o potássio chegue a 3.3 mEq/L.
- Potássio 3.3 – 5.3 mEq/L
  - ◊ Iniciar insulina e repor potássio, concomitantemente (20 – 30 mEq/hora).
- Potássio > 5.3 mEq/L
  - ◊ Não repor potássio.
  - ◊ Iniciar Insulina.
  - ◊ Avaliar a calemia a cada 2 horas. Caso a calemia atinja níveis ≤ 5.3 mEq/L, devemos iniciar a reposição de potássio (20 a 30 mEq/hora).

3. **Insulinização**
    - A abordagem da hiperglicemia na CAD deve ser feita com INSULINA REGULAR INTRAVENOSA (IV).
    - Em casos de CAD leve, ou quando a terapia IV for impraticável, pode-se fazer uso de INSULINA REGULAR INTRAMUSCULAR (aplicada a cada hora) ou ANÁLOGOS ULTRARRÁPIDOS SUBCUTÂNEOS (aplicados a cada 1 – 2 horas).
    - O esquema mais clássico é o bolus inicial (0.1 UI/kg) seguido de infusão contínua (0.1 UI/kg/hora):

Bolus inicial (0.1 UI/kg) à Infusão contínua (0.1 UI/kg/hora)

- Outra opção é não realizar o bolus inicial e já começar a infusão contínua em uma taxa maior (0.14 UI/kg/hora):

Infusão contínua (0.14 UI/kg/hora)

- A glicemia é aferida a cada hora. Se a redução for > 70 mg/dL, deve-se reduzir taxa de infusão pela metade (caso o paciente ainda não tenha alcançado o patamar de 250 mg/dl, essa redução não poderá resultar em uma taxa de infusão inferior a 0.1 UI/Kg/hora). Se a redução for < 50 mg/dL, deve-se duplicar a taxa de infusão.
- Na maioria dos pacientes com CAD, a hiperglicemia é resolvida antes da cetoacidose, portanto, quando a glicemia alcançar o patamar de 200 mg/dL, deve-se acrescentar dextrose (soro glicosado) à reposição volêmica, para que a manutenção da infusão de insulina não cause hipoglicemia.

4. **Avaliar oferta de Bicarbonato venoso se pH < 7**
    - A infusão venosa de Bicarbonato pode ser considerada no paciente adulto com CAD se pH < 7 ou em caso de hipercalemia potencialmente fatal, entretanto, na faixa etária pediátrica, essa terapia deve ser evitada ao máximo, pois, além de não trazer benefícios clínicos comprovados, pode acarretar efeitos adversos graves (redução da hiperventilação compensatória, hipocalemia e edema cerebral).
5. **Tratar fatores precipitantes**
    - Os principais fatores precipitantes da CAD são as infecções (principalmente pneumonia e infecção urinária) e uso inadequado ou insuficiente de insulina.

Agora, que já revisitamos os principais aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da CAD, vamos analisar cada uma das alternativas:

Incorreta a alternativa A: A solução salina adequada à fase de estabilização é o soro fisiológico a 0.9%. A insulinoterapia deve ser feita, preferencialmente, com insulina Regular IV.

Incorreta a alternativa B: A solução salina adequada à fase de estabilização é o soro fisiológico a 0.9%. O pH do paciente é superior a 7 e seu potássio é de 3.8 mEq/L, portanto, não há indicação de bicarbonato venoso.

Incorreta a alternativa C: A insulinoterapia deve ser feita, preferencialmente, com insulina Regular IV. O pH do paciente é superior a 7 e seu potássio é de 3.8 mEq/L, portanto, não há indicação de bicarbonato venoso.

Correta a alternativa "D" Essa alternativa traz as três medidas indicadas para a fase de estabilização do paciente:

- Hidratação venosa com soro fisiológico a 0.9%;
- Insulina Regular IV;
- Reposição de potássio.

18 - Mulher de 66 anos de idade, tem antecedentes de obesidade grau 3 e osteoartrose grave de joelhos. Foi levada por seus familiares ao Pronto-Socorro por quadro de desorientação têmporo-espacial e confusão mental, com períodos de agitação intensa há três dias, com piora hoje. Faz uso frequentes de medicações para dores dos joelhos, porém os familiares não sabem referi-las.

Ao exame clínico encontra-se em regular estado geral, desidratada +2/+4, febril; agitada, não colaborativa ao exame; pressão arterial 140x90 mmHg, frequência cardíaca 110 bpm, frequência respiratória 24 ipm, temperatura axilar de 38,8ºC; sem déficits neurológicos focais e sem sinais meníngeos; abdome globoso, palpação de massa em hipogástrio com intensa manifestação de dor pela paciente à palpação, sem sinais de peritonite. Restante do exame clínico sem alterações. Glicemia capilar de 140 mg/dL. Qual alternativa traz o conjunto de medidas diagnósticas e terapêuticas iniciais para o quadro agudo da paciente?

A) Passagem de sonda vesical de alívio, coleta de urina tipo I e urocultura; quetiapina e dipirona.

B) Tomografia de crânio com contraste, coleta de proteína C-reativa e hemograma; diazepam e AAS.

C) Tomografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; haloperidol e dipirona.

D) Ultrassonografia de abdome e pelve, coleta de hemograma e lactato; risperidona e paracetamol.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

A questão traz o caso clássico de uma paciente com um quadro agudo de confusão mental, o chamado estado confusional agudo ou delirium. O delirium é uma condição comum em idosos e costuma ser a manifestação neurológica de um problema sistêmico, geralmente tóxico, metabólico ou infeccioso.

No caso da paciente, temos um quadro febril, com provável foco urinário, já que ela apresenta um bexigoma, além de desidratação. O bexigoma é uma causa importante de delirium e deve ser tratado prontamente.

Vamos analisar as alternativas.

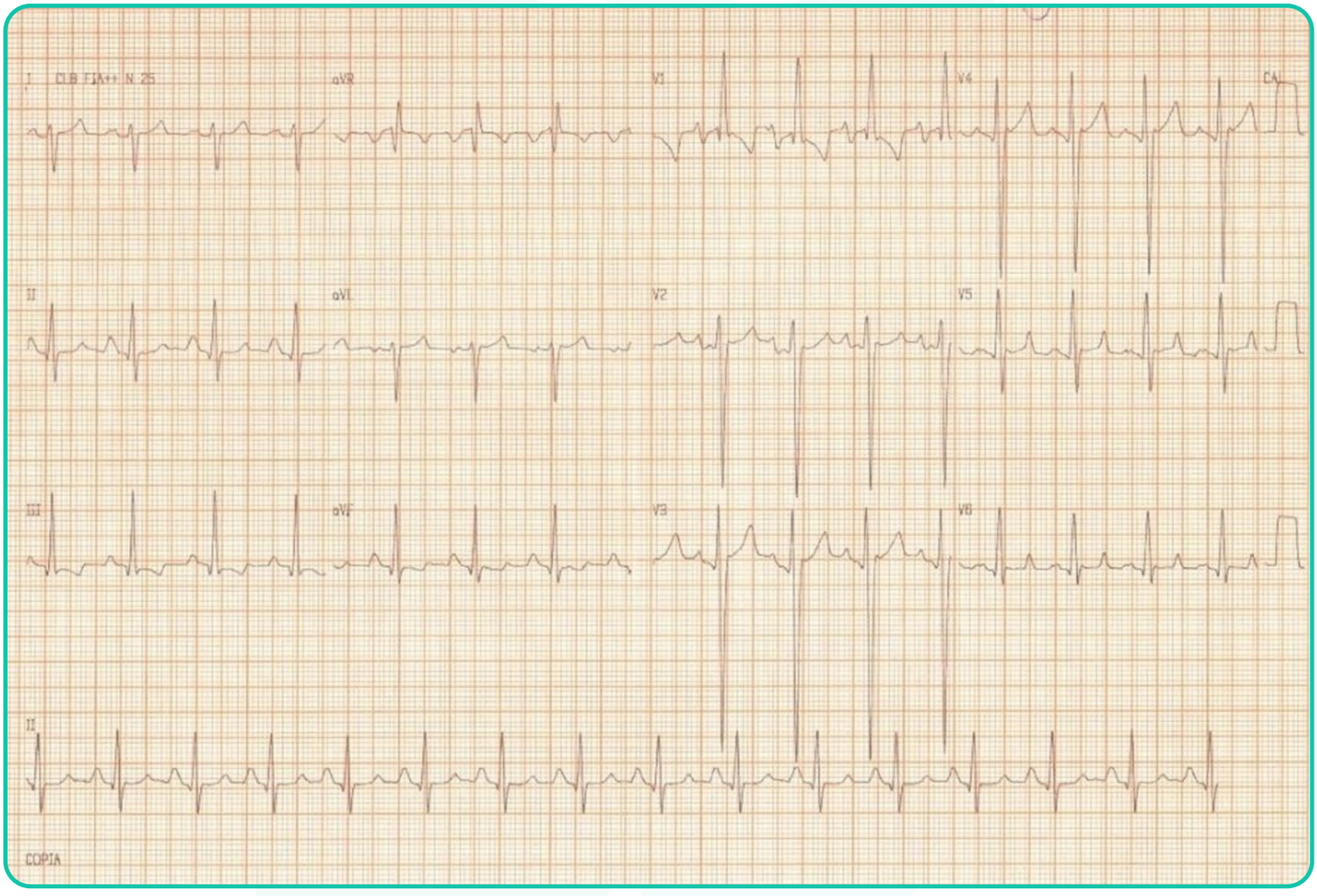
Correta a alternativa "A" O tratamento do bexigoma não traumático envolve a passagem de uma sonda vesical de alívio, aproveitando-se dessa manobra para a coleta de urina 1 e urocultura. Para o controle dos sintomas de agitação, a classe de medicamentos é a dos antipsicóticos, sendo o haloperidol intramuscular a primeira escolha. Entretanto, a quetiapina também pode ser usada. A dipirona está indicada para o tratamento da febre. A questão não menciona, mas a paciente deverá receber antibioticoterapia imediata para cumprir os requisitos do protocolo de tratamento de sepse.

Incorreta a alternativa B. As causas neurológicas para estado confusional agudo são mais comuns em pacientes jovens e mais raras em pacientes idosos. Na faixa etária mais avançada, reservamos a pesquisa de causas encefálicas para o delirium para um segundo momento, a menos que o paciente apresente algum indício inequívoco de que haja causa neurológica, como crise epiléptica ou sinal focal ao exame neurológico. Sendo assim, a tomografia de crânio não seria um exame inicial. A coleta de hemograma e proteína C reativa são importantes para o acompanhamento do caso durante a internação. O diazepam é um benzodiazepínico, classe medicamentosa que não deve ser usada para o tratamento do delirium, a menos que se trate de um paciente com síndrome de abstinência alcoólica ou doença de Parkinson, em que os antipsicóticos são contraindicados. O AAS é indicado em pacientes com suspeita de síndrome neurovascular, o que não é compatível com o quadro.

Incorreta a alternativa C. A indicação de tomografia de abdome e pelve não se sustenta, pois a paciente apresenta claramente um bexigoma por provável infecção de trato urinário, não uma doença cirúrgica. Caso não haja melhora com a sondagem de alívio, esse exame poderia ser realizado. Ademais, o próprio enunciado menciona não haver sinais de peritonite ou outras alterações ao exame físico. As outras condutas da alternativa estão corretas.

Incorreta a alternativa D. Nessa alternativa, estão incorretos a indicação de ultrassonografia, pelos mesmos motivos da não indicação de tomografia, e o uso de risperidona, que possui pouca evidência para o tratamento do delirium.

19 - Qual das valvopatias indicadas a seguir é compatível, quando ocorrida isoladamente, com as alterações presentes neste eletrocardiograma?



A) Insuficiência aórtica.

B) Estenose mitral.

C) Insuficiência tricúspide.

D) Estenose pulmonar.

Comentários:

Prof. Bruno Ferraz - Cardiologia / Tema: Eletrocardiograma

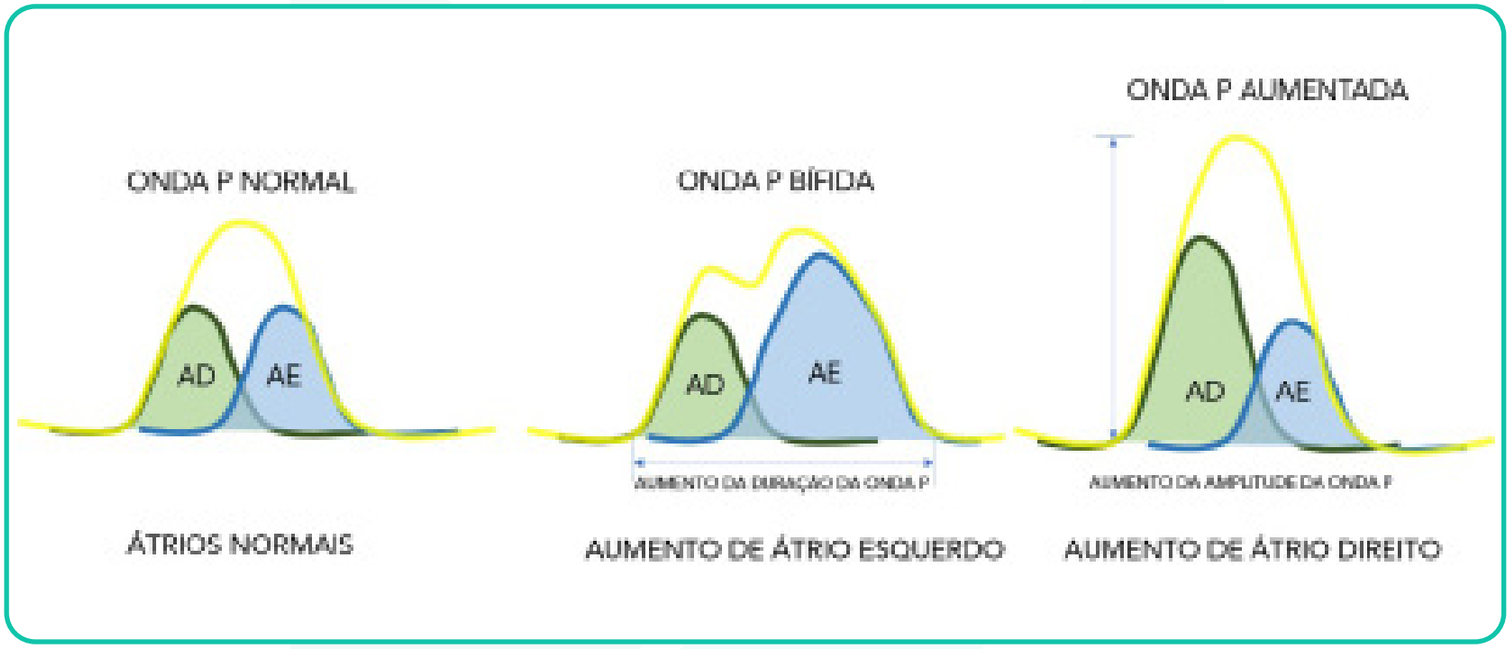
Futuro Residente,

A USP adora questões de ECG! Toda vez que você encontrar uma, recomendo utilizar nosso roteiro de análise de eletro. Com ele, você não deixará passar nenhum detalhe!

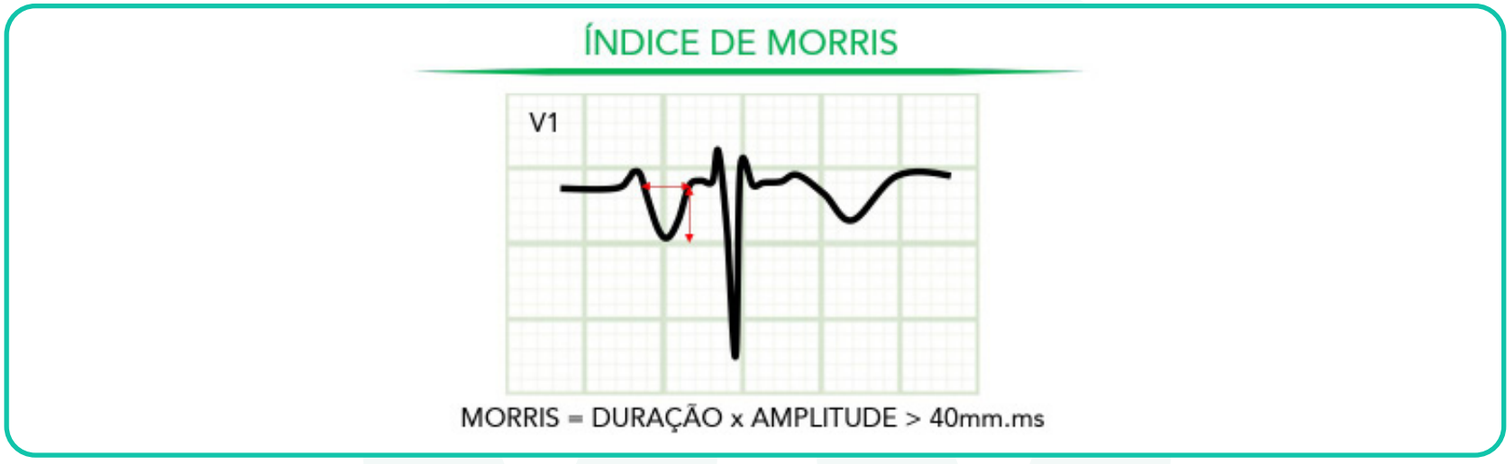
Temos um ECG de 12 derivações que evidencia:

- Ritmo: sinusal (onda P positiva em D1, D2 e AVF)
- FC: aproximadamente 100bpm (basta dividir 1500 pelo número de quadradinhos entre 2 QRS)
- Eixo: desviado para direita (QRS negativo em D1 e positivo em aVF)
- Onda P: aumento biatrial (aumento da amplitude e duração do QRS + sinal de Morris)
- Intervalo PR: normal (normal: 0,12 a 0,20 seg)
- QRS: aumento da onda R em V1
- Segmento ST: normal
- Intervalo QT: normal (normal entre 300 a 460ms)
- Onda T: invertida em parede inferior.

Os principais achados desse ECG apontam para aumento biatrial e hipertrofia ventricular direita (onda R aumentada em V1 + desvio do eixo para direita). O nodo sinusal é localizado no átrio direito, por isso começa a despolarização nesse átrio, terminando no átrio esquerdo. Com isso, na figura abaixo podemos entender porque o aumento da amplitude denota aumento de átrio direito e o aumento da duração denota aumento de átrio esquerdo:



Além disso, observamos o sinal de Morris em V1, que é um achado compatível com sobrecarga atrial esquerda. Veja a figura abaixo:



A questão pergunta qual é a valvopatia compatível com esse eletrocardiograma. Qual seria a valvopatia que sobrecarrega ambos os átrios e gera hipertrofia ventricular direita (e poupa o VE)? É a estenose mitral! Essa valvopatia promove uma importante sobrecarga atrial esquerda, que sobrecarregará cavidades direitas, gerando hipertensão pulmonar e, com isso, hipertrofia ventricular direita e aumento atrial direito!

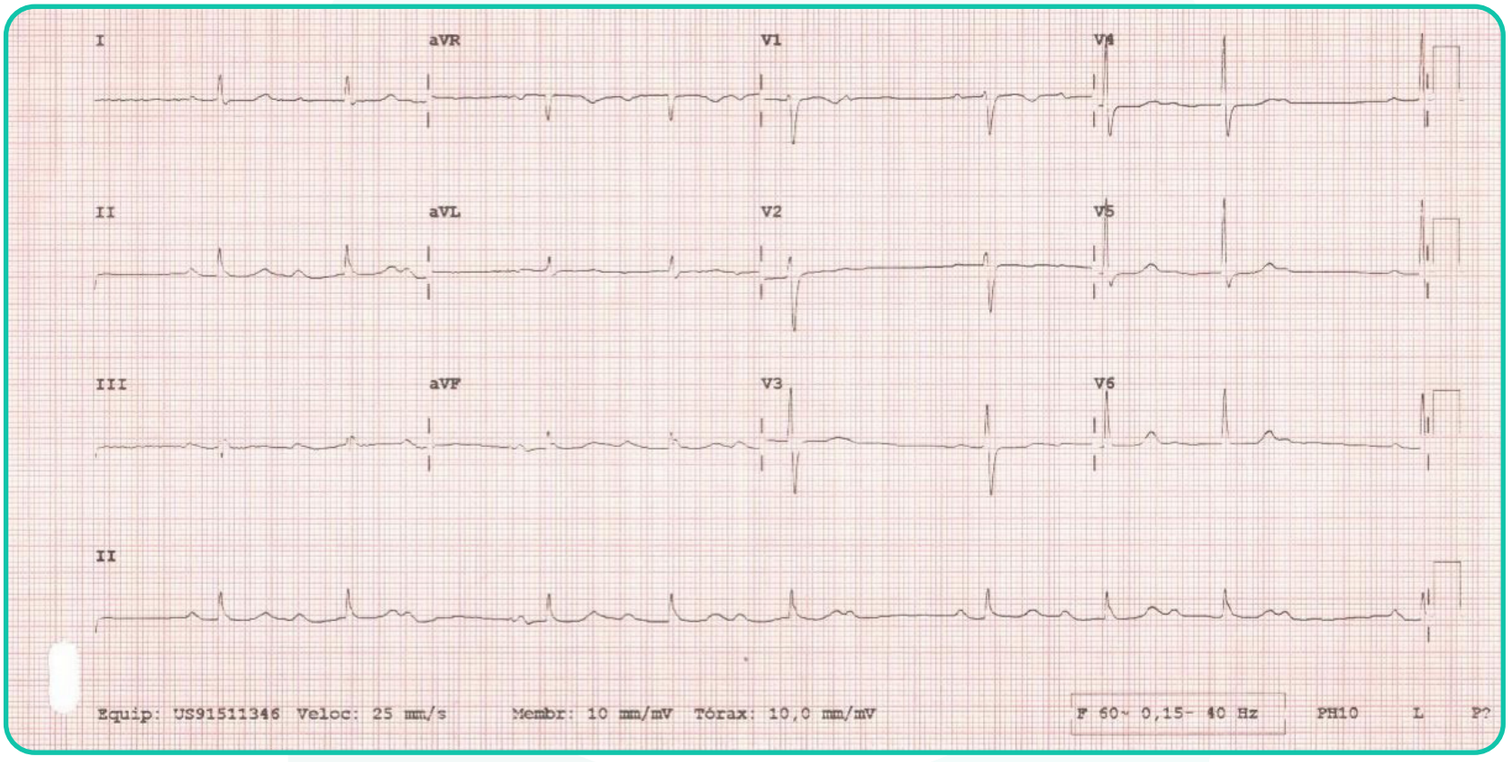
Incorreta a alternativa A: a insuficiência aórtica gera sobrecarga ventricular esquerda (o sangue volta da aorta para o VE).

Correta a alternativa "B" conforme justificado acima.

Incorreta a alternativa C: a insuficiência tricúspide gera sobrecarga atrial direita e não justifica os outros achados eletrocardiográficos.

Incorreta a alternativa D: a estenose pulmonar gera hipertrofia ventricular direita e aumento atrial direito, mas não justifica o achado de aumento atrial esquerdo.

20 - Mulher de 58 anos de idade vem à unidade básica de saúde pois apresentou quadro de escurecimento visual durante prática de atividade física. Não houve perda da consciência. Não tem antecedentes mórbidos relevantes. No exame clínico, frequência cardíaca 58 bpm. O restante do exame clínico é normal. Realizou o eletrocardiograma apresentado a seguir. Qual é a conclusão do laudo do eletrocardiograma?



A) Eletrocardiograma normal.

B) Fibrilação atrial de baixa resposta ventricular.

C) Bloqueio atrioventricular de 2º grau, Mobitz I.

D) Bradicardia sinusal.

Comentários:

Prof. Bruno Ferraz - Cardiologia / Tema: Eletrocardiograma

Futuro Residente,

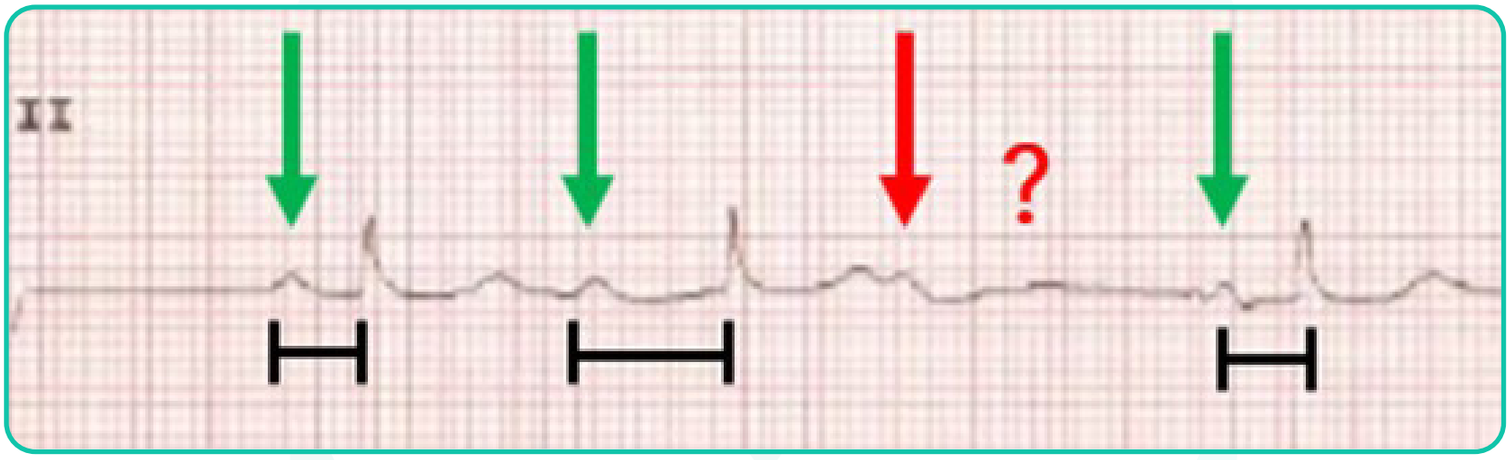
A USP adora questões de ECG! Toda vez que você encontrar uma, recomendo utilizar nosso roteiro de análise de eletro. Com ele, você não deixará passar nenhum detalhe!

Temos um ECG de 12 derivações que evidencia:

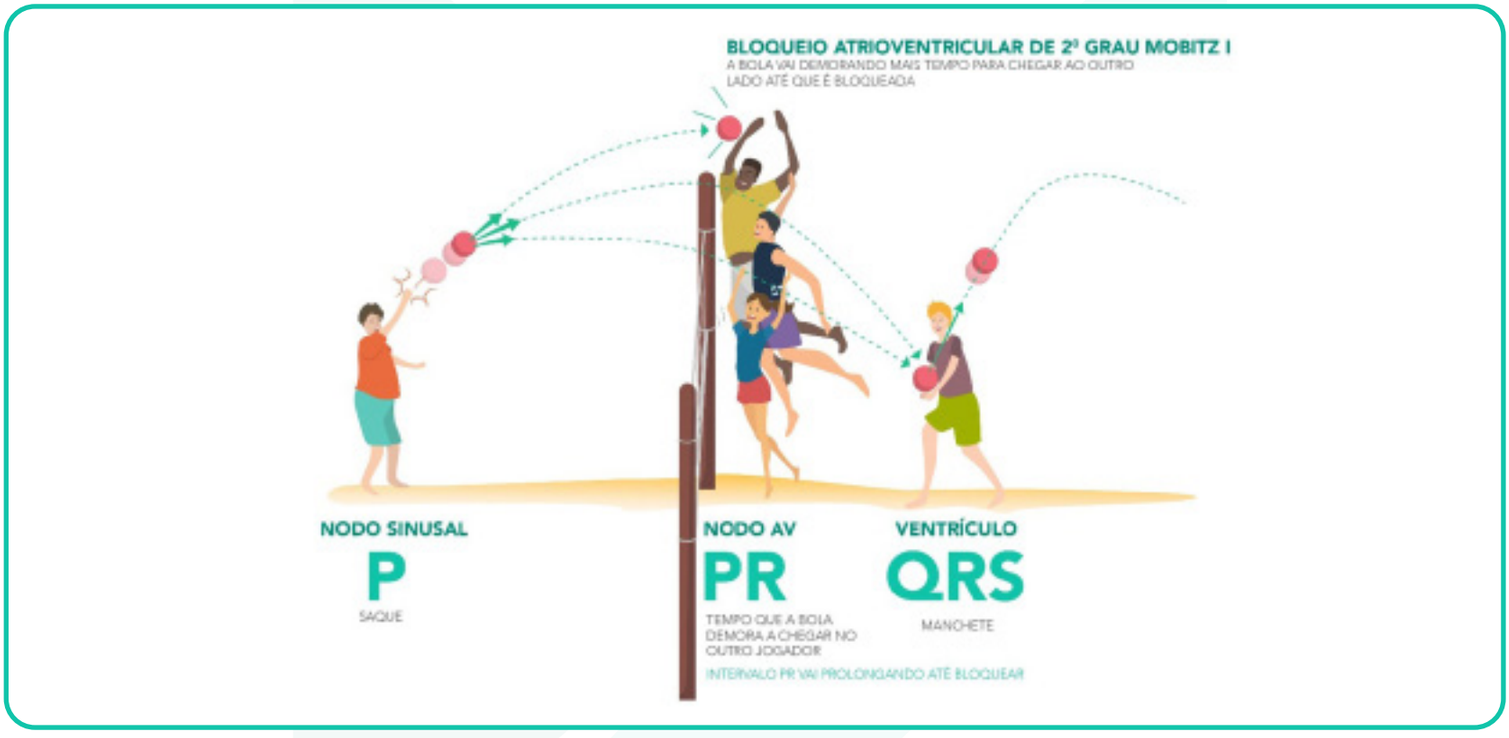
- Ritmo: irregular e não sinusal (existem ondas P que não geram QRS)
- FC: aproximadamente 48bpm (como o ritmo está irregular, contaremos o número de QRS na derivação D2 longo, que representa 10 segundos, e multiplicaremos por 6, completando 60 segundos).
- Eixo: normal (QRS positivo em D1 e positivo em aVF)
- Onda P: normal (duração, morfologia e amplitude normal)
- Intervalo PR: prolongando até falha de condução

- QRS: normal (duração, morfologia e amplitude normal)
- Segmento ST: normal
- Intervalo QT: normal (normal entre 300 a 460ms)
- Onda T: normal.

Dessa forma, a principal alteração nesse ECG está relacionada à condução atrioventricular manifesta na presença de prolongamento do intervalo PR e falha de condução atrioventricular. Observe a figura abaixo:



Nas setas verdes, temos ondas P que irão despolarizar o ventrículo, gerando QRS. No entanto, o intervalo PR vai aumentando até chegar o momento onde a onda P (seta vermelha) não gera despolarização ventricular (falha de condução atrioventricular). Essa é a principal característica do bloqueio atrioventricular (BAV) de 2° grau Mobitz I. Vamos relembrar esse bloqueio?



Tanto o BAV de 1º grau como o BAV de 2° grau Mobitz I são considerados benignos e não demandam maiores intervenções. Em contrapartida, o BAV 2º grau Mobitz II e o BAVT (3º grau) são bloqueios avançados e, geralmente, demandam implante de marcapasso.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A: conforme explicado acima, esse ECG não é normal.

Incorreta a alternativa B: na fibrilação atrial, teríamos ausência de onda P!

Correta a alternativa "C" conforme justificado acima.

Incorreta a alternativa D: na bradicardia sinusal, toda onda P gera despolarização ventricular (QRS).

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **21** a **24**:

Homem de 72 anos de idade está internado em Unidade de Terapia Intensiva há dois dias, por diagnóstico de covid-19. O quadro iniciou-se há oito dias, com febre, anosmia, odinofagia e tosse. O diagnóstico foi feito quatro dias depois, e devido a saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente foi internado em enfermaria. Há 2 dias evoluiu com insuficiência respiratória demandando transferência à UTI e intubação orotraqueal. O médico assistente se prepara para avaliar o paciente no dia de hoje.

21 - O "box" de isolamento em que o paciente está internado não possui antecâmara. Antes de entrar, o médico já se encontra com uma máscara N95. Ele higieniza as mãos, veste o avental, coloca os óculos de proteção, adentra o box e calça as luvas de procedimento. Com relação à paramentação realizada, assinale a alternativa correta

A) Não houve erro de paramentação.
B) As mãos deveriam ser higienizadas novamente após a entrada no box.
C) A máscara deveria ter sido trocada antes da entrada no box.
D) As luvas deveriam ter sido calçadas antes da entrada no box.

Comentários:

Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia

Esse enunciado conta-nos um caso bem característico de covid-19. Em geral, esperamos uma piora do quadro clínico a partir do sétimo dia de doença decorrente da tempestade de citocinas. Nesse caso, o paciente evoluiu com piora no oitavo dia, apresentando dessaturação, e depois evoluiu com insuficiência respiratória, necessitando de intubação orotraqueal com ventilação mecânica. O médico, que já está com máscara N95, para visitar esse paciente, precisa seguir esta ordem de paramentação:

1. Higienizar as mãos;
2. Vestir o avental;
3. Colocar os óculos de proteção;
4. Entrar no box e higienizar as mãos novamente;
5. Colocar as luvas.

Como você pode perceber, ele entrou no box e calçou as luvas, porém não higienizou as mãos antes. Por esse motivo já podemos dizer que houve um erro de paramentação.

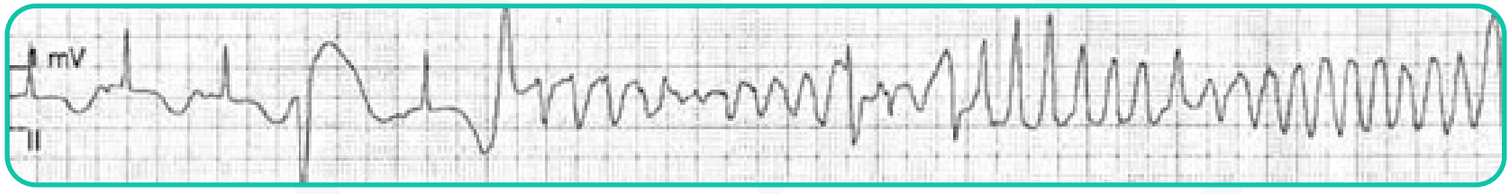
Incorreta a alternativa A. Como expliquei, houve sim um erro de paramentação, a falta da higiene das mãos dentro do box logo antes de colocar as luvas.

Correta a alternativa "B" Foi o que acabamos de ver. Devemos sempre higienizar as mãos ao entrar no box e em seguida colocar as luvas.

Incorreta a alternativa C. A máscara N95 pode durar alguns dias, logo, não devemos trocá-la ao visitar cada paciente.

Incorreta a alternativa D. As luvas devem ser calçadas imediatamente após a higiene das mãos feita dentro do box. Não devem ser colocadas fora do box, afinal, será necessário pegar em maçanetas que podem estar contaminadas.

22 - Uma vez dentro do "box", o médico ouve o alarme do monitor soar e detecta a arritmia abaixo. A avaliação e tratamento adequados foram feitos e a arritmia foi revertida.



Considerando os itens abaixo da prescrição médica do Sr. João, qual item deverá ser suspenso da prescrição?

A) Azitromicina 500mg SNE 1 x ao dia.

B) Ceftriaxone 1g IV 12/12h.

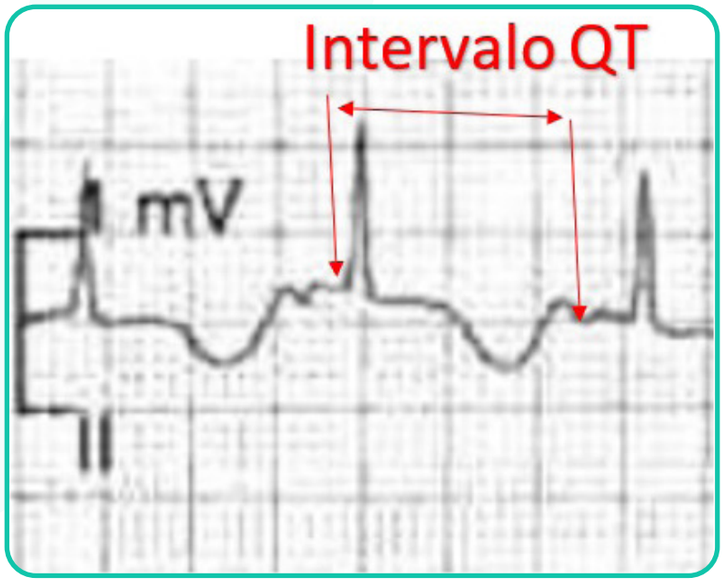
C) Inalação com salbutamol 6/6h.

D) Terbutalina subcutânea ACM.

Comentários:

Prof. Juan Demolinari – Cardiologia - Tema: Pcr - Torsades

O ECG evidencia uma taquicardia ventricular polimórfica do tipo ***Torsades de pointes (TdP),*** que é caracterizada por uma sequência de complexos QRS largos de pequena amplitude intercalados com complexos QRS de grande amplitude, como se o eixo elétrico cardíaco estivesse se torcendo, daí o nome "torção das pontas". O surgimento dessa arritmia é muito ligado a condições que prolonguem o intervalo QT, desde síndromes congênitas (síndrome do QT longo), distúrbios hidroeletrolíticos (hipomagnesemia, hipopotassemia e hipocalemia) até o uso de medicações que tenham esse efeito colateral. O valor normal do intervalo QT corrigido encontra variações na literatura, como referência podemos adotar valores máximos de 450 ms para homens e 470 ms para mulheres. Observe que o intervalo QT antes do início da arritmia já estava acima do normal.



O intervalo QT medido é de 560 ms (14 quadradinhos de 40 ms cada). É importante lembrar que esse intervalo deve ser corrigido pela frequência cardíaca, porém você deve saber que frequências cardíacas acima de 60 bpm subestimam o intervalo QT, enquanto FC <60 bpm superestima. Sendo assim, o QT corrigido na verdade é ainda maior, já que a frequência cardíaca está próxima de 100 bpm.

Observe no trecho de DII longo abaixo como o paciente inicia a arritmia após duas extrassístoles (setas vermelhas), sendo que a última caiu no final da onda T.

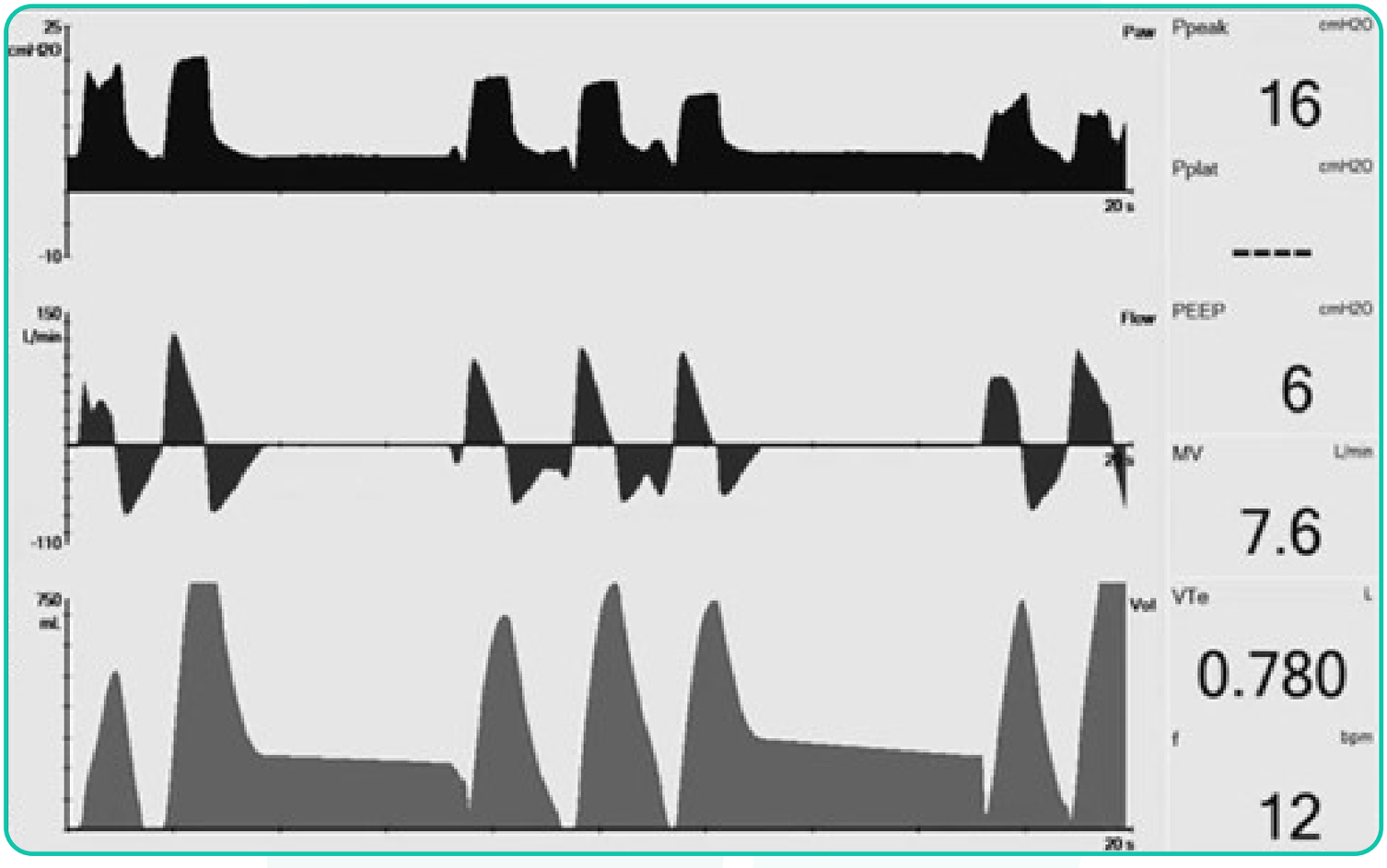
Após desvendarmos o ECG, o autor deseja que você aponte uma droga que deve ser suspensa. Devemos pensar, então, nas drogas que prolongam o intervalo QT. Infelizmente, existem mais de cem drogas que tem esse efeito adverso, sendo assim, criamos uma regra mnemônica para que você se recorde das principais. Quando uma questão dessas cair em provas, pense: **A CASA CAIU**!

Amiodarona
Cloroquina (e hidroxicloroquina)
Anti-histamínicos (loratadina, hidroxizine)
Sotalol
Antidepressivos (tricíclicos, venlafaxina e citalopram)
Cognitivos (donepezila, haloperidol, risperidona)
Antirretrovirais (ritonavir, saquinavir, efavirenz)
Itraconazol (e fluconazol, voriconazol)
Usados em infecções (macrolídeos - azitromicina, eritromicina, claritromicina -, quinolonas -ciprofloxacino, levofloxacino)

Correta a alternativa "A" pois a azitromicina é um macrolídeo que prolonga o intervalo QT. Lembre-se de que, no início da pandemia por COVID-19, uma das polêmicas era justamente o potencial da associação de azitromicina com cloroquina prolongar o intervalo QT.

Incorreta a alternativa B, pois ceftriaxone é uma cefalosporina de 3º geração e esses antibióticos não prolongam o intervalo QT.
Incorreta a alternativa C, pois o salbutamol é um agonista beta-2 adrenérgico de curta duração e não prolonga o intervalo QT.
Incorreta a alternativa D, pois a terbutalina é um broncodilatador que estimula os receptores beta-2 e também não prolonga o intervalo QT.

23 - O paciente está ventilado sob os seguintes parâmetros: Modo controlado a pressão; FiO_2 = 40%; PEEP 5 cmH_2O; Pressão de pico 17 cmH_2O; Tempo inspiratório de 1 segundo; Frequência respiratória de 10 vpm. Você percebe que o paciente está desconfortável e nota o seguinte registro no monitor:



Qual é a principal hipótese para a alteração encontrada no monitor?

A) Vazamento de circuito.

B) Líquido no circuito.

C) Aprisionamento aéreo.

D) Duplo disparo.

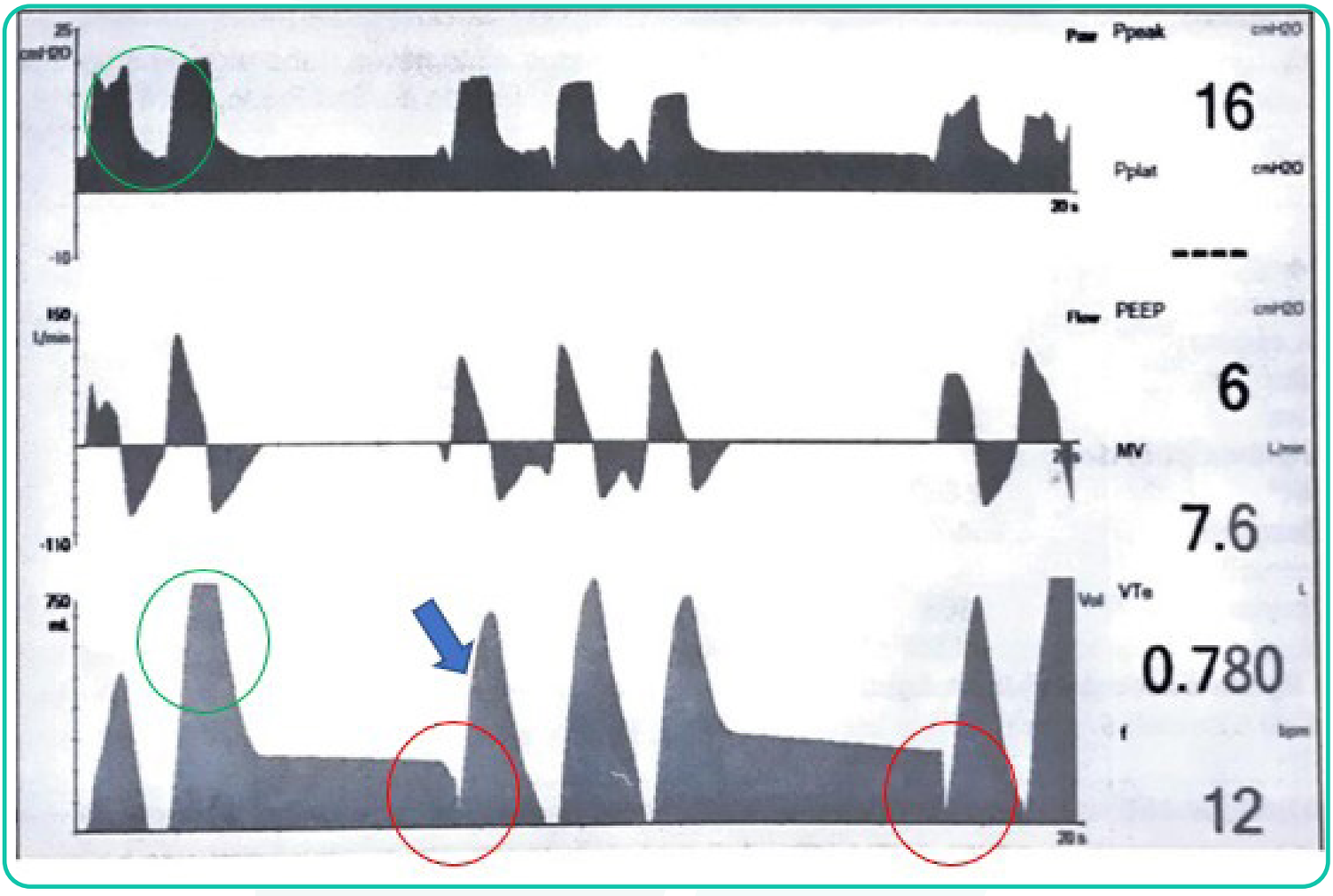
Comentários:

Prof. Philippe Colares - Pneumologia

Caro Estrategista, estamos diante de uma questão MUITO MAL FEITA e, no mínimo, com um grau de dificuldade que ultrapassa o conhecimento básico requerido para acesso direto. Além disso, vale ressaltar que a questão deveria ser ANULADA.

Inicialmente, faremos uma revisão dos conceitos básicos da imagem apresentada (a tela de um ventilador mecânico) para posteriormente entendermos as alternativas.

Trata-se de um homem de 72 anos com quadro de COVID-19, com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Encontra-se no modo pressão controlado (PCV), FiO_2 = 40%, PEEP 5 cmH_2O e pressão de pico de 17 cm de H_2O, com tempo inspiratório de 1 segundo e frequência respiratória de 10 vpm. Entretanto, não possuímos dados como peso do paciente (para cálculo de peso ideal), nem sequer, gasometria arterial ou pressão arterial de oxigênio (PaO2) para definirmos se se trata de quadro de síndrome do desconforto respiratório agudo (SDRA).



A primeira curva demonstrada, refere-se à curva de pressão (Paw), com ponto mais alto indicando a pressão de pico e o ponto mais baixo da curva, a PEEP.

A curva intermediária representa a curva de fluxo (Flow), com a porção superior (positiva) representando fluxo inspiratório e a porção abaixo da linha base (negativa), representando fluxo expiratório.

Por fim, a última curva representa o volume respiratório (Vol), sendo a porção ascendente referente ao volume inspirado e a porção descendente, volume expirado.

Agora, podemos analisar as assincronias presentes na ventilação do paciente.

Parcialmente correta a alternativa "A"

no círculo em vermelho, a curva de volume é compatível com vazamento, uma vez que o volume expirado não retorna para a linha de base (medida do volume inspirado maior do que a do expirado). A presença desse vazamento desencadeia um autodisparo, com um ciclo não programado e sem esforço do paciente

(seta azul). Entretanto, chama a atenção que tal defeito não se perpetua em todos os ciclos, aparecendo novamente após 03 ciclos (teríamos vazamento intermitente?)

Incorreta a alternativa B – a presença de líquido no circuito causaria trepidação (artefato de baixa amplitude, como ondas) na linha de pressão, podendo, ou não, ser suficiente para desencadear autodisparo.

Incorreta a alternativa C – o aprisionamento aéreo ocorre quando o tempo expiratório é insuficiente para promover a desinsuflação pulmonar, resultando em auto-PEEP (pressão intrínseca acima da PEEP). Nesse caso, a linha de pressão não retornaria para o valor de base inicial, e a PEEP medida (através da pausa expiratória) seria maior do que a PEEP regulada no ventilador. Seria possível ver, ainda, o disparo de um novo ciclo ventilatório antes mesmo da curva de fluxo expiratório ter zerado.

Correta a alternativa "D" no duplo disparo, ocorrem 2 ciclos consecutivos disparados pelo mesmo esforço do paciente, assinalado com os círculos verdes, na imagem. O tempo inspiratório mecânico do ventilador é menor do que o tempo inspiratório neural do paciente. Clinicamente, percebe-se dois ciclos consecutivos sem intervalo entre eles, em um padrão que pode se repetir com frequência.

Gabarito oficial: alternativa D

Gabarito ESTRATÉGIA: anulada.

24 - Baseado no quadro exposto na questão anterior, qual das condutas abaixo será mais eficaz para corrigir a alteração encontrada?

A) Aumento do tempo inspiratório.

B) Revisão do circuito ventilatório.

C) Aumento da PEEP.

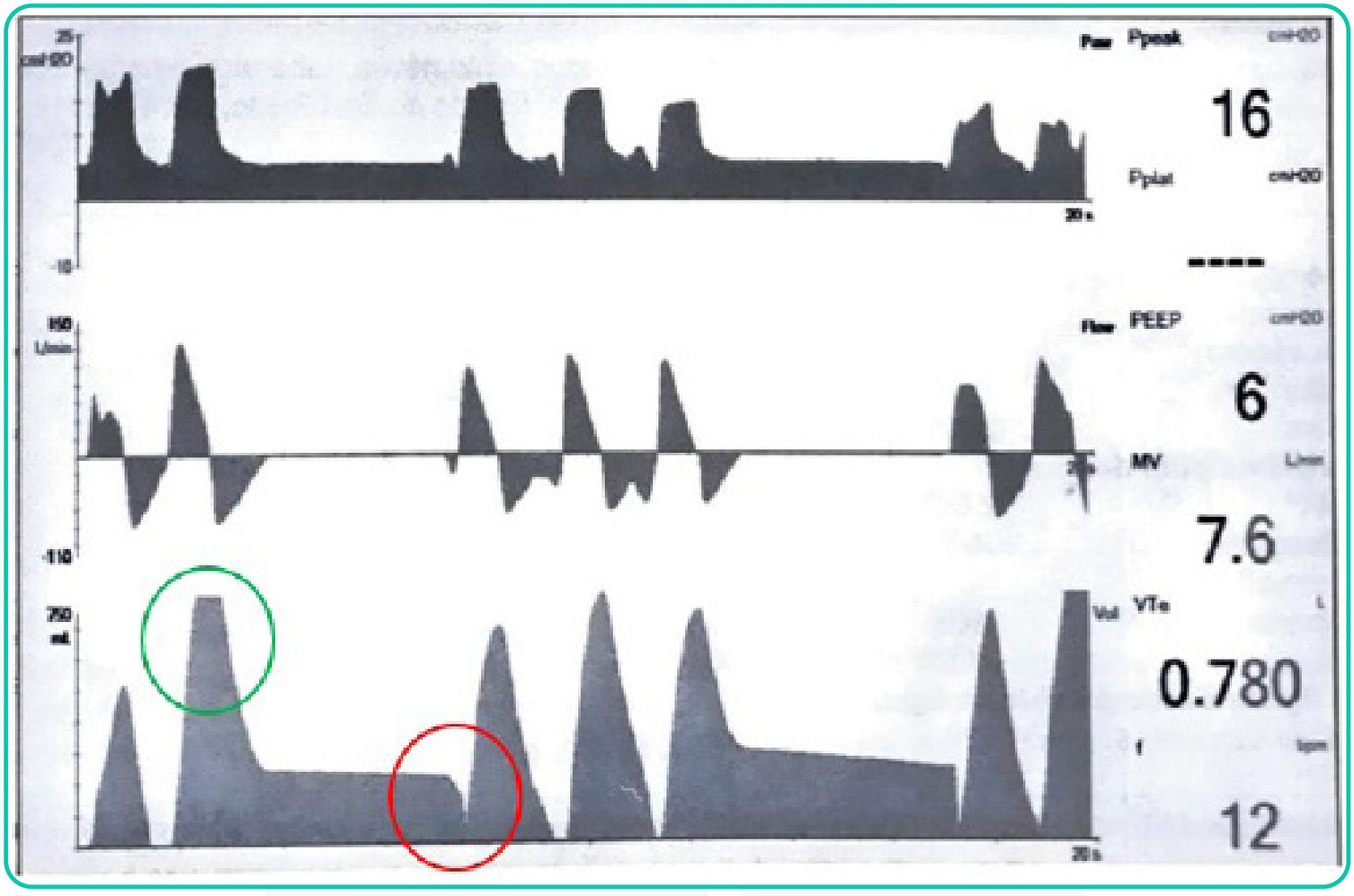
D) Redução da pressão de pico.

Comentários:

Prof. Philippe Colares - Pneumologia

A presente questão estava diretamente ligada à questão anterior, em que era necessário o diagnóstico da assincronia presente na ventilação mecânica. Vamos relembrar!

Trata-se de um homem de 72 anos com quadro de COVID-19, com necessidade de intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Encontra-se no modo pressão controlado (PCV), FiO_2 = 40%, PEEP 5 cmH_2O e pressão de pico de 17 cm de H_2O, com tempo inspiratório de 1 segundo e frequência respiratória de 10 vpm.



Após análise dos gráficos, chegamos à conclusão de que o circuito do paciente pode estar apresentando vazamento, além da presença de duplo disparo, assinalados em vermelho e verde, respectivamente.

Assim como a questão citada anteriormente, essa também deveria ser ANULADA, pois possui duas alternativas corretas.

Correta a alternativa "A" para a correção de duplo disparo no modo controlado a pressão (PCV), pode-se aumentar o tempo inspiratório e/ou o valor da PC, aumentando assim o volume de ar inspirado, satisfazendo a "fome de ar" (termo utilizado quando o tempo inspiratório do paciente é maior que o tempo inspiratório mecânico).

Correta a alternativa "B" pela possibilidade de vazamento do circuito ventilatório, devemos fazer uma revisão de todo o circuito para identificar a falha.

Incorreta a alternativa C – o aumento do PEEP é uma das possibilidades para a correção de auto-PEEP, porém essa assincronia não está presente na ventilação do paciente. Pode-se aplicar PEEP externa para contrabalançar a auto-PEEP secundária à limitação ao fluxo aéreo expiratório como tentativa de desinsuflação pulmonar. O ajuste mais indicado, no modo pressão controlado, é atingir o menor valor de Pressão de Distensão, visando alcançar um tempo inspiratório suficiente para ocorrer a zeragem do fluxo inspiratório pelo ventilador (tempo de enchimento pulmonar).

Incorreta a alternativa D – a pressão de pico encontra-se em valor adequado e seguro, sem evidência de valores excessivos, acima de 35 cmH2O. Deve-se ajustar a pressão de pico no modo pressão controlado quando ela está excessiva e/ou resulta em volume corrente excessivo para o paciente.

Gabarito oficial: alternativa A

Gabarito ESTRATÉGIA: anulada.

25 - Considere que um determinado teste diagnóstico, de uma infecção, está sendo utilizado em uma cidade onde sua prevalência é 10%. O que se espera dos valores preditivos positivo (VPP), negativo (VPN) e da especificidade (E) deste teste, se o mesmo for aplicado em outra cidade onde a prevalência da infecção é 20%?

A) Diminuirá; aumentará; aumentará.
B) Diminuirá; aumentara; será mantida.
C) Aumentará; aumentará; diminuirá.
D) Aumentará; diminuirá; será mantida.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

Os valores preditivos de um teste diagnóstico são influenciados pela prevalência ou probabilidade pré-teste da doença na localidade. De forma geral, quanto maior a prevalência da doença, maior será o valor preditivo positivo (VPP) e menor será o valor preditivo negativo (VPN). Em contrapartida, quanto menor a prevalência da doença, menor será o valor preditivo positivo e maior será o valor preditivo negativo. Perceba, portanto, que a prevalência e o valor preditivo positivo são diretamente proporcionais, enquanto a prevalência e o valor preditivo negativo são inversamente proporcionais.

Além disso, é importante saber que a especificidade e a sensibilidade não são alteradas com a prevalência da doença. Elas são características intrínsecas do teste e dependem apenas do ponto de corte estabelecido para o teste.

Dessa forma, se o teste foi aplicado em uma população cuja prevalência da infecção era igual a 10%, e agora o mesmo teste é aplicado em uma localidade onde a prevalência da doença é igual a 20%, podemos esperar um aumento do valor preditivo positivo, já que a prevalência aumentou. Em contrapartida, perceberemos uma diminuição do valor preditivo negativo. A especificidade e a sensibilidade do teste serão mantidas. Portanto:

Incorretas as alternativas A e B, porque o VPP aumenta e o VPN diminui.

Incorreta a alternativa C, porque o VPN diminui e a especificidade se mantém.

Correta a alternativa "D" **sem ressalvas**.

26 - Em 2017, foi conduzido na cidade de Kampala, Uganda, um estudo envolvendo 1.583 indivíduos escolhidos por sorteio, moradores de oito locais distantes entre si. Em quatro destes locais foi implantado um programa de educação denominado "estratégia de aceitação", que objetivava maior resposta comunitária de apoio às vítimas de violência doméstica. Quatro anos depois, a metodologia de amostragem foi repetida nos mesmos locais, envolvendo um total de 2.532 indivíduos. Nas duas ocasiões, foram obtidos dados sobre a ocorrência de violência doméstica (desfecho) e fatores de risco e de proteção. As análises dos dados incluíram o ajuste por intenção de tratamento no nível de cluster. Quando os resultados dos locais que implantaram o programa foram comparados com os resultados dos locais que não implantaram, observou-se que as mulheres que sofreram violência nos locais da intervenção tiveram maior chance de receber respostas comunitárias de apoio. Baseado em *BMC Med* **12**, 122 (2014).

Assinale a alternativa que descreve o desenho epidemiológico deste estudo.

A) Ecológico.

B) Ensaio clínico randomizado.

C) Ensaio de comunidade.

D) Caso-controle.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

Para identificarmos o tipo de estudo epidemiológico, precisamos avaliar um ou mais dos quatro pontos a seguir: (1) Tipo de dado utilizado, (2) Posição do pesquisador, (3) Estratégia de Observação e (4) Direção do estudo.

Saiba que nem sempre as bancas vão trazer informações sobre todos esses pontos, mas pelo menos um deles será fornecido, o que nos ajudará a identificar o tipo de estudo.

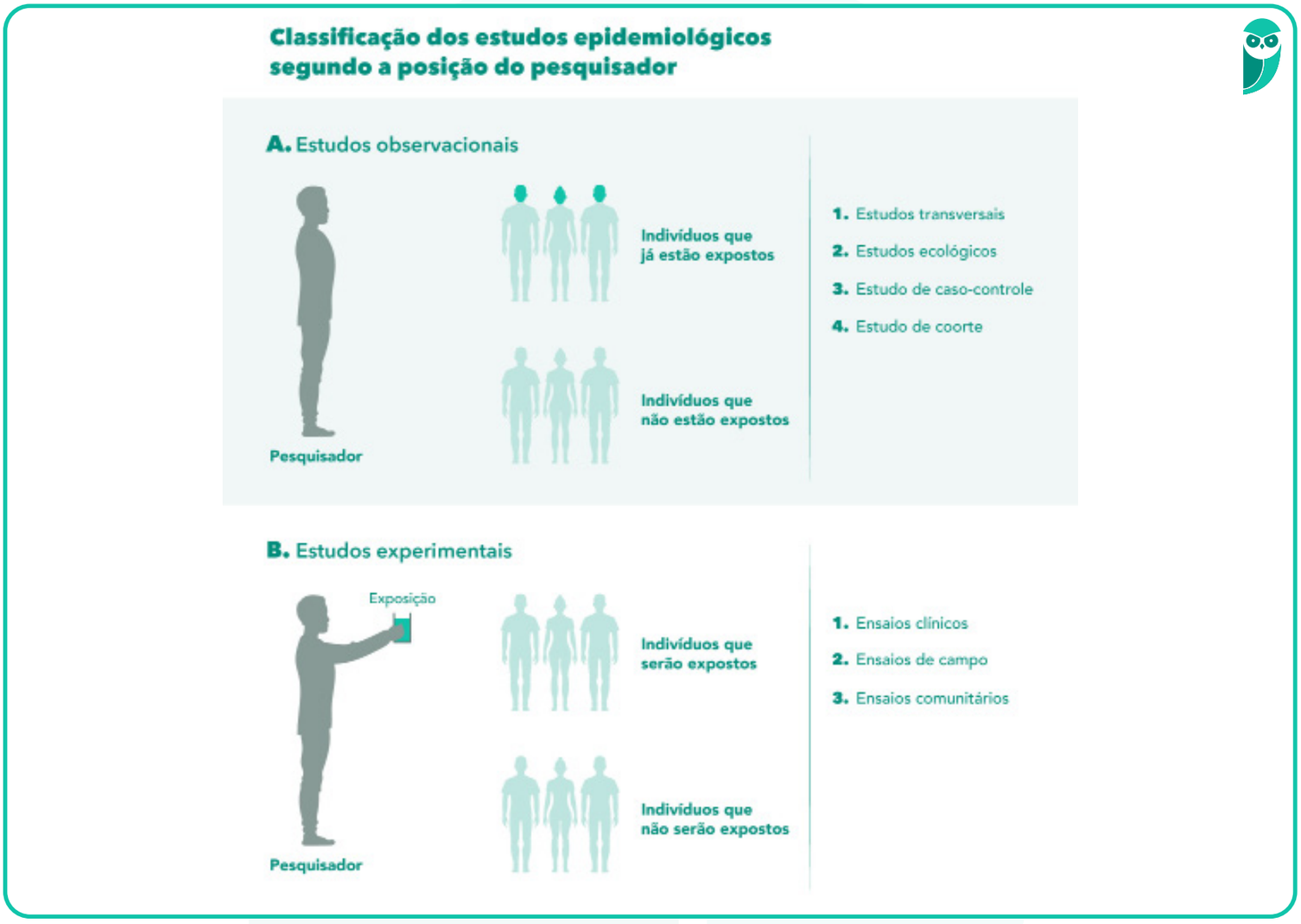
1. Tipo de dados utilizados: O pesquisador utilizou dados individuais ou dados agregados?

» Se estivermos diante de um estudo que utilizou dados agregados, então estamos diante de um estudo ecológico ou de um ensaio comunitário. Todos os outros tipos de estudo apresentam dados individuais.

2. Posição do pesquisador: O pesquisador apenas observou os participantes ou ele atuou de forma ativa oferecendo a exposição? Em outras palavras, temos um estudo observacional ou experimental?

» Se o pesquisador interferiu no estudo e ofereceu a exposição, temos um estudo experimental. São estudos experimentais: os ensaios clínicos, os ensaios de campo e os ensaios comunitários.

» Se ele apenas observou o grupo, temos um estudo observacional. São estudos observacionais: os estudos transversais ou seccionais, os estudos de coorte, os de caso-controle, além dos estudos ecológicos.



3. <u>Estratégia de observação</u>: O pesquisador avaliou os participantes em um único momento de uma linha do tempo ou ele avaliou os participantes ao longo de um intervalo de tempo?

» Se o pesquisador avaliou os indivíduos em um único momento, então temos os <u>estudos transversais ou seccionais</u>. São exemplos de estudos transversais: os estudos de prevalência de doenças, os estudos que comparam a prevalência do desfecho entre expostos e não expostos, os estudos de acurácia (isto é, de validação de testes diagnósticos), entre outros.

» Se o pesquisador avaliou os indivíduos em um intervalo de tempo, então temos um estudo longitudinal. São <u>estudos longitudinais</u>: as coortes, os estudos de caso-controle e todos os estudos experimentais (ensaios clínicos, ensaios de campo ou ensaios comunitários).

4. <u>Direção do estudo</u>: Essa análise só deve ser feita para os estudos longitudinais. Se o estudo em questão for desse tipo, então podemos avaliar se o estudo iniciou em um determinado momento e 'desenrolou-se' em direção ao futuro (estudo prospectivo) ou se ele iniciou nesse mesmo momento, mas desenrolou-se em direção ao passado (estudo retrospectivo).

» Se o estudo for prospectivo, vamos pensar nas coortes e nos ensaios clínicos.

» Se o estudo for retrospectivo, vamos pensar em estudos de caso-controle e nas coortes históricas ou retrospectivas.

Veja que uma coorte pode ser tanto retrospectiva como prospectiva. Como diferenciá-la do estudo de caso-controle, por exemplo?

» Estudos de caso-controle: participantes divididos segundo a presença ou ausência do desfecho (teremos casos e controles).

» Estudos de coortes: participantes divididos segundo a presença ou ausência da exposição (teremos expostos e não expostos).

Voltando para a questão, observe que a banca traz um estudo em que a **exposição** é um programa de educação comunitária, que visa o suporte de mulheres vítimas de violência doméstica. O desfecho é a resposta de apoio por parte da comunidade. Agora vem o voo da Coruja: o programa de educação comunitária foi oferecido pelo pesquisador para uma parte das cidades participantes. Portanto, houve uma intervenção. Nesse sentido, temos um estudo experimental. Mas de que tipo?

De forma geral, podemos dizer que existem três tipos de desenhos epidemiológicos experimentais, que são os 3 **ensaios**:

» Ensaios Clínicos: são estudos experimentais, em que a população estudada geralmente apresenta alguma condição clínica e o objetivo é justamente avaliar uma intervenção que seja capaz de modificar a história natural da doença. A intervenção, portanto, costuma ser uma medicação, mas pode ser também algum procedimento em saúde e desejamos conhecer sua eficácia. Os dados utilizados são individuais, o estudo é longitudinal e prospectivo.

» Ensaios de campo: são estudos experimentais, em que a população estudada é saudável e deseja-se conhecer a eficácia de uma intervenção profilática, que será administrada individualmente no intuito de prevenir alguma doença. Os estudos envolvendo vacinas são muitas vezes chamados erroneamente de ensaios clínicos, mas são ensaios de campo em sua essência, uma vez que uma intervenção profilática (vacina) é administrada com o intuito de proteger a saúde daqueles indivíduos especificamente contra a doença em questão. Os dados utilizados são individuais, o estudo é longitudinal e prospectivo.

» Ensaios comunitários: são estudos experimentais, em que a população também recebe uma intervenção profilática, mas, dessa vez, em nível coletivo. Por exemplo, digamos que o comitê de ética de um determinado município autorize um estudo com a fluoretação da água, isto é, os pesquisadores vão adicionar flúor intencionalmente na água de abastecimento do município (exposição) para prevenir a incidência de cáries (desfecho). Veja que, dessa vez, a intervenção não foi fornecida individualmente e sim de forma coletiva. Sendo assim, não sabemos o quanto cada indivíduo recebeu da exposição (flúor), temos apenas uma estimativa dessa exposição ao dividirmos o montante de flúor adicionado pelos habitantes da região. O que temos, portanto, é um dado agregado. Dessa forma, os ensaios comunitários utilizam dados agregados e são estudos longitudinais e prospectivos.

Portanto, grave da seguinte forma: se o estudo recebe o nome de **Ensaio**, ele é **Experimental**. Basta identificarmos se a intervenção é administrada em indivíduos com uma determinada condição **clínica** (ensaio **clínico**), se é uma intervenção realizada em indivíduos saudáveis, de forma a protegê-los individualmente de uma doença (ensaio de campo), ou se é uma intervenção administrada de forma **co**letiva (ensaio **co**munitário).

Ensaio = **E**xperimental

Na questão acima, observe que não podemos quantificar a exposição individualmente, uma vez que o programa de educação foi oferecido para a comunidade e não conseguimos quantificar o quanto cada um dos participantes absorveu de conhecimento. Portanto, estamos diante de um estudo experimental, com dados agregados. Logo, trata-se de um ensaio comunitário.

Incorretas as alternativas A e D, porque esses são estudos observacionais.

Incorreta a alternativa B, porque o ensaio clínico randomizado utiliza dados individuais.

Correta a alternativa "C" sem ressalvas.

27 - Uma das preocupações dos órgãos públicos da Saúde no enfrentamento da pandemia causada pelo SARS-CoV-2 é a segunda onda epidêmica. Assinale a alternativa que apresenta o fator que influencia diretamente a ocorrência de uma nova onda epidêmica.

A) A taxa de letalidade da covid-19 na primeira onda.
B) A proporção de suscetíveis na população.
C) A testagem sorológica em massa.
D) A subnotificação dos casos confirmados de covid -19.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

A **população de suscetíveis** é a hipótese mais aceita para explicar a segunda onda epidêmica de COVID-19. Lembre-se de que houve um isolamento social importante na primeira onda, o que fez com que boa parte da população não apresentasse contato com o vírus, permanecendo suscetível. Além disso, ainda existem dúvidas se a COVID-19 induz a imunidade duradoura daqueles que já foram acometidos pela doença. Portanto, com o fim do isolamento - e como o vírus ainda permanece em circulação - esperamos um novo aumento da incidência da doença. Dessa forma:

Incorreta a alternativa A. A taxa de letalidade da doença é a proporção do número de óbitos de COVID-19 em relação ao número de casos confirmados da doença. A letalidade não é a responsável pela ocorrência de uma segunda onda e sim, um reflexo da virulência do vírus e da estrutura do sistema de saúde. Ademais, espera-se uma diminuição da letalidade da doença ao longo do tempo, uma vez que o sistema de saúde estará mais preparado para o enfrentamento da epidemia (1).

Correta a alternativa "B" **sem ressalvas**.

Incorreta a alternativa C. De fato, a testagem sorológica em massa (isto é, a testagem em toda a população, incluindo os assintomáticos, como em uma espécie de rastreamento), pode contribuir para o aumento da incidência da doença. No entanto, esse seria um aumento esperado da doença. Quando afirmamos que será um aumento esperado, é porque já é bem conhecido o efeito de um rastreamento na incidência de uma doença. Além disso, esse aumento do número de casos não chega a ser significativo, permanecendo abaixo do limiar epidêmico, que é a incidência máxima tolerada para a doença. Em contrapartida, uma epidemia caracteriza-se pelo aumento inesperado do número de casos e que atinge valores acima do limiar epidêmico. Portanto, a testagem sorológica em massa não é capaz de provocar uma segunda onda da doença.

Incorreta a alternativa D. Dependendo do percentual de casos que deixaram de ser notificados, a subnotificação da COVID-19 não contribuiria para o aumento da incidência, e sim para uma diminuição dela, ocultando a segunda onda da doença.

28 - Um estudo de coorte foi realizado no Brasil com o objetivo de investigar fatores de risco associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente. Foi incluída uma amostra de crianças e adolescentes de 2 a 16 anos de idade. Alguns resultados são apresentados na tabela abaixo:

Tabela X – Distribuição dos participantes segundo diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado. e variáveis selecionadas, risco relativo (RR) e seu intervalo de 95% de confiança ($IC_{95\%}$), Estado de São Paulo, 2014 – 2018

Variável/ Categorias	Dengue^		RR	$IC_{95\%}$	
	Não (n*)	Sim (n*)			
Sexo					
Feminino	1.647	131	0,73	0,59	0,90
Masculino	1.560	176	1,00		
Frequenta escola					
Não	181	9	1,89	0,99	3,61
Sim	3.026	298	1,00		
Sorologia prévia para dengue					
NR#	2.807	280	0,70	0,48	1,02
Reagente	400	27	1,00		
Tipo de domicílio					
Apartamento	108	3	0,30	0,10	0,93
Casa	3.090	304	1,00		
Domicílio ligado à rede pública de água					
Não	29	3	0,96	0,32	2,82
Sim	3.026	298	1,00		

Obs.: n*=número de indivíduos; NR#=não reagente; Dengue^=diagnóstico de dengue sintomática, laboratorialmente confirmado.

Assinale a alternativa correta quanto aos fatores significativamente associados à incidência de dengue sintomática confirmada laboratorialmente:

A) Morar em apartamento foi um fator de proteção.

B) Sexo feminino foi um fator de risco.

C) Ter sorologia prévia reagente foi um fator de proteção.

D) Frequentar escola foi um fator de risco.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

A banca fornece os dados de um estudo de coorte onde constam alguns supostos fatores de risco e a relação com a dengue sintomática. Para que possamos entender qual deles teve significância estatística, precisamos avaliar:

» **O valor do risco relativo.**

Primeiro, precisamos saber que só é possível avaliar a significância estatística se existir associação entre a exposição e o desfecho. Nesse sentido, a associação existe se o risco relativo for diferente de 1 (RR ¹ 1). E aqui existem duas possibilidades:

- Risco relativo < 1: nesse caso, há associação entre exposição e desfecho e essa associação é possivelmente de natureza protetora.
- Risco relativo > 1: nesse caso, há associação entre exposição e desfecho e essa associação é possivelmente de natureza indutora.

E se o risco relativo for igual à 1? Bom, se isso acontecer significa que não existe associação entre a exposição (fator de risco) e o desfecho. Portanto, na tabela acima, não precisamos analisar a significância estatística quando o risco relativo for igual a 1.

» **Análise do intervalo de confiança de 95%.**

O segundo passo é analisarmos o intervalo de confiança (IC). Para que associação seja significativa do ponto de vista estatístico, o IC não deve conter o número "1".

Por quê? Vamos lá! O IC nada mais é do que os valores de risco relativo que encontraríamos em 95% das vezes caso realizássemos esse estudo cem vezes. Veja bem: se um desses riscos relativos for igual a 1, significa que a associação encontrada não é significativa dado que, se repetíssemos o estudo mais algumas vezes, o risco relativo igual a 1 "apareceria" em algum momento.

Dessa forma:

Correta a alternativa "A" Quando analisamos o "morar em apartamento", o risco relativo foi igual a 0,30, isto é, inferior a 1. Isso sugere um efeito protetor desse tipo de moradia. Ainda, veja que o intervalo de confiança não contém o número 1, uma vez que variou de 0,10 a 0,93. Portanto, é uma associação significativa.

Incorreta a alternativa B, porque o sexo feminino não é um fator de risco para a ocorrência de dengue sintomática, e sim um fator protetor, dado que o risco relativo foi igual a 0,73 e o intervalo de confiança permaneceu entre 0,59 e 0,90 (não incluiu o número 1).

Incorreta a alternativa C, porque a sorologia prévia reagente teve risco relativo igual a 1. Portanto, não há associação entre essa exposição e o desfecho.

Incorreta a alternativa D, porque frequentar a escola apresentou um risco relativo igual a 1. Portanto, não há associação entre essa exposição e o desfecho.

29 - A seleção do grupo controle ideal em estudos de casos e controles sobre malformações congênitas ainda é um ponto de controvérsia entre epidemiologistas. Alguns defendem que o grupo controle deve ser formado por crianças sem malformação congênita, enquanto outros argumentam que o grupo controle ideal deveria ser formado por crianças com uma malformação congênita distinta daquela em estudo. No centro deste debate está a validade interna dos estudos, em particular a ocorrência de dois tipos distintos de erro sistemático (vieses de memória e de seleção).

Diante do exposto, assinale a alternativa que indica o efeito esperado dos vieses de memória e de seleção, respectivamente, nos valores de *odds ratio* (OR) em estudos de caso-controle sobre malformações congênitas.

A) Superestimados e subestimados.

B) Subestimados e superestimados.

C) Ambos sejam superestimados.

D) Ambos valores não sofrem influência.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

Segundo o livro Epidemiologia – 2ª edição, organizado por Roberto Medronho, o viés de memória é "*um problema particular dos estudos nos quais os dados de exposição são obtidos retrospectivamente*" (1). Nesse sentido, como os estudos de caso-controle são retrospectivos, precisamos ter atenção especial a esse tipo de viés. De forma geral, os casos apresentam uma maior probabilidade de recordar exposições passadas do que os controles (1). Portanto, o viés de memória superestimaria o *odds ratio*.

Em adição, o viés de seleção é aquele que pode ocorrer quando casos e controles são selecionados a partir de populações diferentes. Nesse sentido, também teríamos uma superestimação do *odds ratio*. Por exemplo, se os casos são selecionados a partir de uma população hospitalar e os controles a partir da população geral, há um aumento na probabilidade de encontrarmos mais casos que tem a exposição estudada. Isso porque uma população hospitalar tende a apresentar prognóstico mais grave, além de outras morbidades e fatores de risco. Por isso, a frequência da exposição nos casos pode ser enviesada, o que elevaria o *odds ratio*. Esse raciocínio é descrito no livro de Roberto Medronho (1) e também na aula da Dra Ana Paula Sato, Professora Doutora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Cabe lembrar que a aula da referida professora está disponível no próprio endereço eletrônico da FMUSP-SP (2).

Ainda, a banca informa que é possível escolher os controles de um estudo de malformações de duas formas diferentes. Primeiro, podem ser escolhidos controles sem malformação, o que seria uma espécie de grupo controle negativo. Nesse sentido, casos e controles seriam escolhidos a partir de bases populacionais diferentes (controles na população geral e casos, a partir de uma população hospitalar ou ambulatorial, que seria a fonte dos pacientes com malformações). Como descrito acima, se isso for feito, provavelmente haverá uma superestimativa do *odds ratio*.

Em contrapartida, o pesquisador poderia selecionar controles que também apresentam malformações que não são a malformação que é o desfecho do estudo. Nesse sentido, teríamos uma espécie de grupo controle positivo e teríamos casos e controles selecionados a partir de uma mesma população (hospitalar e ambulatorial). Caso isso aconteça, o viés de seleção diminuiria consideravelmente e o *odds ratio* não seria afetado.

A banca não especifica qual é o tipo de controle a ser selecionado para o referido estudo de malformação. Portanto, não podemos afirmar se o *odds ratio* será superestimado ou se não apresentará alterações. No entanto, sabemos que não será subestimado.

Dessa forma:

Incorreta a alternativa A, pois o *odds ratio* não seria subestimado no viés de seleção dos controles. O que poderia ocorrer seria a superestimativa dessa medida, se casos e controles fossem selecionados a partir de populações diferentes, ou ele não seria alternado, se casos e controles fossem selecionados a partir da mesma população.

Incorreta a alternativa B, porque o *odds ratio* não é subestimado no viés de memória.

Correta a alternativa "C" Embora a banca não especifique o tipo de controle utilizado (positivo ou negativo), essa é a única alternativa que está correta ao afirmar que o viés de memória superestima o *odds ratio* e que o viés de seleção também poderia superestimar.

Incorreta a alternativa D, porque ambos sofrem influência do viés de memória e de seleção.

A banca liberou como gabarito oficial a alternativa A. No entanto, o time de Preventiva sugere que o gabarito seja realocado para a alternativa C.

Gabarito oficial: A.

Sugestão do time de Preventiva: C.

30 - Com base nos dados da tabela a seguir, assinale a alternativa que representa a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

Tabela X – Proporção de casos novos de sífilis congênita registrados no sistema de vigilância epidemiológica para o Brasil e o Estado de São Paulo, em 2019.

Mães de crianças nascidas com sífilis congênita*	Brasil	São Paulo
Realizaram pré-natal	83,4%	77,6%
Com tratamento para a sífilis durante o pré-natal**	6,4%	6,5%

Obs.: * nativivos ou natimortos; ** Penicilina Benzatina em dosagem adequada para a fase clínica da sífilis

Fonte: MS/SVS/DCCI em http://indicadoresclinicos.aids.gov.br/

A) Aumento da cobertura do pré-natal (maior número de gestantes fazendo pré-natal).

B) Campanhas para aumentar a testagem rápida para a sífilis entre gestantes e parceiros.

C) Campanhas de conscientização da população acerca da sífilis adquirida e congênita.

D) Supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - SUS - Conceitos gerais de APS

Prezado Estrategista, aquiete seu coração, pois essa questão não foi bem elaborada. O enunciado pede para avaliar a tabela e indicar a alternativa que representa a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

Ao avaliar a tabela, podemos inferir, exclusivamente, o seguinte:

- existe uma boa cobertura do pré-natal das mães de crianças nascidas com sífilis congênita tanto no Brasil quanto em São Paulo;
- o tratamento para a sífilis durante o pré-natal apresenta um percentual muito baixo em ambas as regiões.

Nesse contexto, é cabível o seguinte questionamento: qual é o motivo dessas mães não estarem recebendo o tratamento adequado? De imediato, é possível levantar três hipóteses:

1. **Problemas relacionados à adesão da população gestante** dessas localidades:
   a. As gestantes estão recusando o tratamento (motivos diversos);
   b. As gestantes não estão retornando adequadamente às consultas do pré-natal para seguimento com as equipes, podendo envolver questões de cunho socioeconômicas e culturais.
2. **Problemas relacionados à equipe de saúde**:
   a. Os profissionais de saúde não estão habituados a diagnosticar ou a tratar adequadamente a sífilis na gestação.
3. **Problemas institucionais**:
   a. Indisponibilidade do medicamento para fornecimento gratuito nos postos de saúde.

Baseados nas informações do enunciado, não é possível eliminar nenhuma das três hipóteses levantadas. Entretanto, quando avaliamos as alternativas, não há nenhuma delas que sugira melhorar o controle e estoque de medicamentos para tratamento da sífilis. Assim, poderíamos eliminar a terceira hipótese <u>apenas devido à ausência de solução compatível nas alternativas</u>.

Nesse caso, percebe-se que restam ainda duas hipóteses. Para a primeira, existe uma solução sugerida na alternativa C, que descreve a introdução de campanhas de conscientização da população acerca da sífilis congênita. A educação em saúde facilitaria tanto a adesão ao tratamento, quando proposto, quanto o comparecimento regular às consultas do pré-natal. Portanto, a alternativa C estaria adequada se a falta de adesão fosse o problema.

Para a segunda hipótese, é sugerida uma solução na alternativa D, que descreve a supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal. Apesar de ter sido o gabarito da questão, não é plausível inferir que existe uma deficiência técnica por parte da equipe, mesmo considerando todos os dados fornecidos no enunciado (o que inclui a tabela).

Ademais, no contexto brasileiro, o médico lida diariamente com o problema da falta de adesão do paciente ao plano terapêutico. Em relação a esse ponto, sabe-se que é vedado ao médico impor qualquer tratamento sem o devido consentimento do paciente. Observe o trecho a seguir do Código de Ética Médica:

"É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte."

Diante dessa problemática, não é possível concluir que a supervisão ou melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal pudesse alterar a recusa de tratamento. <u>Não basta a equipe identificar e recomendar o tratamento, é preciso que a gestante aceite participar do plano terapêutico adequado e isso somente é possível através de um trabalho de conscientização acerca da importância do diagnóstico, tratamento e seguimento regular dos casos identificados de sífilis durante a gestação</u>.

O Caderno de Atenção Básica sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco cita que "as condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas gestantes adolescentes", problemas que precisam ser trabalhados na comunidade através de ações de conscientização da sociedade. O mesmo documento descreve que toda gestante infectada pelo HIV deve receber a terapia antirretroviral durante a gestação. Para que isso seja possível, "é necessário detectar as dificuldades de compreensão e outros obstáculos à adesão ao tratamento, garantindo o acesso da gestante às informações claras". De modo análogo, podemos compreender que o acesso à informação das gestantes infectadas por sífilis pode auxiliar na adesão ao tratamento dessas pacientes.

Portanto, não é possível definir qual é a ação prioritária aplicável ao referido caso, devido à falta de dados no enunciado da questão que esclareçam mais especificamente qual é a causa da baixa proporção de tratamento das gestantes com sífilis. Assim, tanto a alternativa C quanto a alternativa D seriam ações adequadamente recomendadas, a depender da causa identificada.

Partindo dessa discussão, seguiremos para as alternativas.

Incorreta a alternativa A, pois não há necessidade de ampliar a cobertura do pré-natal. A tabela no enunciado já demonstra haver uma boa cobertura.

Incorreta a alternativa B, porque a tabela não informa se houve dificuldades na testagem de exames, informando apenas uma deficiência do tratamento dessas gestantes.

Incorreta a alternativa C, com ressalvas. Apesar de não ter sido o gabarito da banca, já discutimos que essa alternativa contemplaria uma ação adequado, caso a baixa proporção de tratamento estivesse relacionada à baixa adesão das gestantes. Nesse contexto, campanhas de conscientização em relação à doença auxiliariam na compreensão da importância de aderir ao tratamento.

Correta a alternativa "D" Esse foi o gabarito informado pela banca, a supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal seria uma ação compatível com os problemas relacionados à equipe de saúde. Entretanto, já vimos que não é possível chegar a essa conclusão com base nos dados fornecidos no enunciado.

31 - A tabela a seguir apresenta os resultados de um estudo caso-controle que teve como objetivo avaliar a associação entre tuberculose e diabetes. Os casos incidentes de tuberculose pulmonar foram selecionados em serviços públicos da cidade de Salvador, assim como seus controles, sem tuberculose pulmonar. A variável "tem diagnóstico de diabetes" foi categorizada em sim e não com base no valor de corte da glicemia capilar proposto pela American Diabetes Association.

Tabela X – Casos incidentes de tuberculose pulmonar e seus controles, segundo presença ou não de diabetes mellitus, Salvador.

Diabetes	Casos		Controles	
	n	%	n	%
Não	279	86,4	305	94,4
Sim	44	13,6	18	5,6
Total	323	100	323	100

Fonte: Baseado em Pereira SM et al. Rev Saúde Pública 2016;50:82.

Obs.: n=número de indivíduos; %=proporção de indivíduos.

Assinale a alternativa que apresenta o valor da medida de associação adequada para o desenho do estudo relacionada ao risco de indivíduos com diabetes apresentarem tuberculose, em relação aos não diabéticos.

A) 0,37.

B) 0,41.

C) 2,44.

D) 2,67.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

A banca informa que estamos diante de um estudo de caso-controle. Portanto, a medida de associação utilizada é o *odds ratio* (OR) ou razão de chances. O OR é estimado quando calculamos a chance de adoecer entre os expostos e a chance de adoecer entre não expostos:

	Casos	Controles
Expostos	A	B
Não expostos	C	D
Total	A + C	B + D

» Chance de adoecer no grupo de expostos = A/B.
» Chance de adoecer entre os não-expostos = C/D.
» Razão de Chances: (A/B) / (C/D).

Para facilitar os cálculos, podemos realizar a razão dos produtos cruzados, como na fórmula abaixo:

	Casos	Controles
Expostos	A	B
Não expostos	C	D
Total	A + C	B + D

$$\textit{Odds Ratio} = \frac{A \times D}{C \times B}$$

No entanto, observe algo importantíssimo aqui: a tabela fornecida pela banca está invertida! Veja que os não expostos ocupam a primeira linha da tabela, enquanto os expostos ocupam a segunda linha. Portanto, não podemos calcular o OR apenas cruzando os valores da tabela. Se procedermos dessa maneira, vamos errar o cálculo, uma vez que a chance de adoecimento entre os não expostos vai ocupar o numerador e a chance de adoecimento entre expostos vai ocupar o denominador.

Corrigindo a tabela, temos que:

	Casos	Controles
Expostos	44	18
Não expostos	279	305
Total	323	323

Logo:

$$\textit{Odds Ratio} = \frac{(44 \times 305)}{(279 \times 18)} = \frac{13.420}{5.022} = 2{,}67.$$

Incorreta a alternativa A. Esse é o resultado que encontramos quando calculamos o OR com a tabela invertida.
Incorretas as alternativas B e C. Esses números não correspondem ao *odds ratio* calculado.

Correta a alternativa "D" sem ressalvas.

32 - Uma médica de família atende muitos casos de dependência química na Unidade Básica de Saúde onde trabalha. Para se capacitar, passou a aplicar escalas de avaliação destes casos. Ao atender um paciente adulto, aplicou um instrumento da Organização Panamericana da Saúde, cujos resultados foram dois pontos para maconha e 23 para álcool. Para o tratamento do paciente, está prevista a intervenção breve. Considerando os atributos da Atenção Primária à Saúde e as formas de trabalho em equipe previstas pela Estratégia Saúde da Família, a médica de família deve:

A) Encaminhar o paciente para a rede especializada.
B) Encaminhar o paciente para atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).
C) Pedir apoio ao matriciamento.
D) Confirmar o diagnóstico com teste toxicológico antes de iniciar o tratamento.

Comentários:

Prof. Thales Thaumaturgo - Psiquiatria

O questionário ASSIST, implicitamente citado pelo enunciado, poderá ser aplicado como triagem rápida e ampla para diversas substâncias, incluindo álcool e maconha. Possui 7 questões, gerando uma estratificação de risco e orientação de intervenção. Nesse caso, basta reconhecer o conceito de "intervenção breve" para resolução da questão. Intervenções breves tratam-se de aconselhamentos, criação de vínculo, orientações e psicoeducação, que duram poucos minutos e podem aumentar consideravelmente a taxa de sucesso no tratamento contra o tabagismo.
Incorreta a alternativa A: a UBS é a equipe responsável, com capacidade para o atendimento da população. Inicialmente deve acolher esse paciente no próprio serviço. Casos graves e refratários podem ser encaminhados para um ambulatório especializado ou CAPS.
Incorreta a alternativa B: o NASF foi criado para reforçar os atendimentos dentro das próprias comunidades, levando profissionais de outras áreas e especialidades para fornecer apoio e suporte técnico à saúde primária. Portanto, os pacientes não são "encaminhados para o NASF".

Correta a alternativa "C" **matriciamento** ou apoio matricial é um processo de construção de conhecimento compartilhado entre equipes, que criam uma proposta de intervenção terapêutica para um indivíduo. Nesse contexto, as equipes das unidades de saúde fornecem apoio e parceria para realizar o matriciamento dos pacientes sempre que necessário, como no caso desse paciente em questão.

Incorreta a alternativa D: o diagnóstico de dependência química é clínico e prescinde de qualquer exame para sua confirmação.

33 - Você está atendendo a consulta de pré-natal de uma gestante de baixo risco muito interessada e que faz várias perguntas. A consulta já passou do tempo previsto e você tem muitas pacientes aguardando consulta, mas precisa solicitar os exames de rotina da gestação. Em relação às orientações e ao consentimento sobre os exames a serem solicitados, assinale a alternativa correta.

A) O consentimento não é mandatório caso você oriente a paciente a se informar sobre os exames, pela internet ou outros meios.
B) Você deve sempre informar o que é e para que serve cada um dos exames solicitados e a paciente deve consentir em fazê-los.
C) Exames, quando previstos em protocolo do Ministério da Saúde, não necessitam de consentimento do paciente para serem realizados.
D) No pré-natal não é necessário consentimento da gestante para a realização dos procedimentos previstos, já que o cuidado da criança é prioritário.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - Ética Médica - Código de Ética Médica - Sigilo Profissional

O Código de Ética Médica (CEM) deve ser seu livro de cabeceira para nortear seus posicionamentos e condutas, evitando problemas com os pacientes, o Conselho Federal de Medicina (CFM) e o Conselho Regional de Medicina (CRM). Por ser a base da conduta de todo o profissional médico, esse é um assunto que costuma aparecer em provas de Residência. Algumas questões de ética médica caem até fora do bloco da medicina preventiva!

Em relação à realização, ao consentimento e à orientação dos exames ou outros procedimentos, o CFM prevê o seguinte:

"É vedado ao médico:

Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte."

Portanto, espera-se que o médico oriente previamente sobre a finalidade dos exames e o paciente precisa demonstrar sua concordância em fazer os exames solicitados.

Com base nesse entendimento, seguiremos para as alternativas.

Incorretas as alternativas A, C e D, porque é necessário o consentimento da gestante para realização dos procedimentos.

Correta a alternativa "B" porque cita a obrigação de informar acerca dos exames solicitados e a necessidade do consentimento da paciente.

34 - Você, médico de uma Unidade Básica de Saúde, recebe uma paciente de 30 anos de idade, sem fatores de risco para câncer de mama, mas que acredita que fazer exames preventivos é a melhor forma de se cuidar. Por isso, solicita que você peça uma mamografia de rotina para ela. No entanto, você considera recusar o pedido da paciente quanto à solicitação da mamografia pois isto configura uma medida de prevenção: Assinale a alternativa correta:

A) Primária.
B) Secundária.
C) Terciária.
D) Quaternária.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - Epidemiologia - Processo saúde-doença - Conceitos de Prevenção

Entre os conceitos de prevenção, aquele que costuma ser mais cobrado em provas é o de prevenção quaternária. Vamos relembrar sua definição:

Prevenção Quaternária é aquela que visa **evitar** danos associados a **intervenções, exames ou procedimentos desnecessários**, quando já não há mais nenhum valor adicional ao quadro do paciente, **evitando iatrogenias** e **otimizando os recursos em saúde**. *Ex.: evitar que paciente terminal passe por exames invasivos que nada acrescentem ao seu prognóstico ou à sua qualidade de vida.*

De acordo com a *World Organization of Family Doctors* (WONCA), o conceito da prevenção quaternária envolve a "*ação realizada para identificar um paciente em risco de supermedicalização, para protegê-lo de novas invasões médicas, e para sugerir a ele intervenções eticamente aceitáveis*".

A questão descreve uma paciente de 30 anos que procura a unidade básica de saúde com o objetivo de conseguir uma solicitação de mamografia, pois acredita que a realização de exames preventivos é a melhor forma de se cuidar. Entretanto, não há nenhuma descrição na história clínica que justifique a investigação de câncer de mama, ou seja, não há qualquer conduta específica que seja necessária nesse momento.

No Brasil, o Ministério da Saúde recomenda o rastreamento do câncer de mama através da mamografia para mulheres entre 50 e 69 anos de idade. Fora desse contexto, a solicitação da mamografia deve ter alguma justificativa clínica, não podendo ser usada como rastreamento geral, sob o risco de causar mais danos do que benefícios.

Para não se esquecer dessa faixa etária, lembre-se que precisamos da mão, para proceder o exame das mamas da paciente, e do sutiã com a alça caída, para expor a mama avaliada. Assim, podemos visualizar mentalmente o seguinte:

Vamos aproveitar para revisar os demais níveis de prevenção nas alternativas.

Incorreta a alternativa A, porque a prevenção primária visa reduzir ou eliminar o surgimento da doença através do **controle de suas causas e fatores de risco**. Esse nível envolve medidas mais abrangentes e inespecíficas de **promoção da saúde** (*ex.: atividade física regular e alimentação adequada)* e de **proteção específica**, que estão voltadas para uma determinada enfermidade ou grupo de doenças *(ex.: campanhas de imunização).*

Incorreta a alternativa B, porque a prevenção secundária visa curar ou tratar os doentes para evitar sequelas e reduzir a mortalidade das doenças, mediante **detecção e tratamento precoce dos casos**. Além disso, esse nível envolve a **limitação da invalidez (ou da incapacidade)** no sentido de evitar futuras complicações ou sequelas. *Ex.: triagem de glicemia, rastreamento de câncer de mama, acompanhamento clínico dos hipertensos.*

Incorreta a alternativa C, porque a prevenção terciária visa **reduzir as sequelas (assim como a morte) e as deficiências** que podem ser causadas por um agravo, minimizando o sofrimento e facilitando a adaptação dos pacientes, além de **evitar a incapacidade total**. *Ex.: reabilitação fisioterápica pós-amputação de pé diabético, fisioterapia respiratória pós-cirúrgica no transplante pulmonar.*

Correta a alternativa "D" porque a prevenção quaternária objetiva avaliar a **real necessidade de realização de exames ou procedimentos**, evitando que ocorra de maneira indiscriminada e sem uma avaliação ampla dos problemas do paciente. Os exames e procedimentos indicados sem critérios ou objetivos claros não trazem benefícios à saúde e podem gerar iatrogenias.

35 - No verão 2014-2015, observou-se no Brasil a emergência de um agente infeccioso até então não descrito nas Américas, o vírus Zika. A maioria das infecções é assintomática. Os quadros sintomáticos caracterizam-se pela presença de exantema morbiliforme e hiperemia de conjuntivas, de curta duração, e frequentemente sem febre. Um estudo realizado em Salvador (BA) estimou que 70% da população foi infectada na primeira onda epidêmica. Cerca de um ano após a emergência, descreveu-se no país o quadro da síndrome congênita pelo vírus Zika, resultante da transmissão vertical. A síndrome congênita caracteriza-se pelo intenso comprometimento da neurogênese, resultando em microcefalia, hidrocefalia, hipoplasia do cerebelo, dilatação ventricular, comprometimento oto-oftalmológico e artrogripose. As propriedades de infectividade, patogenicidade e virulência do vírus Zika podem ser classificadas respectivamente como:

A) Alta, baixa, alta.
B) Alta, alta, alta.
C) Baixa, alta, baixa.
D) Baixa, baixa, alta.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

Segundo Maria Zélia Rouquayrol, no livro Epidemiologia & Saúde, a **infectividade** é "*o nome que se dá à capacidade de certos organismos de penetrar e se desenvolver ou se multiplicar no novo hospedeiro, ocasionando a infecção*" (1). O enunciado afirma que 70% dos indivíduos provavelmente contraíram a infecção na primeira onda epidêmica. Portanto, o vírus apresenta alta infectividade.

Além disso, Rouquayrol também afirma que a **patogenicidade** é a "*qualidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do ser humano e de outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados*". O enunciado afirma que a maioria das infecções são assintomáticas. Portanto, se as infecções produzidas não geram sinais e sintomas na maioria dos infectados, é porque o vírus tem baixa patogenicidade.

Por último, Rouquayrol também afirma que a **virulência** é a "*capacidade de um bioagente produzir casos graves ou fatais*" (1). A maioria das infecções pelo vírus zika são brandas. Veja o que afirma o documento do Ministério da Saúde:

> *"A infecção pelo vírus Zika, apesar de velha conhecida da comunidade científica, com relatos de casos em outros países há pelo menos 60 anos, é transmitida pelo mesmo vetor do vírus da dengue, o Aedes aegypti, de comportamento benigno, baixíssima virulência e letalidade"* (2).

Ainda, alguém poderia contra-argumentar que a ocorrência de malformações fetais durante a infecção materna do zika, como a ocorrência de microcefalia, seria um caso grave da doença. No entanto, a capacidade de gerar casos graves como esses ocorre em apenas uma parte dos infectados, no caso, as gestantes. Por isso, a virulência do vírus, de forma geral, ainda é baixa.

Assim, temos a seguinte sequência:

alta-baixa-baixa.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a virulência é baixa.

Incorreta a alternativa B, porque a patogenicidade e a virulência são baixas.

Incorreta a alternativa C, porque a infectividade é alta e a patogenicidade, baixa.

Incorreta a alternativa D, porque a infectividade é alta e a virulência, baixa.

Veja que nenhuma das alternativas corresponde à sequência que nós encontramos. Portanto, podemos concluir que a banca está se referindo à virulência apenas em gestantes. Assim sendo, encontraremos uma nova sequência:

alta-baixa-alta.

O gabarito que corresponde a essa sequência é a alternativa A. No entanto, o enunciado da questão não está claro quanto à população em que se deseja avaliar a virulência, uma vez que a infectividade e a patogenicidade foram avaliadas na população geral, e a virulência foi avaliada em uma população específica (no caso, as gestantes), mas isso não foi dito de forma clara. Por isso, essa é uma questão passível de anulação.

Gabarito: A.

Sugestão do time de Preventiva: anulação.

36 - Em relação à infecção pelo vírus da hepatite B, assinale a alternativa correta:

A) A infecção confere imunidade duradoura por toda a vida.

B) A infecção perinatal apresenta maior risco de cronificação.

C) Anti-HBe reagente é indicador de menor risco de transmissão.

D) Anti-HBs reagente é indicador de maior risco de transmissão.

Comentários:

Prof. Fernanda Canedo - Hepatologia

Estrategista, questão confusa sobre hepatite B que pode gerar dúvidas, mas vamos escolher a alternativa que está definitivamente certa! Vamos entender?

A hepatite B é causada por um vírus de **DNA** e pode ser transmitida principalmente por via percutânea (uso de drogas, tatuagens, piercings, tratamentos odontológicos e médicos), vertical e contato sexual (principal via de transmissão no Brasil e nos países desenvolvidos).

Quando a infecção ocorre em adultos, apenas 5 a 10% dos casos cronificam. Na infância, a cronificação ocorre em 25 a 50% e quando ocorre transmissão perinatal, até 90-95% dos casos vão cronificar. Essa é a dica para acertar a questão!

A avaliação dos marcadores sorológicos é essencial para o diagnóstico da hepatite B.

HBsAg é o marcador da presença da proteína viral na corrente sanguínea e significa **infecção atual** (aguda ou crônica). O antiHBc é o anticorpo produzido quando o organismo entra em **contato com o vírus selvagem** (e não da vacinação), e pode ser IgM (infecção aguda), IgG (infecção crônica, se IgM negativo, ou cicatriz sorológica) ou total. Vale lembrar que esse anticorpo não é imunizante!

O HBeAg é o antígeno que marca **replicação viral**. Se positivo, o paciente está com o vírus ativo, em replicação. O antiHBe é o seu anticorpo, marcando, em princípio, o fim da replicação, salvo nos mutantes pré-core, quando o antiHBe não é mais capaz de suprimir a replicação viral.

Finalmente, temos o antiHBs, anticorpo contra o antígeno S da superfície (HBsAg). Esse é produzido tanto quando o indivíduo entra em contato com o vírus selvagem como quando é submetido à vacinação, e é capaz de induzir **imunidade**, ou seja, uma vez com antiHBs positivo, não há risco de contrair a infecção pelo HBV.

Esses quadros vão ajudar a memorizar cada marcador e os diferentes estágios da infecção pelo HBV e a vacinação. Vamos ver?

Marcador	Resumo
HBsAg	Proteína de superfície do vírus da hepatite B, está presente em altos títulos na infecção aguda. É marcador da presença da proteína viral e, se estiver positivo por mais de 6 meses, é indicativo de cronificação da hepatite B.
antiHBs	Anticorpo produzido contra o HBsAg, indica imunidade contra o vírus. É produzido a partir da exposição ao vírus selvagem (infecção) ou após vacinação com vírus inativo.
HBeAg	Proteína "e" do vírus da hepatite B, sua detecção representa presença de replicação viral. Quando positivo, está associado a uma elevada carga viral circulante.
AntiHBe	Anticorpo produzido contra o HBeAg. É capaz de controlar de maneira limitada a replicação do vírus por muitos anos, mas não de curar a infecção.
antiHBc IgM	Anticorpo contra o HBcAg, surge precocemente e é indicativo de infecção aguda pelo HBV.
antiHBc IgG	Anticorpo contra o HBcAg. Surge durante a fase aguda da infecção e persiste por toda a vida da pessoa que foi infectada. Sua presença indica que a pessoa está ou esteve infectada pelo HBV. O vírus inativo da vacina não induz a sua produção.

Marcador	Aguda	Crônica Ativa	Crônica Inativa	Cura	Vacinação
HBsAg	+	+	+	-	-
HBeAg	+/-	+	-	-	-
AntiHBc IgG	-/+	+	+	+	-
AntiHBc IgM	+	-	-	-	-
antiHBs	-	-	-	+	+

Agora vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A: a imunidade para o HBV é definida pela presença do antiHBs. A infecção não confere imunidade, mas sim a cura da infecção ou a vacinação efetiva.

Correta a alternativa "B" essa alternativa está definitivamente certa e é ela que vamos marcar! A idade em que ocorre a infecção tem relação com a taxa de cronificação e, quando ocorre a transmissão perinatal, o recém-nascido tem 90-95% de chance de evoluir com hepatite B crônica, diferentemente de quando a contaminação acontece na vida adulta, em que o risco de cronificar é de apenas 5-10%.

Incorreta a alternativa C: essa alternativa está confusa e passível de dúvida. Em geral, o antiHBe marca o fim da replicação viral e indivíduos com menor viremia têm sim menor risco de transmitir a infecção. Entretanto, o antiHBe tem capacidade limitada de suprimir a replicação viral e, quando ocorre mutação pré-core, há antiHBe positivo com alta carga viral e alta transmissibilidade.

Incorreta a alternativa D: como vimos, o antiHBs indica imunidade contra a hepatite B e não maior risco de transmissão. Essa está errada, sem dúvidas!

37 - Quanto à ocorrência de hanseníase no Brasil, é correto afirmar que:

A) A taxa de detecção está em queda no país.
B) A doença é mais frequente em adultos jovens e adolescentes.
C) A alta proporção de casos multibacilares indica diagnóstico tardio.
D) A proporção de casos paucibacilares é alta no país.

Comentários:

Prof. Bruno Souza - Dermatologia

Correta a alternativa "A" Apesar de o Brasil ainda ser um país endêmico para a hanseníase, as taxas de detecção no país vêm decrescendo ao longo dos anos. Segundo o SINAN, a taxa de detecção geral por 100 mil habitantes era de 25,44 em 2000, passou para 18,22 em 2010 e para 13,7 em 2018. O Boletim Epidemiológico de Hanseníase afirma que de 2009 a 2018 houve uma redução de 30% na taxa de detecção da hanseníase no Brasil. Apesar do leve aumento em 2016 e 2017, segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), órgão do Ministério da Saúde responsável por contabilizar e disponibilizar os indicadores em Hanseniase e outras doenças notificadas, perceberemos que tivemos 36.925 novos casos diagnosticados em 2018 e, em 2019, 34.640 casos, mostrando também uma redução. Portanto, essa alternativa deveria ser considerada correta.

Incorreta a alternativa B. A hanseníase não é comum em pacientes pediátricos ou adolescentes. A maior parte dos casos de hanseníase é diagnosticado na faixa etária de 50 a 59 anos.
Incorreta a alternativa C. A forma clínica da hanseníase depende de fatores diversos (do hospedeiro e do parasita). Portanto, alguns indivíduos podem de forma precoce desenvolver um quadro de hanseníase multibacilar. A proporção de casos segundo a classificação operacional é calculada da seguinte forma: Casos de hanseníase multibacilares/Total de casos novos. Ela avalia os casos em risco de desenvolver complicações e para o correto reabastecimento de PQT.
Incorreta a alternativa D. Primeiramente, é importante lembrar que a classificação operacional separa os pacientes com hanseníase em paucibacilares e multibacilares. Os primeiros são aqueles pacientes que possuem até cinco lesões cutâneas, enquanto os últimos são aqueles com mais de cinco lesões cutâneas. A maior parte dos pacientes são classificados como multibacilares.

38 - A Vigilância Sanitária (VS) é uma das atividades exercidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é definida como as "ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas de saúde decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde". Entre as áreas de atuação da VS existem áreas de intersecção com a vigilância epidemiológica, dentre elas estão a vigilância de:

A) Alimentos.
B) Efeitos adversos de fármacos.
C) Água para consumo humano.
D) Qualidade do ar.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - Epidemiologia - Vigilância em Saúde - Vigilância em Saúde

A Vigilância em Saúde responsabiliza-se por ações de vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis e não transmissíveis, saúde ambiental e do trabalhador, e também pela avaliação da situação de saúde no Brasil. Assim, a Vigilância em Saúde abrange ainda a Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância em Saúde do Trabalhador, Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária.

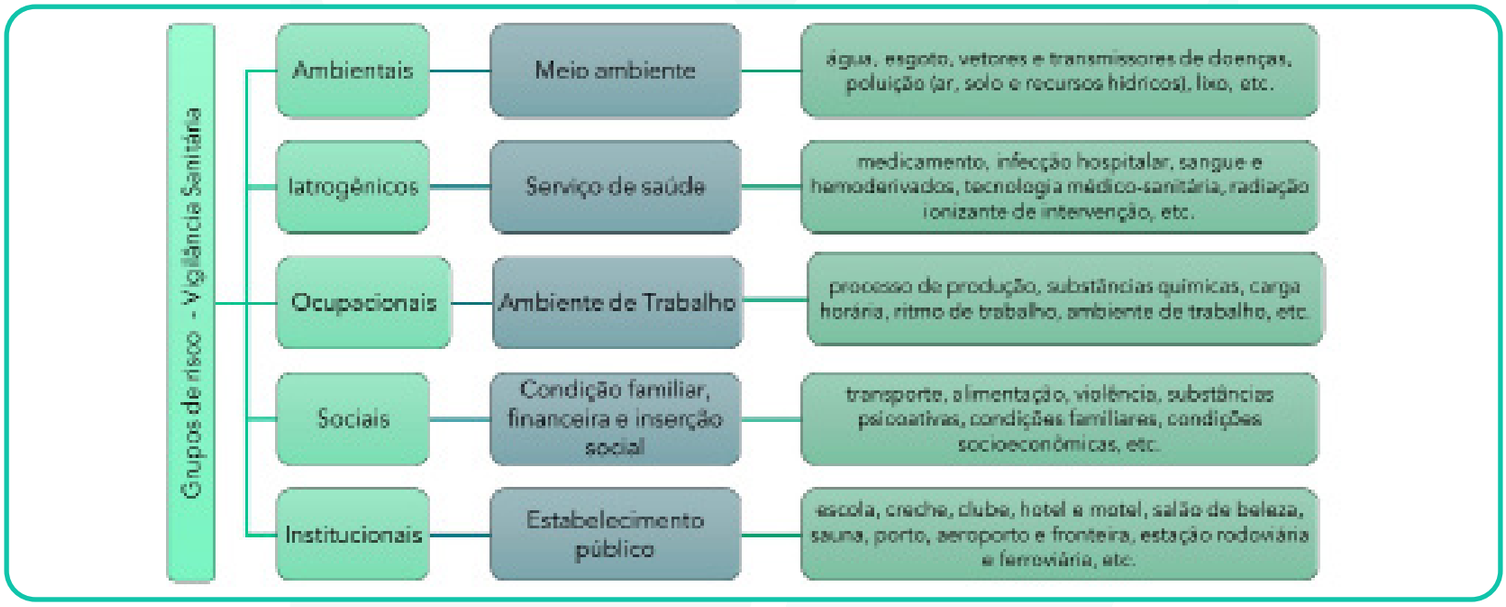
O enunciado traz parte da definição da Vigilância Sanitária, que está prevista no parágrafo 1º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990, conforme o trecho a seguir:

"§ 1º Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde."

Vamos aproveitar para conhecer todos os grupos de riscos avaliados pela Vigilância Sanitária no esquema resumido a seguir:



O enunciado da questão cita ainda a vigilância epidemiológica, que está prevista no parágrafo 2º do art. 6º da Lei nº 8.080, de 1990, conforme o trecho a seguir:

"§ 2º Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos."

E o que o examinador quer saber? Se você entende qual é a área da Vigilância Sanitária que possui intersecção com a Vigilância Epidemiológica.

Com base nesses conceitos, vamos entender cada alternativa a seguir.

Incorreta a alternativa A, porque os alimentos são alvo da Vigilância Sanitária, a exemplo dos produtos oferecidos em bares, restaurantes e supermercados. Entretanto, não são alvo da vigilância epidemiológica, que se preocupa com as doenças causadas por eles.

Correta a alternativa "B" porque os efeitos adversos de fármacos são estudados pela farmacoepidemiologia. Segundo o Ministério da Saúde *"a farmacoepidemiologia é uma nova disciplina, que detém uma metodologia própria e adequada para detectar os efeitos benéficos e adversos dos fármacos, o que a torna extremamente importante para o uso racional de medicamentos e consequentemente para a saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento."* Vimos que a finalidade da vigilância epidemiológica envolve o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Os efeitos adversos de fármacos são considerados agravos à saúde.

Nesse contexto, temos ainda a farmacovigilância que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), refere-se à ciência e às atividades "*relacionadas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou qualquer outro possível problema relacionado a medicamentos*". A farmacovigilância está fundamentada na aquisição de dados completos das notificações de casos baseadas em relatórios espontâneos de eventos adversos. Essas informações auxiliam no desenvolvimento das ações da Vigilância Sanitária.

Certamente, se a banca tivesse descrito nessa alternativa os efeitos adversos pós-vacinação, seria muito mais fácil inferir a atuação da Vigilância Epidemiológica em conjunto com a Vigilância Sanitária, já que essa situação faz parte da lista nacional de situações de notificação compulsória. Entretanto, essa é a prova da USP e essa banca não costuma facilitar.

Incorreta a alternativa C, porque a água para consumo humano não é alvo da vigilância epidemiológica, mas sim as doenças causadas pela contaminação dessa água.

Incorreta a alternativa D, porque a qualidade do ar não é alvo da vigilância epidemiológica, mas sim algumas doenças respiratórias causadas pela contaminação do ar.

39 - Sobre o financiamento do sistema de saúde brasileiro, assinale a alternativa correta.

A) Os gastos públicos com saúde, oriundos de impostos e contribuições sociais, representam aproximadamente 43% dos gastos totais com saúde no Brasil e o restante é gasto privado, com planos de saúde, compra de medicamentos e gastos diretos de indivíduos e famílias.

B) Do total de gastos do sistema de saúde, o percentual de gastos públicos é dirigido somente para os 80% da população que usam exclusivamente o sistema público.

C) O financiamento da saúde suplementar é composto em maior parte pelo desembolso de indivíduos e famílias e em menor parte por empregadores e associações que financiam planos de saúde coletivos.

D) Na composição do orçamento público federal da saúde, o item de maior despesa do Sistema Único de Saúde é a assistência farmacêutica (fornecimento de medicamentos à população).

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - SUS - Financiamento em saúde e Saúde suplementar

De acordo com os dados do Relatório "Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil", publicado pelo Banco Mundial no final de 2018, os gastos com saúde no Brasil giravam em torno de 8% do PIB, sendo 4,4% do PIB em gastos privados (perfazendo 55% do total) e 3,8% do PIB em gastos públicos (com 45% do total).

Desde 2000, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) cobrou dos planos privados em torno de R$ 7,5 bilhões referentes aos atendimentos dos usuários desses planos realizados no SUS, tendo recebido pouco mais de 25% da dívida até 2017.

Portanto, a informação mais próxima do correto estaria na alternativa A.

Vamos avaliar as demais alternativas.

Correta a alternativa "A" porque vimos que o relatório "Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil" apontou para um gasto de 45% do total de gastos com saúde, sendo o restante de gastos privados (perfazendo 55%). Entretanto, cabe ressalvar que a questão descreve que os gastos públicos com saúde representam aproximadamente 43%. Essa informação está contemplada no documento do Ministério da Saúde intitulado Financiamento público de saúde da seguinte forma: "Os gastos do setor público correspondem a 43% do total"; porém, o documento cita uma referência de 2008.

Incorreta a alternativa B, porque os gastos públicos não são dirigidos apenas para população que utiliza exclusivamente o SUS.
Incorreta a alternativa C, porque o financiamento da saúde suplementar é composto na maior parte pelos empregadores, que são responsáveis por cerca de 67% do mercado. Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), os planos coletivos empresariais representam em torno de 67% e os planos coletivos por adesão representam 14%, totalizando cerca de 81%. O restante dos planos de saúde é composto por planos individuais, com reajuste das mensalidades regulado pela ANS.
Incorreta a alternativa D, porque a assistência de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar gera mais despesas do que a assistência farmacêutica.

40 - Uma paciente HIV-positiva está em tratamento e tem um plano de saúde oferecido pela empresa na qual trabalha. Ela é acompanhada por infectologista em consultório particular e realiza exames cobertos por seu convênio médico. Todos os meses, a paciente retira gratuitamente medicamentos antirretrovirais dispensados por serviço público de referência do Sistema Único de Saúde (SUS). Qual é o princípio do SUS que garante às pessoas o acesso a esses medicamentos?

A) Equidade.
B) Ressarcimento.
C) Universalidade.
D) Hierarquização.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - SUS - Princípios e Diretrizes do SUS

A questão cita uma paciente que possui plano de saúde, mas recebe medicamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS). O examinador questiona sobre o princípio do SUS que garante o acesso aos medicamentos gratuitos no SUS.

Nesse contexto, devemos lembrar que o princípio da universalidade define a necessidade de garantia de acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas em todos os níveis de assistência. Por essa razão, todo indivíduo pode acessar qualquer serviço do SUS e receber todo o tratamento devido, o que inclui a medicação antirretroviral.

De acordo com esse princípio, a paciente deve ter acesso à toda medicação necessária, incluindo qualquer suporte terapêutico adicional que couber para o caso.

Com base nesse entendimento, podemos seguir para as alternativas.

Incorreta a alternativa A, porque a "Equidade" é entendida como a redução das desigualdades, ou seja, mesmo todas as pessoas tendo direito a todos os serviços de saúde, as patologias são diferentes e isso exige abordagens distintas.
Incorreta a alternativa B, porque o Ressarcimento não é um princípio ou diretriz do SUS.

Correta a alternativa "C" porque a "Universalidade" prevê o acesso de todas as pessoas aos serviços de saúde em qualquer nível de assistência, o que inclui o acesso à medicação.

Incorreta a alternativa D, porque a "Hierarquização" do SUS pressupõe a organização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade.

41 - Um médico de uma equipe de Saúde da Família, notando o aumento do número de casos de AIDS na área de cobertura de sua Unidade Básica de Saúde, decide realizar um inquérito populacional na região para investigar a vulnerabilidade da população local à infecção pelo HIV. Considerando-se os modos de exposição à infecção pelo HIV e as três dimensões utilizadas nas análises de vulnerabilidade, assinale a alternativa que apresenta o aspecto relevante a ser incluído no estudo e a dimensão de vulnerabilidade a que está relacionado:

A) Acesso a meios de comunicação (dimensão programática).
B) Relações de gênero (dimensão social).
C) Acesso a testagem e aconselhamento (dimensão individual).
D) Qualidade dos serviços de saúde (dimensão social).

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - Epidemiologia - Processo saúde-doença - Determinação Social da Saúde

A vulnerabilidade em saúde é um conceito que diz respeito à fragilidade da população, estando relacionada ao estudo da disponibilidade de uma intervenção na prevenção e/ou controle de determinada doença. Na ausência de uma intervenção efetiva, entendemos que uma população está vulnerável ao agravo.

Há três dimensões da vulnerabilidade:

- **Vulnerabilidade Individual** – relacionada a uma fragilidade intrínseca do ser humano, engloba as características biológicas, comportamentais e afetivas que elevam a suscetibilidade a determinado agravo (ex.: os fatores de obesidade e sedentarismo em doenças cardíacas). Nessa dimensão, avalia-se o grau e a qualidade das informações sobre os problemas de saúde disponibilizadas para as pessoas, além da elaboração individual dessas informações e a aplicação na prática dos conceitos adquiridos;
- **Vulnerabilidade Social** – refere-se à influência do contexto político, socioeconômico e cultural em determinados agravos, incluindo condições de vida e trabalho, nível de escolaridade, ambiente, o acesso às informações e aos meios de comunicação, a disponibilização de recursos cognitivos e materiais, o poder de participação em decisões políticas e em instituições, além das relações etnicorraciais, de classe, de gênero e de gerações (ex.: a relação da pobreza com a tuberculose).;
- **Vulnerabilidade Programática** – avalia o modo como os serviços de saúde interferem no desfecho da saúde estudada, incluindo as instituições, as gerências, os recursos, os programas e as políticas públicas de saúde (ex.: ausência de controle de infecção hospitalar e o aumento de óbitos por essas causas em hospitais). Nessa dimensão, avalia-se ainda o monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção.

Baseados nesses conhecimentos, podemos seguir para a compreensão das alternativas.

Incorreta a alternativa A, porque o acesso aos meios de comunicação faz parte da dimensão social.

Correta a alternativa "B" porque as relações de gênero realmente fazem parte da dimensão social.

Incorreta a alternativa C, porque o acesso à testagem e o aconselhamento fazem parte da dimensão programática.

Incorreta a alternativa D, porque a qualidade dos serviços de saúde faz parte da dimensão social.

42 - Mulher de 65 anos de idade, oriunda de região rural e vivendo em São Paulo há dois anos procura a Unidade Básica de Saúde porque está com sangramento vaginal esporádico há seis meses. Estava com medo de ir à consulta médica porque nunca fez exame ginecológico e tem muita vergonha. Acha que o sangramento acontece porque a "mãe do corpo" está muito baixa e vem tomando chá sem melhora. O caso remete à importante tarefa do cuidado em saúde, particularmente na atenção primária, que é a construção de contatos terapêuticos culturalmente sensíveis. Nesse sentido, é correto afirmar que:

A) É necessário desmistificar respeitosamente a noção de "mãe do corpo" para que o contato terapêutico possa ser bem-sucedido.

B) É necessário estabelecer as racionalidades terapêuticas diversas para uma boa relação médico-paciente.

C) É necessário adaptar os termos usados pelos profissionais ao universo cultural dos pacientes para que a explicação correta do adoecimento e, em consequência, a do tratamento supere medos e constrangimentos.

D) É necessário relacionar a experiência da doença vivida pelos pacientes com o modo como é compreendida pelos profissionais de saúde para que a interculturalidade possa ser produtiva.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

A questão fala sobre uma mulher de 65 anos, oriunda de uma região rural, que apresenta medo de procurar atendimento médico, muito embora esteja com sangramento vaginal esporádico há 6 meses. Além disso, ela possui um modelo explanatório para seu adoecimento, a chamada "mãe do corpo", uma lenda popular que afirma que há alguma espécie de remanescente no útero da mulher após o nascimento de um bebê. A lenda tenta explicar, na verdade, os movimentos involuntários no abdômen que ainda podem ser percebidos pela mulher após o parto. Como tais movimentos são parecidos com a sensação de uma criança mexendo no útero, apelidou-se o fenômeno de "mãe do corpo".

O examinador solicita que o candidato marque a alternativa que traduz um **contato terapêutico culturalmente sensível**. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, organizado por Gustavo Gusso e colaboradores, existem algumas ferramentais para obtermos êxito nesse tipo de contato (1). A principal é a estratégia **LEARN**, que pode ser explicada da seguinte forma:

- Listen – Ouvir com empatia, tentando entender a percepção da pessoa que busca ajuda.
- Explain – Explicar, em palavras acessíveis, a visão médica do problema.
- Acknowledge – Admitir que existem diferenças (se existirem) e semelhanças, problematizando os pontos de vista.
- Recommend – Recomendar um tratamento ou outras ações de cuidado à saúde.
- Negociate – Negociar um acordo.

Portanto:

Incorreta a alternativa A porque não se deve desmistificar a noção de mãe de corpo. Um contato terapêutico culturalmente sensível pressupõe o respeito à crença e a cultura da paciente.

Incorreta a alternativa B. O médico não precisa estabelecer diferentes tratamentos para que se consiga uma boa relação médico-paciente, tampouco precisa estabelecer algum tratamento médico - lembre-se da prevenção quaternária, que deve ser empregada sempre que necessário. Portanto, uma relação médico-paciente também pode ser fortalecida quando o médico simplesmente não prescreve tratamentos no intuito de evitar a iatrogenia.

Correta a alternativa "C" Veja que, de fato, explicar o processo de adoecimento de uma forma que a paciente consiga compreender a doença e o tratamento, conforme afirma o item "Explain" da estratégia "Learn", pode ajudar na superação de medos e angústias.

Correta a alternativa "D" De fato, a experiência da doença vivida pelos pacientes deve ser levada sempre em consideração. Esse aspecto faz parte do "Método Clínico Centrado na Pessoa" e da competência cultural propriamente dita, que é uma característica que todo médico deve apresentar, especialmente aquele que trabalha em atenção primária à saúde.

A USP liberou a alternativa D como gabarito oficial. Porém, conforme vimos acima, existem duas alternativas corretas. Portanto, a questão é passível de anulação.

Gabarito oficial: D.

Sugestão do Time de Preventiva: Anulação da questão, pois contém duas assertivas corretas.

43 - Para que o sistema de saúde brasileiro se torne mais resolutivo, é fundamental que o nível de Atenção Primária à Saúde:

A) Realize ações rotineiras de baixa complexidade no cuidado da saúde das pessoas e famílias de baixa renda e encaminhe para os níveis secundário e terciário do sistema os problemas de difícil solução.

B) Ordene-se segundo os atributos de porta de entrada para o sistema, de acolhimento às demandas de saúde de pessoas, famílias e comunidades, de coordenação do cuidado e de longitudinalidade.

C) Exerça prioritariamente ações preventivas e de promoção da saúde, atendendo às demandas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação quando houver recursos financeiros suficientes.

D) Seja o responsável por combater os determinantes sociais do processo saúde-doença-cuidado no nível individual, da família e da comunidade.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

O examinador quer saber se você conhece as principais características da Atenção Primária à Saúde (APS). Portanto:

Incorreta a alternativa A porque as atividades desenvolvidas na APS não são de baixa complexidade, tampouco são oferecidas apenas para a população de baixa renda (o Sistema Único de Saúde é para todos). Ainda, problemas de difícil resolução podem ser resolvidos na APS.

Correta a alternativa "B" A APS é uma das portas de entrada do sistema, conforme consta no decreto 7.508/2011. Ademais, o acesso ou primeiro contato (que pode ser exercido por meio do acolhimento), a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a integralidade são atributos essenciais da APS.

Incorreta a alternativa C. As ações diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação devem ser exercidas sempre, pois a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, conforme apregoa o artigo 196° da Constituição Federal de 1988.

Incorreta a alternativa D. A APS não é a única responsável por atuar nos determinantes sociais de saúde. Os outros níveis de atenção à saúde, bem como o Estado e a própria sociedade civil, devem atuar garantindo a saúde da população. A lei 8.080/90, em seu artigo 2°, afirma que o dever do Estado em garantir a saúde não exclui o "o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade" (Lei 8.080/90, artigo 2°, §2°).

44 - De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina é fundamental que a formação médica promova o desenvolvimento de competências nas áreas de atenção, gestão e educação em saúde. Dentre outras, estas competências incluem:

A) Prática do cuidado centrado na pessoa, organização do processo de trabalho, comunicação.
B) Responsabilidade social, tolerância ao estresse, trabalho interprofissional.
C) Construção coletiva de conhecimento, trabalho em equipe, tolerância à frustração.
D) Priorização de problemas, prática do cuidado centrado na pessoa, praticar a liderança verticalizada nas relações interpessoais.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - SUS - Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

Essa questão aborda o conteúdo da Resolução CNE/CES nº 3, de 2014, que institui "*as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização, desenvolvimento e avaliação do Curso de Medicina, no âmbito dos sistemas de ensino superior do país*".

Como esse não é um tema recorrente em provas de Residência Médica, vamos comentar diretamente cada uma das alternativas a seguir.

Correta a alternativa "A" pois descreve todos os tópicos abordados na referida resolução. Vamos entender cada um deles a seguir com os trechos extraídos da resolução:

1. Cuidado centrado na pessoa.

Essa competência é contemplada no trecho a seguir:

*"IX - **cuidado centrado na pessoa** sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado;"*(inciso IX do art. 5º da Resolução CNE/CES nº 3/2014)

2. Organização do processo de trabalho.

Toda a Subseção I da referida resolução discorre sobre a Organização do Trabalho em Saúde. Observe um trecho a seguir:

*"II - Elaboração e Implementação de Planos de Intervenção: a) participação em conjunto com usuários, movimentos sociais, profissionais de saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores na elaboração de planos de intervenção para o enfrentamento dos problemas priorizados, visando melhorar a **organização do processo de trabalho** e da atenção à saúde;"*(alínea a do inciso II do art. 17 da Resolução CNE/CES nº 3/2014)

3. Comunicação

A comunicação é enfatizada em diversos pontos dessa normativa, a exemplo dos trechos extraídos a seguir:

"VII - comunicação, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado;" (inciso VII do art. 5º da Resolução CNE/CES nº 3/2014)

"Art. 6º Na Gestão em Saúde, a Graduação em Medicina visa à formação do médico capaz de compreender os princípios, diretrizes e políticas do sistema de saúde, e participar de ações de gerenciamento e administração para promover o bem-estar da comunidade, por meio das seguintes dimensões: (...)

IV - Comunicação, incorporando, sempre que possível, as novas tecnologias da informação e comunicação (TICs), para interação a distância e acesso a bases remotas de dados;" (inciso IV do art. 6º da Resolução CNE/CES nº 3/2014)

Incorreta a alternativa B, porque a tolerância ao estresse não está contemplada na referida resolução.
Incorreta a alternativa C, porque a tolerância à frustração não está contemplada na referida resolução.
Incorreta a alternativa D, porque ela descreve a prática de liderança verticalizada nas relações interpessoais, entretanto a normativa prevê a horizontalidade. Observe o trecho a seguir:

> *"V - Liderança exercitada na horizontalidade das relações interpessoais que envolvam compromisso, comprometimento, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicar-se e desempenhar as ações de forma efetiva e eficaz, mediada pela interação, participação e diálogo, tendo em vista o bem-estar da comunidade;(...)"* (inciso V do art. 6º da Resolução CNE/CES nº 3/2014)

45 - Assinale qual dos indicadores abaixo é utilizado para avaliar o desempenho da Atenção Básica.

A) Taxa de mortalidade por doenças respiratórias no ano.
B) Frequência de casos vítimas de violência doméstica no mês
C) Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar no ano.
D) Proporção de atendimentos a crianças nascidas a termo por mês.

Comentários:

Prof. Fernanda Lima - Medicina Preventiva - SUS - Financiamento do SUS - Portaria de consolidação GM/MS nº 6/2017

Prezado(a) Estrategista, muita atenção em relação aos termos utilizados no enunciado dessa questão. O examinador pede para indicar qual das alternativas refere-se a um indicador de desempenho da Atenção Básica. O gabarito aponta como alternativa correta aquela que descreve o indicador: "Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar por ano".

Como o enunciado não específica a que indicadores de desempenho ele está se referindo, podemos interpretar de duas formas:

(1) indicadores de desempenho para pagamento de incentivo; e

(2) indicadores de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Discutiremos cada um deles a seguir.

Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho de 2020 foram os listados a seguir:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação.
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV.
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado.
- Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico.
- Indicador 5: Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente.
- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre.
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Perceba que nenhum desses indicadores para o incentivo de pagamento por desempenho de 2020 está contemplado nas alternativas.

Em relação à segunda possibilidade de interpretação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) prevê alguns indicadores com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes da Atenção Básica a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população de determinado território.

Nesse sentido, o PMAQ selecionou 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica e 1 indicador de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ. Confira os 11 indicadores de desempenho para a Atenção Básica no quadro abaixo e observe que nenhum deles está contemplado nas alternativas.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Tabela extraída do documento intitulado "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo 3o Ciclo (2015 – 2016)" do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.

Perceba, mais uma vez, que nenhum desses indicadores de desempenho para Atenção Básica está contemplado nas alternativas.

Ambas as referências citadas são de indicadores contemplados nacionalmente para avaliação da Atenção Básica, para pagamento de incentivos ou para avaliação de funcionamento dos serviços de saúde.

Podemos citar, ainda, o documento do Ministério da Saúde intitulado "Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF". Muita atenção agora, pois esse documento traz uma tabela sobre os indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento. Na página 99 do referido documento, podemos visualizar no item 4.8 que a "Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar" está enquadrada como indicador de monitoramento, e não como indicador de desempenho. Observe um trecho adaptado da tabela desse documento para que você possa observar a classificação do indicador mencionado:

4 – PRODUÇÃO GERAL	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador
4.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	M	PMA2 (encaminhamentos médicos – internação hospitalar)	PMA2 (total geral de consultas = cons. médicas residentes fora da área de abrang. + residentes na área de abrang. equipe)

Legenda:

D – Indicadores de avaliação de desempenho

M – Indicadores de monitoramento

Fonte: Trecho adaptado extraído da tabela do documento intitulado "Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF" do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.

Portanto, o indicador proposto no gabarito não condiz com o que está sendo questionado no enunciado e cabe anulação da questão. De qualquer forma, seguiremos para as alternativas.

Incorreta a alternativa A, porque a taxa de mortalidade por doenças respiratórias no ano não se enquadra como nenhum dos indicadores de desempenho citados.

Incorreta a alternativa B, porque a frequência de casos de vítimas de violência doméstica no mês não se enquadra como nenhum dos indicadores de desempenho citados.

Correta a alternativa "C" com ressalvas. Vimos que a proporção de encaminhamentos para internação hospitalar enquadra-se como indicador de monitoramento no PMAQ, não como indicador de desempenho.

Incorreta a alternativa D, porque a proporção de atendimentos a crianças nascidas a termo por mês não se enquadra como nenhum dos indicadores de desempenho citados.

46 - O agente comunitário traz para a reunião da equipe de Saúde da Família o caso de uma puérpera de 17 anos de idade que está em casa com seu recém-nascido (RN) de 3 dias de vida, após alta do Hospital Universitário naquele dia. Fez pré-natal na Unidade Básica de Saúde a partir dos cinco meses de gestação, sem intercorrências e os exames de rotina foram normais. Segundo informações do hospital, a criança nasceu de parto vaginal, a termo, Peso= 2.800g, sem intercorrências. Saiu do hospital com aleitamento materno exclusivo, recebeu BCG e uma dose da vacina para o vírus da hepatite B, foi registrada.

Qual é a medida imediata que deve ser adotada neste caso?

A) Agendar para a semana seguinte uma consulta médica com o pediatra do Hospital Universitário pois a primeira semana de vida é o período de maior risco para esse RN de mãe adolescente.

B) Agendar uma consulta com o médico de família quando o RN fizer 1 mês de vida, pois a gestação foi de baixo risco, não houve intercorrências no parto e a criança nasceu saudável.

C) Inscrever a puérpera no grupo de apoio às mães adolescentes que fazem encontros semanais, para que ela possa receber orientações sobre os cuidados com o RN.

D) Realizar uma visita domiciliar ainda na primeira semana de vida do RN para verificar a saúde do binômio mãe-filho, e garantir a manutenção da amamentação exclusiva.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Olá, Estrategista! Temos aqui um neonato de mãe adolescente, porém, o examinador afirma que ela realizou as consultas de pré-natal, não houve intercorrências gestacionais, nem neonatais, nada que pudesse nos preocupar em um primeiro momento.

Nos primeiros 6 meses de vida, as consultas do bebê são mensais. Porém, a primeira visita aos serviços de saúde para um neonato deve ocorrer até o 7º dia de vida, para verificar sua saúde, o vínculo do binômio e garantir a manutenção da amamentação.

Correta a alternativa "D"

Incorreta a alternativa A: o acompanhamento ambulatorial no hospital universitário deve ser reservado a bebês de alto risco, como prematuros, internados em UTI neonatal, malformados e com doenças crônicas. Não é esse o caso.

Incorreta a alternativa B: a primeira visita ao sistema de saúde deve ser realizada em até 7 dias de vida.

Incorreta a alternativa C: veja bem, essa alternativa não está incorreta, mas o enunciado pede a medida imediata, que, no caso, é a manutenção da saúde do RN, através da visita ao serviço de saúde.

47 - A linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade prevê:

A) O encaminhamento dos pacientes para os serviços de maior complexidade para aumentar as chances de sucesso dos tratamentos disponíveis nesse nível de atenção à saúde.

B) A realização de exames laboratoriais a cada 3 meses para monitoramento das comorbidades associadas ao excesso de peso.

C) A integração em todos os níveis de atenção à saúde do sistema de saúde regionalizado.

D) A convocação das pessoas com excesso de peso quando elas se encontram nas fases iniciais de ganho de peso.

Comentários:

Prof. Maria Tereza Guerra - Endocrinologia

Estrategista, vamos responder essa questão com base em dois documentos:

- Portaria nº 424, de 19 de março de 2013 (documento que redefiniu as diretrizes do manejo e da prevenção do sobrepeso e da obesidade como linha de cuidado prioritária da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas);
- Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Obesidade (cadernos de atenção básica, nº 38 - 2014).

De antemão, já lhe digo que o sobrepeso e a obesidade são comorbidades extremamente prevalentes em nosso meio e, na esmagadora maioria dos casos, resulta do estilo de vida do paciente, ou seja, associa-se a hábitos alimentares inadequados e ao sedentarismo. Justamente por isso, essas comorbidades podem e devem ser abordadas e manejadas no âmbito da atenção básica, pois somente a equipe de saúde da família tem as condições ideais para acessar a multiplicidade dos aspectos que cercam a vida do paciente. Agora, vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: O Art. 4º da portaria supracitada define as prerrogativas dos componentes da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas na prevenção e no tratamento do sobrepeso e da obesidade. Na tabela abaixo, sumarizamos o que compete a cada um desses componentes:

Linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade (Portaria nº 424, de 19 de março de 2013)	
Componentes	**Prerrogativas**
Componente atenção básica	1. Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade; 2. Realizar ações de promoção da saúde e prevenção do sobrepeso e da obesidade de forma intersetorial e com participação popular, respeitando hábitos e cultura locais, com ênfase nas ações de promoção da alimentação adequada e saudável e da atividade física; 3. Apoiar o autocuidado para manutenção e recuperação do peso saudável; 4. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos indivíduos adultos com sobrepeso e obesidade que apresentem IMC entre 25 e 40 kg/m², de acordo com as estratificações de risco e as diretrizes clínicas estabelecidas; 5. Coordenar o cuidado dos indivíduos adultos que, esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, necessitarem de outros pontos de atenção, quando apresentarem IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades ou IMC maior ou igual a 40 kg/m²; 6. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou Hospitalar; 7. Garantir o acolhimento adequado das pessoas com sobrepeso e obesidade em todos os equipamentos da atenção básica, incluindo os Polos de Academia da Saúde;

Linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade (Portaria nº 424, de 19 de março de 2013)	
Componentes	**Prerrogativas**
Componente Atenção Especializada	a) Subcomponente Ambulatorial Especializado: 1. Prestar apoio matricial às equipes de Atenção Básica, presencialmente ou por meio dos Núcleos do Tele Saúde; 2. Prestar assistência ambulatorial especializada multiprofissional aos indivíduos adultos com IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, e aos indivíduos com IMC maior ou igual a 40 kg/m², quando esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica, de acordo com as demandas encaminhadas através da regulação; 3. Diagnosticar os casos com indicação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade e encaminhar a demanda através da regulação; 4. Prestar assistência terapêutica multiprofissional pré-operatória aos usuários com indicação de realização de procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; 5. Prestar assistência terapêutica multiprofissional aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade após o período de acompanhamento pós-operatório realizado na Atenção Especializada Hospitalar; 6. Organizar o retorno dos usuários à assistência na Atenção Básica de acordo com as diretrizes estabelecidas localmente; 7. Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica, bem como comunicar periodicamente os municípios e as equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; b) Subcomponente Hospitalar: 1. Realizar avaliação dos casos indicados pela Atenção Especializada Ambulatorial e/ ou Regulação para procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade, de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais, dispostas no Anexo I e protocolos locais de encaminhamentos e regulação; 2. Organizar o acesso à cirurgia, considerando e priorizando os indivíduos que apresentam outras comorbidades associadas à obesidade e/ou maior risco à saúde; 3. Realizar tratamento cirúrgico da obesidade de acordo com o estabelecido nas diretrizes clínicas gerais dispostas no Anexo I e normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos; 4. Realizar cirurgia plástica reparadora para indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade, conforme critérios dispostos em atos normativos específicos do Ministério da Saúde; 5. Garantir assistência terapêutica multiprofissional pós-operatória aos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade; 6. Organizar o retorno dos usuários que realizaram procedimento cirúrgico para tratamento da obesidade à assistência terapêutica multiprofissional na Atenção Especializada Ambulatorial e/ou na Atenção Básica, de acordo com as diretrizes clínicas gerais estabelecidas no Anexo I; e 7. Realizar contrarreferência em casos de alta para os serviços de atenção básica e/ ou atenção ambulatorial especializada, bem como comunicar periodicamente aos Municípios e às equipes de saúde acerca dos usuários que estão em acompanhamento; c) Subcomponente Urgência e Emergência: prestar assistência e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até o encaminhamento, se necessário, dos indivíduos com complicações agudas decorrentes do sobrepeso e obesidade, bem como do pós operatório da cirurgia bariátrica, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades;

Linha de cuidado da pessoa com sobrepeso e obesidade (Portaria nº 424, de 19 de março de 2013)	
Componentes	**Prerrogativas**
Componentes Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos	1. Realizar exames complementares ao diagnóstico e tratamento da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; 2. Prestar assistência farmacêutica necessária ao tratamento clínico da obesidade e pós-tratamento cirúrgico da obesidade, de acordo com plano regional de organização da linha de cuidado da obesidade; 3. Realizar o transporte sanitário eletivo e de urgência para os usuários com obesidade, por meio de veículos adaptados, quando necessário.
Componente Regulação	1. A organização do acesso às ações e aos serviços especializados referentes ao cuidado das pessoas com sobrepeso ou obesidade será executado pelo Componente Regulação, que atuará de forma integrada, com garantia da transparência e da equidade no acesso, independente da natureza jurídica dos estabelecimentos de saúde.

Ou seja, fica claro que a atenção básica deve realizar o manejo inicial dos pacientes que tenham IMC entre 25 e 40 kg/m². O encaminhamento aos níveis de atenção mais especializados só é indicado nas seguintes situações:

- IMC maior ou igual a 40 kg/m²;
- IMC maior ou igual a 30 kg/m² com comorbidades, que necessitem de outros pontos de atenção após esgotadas as possibilidades terapêuticas na Atenção Básica.

Incorreta a alternativa B: Nem a Portaria nem o Caderno de atenção básica estipulam uma frequência trimestral para a realização de exames no paciente com sobrepeso ou obesidade. A solicitação de exames deverá ser guiada pela existência de fatores de risco que ensejem a investigação de cada comorbidade em específico. Obviamente, deve haver especial atenção à necessidade de investigação de comorbidades relacionadas ao excesso de peso, tais como: dislipidemia, diabetes mellitus, hipertensão e câncer.

Correta a alternativa "C"

A importância da integração entre os níveis de atenção à saúde é reiterada várias vezes ao longo da Portaria. Alguns pacientes poderão ser adequadamente manejados na atenção básica, enquanto outros necessitarão de cuidados especializados. Portanto, convém que o paciente tenha a facilidade de transitar entre esses níveis sempre que necessário, como forma de estimular sua aderência ao tratamento e aumentar a eficácia das ações de cada nível em específico.

Incorreta a alternativa : Nem a Portaria nem o Caderno de atenção básica incentivam uma "convocação formal" dos pacientes nessa situação. A portaria sugere que a atenção básica deve "Realizar a vigilância alimentar e nutricional da população adstrita com vistas à estratificação de risco para o cuidado do sobrepeso e da obesidade". Ou seja, uma vez que o profissional de saúde detecte o excesso de peso ou uma situação de risco para seu desenvolvimento, as medidas de promoção de saúde já podem e devem ser aplicadas de imediato, em todas as oportunidades possíveis.

48 - Qual dos procedimentos abaixo reduz a ocorrência de viés de seleção em um ensaio clínico?

A) Realizar a análise por intenção de tratamento.

B) Atingir número mínimo da amostra calculada.

C) Realizar a sequência alternada de entrada de indivíduos na alocação dos grupos.

D) Realizar o cegamento do efeito da terapia testada.

Comentários:

Prof. Bárbara D'Alegria - Medicina Preventiva

Estrategista,

O **viés de seleção** é aquele que ocorre quando os grupos de controle e experimental apresentam indivíduos com grande diferença nas características de base, seja porque a alocação dos participantes nos grupos ocorreu de forma enviesada, seja porque um determinado grupo apresentou perdas de participantes, gerando o desequilíbrio entre eles. Essa heterogeneidade entre os grupos pode determinar, em última instância, a ocorrência de fatores de confusão.

A banca deseja saber qual das alternativas citadas reduz o viés de seleção. Portanto:

Incorreta a alternativa A, porque ela menciona a análise por intenção de tratamento. De fato, a referida análise pode contribuir para minimizar o viés de perda de seguimento, que é um tipo de viés de seleção. No entanto, essa é uma estratégia de controle do viés no processamento dos resultados, não sendo a estratégia ideal para um ensaio clínico. O ideal é controlar o viés ainda na metodologia, ou seja, no momento da alocação dos participantes nos grupos. Isso porque se houver uma perda de seguimento superior a 10%, a análise por intenção de tratamento não conseguiria suplantar os efeitos daquela perda. Ainda, o livro Epidemiologia – 2ª edição, organizado por Roberto Medronho, é necessário que se conheça o que ocorreu com aqueles que não completaram o tratamento. Caso contrário, a própria análise por intenção de tratamento pode trazer viés ao estudo (1).

Incorreta a alternativa B porque o "n", ou número mínimo da amostra, tem relação com o erro aleatório.

Correta a alternativa "C" A assertiva menciona que realizar a alocação dos participantes por meio da sequência alternada de entrada de indivíduos nos grupos. Embora a randomização ainda seja a melhor opção para a alocação dos participantes, a entrada de indivíduos de forma alternada é uma estratégia a ser considerada e tem o benefício de ser executada ainda na metodologia do estudo. Nesse sentido, seria superior à tentativa de reduzir o viés de seleção quando os resultados já estão prontos, uma vez que controlar o viés na metodologia é melhor do que controlar no processamento dos resultados.

Incorreta a alternativa D porque o cegamento é uma estratégia para minimizar o viés de informação.

O time de Medicina Preventiva do Estratégia MED sugere a alternativa C como gabarito. No entanto, a banca da USP liberou o gabarito oficial como alternativa A. Portanto, estamos diante de uma questão que cabe recurso.

Gabarito oficial: A.

Gabarito sugerido pelo Time de Medicina Preventiva: "C".

49 - Menina, 1 ano de idade, com antecedente de prematuridade, epilepsia, hidrocefalia e derivação ventrículo peritoneal colocada no primeiro mês de vida, iniciou quadro de tosse, coriza hialina e febre há um dia. Há cerca de 30 minutos, começou a apresentar crise epiléptica tônico-clônica generalizada sendo levada a um serviço de emergência. Na admissão, foi colocada em sala de emergência e monitorizada. Oferecido oxigênio com máscara de Venturi 50%. Inicialmente recebeu uma dose de midazolam intramuscular e, após obtenção de acesso venoso, uma dose de diazepam e antitérmico. A crise cessou e, na reavaliação, a paciente se apresenta em regular estado geral, não responsiva, hidratada, descorada 1+/4+, FC: 106 bpm, PA: 82/40 mmHg, tempo de enchimento capilar 2 segundos, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares e expansibilidade reduzidos bilateralmente, FR: 10 ipm, $SatO_2$: 90% com a Venturi 50%, sem tiragens. Temperatura 37,8ºC. Glicemia capilar: 68 mg/dL. Sem outras alterações ao exame clínico. Qual é a conduta emergencial nesse momento?

A) Administrar flumazenil endovenoso.
B) Iniciar ventilação com pressão positiva.
C) Realizar elevação da cabeceira e infundir manitol.
D) Inserir derivação ventricular externa de urgência.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

Estrategista, essa foi considerada uma das questões mais difíceis da prova da HCFMUSP de 2021.

Nessa questão, temos uma paciente com quadro neurológico de base (epilepsia e hidrocefalia tratada com derivação ventrículo-peritoneal), que está com uma infecção de vias aéreas superiores e cursou com descompensação das crises epilépticas. É muito comum que pacientes epilépticos apresentem escape de suas crises quando ocorre um quadro infeccioso sistêmico.

A crise epiléptica estendeu-se por 30 minutos, configurando um estado de mal epiléptico (crise com mais de 5 minutos ou duas ou mais crises sem recuperação da consciência entre elas). Como o estado de mal epiléptico pode evoluir para lesão neurológica e/ou complicações sistêmicas, a conduta inicial, após o ABCD (via aérea, acesso venoso, monitor etc.) é abortar a crise com benzodiazepínicos. A paciente, então, recebeu midazolam intramuscular, que tem efeito curto. Após a instalação do acesso venoso, foi administrado diazepam.

Com essas duas medicações aplicadas, a paciente ficou sonolenta, hipotensa, com bradipneia e redução da ventilação. Sendo assim, nossa hipótese é de intoxicação por benzodiazepínicos. Pelas alternativas, a banca examinadora quer nos induzir que possa haver uma síndrome de hipertensão intracraniana por comprometimento da derivação ventrículo-peritoneal e ventriculite, já que há febre, mas devemos ficar atentos quando lemos que a paciente apresenta um quadro de afecção de vias aéreas superiores: tosse e coriza, o que deve nortear nossa conduta.

Diante desse cenário, de uma paciente com dessaturação de oxigênio, rebaixamento da consciência, nossa conduta deve ser sempre realizar o ABCD, mantendo a ventilação adequada antes de tomarmos qualquer outra medida. A pergunta é sobre a conduta emergencial.

Vamos analisar as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Apesar de ser indicado na suspeita de intoxicação por benzodiazepínicos, o flumazenil, um antagonista GABAérgico, aumenta o risco de crises epilépticas, o que é temerário num quadro de estado de mal epiléptico. Além disso, geralmente esse efeito de rebaixamento do nível de consciência é transitório e cessa sem nenhuma conduta específica na maioria dos pacientes.

Correta a alternativa "B"

Como a paciente está dessaturando e não está ventilando adequadamente, de acordo com o ABCD, devemos providenciar ventilação adequada. Ela está em uso de máscara de Venturi a 50%. A conduta imediata seria proceder a ventilação com pressão positiva para melhorar a expansibilidade pulmonar.

Incorreta a alternativa C. Elevação da cabeceira e manitol são condutas para o tratamento da hipertensão intracraniana. Cogitaremos essa opção quando a paciente apresentar rebaixamento da consciência, cefaleia, vômitos e papiledema. Não temos esse quadro! A elevação da cabeceira aumenta o retorno venoso do crânio. O manitol é um diurético que retira líquido do extracelular, diminuindo o volume do parênquima encefálico, mas pode agravar a hipotensão, o que não é desejado nessa paciente.

Incorreta a alternativa D . Como não temos evidência de hipertensão intracraniana, não há indicação de colocação de derivação ventricular externa de urgência.

50 - Menina, 1 ano e 7 meses de idade, previamente hígida, deu entrada no pronto atendimento pois há cerca de uma hora estava correndo quando colidiu contra a lateral da mesa de jantar. Apresentou choro intenso seguido de um episódio de vômito. Nega perda de consciência. Quando questionada sobre dor, a menor aponta para a testa e chora. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, corada, hidratada, chorosa. FC: 110 bpm, PA: 96/50 mmHg, FR: 25 irpm. Movimenta os quatro membros normalmente. Região frontal conforme imagem abaixo. Frente ao quadro apresentado, qual é a conduta?

A) Realizar de tomografia de crânio sem contraste com sedação.

B) Administrar antiemético e manter observação hospitalar por 6 horas.

C) Liberar a criança com analgesia e orientações sobre sinais de alarme.

D) Aplicar compressa fria local e solicitar radiografia de crânio duas incidências.

Comentários:

Prof. Lígia Modelli - Pediatria

Questão sobre traumatismo crânio encefálico (TCE)!

O TCE representa 75 a 97% das mortes por trauma em crianças. As principais causas para isso é o crânio proporcionalmente maior, menor tonicidade da musculatura cervical e maior flexibilidade e fragilidade do osso imaturo.

Sabemos que 80% dos TCE são leves, 10% são moderados e 10 % são graves.

Lembre-se, devemos sempre avaliar durante um atendimento de TCE: idade do paciente, mecanismo de trauma, tempo decorrido do acidente, condições hemodinâmicas e respiratórias, Glasgow, resposta motora, reações pupilares, lesões associadas, perda de consciência, amnésia, cefaleia ou convulsões.

Vamos aprender a classificar quanto a gravidade?

Pode ser:

Classificação gravidade TCE
TCE leve -> Glasgow 13-15 (80%)
TCE moderado -> Glasgow 9-12 (10%)
TCE grave -> Glasgow <8 (10%)

A banca examinadora não nos fala sobre o Glasgow do paciente, mas afirma que ele está bem e sem alterações ao exame físico, portanto, provavelmente tem um Glasgow maior que 13, sendo classificado como TCE leve.

Qual seria a indicação de tomografia de crânio para esse paciente?

Todos os pacientes com TCE moderado e grave devem realizar uma tomografia de crânio; pacientes com TCE leve, avaliamos alguns critérios, veja:

- Há alteração do estado mental?
- Existe fratura de crânio palpável?
- Presença de hematoma subgaleal occipital, parietal ou temporal?
- Perda de consciência por mais de 5 segundos?
- Comportamento anormal?
- Mecanismo de trauma grave?

Nos casos acima, podemos realizar a tomografia de crânio no paciente. Mas o que é considerado mecanismo de trauma grave?

- Atropelamento;
- Queda de uma altura > 0,90 metros;
- Morte de outro passageiro;
- Paciente atingido por objeto de alto impacto.

Dessa forma, observamos que a criança do texto tem um TCE leve, sem fatores de risco e um mecanismo de trauma não grave.

Incorreta a alternativa A. O paciente não necessita realizar tomografia de crânio.

Incorreta a alternativa B. O paciente não precisa ficar em observação, como está em bom estado geral, mecanismo de trauma não grave e TCE leve, pode receber alta. Além disso, não devemos indicar o antiemético em um paciente com TCE que apresentou apenas um episódio de vômito.

Correta a alternativa "C" Pelos motivos expostos acima, o paciente pode receber alta. Os pais devem ser orientados a retornar se a criança apresentar vômitos constantes, rebaixamento no nível de consciência, convulsão.

Incorreta a alternativa D. A radiografia de crânio não deve ser realizada, pois ainda que esse exame de imagem esteja sem alteração, não é confiável.

51 - Menino, 1 mês de vida, nascido de termo, sem intercorrências no parto é trazido ao pronto atendimento devido hipoatividade e sonolência. Mãe refere que está aguardando nova amostra do teste do pezinho, pois o primeiro (abaixo) veio alterado.

Sangue seco em papel filtro		
Analitos	Resultados	Valores de Referência
TSH Neonatal	0,77 µU/mL	≤ 5,00 µU/mL
Fenilalanina (PKU)	1,03 mg/dL	≤ 3,00 mg/dL
17-OH Neonatal	2,70 ng/mL	≤ 15,00 ng/mL
IRT Neonatal	150,04 ng/mL	≤ 70,00 ng/mL
Hemoglobinopatias	FA	FA
Biotinidase Neonatal	ATIVA	ATIVA

Ao exame clínico, criança em regular estado geral, anictérico, acianótico, mucosas secas, fontanela algo deprimida, tempo de enchimento capilar de 4 segundos. FC: 140 bpm; FR: 40 irpm; PA: 72/40 mmHg; Saturação: 96% em ar ambiente. Restante do exame sem alteração.
Obtidos exames complementares, com os seguintes resultados:
ECG:

Intervalo QT corrigido: 0,38
Gasometria venosa: pH: 7,50; PaO_2: 40 mmHg, pCO_2: 45 mmHg, $HCO3^-$: 32 mEq/L, Saturação: 80%
Sódio 127 mEq/L; Cálcio iônico: 1,08; Potássio 3,0 mEq/L; Cloro 82 mEq/L.
Qual é o tratamento indicado para correção dos distúrbios hidroeletrolíticos apresentados?

A) Cloreto de potássio 19,1% 0,5mEq/kg endovenoso em 1 hora.
B) Gluconato de cálcio 10% 2mL/kg endovenoso em 5 a 10 minutos.
C) Hidrocortisona 100 mg/m^2 endovenoso em bolus.
D) Cloreto de sódio 0,9% 20 mL/kg endovenoso em 20 minutos.

Comentários:

Prof. Fernanda Badiani - Nefrologia

Coruja, essa questão traz o caso de um lactente de um mês que está sob investigação de alteração no teste do pezinho: ele possui IRT Neonatal elevada, que é um exame utilizado para triagem de fibrose cística!

A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva que cursa com diversas alterações sistêmicas que incluem infecções pulmonares de repetição, insuficiência pancreática e perda excessiva de *cloreto de sódio* no suor – esse é o ponto que temos que focar aqui nessa questão!

O lactente apresenta sinais de desidratação: mucosas secas, fontanela deprimida, tempo de enchimento capilar elevado, taquicardia, taquipneia e tendência a hipotensão. Todos esses sintomas podem ser secundários a perda de água e sódio no suor! Esse fenômeno é mais intenso em lactentes com aleitamento materno exclusivo pois o leito materno pode não ser fonte suficiente para repor todo o sódio perdido.

Os exames laboratoriais corroboram com o diagnóstico: a Alcalose metabólica (caracterizada por pH elevado + bicarbonato elevado), hiponatremia e hipocloremia – temos uma provável alcalose metabólica "de contração" (por perda de volume) e cloreto sensível (os baixos níveis de cloro sugerem a necessidade de repor NaCl – cloreto de sódio).

Os demais achados – hipocalcemia e hipocalemia – podem estar associados a alcalose metabólica cloreto-sensível!

Assim, a primeira conduta a ser tomada nesse momento é corrigir a gênese do problema: reposição de NaCl perdido no suor através da administração de soro fisiológico!

Analisando as alternativas, temos:

Incorreta a alternativa A: A correção da hipocalemia pode ser necessária se os níveis de potássio continuarem baixos após reposição volêmica – precisamos primeiro assegurar a volemia da nossa criança!

Incorreta a alternativa B: Semelhante a alternativa anterior, podemos indicar correção da hipocalcemia se houver persistência de níveis baixos de cálcio e após correção do status volêmico.

Incorreta a alternativa C: Não há indicação de corticoterapia no caso.

Correta a alternativa "D" O tratamento primordial é a correção da alcalose metabólica cloreto-sensível com reposição de soro fisiológico – este possui NaCl e apenas isso na sua fórmula!

52 - Menina, 5 anos de idade, previamente hígida, há 5 dias começou a apresentar lesões planas em membros inferiores. As lesões, representadas na imagem abaixo, não são pruriginosas, não são palpáveis e não desaparecem a digitopressão. Trazida pela mãe ao pronto atendimento, pois as lesões aumentaram e começaram a aparecer em outras partes do corpo. Nega qualquer outro sintoma associado e o restante do exame clínico não tem alterações.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual das alternativas abaixo contém opções de tratamento?

A) Hiperhidratação endovenosa e alopurinol, seguidos de quimioterapia.

B) Observação para casos mais leves, corticosteroide ou imunoglobulina para casos mais graves.

C) Vitamina K para casos mais leves, plasma fresco congelado para casos mais graves.

D) Expansão volêmica com NaCl 0,9% associada a cefalosporina de terceira geração.

Comentários:

Prof. Hugo Garrido e Prof. Rubens Zaltron - Hematologia

Perceba que a criança do quadro clínico possui petéquias sem outros achados no exame físico. Perceba também que a prova não divulgou o hemograma ou qualquer outro dado laboratorial sobre o paciente. Por isso mais do que nunca a anamnese e o exame físico são fundamentais. E as petéquias estão isoladas no contexto, não existe qualquer outro achado associado. Vamos as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Hidratação venosa e alopurinol, seguida de quimioterapia é o plano para uma leucemia aguda. Neste caso você pode encontrar plaquetopenia. Mas onde estão os blastos (típicas células de leucemia). Se não há blastos, não há leucemia aguda.

Correta a alternativa "B" Quadro típico de púrpura trombocitopênica imunológica (PTI). Petéquias isoladas, provavelmente associadas à plaquetopenia em hemograma (que deve ser solicitado). Púrpura sem outro achado associado, até que se prove o contrário é uma PTI. E quanto ao tratamento? Sem necessidade de intervenção caso plaquetas acima de 20.000mm^3. Contagens plaquetárias abaixo desse valor (mesmo que assintomáticas) ou sangramento abaixo de 50.000mm^3 são sugestivas da prescrição e Prednisona. Imunoglobulina é uma terapêutica adequada para plaquetas inferiores a 10.000mm^3, mesmo que assintomáticas.

Incorreta a alternativa C. Petéquias são típicas da hemostasia primária. Vitamina K para casos leves e plasma fresco congelado para os mais graves são indicados nas coagulopatias (hemostasia secundária). Logo não temos a descrição de sangramentos em tecidos profundos (como músculos e articulações).

Incorreta a alternativa D. Pacientes com plaquetopenia, se associados a febre e outros sintomas gripais, além dos clássicos sintomas neurológicos, poderiam se enquadrar como acometidos de meningite. Neste caso a expansão volêmica com NaCl 0,9%, associado a cefalosporina de 3ª geração, seria alternativa interessante. Mas a plaquetopenia é isolada. E sendo isolada não podemos dizer que é uma meningite.

53 - Menina, 8 anos de idade, portadora de anemia falciforme, foi admitida no serviço de emergência devido quadro de febre, dificuldade para respirar e dor em hemitórax direito há 1 dia. Feito radiografia de tórax com presença de consolidação segmentar em lobo inferior direito. Ao exame, paciente em regular estado geral, FC: 125 bpm, FR: 38 ipm, com tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula, saturação de 85% em ar ambiente, 92% em máscara não-reinalante. Resultados de exame com Hb: 6,8 g/dL, Ht: 18% (Hb basal de 7,5 g/dL). A paciente em questão tem história de ter apresentado anafilaxia em transfusão prévia de concentrado de hemácias. Com relação à indicação de hemocomponentes para essa paciente, qual das alternativas está correta?

A) Está indicado concentrado de hemácias lavado e desleucocitado.
B) Está indicado concentrado de hemácias irradiado.
C) Está indicado concentrado de hemácias sem modificação, mas com pré-medicação.
D) Não está indicado concentrado de hemácias neste momento.

Comentários:

Prof. Hugo Garrido e Prof. Rubens Zaltron - Hematologia

A anemia falciforme é uma anemia hemolítica hereditária, derivada de uma troca de aminoácidos nas cadeias de globinas. As hemácias consequentemente ficam em forma de foice. Entre as muitas consequências da doença, destaca-se a síndrome torácica aguda, a qual cursa com dor no peito e, muitas vezes, alterações radiológicas (até mesmo consolidação). No caso em discussão o paciente possui uma queda de hemoglobina de menos de 2g/dl, bem como o histórico de anafilaxia prévia. Vamos às alternativas.

Correta a alternativa "A" Perfeito. Apesar do histórico prévio de anafilaxia, paciente está em síndrome torácica aguda. E neste caso é necessário transfusão, pois o fato da síndrome torácica é mais grave que a queda de hemoglobina (que foi bem menor que 1g/dl). Para evitar eventos anafiláticos, a indicação é concentrado de hemácias desleucocitado e principalmente lavado (retirando respetivamente leucócitos e imunoglobulinas do concentrado).

Incorreta a alternativa B. Concentrado irradiado reduz o risco da reação enxerto contra o hospedeiro, e não está ligada diretamente à redução de reações anafiláticas.
Incorreta a alternativa C. A pré-medicação isolada é indicada após um episódio de quadro alérgico. Se a ocorrência foi de anafilaxia, apenas a pré-medicação não é suficiente. É necessário lavar o hemocomponente.
Incorreta a alternativa D. Cuidado com esta alternativa. Paciente não apresentou queda superior a 2g/dl de hemoglobina. Entretanto, estamos frente a uma emergência dentro da anemia falciforme. Por isso a gravidade justifica transfusão, mesmo com efeito adverso anterior relatado.

54 - Menino, 6 anos de idade, com diagnóstico prévio de asma, dá entrada em serviço de emergência referenciada transferido de unidade de pronto atendimento devido à crise asmática. A queixa é de desconforto respiratório há um dia, sem outros sintomas associados. No serviço de origem, o paciente foi admitido em regular estado geral, pálido, hipoativo, com fala entrecortada, FC: 140 bpm, FR: 45 irpm, $satO_2$: 92% em máscara não-reinalante, ausculta pulmonar globalmente diminuída, com tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática, intercostal e de fúrcula. Recebeu corticoide sistêmico, além de salbutamol e brometo de ipratrópio inalatórios por uma hora. Após essas medidas, o paciente chega ao serviço atual em regular estado geral, corado, FC: 145 bpm, FR 36 irpm, alerta e orientado, com ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente bilateralmente com sibilos difusos, tempo expiratório prolongado, tiragem subdiafragmática e intercostal, $satO_2$: 93% em máscara não-reinalante. A próxima medida a ser instituída deve ser:

A) Administrar salbutamol e ipratrópio inalatórios de 3 em 3 horas.
B) Sedar e proceder intubação orotraqueal.
C) Sedar e colocar em ventilação não invasiva.
D) Administrar sulfato de magnésio endovenoso.

Comentários:

Prof. Lígia Modelli - Pediatria

Querido, aluno! Questão sobre tratamento da exacerbação da asma.

Vamos relembrar o que é exacerbação?

É o aumento progressivo dos sintomas de dispneia, tosse, dor no peito e sibilos, podendo evoluir para insuficiência respiratória.

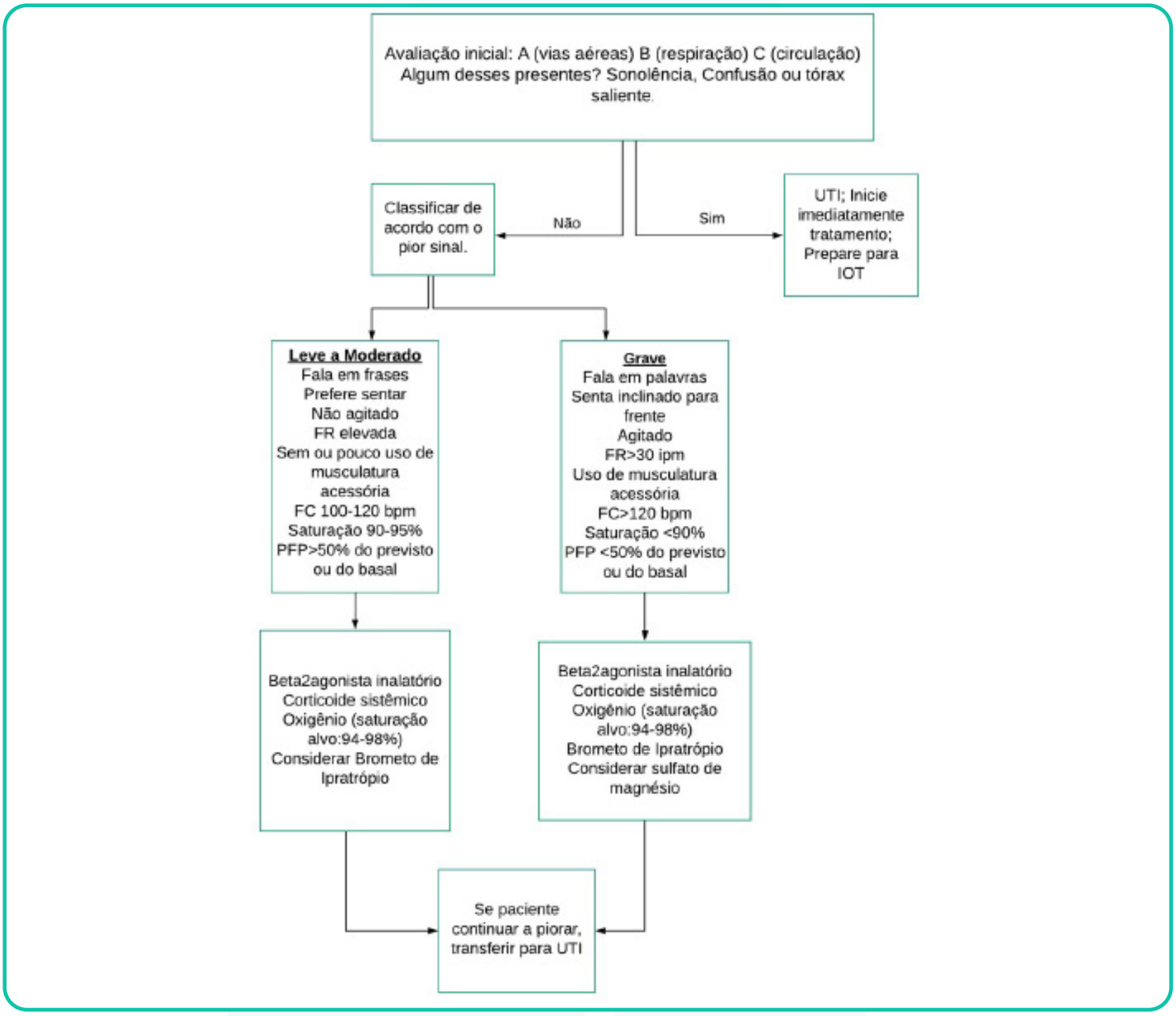
Devemos ficar atentos aos fatores desencadeantes da crise, como exposição a alérgenos, cigarros, infecções respiratórias virais, má adesão ao tratamento.

O manejo da asma exacerbada no serviço de emergência, precisa ser pautado no grau de gravidade do doente. Vamos classificar a gravidade do paciente?

Achados	Leve/moderada	Grave
Capacidade de falar	Frases	Palavras
Posição corporal	Prefere ficar sentado	Não consegue deitar
Estado mental	Normal	Agitado
Musculatura acessória	Não	Sim
Frequência cardíaca	<120 bpm	>120 bpm
Frequência respiratória	< 30 irpm	>30 irpm
Saturação	> 90%	< 90%
Peak Flow	>50% predito	< 50% do predito

Portanto, esse paciente apresenta crise grave de asma. Qual é o tratamento inicial?

O melhor tratamento é iniciar com beta agonista inalatório de curta duração, de 20 em 20 minutos na primeira hora, associado ao brometo de ipratrópio. Prescrever corticoide sistêmico ainda na primeira hora. O objetivo alvo é manter saturação entre 94% e 98%. Vamos sistematizar?



Após a primeira hora, reavaliar o paciente e reclassificá-lo.

Foi realizada esse primeiro atendimento de nosso paciente e o mesmo se manteve com uso de musculatura acessória, baixa saturação mesmo em uso de máscara não reinalante e taquidispneico. Portanto, qual o próximo passo? O sulfato de magnésio! Medicação que provoca broncodilatação, melhora a prova de função pulmonar e diminui a taxa de internação.

Incorreta a alternativa A. O paciente está em crise de asma grave, portanto, não devemos prescrever as inalações apenas de 3 em 3 horas.

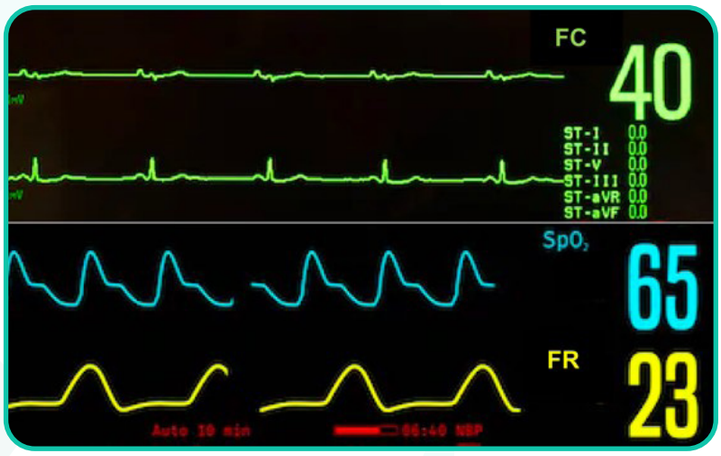
Incorretas as alternativas B e C. O paciente não deve ser intubado nesse momento, devemos tentar todas as medidas iniciais antes de indicar a intubação. O paciente seria intubado imediatamente se estivesse com gasping, alteração do sensório por hipóxia ou risco de morte iminente.

Correta a alternativa "D"

O sulfato de magnésio deve ser administrado nos pacientes com exacerbação grave de asma que não responderam ao tratamento inicial (oxigenoterapia, beta2 agonista de curta duração, brometo de ipratrópio e corticoide sistêmico).

55 - Menino, 3 meses de idade, com antecedente de Síndrome de Down, em seguimento regular com endocrinologista e cardiologista por hipotireoidismo e comunicação interatrial, em uso contínuo de levotiroxina, sulfato ferroso e vitamina D. Foi internado hoje devido a um quadro de bronquiolite. Na admissão apresentava FR: 68 irpm, $satO_2$: 89% em ar ambiente, tiragens subdiafragmática e intercostal, sendo colocado em cateter nasal de alto fluxo. Os alarmes do monitor tocaram apresentando os seguintes parâmetros:

A conduta imediata é:



A) Desfibrilação com carga de 2 J/kg.

B) Administração de atropina endovenosa.

C) Iniciar ventilações assistidas.

D) Inserção de marca-passo transcutâneo.

Comentários:

Prof. Lígia Modelli - Pediatria

O paciente do texto foi internado devido a um quadro de bronquiolite, com desconforto respiratório importante, dessaturando, além de ser um paciente de alto risco para evoluir mal por conta de doenças subjacentes.

A criança foi colocada em cateter de alto fluxo, contudo, paciente continuou a dessaturar e evoluiu com presença de bradicardia sinusal. Portanto, perceba que a bradicardia foi decorrente de hipóxia e não de um problema cardíaco. Lembre-se que a principal causa de parada cardiorrespiratória (PCR) em crianças é a evolução de uma insuficiência respiratória. Se esse paciente não for manejado adequadamente, poderá evoluir para uma PCR. Dessa forma, como o paciente está com um quadro de insuficiência respiratória, devemos iniciar ventilações imediatamente.

Incorreta a alternativa A. Só devemos realizar desfibrilação se paciente em PCR. Ao observamos o monitor cardíaco, percebemos que o paciente tem presença de frequência respiratória e não tem ritmo de parada cardiorrespiratória (os ritmos de PCR que seriam passíveis de desfibrilação seriam: fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso). O ritmo observado no monitor cardíaco é de bradicardia sinusal.

Correta a alternativa "C" Como paciente apresenta insuficiência respiratória, devemos iniciar ventilações assistidas.

Incorretas as alternativas B e D. O paciente tem bradicardia devido a insuficiência respiratória e não cardíaca, portanto não devemos fazer atropina ou marca-passo nesse momento.

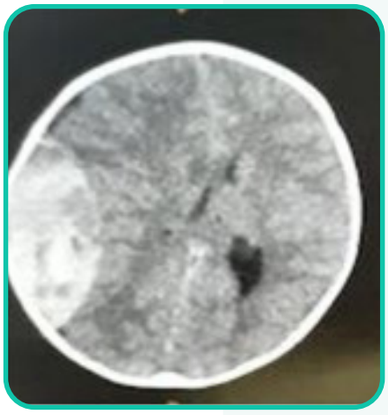
56 - Menino, 10 meses de idade, é trazido ao serviço de emergência pela mãe devido quadro de sonolência há um dia e crises convulsivas. Mãe refere que o menor caiu do berço há alguns dias (altura de cerca de 90 cm) e machucou o pescoço, as costas e a barriga (imagens 1, 2, 3, respectivamente).

Fonte: http://medscape.com/

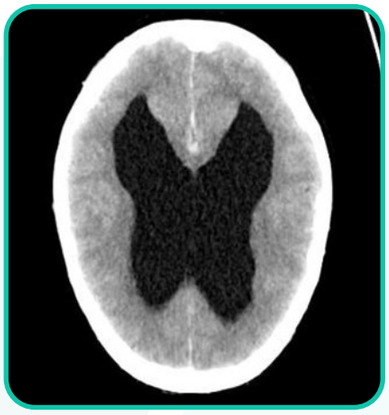
Questionada sobre antecedentes pessoais, mãe refere história de episódios prolongados de choro e irritabilidade desde o nascimento. Ainda não senta sem apoio e não balbucia. Não faz seguimento pediátrico.

Após estabilização inicial, uma tomografia de crânio foi solicitada. Qual das imagens abaixo é a mais compatível com o quadro?

A)



C)



B)

D)

Comentários:

Prof. David Nordon - Ortopedia

Discussão sobre a questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Capacidade de diagnosticar maus-tratos e correlacionar ao achado de imagem esperado.

O que você precisa saber para responder essa pergunta?

Maus tratos

A criança que sofre de maus-tratos pode sofrer por agressão (verbal, física ou psicológica) ou simplesmente negligência.

São sinais de maus-tratos: lesões em diversos estágios de cicatrização (hematomas e equimoses – particularmente na nuca, costas, abdome e coxas –, mordeduras, queimaduras – em especial na forma de ferro, numulares como bituca de cigarro, ou dos pés e nádegas – como se a criança tivesse sido colocada sentada, contra a vontade, em água fervente); múltiplas fraturas em vários estágios de consolidação; fraturas de alto risco; hematoma subdural; hemorragias retinianas; alterações comportamentais da criança (triste, arredia, agressiva, irritadiça, queda do rendimento escolar).

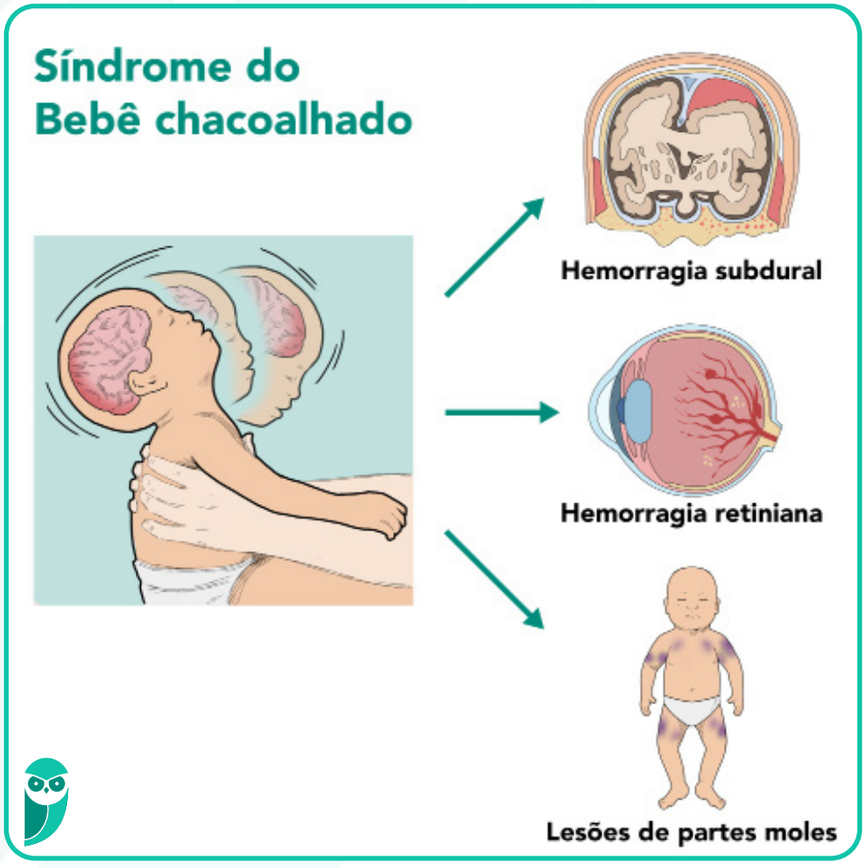
A combinação de **hemorragia retiniana, hematoma subdural e lesões de partes moles** forma o diagnóstico da SBC, que pode ser fatal. Ela ocorre pelo movimento *violento* de chacoalhar a criança para frente e para trás, causando trauma cerebral com lesão axonal difusa, hemorragia e edema. A hemorragia retiniana é marcante desta condição. Em **provas, *hemorragia retiniana = maus tratos***. Porém, na prática, não é um sinal patognomônico.

Suspeitados maus-tratos, a criança deve ser internada para sua própria proteção (além do tratamento das lesões), e o conselho tutelar ou a vara da infância devem ser notificados.

Sobre a questão:

Trata-se de uma questão muito interessante e muito bem elaborada. Note as informações que ela nos traz:

Uma criança de 10 meses, chorosa e irritável desde o nascimento, com atraso do desenvolvimento psicomotor e sem acompanhamento pediátrico. Isso chama muito a atenção para negligência.



Apresenta lesões compatíveis com tapas, mordidas e uma lesão na região posterior do pescoço possivelmente por estrangulamento. Note: é uma região que as crianças não machucam normalmente.

Diante disso, deve-se suspeitar de maus-tratos. Na sequência, além dos maus tratos, lembre-se da síndrome do bebê chacoalhado, em que há hemorragia retiniana, hematoma subdural e lesão de partes moles.

Assim, o objetivo é identificar um hematoma subdural nas imagens.

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A: trata-se de um hematoma extradural, como se vê pela lâmina biconvexa.

Correta a alternativa "B" esse é um hematoma subdural de aspecto mais crônico; note que a criança se machucou há alguns dias.

Incorreta a alternativa C: esta é uma ventriculomegalia e está aqui para confundir quem ficou pensando sobre o atraso neuropsicomotor – que é uma sequela direta do bebê chacoalhado.

Incorreta a alternativa D: esse é provavelmente um meduloblastoma pegando a fossa posterior.

57 - Menina, 7 meses de idade, previamente hígida, está internada em enfermaria devido a doença diarreica aguda. Há 4 dias, iniciada febre de até 38,3ºC associada a vômitos e diarreia, com 7 a 8 episódios de fezes líquidas sem muco ou sangue. Há 2 dias, deu entrada no Pronto-Socorro com quadro de desidratação grave, recebeu expansão endovenosa, e foi mantida internada com soroterapia endovenosa devido à baixa aceitação alimentar. A soroterapia foi suspensa ontem e hoje a criança está em bom estado geral, hidratada, sem nenhuma alteração ao exame clínico, já em programação de alta hospitalar. A mãe refere que a aceitação oral foi recuperada, e que ainda apresenta 2 a 3 episódios de fezes semipastosas, já sem vômitos e sem novas queixas. Nos controles de enfermagem, notados 2 picos febris acima de 39,0ºC nesta madrugada, sendo que a paciente já estava afebril há 72 horas. O exame que mais provavelmente revelará a causa do retorno da febre é:

A) Cultura de fezes.
B) Pesquisa de vírus respiratórios.
C) Protoparasitológico de fezes.
D) Cultura de urina.

Comentários:

Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria

Caro aluno,

Vamos organizar os dados do enunciado:

- Lactente de 7 meses;
- Diarreia febre e vômitos há 4 dias sem muco ou sangue;
- Internada por desidratação resolvida;
- Melhora da diarreia e da aceitação alimentar;
- Afebril há 72 horas; e
- Febre elevada desde a madrugada.

Podemos observar que essa lactente teve um quadro de diarreia de origem presumidamente viral pois não apresentava muco ou sangue nas fezes e apresentou melhora espontânea sem a necessidade de antibioticoterapia. Após 72 horas afebril, passou a apresentar febre novamente sem sinais de piora da diarreia.

Lactentes do sexo feminino com diarreia são mais predispostos a apresentar infecção de trato urinário devido à proximidade da uretra com o canal anal e, também, pelo aumento do número de evacuações observadas na diarreia. A presença de fezes nas fraldas pode facilitar a colonização da uretra por bactérias colônicas que são o principal agente das infecções de trato urinário (ITU) nessa faixa etária.

Além disso, a ITU é uma das principais causas de febre sem sinais localizatórios na faixa etária dos lactentes.

O método padrão ouro para o diagnóstico de ITU é a urocultura colhida por técnica adequada. Em lactentes sem controle do esfíncter vesical, a coleta de urocultura deve ser realizada por técnicas invasivas como a punção suprapúbica ou sondagem vesical.

Sendo assim, neste momento é indicada a coleta de urocultura por sondagem vesical ou punção suprapúbica para esclarecimento da origem da febre.

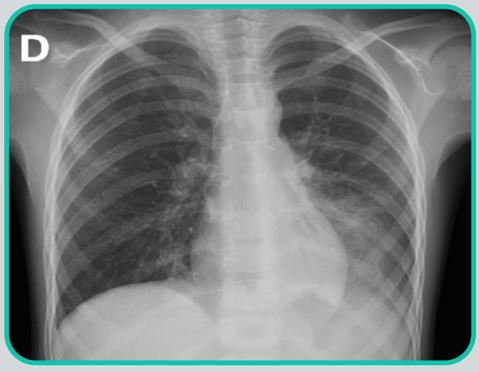
Incorreta a alternativa A, porque esta lactente apresentou melhora da diarreia de forma espontânea sem necessidade de antibioticoterapia, indicando que a causa era viral.

Incorreta a alternativa B, porque a lactente não apresenta sintomas respiratórios associados à febre.

Incorreta a alternativa C, porque as verminoses geralmente não causam febre.

Correta a alternativa "D" porque a principal hipótese diagnóstica para a causa da febre é a ITU.

58 - Menino, 7 anos de idade, previamente hígido, está internado em enfermaria devido à crise asmática associada a pneumonia. Foi internado devido a hipoxemia, estando em ar ambiente há 24 horas. É o quinto dia de internação, mas mantém picos febris diários, hoje com 38,4ºC. Está em uso de ampicilina endovenosa, prednisolona oral e salbutamol inalatório. Ao exame clínico, criança em bom estado geral, com ausculta pulmonar com discretos sibilos, sem sinais de desconforto respiratório, com sopro tubário no terço médio de hemitórax esquerdo e redução de ausculta na base esquerda. Sem outras alterações ao exame clínico. Mãe nota criança mais ativa, com melhora do estado geral e da aceitação alimentar. O paciente colheu exames na entrada, e tem exames de hoje, conforme tabela abaixo. A conduta indicada neste momento é:

	Há 4 dias	Hoje
Radiografia de tórax		
Hb	12,4 g/dL	12,0 g/dL
Ht	36,9%	36,5%
Leucócitos	15.530	12.670
Segmentados	69,7%	29,2%
Eosinófilos	0,0%	0,3%
Basófilos	0,3%	2,3%
Linfócitos	19,6%	64,8%
Monócitos	10,4%	3,4%
Plaquetas	444.000	407.000
Proteína C reativa	35,9 mg/L	9,2 mg/L
USG tórax	Consolidação na base do pulmão esquerdo, associada a derrame pleural simples com espessura máxima de 0,7 cm.	Consolidação na base do pulmão esquerdo, associada a derrame pleural simples com espessura máxima de 0,5 cm.

A) Manter a internação hospitalar e o tratamento atual.

B) Modificar o esquema terapêutico para ceftriaxone e claritromicina.

C) Indicar a drenagem torácica devido a persistência da febre.

D) Ampliar a investigação infecciosa com coleta de cultura de urina.

Comentários:

Prof. Raquel Quiles - Pediatria

Caro colega, o tema das pneumonias (ou broncopneumonias, BCP) "bomba" nas provas de Residência. **Fique atento!**

Nesse caso, temos um menino de 7 anos, previamente hígido, que está no 5º dia de internação por uma crise asmática associada à pneumonia e mantém picos febris diários. Foi internado por hipoxemia, segundo o enunciado, porém nos exames do primeiro dia vemos, além de um hemograma com leucocitose (leucócitos: 15.530), com neutrofilia (69.7% de segmentados) e de um PCR bem aumentado de 35,9 mg/L, um USG com consolidação na base esquerda, associada a um derrame pleural (DP) simples com espessura máxima de 0,7 cm, ou seja, ele tem a complicação mais frequente das pneumonias comunitárias (o DP) e que também indicaria internação. No Raio X observamos uma opacificação de base esquerda e há um discreto apagamento do seio costofrênico esquerdo, que confirmamos pela descrição do USG se tratar do DP. Lembrando que as complicações são mais frequentes nas pneumonias "típicas" bacterianas.

Está em uso de **ampicilina**, que é um antibiótico adequado (assim como a **penicilina cristalina)** para o agente etiológico mais frequente nesses casos, **o pneumococo (*Streptococcus pneumoniae)*, em quase todas as faixas etárias, exceto no recém-nascido! Observação:** Devemos associar a gentamicina (à ampicilina ou à penicilina) nos menores de dois meses.

Nos exames do 5º dia, vemos uma melhora da leucocitose e do PCR (caíram para 12.670 e 9,2, respectivamente), que são compatíveis com a melhora clínica também relatada pela mãe: **a criança está mais ativa, com melhora do estado geral e da aceitação alimentar**, portanto a criança está melhorando e devemos manter o tratamento, sabendo que o **derrame pleural é uma complicação que mantém a febre por um tempo mais prolongado!**

Cuidado: A febre no DP pode ser mais persistente pelo próprio processo infeccioso e inflamatório mais severo e isso não quer dizer falha terapêutica, como nesse caso!

É importante saber que a **toracocentese** está indicada **nos casos de derrame pleural** sempre que possível (nesse caso, como era muito pequeno, não foi puncionável), para que possamos analisar o líquido pleural obtido bacteriológica e bioquimicamente. A **drenagem torácica** em selo d'água deve ser feita quando a toracocentese indicar um **derrame parapneumônico complicado**: **bactéria no Gram (ou cultura)**, ou análise bioquímica com **pH < 7,1** (em adultos pH < 7,2), **glicose < 40mg/dl** e/ou **DHL > 1000 ou com aspecto purulento (empiema).**

Correta a alternativa "A" Manter a internação hospitalar (pois ainda temos a criança com febre e com o DP) e o tratamento atual, que está sendo efetivo.

Incorreta a alternativa B, porque não pensamos em falha terapêutica para trocar para ceftriaxone, uma vez que a criança está melhorando clinicamente e laboratorialmente e não precisamos associar a claritromicina, que seria para cobrir germes atípicos (micoplasma é o principal), porque estes não costumam dar complicações, nem leucocitose e aumento de PCR significativos, como nesse caso.

Incorreta a alternativa C, porque a indicação da drenagem torácica, conforme explicamos acima, depende das características da toracocentese, que não foi feita no momento inicial e, agora, temos uma melhora e diminuição do DP.

Incorreta a alternativa D, porque a coleta de cultura de urina seria para investigação de infecção do trato urinário (ITU) e não podemos pensar nessa hipótese nesse paciente de 7 anos, previamente hígido, que não tem sintomas urinários!

59 - Menina, 8 anos de idade, há dois dias iniciou quadro de dor intensa no ouvido, que piora com qualquer manipulação no local e saída de secreção purulenta malcheirosa. Tem antecedente de dermatite atópica, refere fazer natação duas vezes por semana e tem o hábito de higienizar os ouvidos com cotonete. Segue abaixo uma imagem da inspeção do local.

Qual é o agente etiológico mais provável?

A) *Haemophilus Influenzae.*
B) *Staphylococcus epidermidis.*
C) *Streptococcus pneumoniae.*
D) *Pseudomonas aeruginosa.*

Comentários:

Prof. Diógenes Paiva - Otorrinolaringologia

Correta a alternativa "D"

A USP-SP cobrou um quadro clínico clássico da famosa otite externa, incluindo a descrição de importantes fatores de risco no enunciado.

A otite externa refere-se à inflamação do pavilhão auricular e do conduto auditivo externo. Doenças infecciosas, alérgicas e dermatológicas podem levar à otite externa, mas a infecção bacteriana é a causa mais comum.

Podem ocorrer em todas as faixas etárias, mas a frequência de consultas por esta patologia é maior na infância e diminui com a idade.

É mais provável de ocorrer no verão, em comparação com os meses de inverno. Isso pode se relacionar com o aumento da umidade do ambiente, bem como a participação em atividades aquáticas ao ar livre. Neste caso, foi descrito a frequência duas vezes por semana na natação.

A limpeza frequente do conduto auditivo com cotonete, também descrita no enunciado, tira a barreira de proteção realizada pelo cerume, predispondo a essa infecção. Por fim, a dermatite atópica leva à descamação e prurido otológico, estimulando ainda mais a limpeza inadequada do conduto, bem como fragilizando a pele desta região e facilitando episódios de otite externa.

As bactérias mais frequentemente envolvidas na otite externa, nesta ordem, são: ***Pseudomonas aeruginosas****, Staphylococcus epidermidis e Staphylococcus aureus.* Por isso que a alternativa correta foi a letra D.

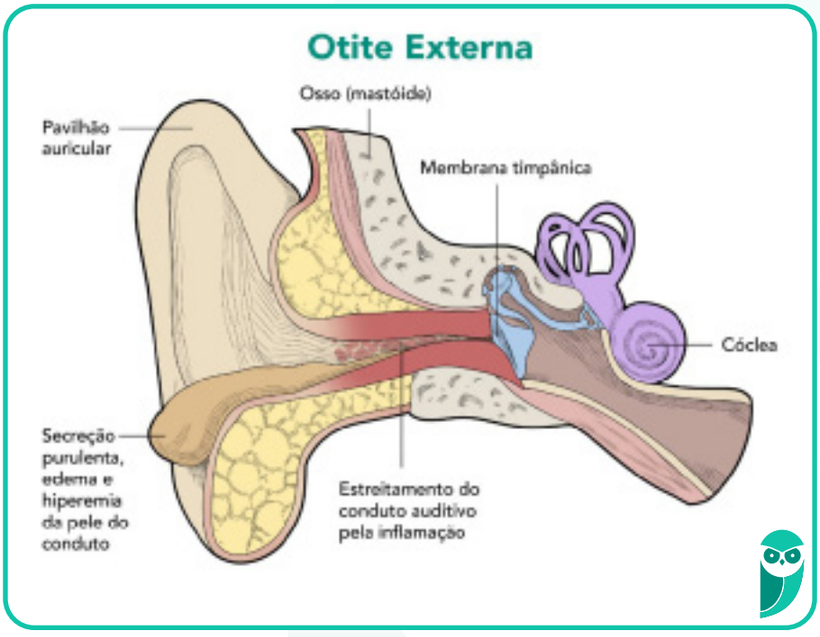
O principal sintoma clínico associado à otite externa é uma **otalgia que piora à manipulação do pavilhão auricular ou conduto auditivo.**

Essa manipulação também pode vir "disfarçada" em alguns enunciados, como descrevendo que a criança sentiu dor após remover a camiseta.

Como é frequente a formação de edema e secreção purulenta no conduto auditivo externo, podemos verificar o desenvolvimento de uma diminuição da audição (hipoacusia) condutiva.

Além disso, esses pacientes apresentam-se na maioria das vezes com queixas restritas ao conduto auditivo externo, sem apresentar febre nem outros sintomas nas vias aéreas superiores.

O exame físico pode ser prejudicado pela dor à manipulação do pavilhão auricular, do trágus ou do conduto auditivo externo. Mas, frequentemente revela edema e hiperemia da pele do conduto, podendo estar associada à já referida secreção purulenta.



Esse edema pode prejudicar a visibilização da membrana timpânica. Esta deverá apresentar-se dentro da normalidade, sem abaulamentos, perfurações ou hiperemia nesse tipo de otite.

O diagnóstico de otite externa é clínico, baseado nos sinais e sintomas descritos acima. Não realizamos exames complementares nem utilizamos a cultura da secreção para os casos leves e moderados.

Tomamos esta conduta porque o teste terapêutico com antibióticos tópicos comparado ao tempo de demora do exame mais o custo de sua execução, contraindicam uma confirmação bacteriológica.

O diagnóstico de otite externa é clínico, com base em histórico característico e exame físico.

O tratamento das infecções leves a moderadas é com **preparações tópicas à base de antibiótico, corticoide e analgésico.**

Finalmente, o objeto de avaliação da questão, que foi o agente etiológico e a avaliação dos fatores de risco.

Incorreta a alternativa A. O *Haemophilus influenzae* é encontrado como o segundo agente etiológico mais frequente da otite média aguda, e não da otite externa. Pode causar associação da referida otite com conjuntivite.

Incorreta a alternativa B. O *Staphylococcus epidermidis* pode ser um causador da otite externa, mas é menos prevalente que a *Pseudomonas aeruginosa.*

Incorreta a alternativa C. O *Streptococcus pneumoniae* é o principal agente etiológico da otite média aguda (guarde este conhecimento), mas não apresenta relação com a otite externa.

60 - Menina, 3 anos de idade e 92 cm de estatura, está realizando a primeira medida de pressão arterial da vida. Ela não apresenta obesidade ou qualquer outra comorbidade. O pai é hipertenso, com diagnóstico realizado aos 20 anos de idade. O valor da pressão arterial no membro superior direito foi de 114 x 78 mmHg (média de 3 medidas pelo método auscultatório). No braço esquerdo, o valor foi de 116 x 80 mmHg e, na coxa esquerda, foi de 94 x 58 mmHg. As referências de pressão arterial para a idade estão apresentadas na tabela a seguir.

Tabela 2. Percentis de Pressão Arterial Sistêmica para Meninas por idade e Percentis de Estatura

		Pressão Arterial Sistólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)							Pressão Arterial Diastólica (mmHg) Percentis da Estatura ou Medida da Estatura (cm)						
3	Estatura (cm)	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6	91	92,4	94,9	97,6	100,5	103,1	104,6
	P50	88	89	89	90	91	92	93	48	48	49	.50	51	53	53
	P90	.102	103	104	.104	105	106	107	60	61	61	62	63	64	65
	P95	106	106	107	108	109	110	110	64	65	65	66	.67	68	69
	P95 + 12 mmHg	118	118	119	120	121	122	122	76	77	77	78	.79	80	81

A conduta indicada na consulta de hoje é realizar:

A) Nova medida de pressão arterial em 4 a 6 semanas.
B) Estudo angiográfico da aorta torácica e abdominal.
C) Dosagem de cortisol, renina e ácido vanil-mandélico.
D) Ultrassonografia com Doppler de rins e vias urinárias.

Comentários:

Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria

Caro aluno,

Vamos organizar os dados do enunciado:

- Menina de 3 anos;
- Pai hipertenso;
- PA membro superior direito: 114/78mmHg;
- PA membro superior esquerdo 116/80 mmHg; e
- PA coxa esquerda 94/58 mmHg.

Observamos que essa pré-escolar apresenta valores altos (acima do percentil 95) de pressão arterial de acordo com a tabela fornecida, mas o que mais chama nossa atenção deve ser o elevado gradiente de pressão observado entre os membros superiores e o membro inferior.

Crianças abaixo dos 10 anos de idade com hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresentam uma alta probabilidade de que a hipertensão seja secundária. As causas renais são a mais frequentes e a coarctação de aorta é a segunda causa mais frequente.

Sendo assim, esse gradiente elevado provavelmente é decorrente de uma coarctação de aorta que não foi diagnosticada ao nascimento.

O melhor exame para avaliação dessa condição é o estudo angiográfico de aorta torácica e abdominal, que deve revelar algum estreitamento da artéria aorta como causa da hipertensão arterial.

Incorreta a alternativa A, porque já existe evidência de causa secundária para a hipertensão arterial, sendo necessária a investigação imediata.

Correta a alternativa "B" porque o estudo angiográfico deve confirmar a principal suspeita que é coarctação de aorta.

Incorreta a alternativa C. porque não há sintomas de síndrome de Cushing. como estrias vinhosas e face de lua cheia, ou de tumores como causa de HAS.

Incorreta a alternativa "D" porque não há evidência de alterações renais no exame físico dessa paciente.

61 - Menina, 9 meses de idade, nascida a termo, com peso adequado para idade gestacional, sem intercorrências na gravidez ou no parto. Trazida pela mãe ao ambulatório para consulta pediátrica. Mãe sem queixas e nega alterações desde última consulta. Qual achado de exame físico demonstraria possível atraso de desenvolvimento neuropsicomotor?

A) Não fica em pé sem apoio.

B) Não consegue engatinhar.

C) Não ajuda ao ser levantada pelos braços do decúbito dorsal.

D) Não fala palavras isoladas.

Comentários:

Prof. Lígia Modelli - Pediatria

Querido aluno, as questões sobre o desenvolvimento infantil fazem menção principalmente aos marcos e seus limites de idade. É necessário ter em mente que o desenvolvimento neuropsicomotor faz-se de forma craniocaudal e proximal distal. As funções tornam-se cada vez mais complexas. Vamos julgar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Aos 9 meses não é esperado que uma criança fique em pé sem apoio. Uma vez que o desenvolvimento motor ocorre de forma craniocaudal, primeiro a criança tem controle do pescoço aos 4 meses, do tronco a partir dos 6 meses e começa a levantar-se sozinha apenas aos 12 meses de idade, veja:

Incorreta a alternativa B. A criança inicia o engatinhar **a partir dos** 9 meses de idade.

Correta a alternativa "C" A criança começa a ajudar ao ser levantada em decúbito dorsal quando inicia-se o controle do seu tronco, aproximadamente aos 5 meses de idade. Portanto, uma criança que ainda não tem esse marco aos 9 meses de idade tem atraso do desenvolvimento. Aos 9 meses a criança já deve estar sentando sozinha.

Incorreta a alternativa "D". A criança só consegue falar uma ou duas palavras com 12 meses de idade, veja:

LINGUAGEM	
1 MÊS	Sons guturais
2 MESES	Sorriso social
3 MESES	Grita
4 MESES	Vocalização
7 MESES	Lalação
10 MESES	Atende ao próprio nome; Junta 2 sílabas (ma-ma)
12 MESES	Fala 1 ou 2 palavras com sentindo

62 - Menino, 11 anos e 6 meses de idade, está em consulta ambulatorial de rotina. Os pais estão preocupados pois ele é o mais baixo da sala de aula e ainda não apresenta nenhum marco puberal. Refere alimentação balanceada e equilibrada, faz atividade física regular 3 vezes por semana (judô). Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Sem alterações relevantes no exame clínico, estádio puberal G1 P1. Estatura de 130 cm (Curva OMS escore Z entre -3 e -2), índice de massa corpórea de 17,2 kg/m^2 (Curva OMS escore Z = 0). Na última consulta, realizada há 6 meses, ele apresentava estatura de 127 cm. O pai tem estatura de 182 cm. A mãe tem estatura de 169 cm e refere que apresentou a menarca com 13 anos. O paciente realizou radiografia de punho esquerdo na semana passada, com idade óssea compatível com 9 anos. Qual é a principal hipótese diagnóstica?

A) Puberdade atrasada.
B) Hipotireoidismo adquirido.
C) Deficiência de hormônio de crescimento.
D) Retardo constitucional do crescimento.

Comentários:

Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria

Caro aluno,

Podemos observar que se trata de um escolar que não apresenta sinais puberais, que tem baixa estatura com alvo genético adequado, velocidade de crescimento normal e atraso na idade óssea.

O cálculo do alvo genético é feito através da seguinte fórmula:

Considera-se normal, quando a idade óssea se apresenta com ± 2 anos de diferença com a idade cronológica.

Além disso, quando calculamos a velocidade de crescimento, este apresenta crescimento de 6cm/ano, sendo considerado normal de 5 a 7 cm/ano em pré-púberes.

Organizando os dados do enunciado temos:

- Menino de 11 anos e 6 meses;
- Queixa de baixa estatura;
- G1P1 normal (9 aos 14 anos);
- Alimentação adequada;
- Sem antecedentes patológicos;
- Escore Z para estatura entre -2 e -3 (baixa estatura);
- IMC adequado;
- VC adequada de 6cm/ano (normal de 5 a 7 cm/ano);
- Alvo genético calculado 182cm;
- Idade óssea com atraso de 2 anos e meio (normal até 2 anos de atraso); e
- Menarca materna aos 13 anos.

O retardo constitucional do crescimento e puberdade é uma variante da normalidade onde se observa baixa estatura com adequada velocidade de crescimento, atraso para o início da puberdade, atraso da idade óssea, alvo genético adequado, podendo ser observada história de atraso puberal na família.

São crianças que demoram muito para iniciar seu estirão, mas que apresentam um prognóstico favorável em relação à estatura final.

Incorreta a alternativa A, porque a puberdade normal para o menino ocorre entre os 9 e os 14 anos de vida e esse menino tem 11 anos e 6 meses de vida.

Incorreta a alternativa B, porque não foram evidenciados sinais de intolerância ao frio, constipação intestinal, rendimento escolar prejudicado, pele seca. Além disso, deficiências hormonais causam baixa velocidade de crescimento.

Incorreta a alternativa C, deficiência de GH causa baixa velocidade de crescimento e essa criança tem velocidade de crescimento normal.

Correta a alternativa "D" porque no retardo constitucional do crescimento e puberdade há baixa estatura, com alvo genético adequado, boa velocidade de crescimento e atraso de idade óssea.

63 - Menina, 9 anos de idade, vem à consulta de rotina. O pai está preocupado pois recentemente notou uma nodulação na mama direita da filha. Relata que avó paterna faleceu de câncer de mama aos 49 anos. Ao exame clínico nota-se uma elevação da aréola e papila a direita, formando uma pequena saliência, com palpação fibroelástica. Sem alterações do lado esquerdo. Sem outras alterações ao exame clínico. A conduta é:

A) Solicitar ultrassonografia de mama.
B) Solicitar prolactina, TSH e cortisol.
C) Manter conduta expectante.
D) Realizar punção aspirativa por agulha fina.

Comentários:

Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria

Caro aluno,

- **Caso clínico:**
- Menina de 9 anos
- Telarca unilateral recente (conduta expectante)
- Aspecto fibroelástico
- História de câncer de mama na família do pai.

A puberdade no sexo feminino é esperada entre os 8 e os 13 anos de vida. O primeiro evento puberal esperado nas meninas é a telarca.

A telarca pode ter início em uma das mamas e, depois de alguns meses, desenvolver-se na mama contralateral. Esse é um evento muito frequente que não necessita de investigação ou intervenção, pois na maioria das vezes não é um achado patológico.

Além disso, a consistência da mama desta menina é fibroelástica, indicando uma condição benigna.

Incorreta a alternativa A assimetria de mama é considerada um evento normal durante a puberdade, sem necessidade de investigação por imagem.

Incorreta a alternativa B, porque a criança está na faixa esperada para o desenvolvimento da telarca e não há motivo para se suspeitar de prolactinoma, hipotireoidismo e outras doenças endocrinológicas.

Correta a alternativa "C" porque, por tratar-se de um evento normal para a idade, a conduta deve ser expectante.

Incorreta a alternativa D,porque a idade é compatível com telarca e a característica da mama é normal à palpação.

64 - Menino, 4 anos de idade, comparece na Unidade Básica de Saúde para consulta de rotina. Ao exame clínico, os índices antropométricos na curva da OMS foram: escore z de peso para idade = +2,1; escore z de estatura para idade = -1,9; escore z de índice de massa corpórea (IMCz) = +3,3. De acordo com a classificação da OMS-2006, os parâmetros antropométricos verificados são classificados respectivamente como:

A) Peso elevado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade.
B) Peso adequado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
C) Peso elevado para a idade, estatura baixa para a idade e obesidade grave.
D) Peso adequado para a idade, estatura adequada para a idade e obesidade.

Comentários:

Prof. Andrea Makssoudian - Pediatria

Caro aluno,

Esta questão exige conhecimentos sobre como o diagnóstico nutricional é feito, levando em conta as curvas da OMS.

Para isso utilizaremos as tabelas extraídas da OMS, veja:

1 Peso para a idade

Percentil	Escore Z	Zero a 10 anos incompletos
<Percentil 0,1	<Escore-Z -3	Muito baixo peso para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-Z -3 e < Escore-Z -2	Baixo peso para a idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-Z -2 e ≤ Escore-Z +2	Peso adequado para a idade
> Percentil 97	> Escore-Z +2	Peso elevado para a idade

A criança encontra-se no escore Z de peso para idade de +2,1, indicando **peso elevado para a idade**.

2 Estatura para a idade:

VALORES CRÍTICOS		Diagnóstico Nutricional
< Percentil 0,1	< escore-Z -3	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ escore-Z -3 e < escore-Z -2	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3	≥ escore-Z -2	Estatura adequada para a idade

A criança se encontra no escore Z de estatura para idade de -1,9, indicando **estatura adequada para a idade**.

3 IMC para a idade:

Percentil	Escore Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
≥ 3 e ≤ 85	≥ -2 e ≤ +1	Eutrofia	Eutrofia
> 85 ≤ 97	> +1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> 97 e ≤ 99,9	> +2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> 99,9	> +3	Obesidade	Obesidade grave

A criança se encontra no escore Z de IMC para idade de +3,3, indicando **obesidade.**

Correta a alternativa "A" porque mencionou os diagnósticos nutricionais corretos.

Incorretas as alternativas B, C e porque não mencionou a sequência correta dos diagnósticos nutricionais.

65 - Menina, 3 meses de idade, está em consulta de puericultura. No exame clínico, foi suspeitado da presença de estrabismo. Colocado um feixe de luz na frente dos olhos, observa-se o reflexo luminoso como demonstrado na figura abaixo. Frente a este achado, qual é o diagnóstico e a conduta adequada?

A) Estrabismo transitório, encaminhar ao oftalmologista se persistir aos 12 meses de vida.

B) Pseudoestrabismo devido a epicanto, sem conduta específica.

C) Estrabismo convergente, encaminhar imediatamente para avaliação com oftalmologista.

D) Estrabismo verdadeiro, solicitar tomografia computadorizada de crânio.

Comentários:

Prof. Evelyn Ciuffo - Oftalmologia

Nos últimos anos, a USP sempre vem cobrando pelo menos uma questão de oftalmologia na prova e, dessa vez, ela veio dentro do bloco de Pediatria. Não foi uma questão com nível de dificuldade elevado, mas o candidato tinha que ter uma noção mínima sobre estrabismo. O estrabismo tem por definição a falta de paralelismo dos eixos visuais, consequência de um desvio monocular ou binocular, sendo por isso importante o estudo do reflexo pupilar. Ele pode surgir na infância ou na idade adulta e ter diversas causas. Quando surge na infância, deve ser tratado o mais rapidamente possível, já que é um dos principais fatores de risco para a ambliopia (diminuição da acuidade visual secundária à falta de estímulo visual).

Na imagem da questão podemos perceber que o reflexo luminoso se encontra bem no centro da pupila em ambos os olhos, demonstrando um paralelismo ocular bilateral, o que exclui a hipótese de estrabismo. Mas, ainda assim, olhando para a imagem, temos uma "sensação" de que os olhos da criança encontram-se desviados para dentro (esotropia). E por que isso acontece ? Essa falsa sensação de estrabismo (pseudoestrabismo) é decorrente da presença do epicanto, uma anomalia do desenvolvimento das pálpebras caracterizada por uma prega semilunar de pele no canto medial, cuja concavidade está voltada para o canto interno das pálpebras. As dobras epicânticas são comuns em recém-nascidos e podem dar a impressão equivocada de esotropia.

Incorreta a alternativa A. A presença do reflexo luminoso centrado da pupila exclui a hipótese de estrabismo verdadeiro. Vale ressaltar que, na presença de estrabismo na infância, a criança deve ser imediatamente encaminhada para o oftalmologista para investigação das possíveis causas, o que também tornaria essa alternativa incorreta.

Correta a alternativa "B"

Como comentado acima, a criança apresenta epicanto, que dá uma impressão equivocada de esotropia (pseudoestrabismo).

Incorreta a alternativa C. A presença do reflexo luminoso centrado da pupila exclui a hipótese de estrabismo convergente. Provavelmente, para aqueles que não conheciam os princípios do estrabismo, foi a alternativa que mais deixou os candidatos em dúvida.

Incorreta a alternativa D. A criança não apresenta estrabismo verdadeiro e, se apresentasse, a solicitação de exame de imagem não seria a conduta inicial.

66 - Recém-nascido do sexo masculino, com 15 dias de vida, está em consulta ambulatorial de rotina. Trata-se de criança nascida por parto vaginal, de termo, adequada para a idade gestacional, sem intercorrências perinatais. Família notou aumento progressivo do volume das mamas bilateralmente, com saída de secreção leitosa, sendo que a família tentou esvaziamento, sem sucesso. Atualmente se apresenta conforme imagem abaixo. Sem outras alterações ao exame clínico.

A conduta indicada é:

A) Liberação para casa com cefalexina, reavaliação em 48 horas, e coleta de prolactina, hormônios: luteinizante (LH), folículo estimulante (FSH) e estimulador da tireoide (TSH).

B) Internação hospitalar, introdução empírica de vancomicina e cefepime, biópsia de tecido glandular mamário por agulha fina.

C) Liberação para casa com orientação de compressas frias locais, reavaliação em 48 horas, e solicitação de RNM de sela túrcica.

D) Internação hospitalar, coleta de hemograma, proteína C reativa, hemocultura e introdução de oxacilina e amicacina.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Caro Estrategista, grande parte dos neonatos, tanto do sexo masculino quanto do feminino, podem apresentar aumento das mamas no período neonatal, com saída de secreção leitosa, devido à passagem dos estrogênios maternos através do aleitamento. E isso é uma condição normal, benigna, com tratamento expectante! A única coisa que não pode ser feita é espremer! Na tentativa de esvaziamento, a família acabou traumatizando o local e abrindo uma porta para infecção secundária. Aí, meu caro, ele entra nos protocolos de infecção/sepse neonatal e precisa, obrigatoriamente, ser internado, triado com exames laboratoriais e tratado com antibioticoterapia endovenosa. A sepse neonatal tardia é aquela que ocorre após 72 horas de vida e a terapia antimicrobiana deve cobrir germes como *Staphylococcus aureus*, ***Staphylococcus epidermidis*** *e Pseudomonas*. Iniciamos tratamento empírico, geralmente, com oxacilina associada a um aminoglicosídeo (gentamicina ou amicacina) e, após, se necessário, escalonamos de acordo com as culturas.

Correta a alternativa "D"

Incorretas as alternativas A e C: essa criança não pode ser liberada para casa e não há necessidade de coleta laboratorial ou fazer exames de imagem.

Incorreta a alternativa B: não há necessidade de biópsia de tecido glandular mamário, além disso, vancomicina e cefepime não são a primeira escolha para antibioticoterapia empírica, nesse caso.

67 - Recém-nascido do sexo masculino, nascido de termo (37 semanas e 4 dias), pequeno para a idade gestacional, com peso de nascimento de 2000 g, é filho de mãe tabagista, sem outras comorbidades. Com 12 horas de vida, o paciente apresentou controle de glicemia capilar de 32 mg/dL. Optado por realizar push de glicose e deixar soro contínuo com velocidade de infusão de glicose (VIG) de 5 mg/kg/min. Assinale a alternativa que contém a prescrição correta deste soro contínuo:

A) Soro glicosado a 5% - 72 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
B) Soro glicosado a 10% - 240 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
C) Soro glicosado a 10% - 144 mL endovenoso contínuo em 24 horas.
D) Soro glicosado a 5% - 200 mL endovenoso contínuo em 24 horas.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Estrategista, essa questão é matemática pura! Vamos lá!

Temos aqui um neonato a termo, com baixo peso ao nascer, que apresentou hipoglicemia. Ele foi, então, tratado com um *push* de glicose e mantido com soro contínuo com VIG de 5mg/kg/min e o examinador quer saber a correta prescrição do soro contínuo.

5mg/kg/min é a nossa VIG. Se o RN tem 2kg, então ele está recebendo 10mg/min. Como queremos calcular para 24 horas e sabemos que, nesse período, temos 1.440 minutos, vamos para regra de três.

10mg ------- 1 minuto

Xmg --------- 1.440 minutos

X =14.400mg de glicose em 24 horas.

Até aqui tudo certo?

Agora, o soro glicosado a 10% apresenta 100mg/ml de glicose. Se precisamos de 14.400mg, vamos para mais uma regra de três.

100mg -------- 1 ml

14.400mg ----- x ml

X = 144ml

Resultado final: precisamos de 144ml de soro glicosado 10% nas próximas 24 horas.

Correta a alternativa C"

68 - Recém-nascido (RN) do sexo feminino, termo tem peso adequado para a idade gestacional (3.200g) É filha de mãe primigesta de 31 anos de idade. Não houve intercorrências no pré-natal. Foi feito parto cesáreo, devido sofrimento fetal agudo. O RN nasceu em apneia, cianótico e hipotônico. Foi levado à mesa de reanimação com fonte de calor, onde foi secado, estimulado e teve a via aérea retificada. Evoluiu com respiração irregular e presença 8 batimentos cardíacos no período de 6 segundos. Após monitorização da frequência cardíaca (FC) e da saturação, iniciou-se ventilação com pressão positiva (VPP) com FiO_2 de 21%. Após 30 segundos de VPP, o RN apresenta respiração regular, FC de 140 bpm e saturação de 70% no membro superior direito. De acordo com as diretrizes de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2016, o próximo passo é:

A) Suspender a VPP e manter o paciente em ar ambiente.
B) Rever a técnica da VPP e a vedação adequada da máscara com a face.
C) Manter a VPP, mas aumentar a oferta de oxigênio para 50%.
D) Realizar a intubação orotraqueal para a ventilação.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Ao recebermos um RN, devemos fazer três perguntas que definem a vitalidade do bebê:

» RN maior de 34 semanas?
» RN chora ou respira?
» RN tem bom tônus?

Se a resposta for não para as duas últimas perguntas, independentemente da idade gestacional, iniciamos a sequência de reanimação neonatal. Devemos levar o RN à mesa de reanimação; colocar sob fonte de calor radiante; posicionar o pescoço; aspirar boca e narinas, se necessário; secar; retirar campos úmidos; reposicionar cabeça e pescoço; e avaliar a frequência cardíaca e a respiração.

Na persistência de apneia ou FC menor que 100bpm seguimos para o próximo passo da reanimação, que é a ventilação com pressão positiva (VPP), através de ambu, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente). Após 30 segundos de VPP, reavaliamos o RN, como agora ele tem a FC maior que 100bpm e a respiração regular, não prosseguimos com a reanimação. Ele pode permanecer em ar ambiente, ser levado ao contato pele a pele materno e, apenas, observado clinicamente.

Mas, professora, e a saturação? Pois essa foi a grande pegadinha da questão! Até 5 minutos de vida, a saturação pode estar entre 70 e 80%, portanto ela está normal para esse RN. Observe o quadro abaixo.

TABELA - SATURAÇÃO NOS PRIMEIROS MINUTOS DE VIDA	
MINUTOS DE VIDA	**SATURAÇÃO IDEAL PRÉ-DUCTAL**
Até 5	70-80%
5 a 10	**80-90%**
Mais de 10	85-95%

Correta a alternativa "A"

Incorreta a alternativa B: seria correto rever a técnica se, após 30 segundos de ventilação com pressão positiva, o RN estivesse em apneia, com respiração irregular ou FC menor que 100bpm.

Incorreta a alternativa C: não há necessidade de suplementar oxigênio, pois a saturação está dentro da normalidade.

Incorreta a alternativa D: a intubação orotraqueal seria o próximo passo da reanimação caso o RN persistisse em apneia, com respiração irregular ou FC menor que 100bpm, após técnica correta de ventilação com pressão positiva.

69 - Recém-nascido (RN) do sexo feminino, nascido de termo, com peso adequado para a idade gestacional, está no 8º dia de vida. O parto foi vaginal e com extração difícil. O RN nasceu hipotônico e em apneia, sendo necessário intubação orotraqueal em sala de parto. A mãe tem 27 anos de idade, era previamente hígida e não teve intercorrências no pré-natal. O RN permaneceu 5 dias em UTI, e atualmente está na Unidade de Cuidados Intermediários, recebendo ampicilina e amicacina para tratamento de sepse neonatal precoce presumida. Recebe dieta por sonda nasogástrica devido a sucção débil, e está em treinamento com a equipe de fonoaudiologia. Neste momento, apresenta quadro súbito de movimentos ritmados de mãos e pés, com hipertonia, cianose, eversão do olhar e sialorreia. A equipe responsável pelo cuidado instala monitorização contínua e inicia oferta de oxigênio a 100%. A glicemia capilar é de 72 mg/dL. Com a manutenção do quadro apresentado, está indicada a prescrição imediata de:

A) Soro glicosado a 10% em bolus.
B) Dose de ataque de fenobarbital.
C) Reposição empírica com gluconato de cálcio.
D) Midazolam ou diazepam em bolus.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

As convulsões neonatais têm diversos fatores desencadeantes, o mais comum é uma alteração metabólica, como a hipoglicemia. Portanto, é imprescindível realizar glicemia capilar em todos os bebês que apresentam crises convulsivas. Outros fatores podem ser prematuridade, asfixia perinatal, malformações cerebrais e sepse.

O tratamento deve ser realizado para a causa base do distúrbio, além de medicamentos anticonvulsivantes, se necessário.

O fenobarbital, na dose de 20mg/kg, é a droga de escolha no período neonatal. A medicação pode ser repetida, na dose de 5 a 10mg/kg, em caso de crises persistentes, até o máximo de 40mg/kg. A manutenção é feita na dose de 3 a 4mg/kg endovenosa ou oral, dividida em duas tomadas diárias e iniciando após 12 horas da dose de ataque.

Correta a alternativa "B"

Incorreta a alternativa A: a definição de hipoglicemia é controversa na literatura, aqui trago os limites do Tratado de Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria.

RN	LIMITES PARA HIPOGLICEMIA
RN TERMO SAUDÁVEL	<24 horas de vida: 30-35mg/dL >24 horas de vida: 45-50mg/dL
RN SINTOMÁTICO	45mg/dL
RN ASSINTOMÁTICO, MAS COM FATORES DE RISCO PARA HIPOGLICEMIA	36mg/dL

Portanto, como aqui temos um RN sintomático, com glicemia de 72mg/dL, não podemos dizer que a causa da convulsão é a hipoglicemia.

Incorreta a alternativa C: apesar da hipocalcemia ser causa de tremores, convulsões e até coma, não podemos afirmar que esse RN está com deficiência desse eletrólito sem a confirmação laboratorial. Portanto, a primeira medida é abortarmos a crise com a medicação anticonvulsivante.

Incorreta a alternativa D: se as convulsões não cederem com fenobarbital nem fenitoína, o midazolan é indicado. O ataque é feito com 0,06 a 0,15mg/kg endovenosa e a manutenção com 0,06 a 0,4mg/kg/hora endovenosa em infusão contínua. O diazepam não é utilizado de rotina na neonatologia, sendo reservado para analgesia e sedação em casos especiais.

70 - Recém-nascido (RN) do sexo masculino, 5 dias de vida, está internado em Unidade de Cuidados Intermediários para manejo de icterícia neonatal. Mãe com tipagem sanguínea O positivo, RN com tipagem AB positivo, Coombs negativo, Eluato positivo. Evoluiu com icterícia neonatal precoce e foi iniciada fototerapia com 20 horas de vida. Hoje colheu bilirrubinas, cujos níveis indicaram a suspensão da fototerapia. Foi indicada a alta hospitalar. Ao orientar a família, mãe refere que a criança está um pouco mais irritada. Foi notada hiperemia periumbilical conforme figura abaixo, com saída de secreção malcheirosa pelo coto. Está indicado neste momento:

A) Manter a alta hospitalar, orientar reforçar higiene do coto umbilical com álcool 70% e retornar se houver piora clínica.

B) Decidir sobre necessidade de internação e antibioticoterapia baseado no índice neutrofílico e na proteína C reativa.

C) Cancelar a alta hospitalar, rastreamento infeccioso incluindo coleta de líquor e iniciar antibioticoterapia endovenosa empírica.

D) Manter a alta hospitalar, introduzir tratamento tópico com nitrato de prata e retorno obrigatório em 48 horas para reavaliação.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Estrategista, a principal causa de coto malcheiroso é a falta de higiene. Entretanto, quando o examinador fala que o RN tem irritabilidade e hiperemia periumbilical, ele quer levá-lo a pensar em uma infecção de coto. E, você já sabe, no período neonatal, infecção é igual à internação. Toda infecção neonatal deve ser considerada sepse. Aí, caro aluno, ele precisa, obrigatoriamente, ser triado com exames laboratoriais, inclusive, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, coleta de líquor. O tratamento deve ser com antibioticoterapia endovenosa. A sepse neonatal tardia é aquela que ocorre após 72 horas de vida e a terapia antimicrobiana deve cobrir germes como *Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis* e *Pseudomonas*. Iniciamos tratamento empírico, geralmente, com oxacilina associada a um aminoglicosídeo (gentamicina ou amicacina) e, após, se necessário, escalonamos de acordo com as culturas.

Correta a alternativa "C"

Incorreta a alternativa A: Não podemos dar alta para esse RN, o coto está infeccionado e não apenas sujo.
Incorreta a alternativa B: A internação é mandatória e não devemos esperar o resultado de exames para decidir sobre elas.
Incorreta a alternativa D: O tratamento com nitrato de prata deve ser realizado apenas em caso de granulomas umbilicais.

71 - Recém-nascido do sexo feminino, nascida de 33 semanas de idade gestacional e com peso de 1.800 g ao nascer, é admitida em Unidade de Cuidados Intermediários logo após o parto. Mãe HBsAg negativa. Sobre a vacinação para a hepatite B, baseado no Programa Nacional de Imunizações (PNI) é correto afirmar que a vacina deve ser aplicada:

A) Imediatamente, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo.
B) Após ultrapassar o peso de 2.000 g, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).
C) Após atingir 36 semanas de idade gestacional corrigida, realizando uma dose extra após 30 dias (5 doses no total).
D) Após 30 dias de vida, no mesmo esquema atualmente preconizado pelo PNI para crianças de termo.

Comentários:

Prof. Helena Schetinger - Pediatria

Olá, Estrategista! Ao nascimento, aplica-se duas vacinas no RN:

BCG, em todos os RNs maiores de 2.000 gramas de peso.

Hepatite B, em todos os neonatos, independentemente do peso e da idade gestacional.

Portanto, já sabemos que realizaremos uma dose de imediato nesse bebê, certo?

Todos os bebês que nascem com menos de 2.000 gramas de peso ou 34 semanas de idade gestacional devem obrigatoriamente realizar 4 doses da hepatite B, ou seja, o mesmo esquema das crianças a termo, que, segundo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), são imunizadas aos 2, 4 e 6 meses de idade, além da dose ao nascimento.

Correta a alternativa "A"

72 - Lactente do sexo feminino, 18 meses de idade, previamente hígida, chega à Unidade Básica de Saúde para atendimento. O pai foi diagnosticado com tuberculose pulmonar há 20 dias e está em tratamento regular com esquema quádruplo. A criança está assintomática e com exame clínico normal. Apresenta radiografia de tórax sem alteração e Prova Tuberculínica de 6 mm. Carteira vacinal registra BCG ao nascimento, porém não há cicatriz no local da aplicação da vacina. De acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, a conduta para esta criança será:

A) Prescrever tratamento com esquema tríplice.
B) Iniciar quimioprofilaxia com rifampicina.
C) Repetir Prova Tuberculínica em 8 semanas.
D) Fazer BCG e observar clinicamente.

Comentários:

Prof. Lígia Modelli - Pediatria

Olá, colega Estrategista, vamos conversar sobre essa questão.

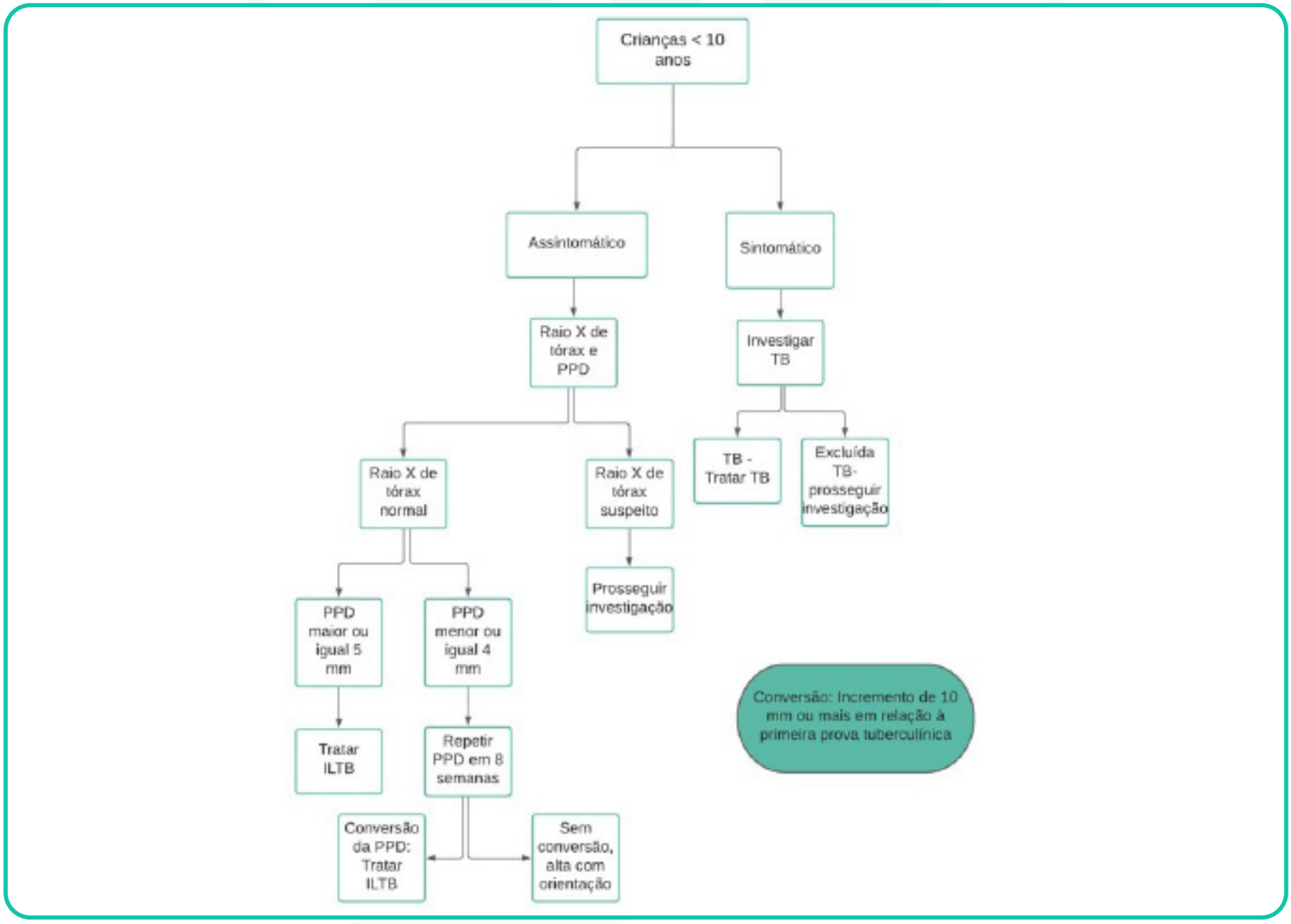
Paciente com suspeita de tuberculose latente.

O que é tuberculose latente?

Quando uma pessoa saudável é exposta ao bacilo da tuberculose, tem 30% de chance de infectar- se, dependendo do grau de exposição (proximidade, condições do ambiente e tempo de convivência), da infectividade do caso índice (quantidade de bacilos eliminados, presença de caverna na radiografia de tórax) e de fatores imunológicos individuais. As pessoas infectadas, em geral, permanecem saudáveis por muitos anos, com imunidade parcial ao bacilo. Essa condição é conhecida como infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis.*

Menino de 18 meses entrou em contato com seu pai portador de tuberculose.

A criança está assintomática e tem menos de 10 anos de idade, o que devemos fazer? Realizar a prova tuberculínica (PPD) e radiografia de tórax na primeira consulta (se paciente maior de 10 anos de idade solicita-se inicialmente apenas o teste tuberculínico) para pesquisar possível tuberculose latente. Vamos avaliar o fluxograma:



Fonte: MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL, Ministério da Saúde, 2ª Edição atualizada.

Nosso paciente está assintomático, tem PPD de 6mm e radiografia de tórax sem alterações, como proceder? A criança é considerada portadora de tuberculose latente e deve ser tratada com isoniazida durante 06 meses ou rifampicina por 4 meses!

Agora está fácil, não é?!

Incorreta a alternativa A. O paciente não tem doença ativa e sim tuberculose latente.

Correta a alternativa "B" O paciente deve iniciar quimioprofilaxia para tuberculose latente com rifampicina ou isoniazida.

Incorreta a alternativa C. O paciente deveria repetir a prova tuberculínica se menor que 4mm.

Incorreta a alternativa D. O paciente não precisa ser revacinado para BCG.

73 - Homem de 59 anos de idade procura o Serviço de Emergência com dor abdominal em cólica, difusa, há 3 dias, associada a distensão abdominal e parada de eliminação de gases e fezes. Refere alteração do hábito intestinal há 3 meses, com necessidade de laxativos para evacuar, além de sangue nas fezes e alteração do formato. Nega vômitos. Não tem antecedentes mórbidos relevantes e nega operações prévias. Ao exame físico está em bom estado geral, corado, desidratado, IMC: 31kg/m^2 . Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: flácido, distendido, pouco doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal e sem massas palpáveis. No toque retal, ausência de fezes na ampola, presença de lesão ulcerada circunferencial a 6 cm da borda anal e presença de sangue. Realizada tomografia de abdome e pelve: ausência de lesões hepáticas, sem liquido livre. Distensão apenas de cólon e espessamento do reto médio distal com linfonodos aumentados no mesorreto.

Qual é a conduta?

A) Ileostomia em alça por laparotomia.

B) Retossigmoidectomia oncológica e colostomia terminal.

C) Colostomia em alça por laparotomia.

D) Amputação de reto com linfadenectomia.

Comentários:

Prof. Sarah Cozar - Cirurgia

Estamos diante de um paciente que já vinha apresentando alteração do hábito intestinal, sangue nas fezes e alteração do formato destas e, agora, foi admitido com quadro de obstrução intestinal (observe que ele se queixa de dor abdominal em cólica, distensão abdominal e parada na eliminação de fezes e flatos há 03 dias). Ao toque retal, apresenta lesão ulcerada circunferencial, a 06cm da borda anal. Qual o diagnóstico? Estamos diante de um **CÂNCER DO RETO EXTRAPERITONEAL**, que está causando um **ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO.**

Qual é o tratamento inicial? Lembre-se que a obstrução necessita ser aliviada de imediato, principalmente nos pacientes que apresentam válvula ileocecal continente, quando uma obstrução em alça fechada se instala, com risco de comprometimento vascular do cólon, uma vez que, nessa situação, a maior distensão colônica faz com que a pressão intramural se torne tão elevada que os vasos na parede do intestino são "ocluídos" (a pressão intramural no interior da parede intestinal excede a pressão capilar, privando o intestino de oxigenação adequada), podendo ocorrer necrose e perfuração, que geralmente ocorre no ceco. Dessa forma, esses pacientes devem ser submetidos à cirurgia de urgência para alívio da obstrução.

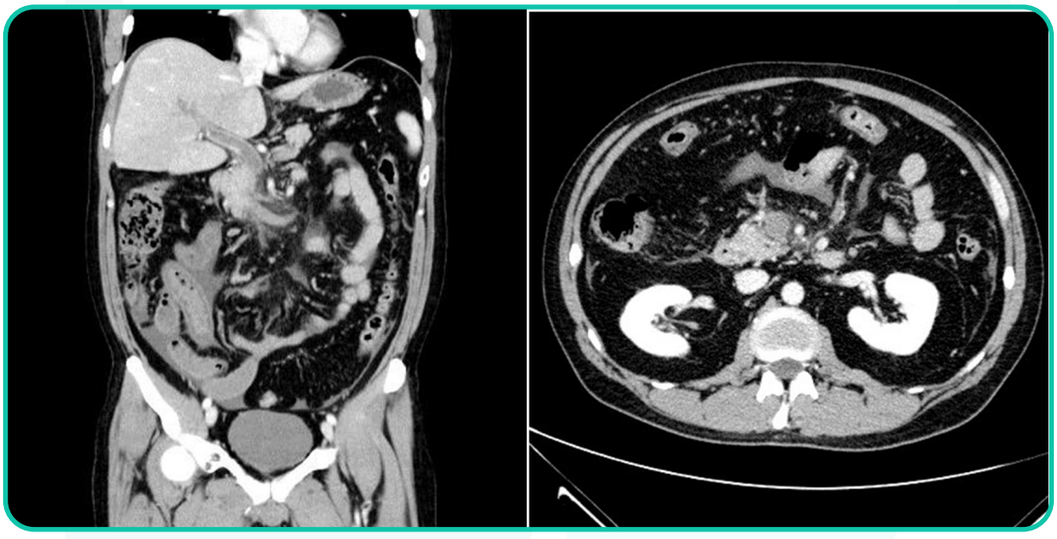
Se a causa da obstrução for um câncer do reto EXTRAPERITONEAL, o tratamento inicial de urgência mais adequado é o alívio da obstrução com uma **colostomia em alça.** Segue-se o tratamento do câncer com quimiorradioterapia neoadjuvante, com o propósito de ressecar a lesão

primária posteriormente. Isso porque, para os tumores do reto extraperitoneal, a terapia neoadjuvante reduz de maneira significativa a taxa de recorrência local e melhora a sobrevida livre de doença. Além disso, a quimiorradioterapia neoadjuvante muitas vezes resulta em uma redução drástica no tamanho do tumor *(downstaging),* aumentando a possibilidade de o cirurgião preservar a continência retal (ao permitir uma margem distal livre de doença que possibilite preservar os esfíncteres anais, e confeccionar uma anastomose coloanal, evitando uma colostomia definitiva).

Correta a alternativa "C"

Dessa forma, neste momento, a melhor conduta seria realizar uma transversostomia em alça, estadiar adequadamente o paciente, e, posteriormente, submetê-lo à terapia multimodal (quimiorradioterapia neoadjuvante e cirurgia radical subsequente). A alternativa que contempla esta abordagem é a letra C.

74 - Homem de 49 anos de idade refere dor abdominal difusa há 4 dias com piora da intensidade nas últimas 24 horas. Evoluiu com distensão abdominal e um episódio de vômito, sendo a última evacuação, em pequena quantidade, há 2 dias. Tem antecedente de embolia pulmonar há 7 anos e fez uso de varfarina por 2 anos com interrupção por conta própria. Um irmão teve trombose venosa profunda. No exame clínico, está em bom estado geral, desidratado, PA: 110x70mmHg, FC: 102bpm, FR: 16 ipm. Semiologias cardíaca e pulmonar normais. Abdome: distendido, doloroso à palpação difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. No toque retal, há fezes na ampola e ausência de sangue. Exames laboratoriais: Hb: 12,7g/dL; Ht: 34%; Leucócitos: 14.678/mm^3 ; PCR: 249mg/dL; Creatinina: 1,1mg/dL; Ureia: 41mg/dL. Realizada a tomografia de abdome:



Qual é a conduta neste momento?

A) Laparotomia.
B) Tratamento endovascular.
C) Trombólise.
D) Anticoagulação plena.

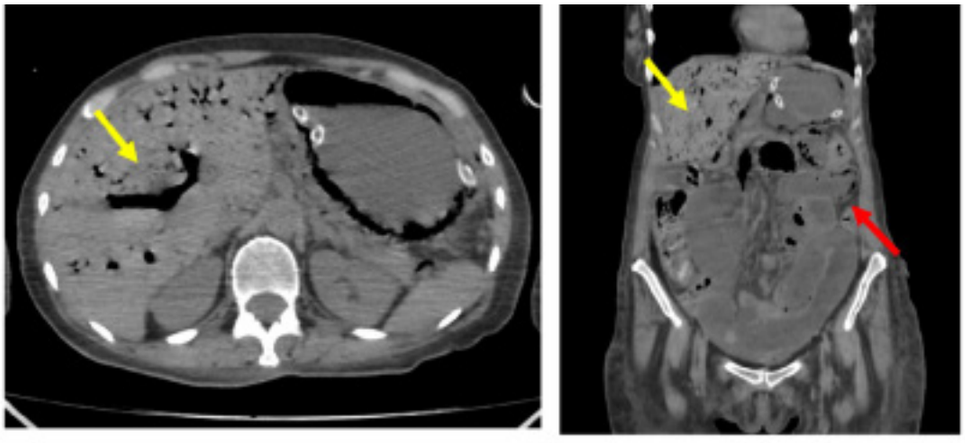
Comentários:

Prof. Renatha Paiva - Cirurgia

Temos um paciente de 49 anos com histórico de tromboembolismo pulmonar há 7 anos que suspendeu o tratamento com anticoagulante por conta própria. Vem com queixa de dor abdominal mais arrastada, com 4 dias de evolução e piora nas últimas 24 horas. Repare que o paciente está estável hemodinamicamente e que não apresenta sinais de irritação peritoneal. Neste caso, baseado no histórico e no quadro clínico atual, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser um abdome agudo vascular por provável trombose venosa mesentérica, que apresenta um quadro clínico menos exuberante que uma oclusão arterial, como é o caso do nosso paciente.

A tomografia apresentada não mostra pneumoperitônio, líquido livre na cavidade e sinais de isquemia intestinal avançada, que poderiam indicar uma cirurgia de urgência. Os achados tomográficos que sugerem isquemia avançada são: pneumatose intestinal, gás no sistema portal e ingurgitamento dos vasos mesentéricos.

Veja como é uma imagem de pneumatose intestinal e gás no sistema portal:



Isquemia intestinal: Distensão de alças, pneumatose intestinal (seta vermelha) e gás portal (seta amarela)

A banca nos pergunta o tratamento "neste momento". E pensando em uma trombose venosa mesentérica, o tratamento inicial, além das medidas de suporte com hidratação, correção hidroeletrolítica, analgesia, antibióticos, é a **anticoagulação plena**. Ela é feita com heparina não fracionada, e tem como objetivo prevenir e evitar a propagação do trombo.

Agora, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: O paciente está estável hemodinamicamente, sem sinais de peritonite, e a tomografia não apresenta nenhum achado que pudesse indicar uma cirurgia de urgência.

Incorreta a alternativa B: O tratamento endovascular geralmente está indicado para isquemia mesentérica cuja etiologia é trombose ou embolia arterial, com pouco tempo de evolução (até 6 a 8 horas), quando não há isquemia intestinal extensa. Há necessidade de um exame de imagem prévio que confirme o diagnóstico de oclusão tromboembólica, por exemplo, uma angiotomografia ou arteriografia.

Incorreta a alternativa C: O tratamento endovascular através da trombólise por cateter pode ser indicado para oclusão arterial por trombose mesentérica em fases iniciais (< 6 a 8 horas dos sintomas).

Correta a alternativa "D"

Como foi dito anteriormente, a conduta inicial diante de uma suspeita de isquemia mesentérica aguda, tanto para oclusão arterial quanto venosa, é a anticoagulação plena feita com heparina intravenosa para prevenir e evitar a propagação do trombo.

75 - Mulher de 73 anos de idade, está no 5o pós-operatório de gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II devido a hemorragia digestiva alta por úlcera pilórica. Encontra-se em leito de semi-intensiva, recebendo tratamento fisioterápico (respiratório e motor). Está deambulando no corredor com auxílio. Introduzida dieta com água, chá e gelatina há um dia, com boa aceitação e sem vômitos. Equipe da enfermagem notou que o débito do dreno no flanco direito mudou de característica (imagem a seguir) nas últimas 24 horas, com débito de 110mL.

Ao exame físico está em bom estado geral, FC: 80 bpm, PA: 130x80 mmHg, afebril, FR: 18 ipm. Semiologias pulmonar e cardíaca sem alterações. Abdome com incisão da laparotomia mediana de bom aspecto, flácido, pouco doloroso à palpação, sem irritação peritoneal. Dreno no flanco direito conforme imagem (cerca de 90mL).

Exames Laboratoriais: Hb: 9,7 g/dL; Ht: 30%; Leuco: 11.570/mm^3 , PCR: 43 mg/dL; função renal normal.

Qual é a principal hipótese diagnóstica e conduta neste momento?

A) Fístula do coto duodenal; manter dieta via oral.
B) Fístula do coto duodenal; laparotomia exploradora.
C) Fístula da gastroentero anastomose; nutrição parenteral.
D) Fístula da gastroentero anastomose; tratamento endoscópico.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

No caso clínico, temos um paciente submetido a uma gastrectomia subtotal com reconstrução a Billroth tipo II, com boa evolução no pós operatório que, no 5º dia, evoluiu com drenagem de secreção de aspecto biliar pelo dreno abdominal. Nesta situação, nossa principal hipótese é de fístula do coto duodenal, local em que é mais comum a ocorrência de fístula. O débito do dreno é baixo (110 mL, 90 mL), o paciente está em bom estado geral e não apresenta sem sinais de sepse abdominal (peritonite, alteração dos sinais vitais). Qual é a melhor conduta para este caso?

Correta a alternativa "A" Estamos diante de uma fístula de baixo débito e que está "fora de trânsito", ou seja, excluso do trânsito alimentar. Dessa forma, é possível a manutenção da dieta por via oral. Importante lembrar que a manutenção do estado nutricional do paciente é um dos pilares para o tratamento e fechamento espontâneo das fístulas.

Incorreta a alternativa B: A laparotomia exploradora está indicada na situação em que o paciente apresenta sinais de sepse abdominal, pois isto indica que a secreção biliar está coletando na cavidade abdominal, com necessidade de lavagem da cavidade e drenagem. Como vimos, o paciente não apresenta esses sinais, não estando indicado a abordagem cirúrgica.
Incorreta a alternativa C: Em uma fístula da gastroentero anastomose, seria esperado a saída também de conteúdo entérico.
Incorreta a alternativa D: Na fístula da gastroentero anastomose, é esperado a saída de conteúdo entérico.

76 - Mulher de 23 anos de idade, caiu de motocicleta em via expressa. Chega ao Serviço de Emergência após 30 minutos do acidente, trazida pela equipe de Resgate. Na avaliação de admissão na sala de trauma apresenta-se:

A: Conversando. Saturação de O_2 93%

B: Ausculta pulmonar sem alterações. Ausência de deformidade no tórax

C: PA: 80x50mmHg; FC: 120bpm; FAST positivo no espaço hepatorrenal

D: Escala de Glasgow de 15, porém agitada

E: Equimose no flanco e hipocôndrio direitos

Após a infusão de 1L de soro fisiológico (SF), apresentou PA: 90x60mmHg e FC de 105bpm. Com relação ao tratamento do choque hemorrágico desta paciente, qual é a melhor estratégia na sala de trauma?

A) Complexo protrombínico, concentrado de hemácias e plasma fresco congelado.

B) Ácido tranexâmico, reposição guiada por tromboelastograma e reposição de cálcio.

C) Infusão de mais 1 L de SF, reposição guiada por tromboelastograma e fibrinogênio.

D) Ácido tranexâmico, concentrado de hemácias e reposição de cálcio.

Comentários:

Prof. Antonio Rivas - Cirurgia

Estamos diante uma provável hemorragia classe III, afinal há hipotensão associada ao aumento da frequência cardíaca e agitação psicomotora.

A maioria dos pacientes nesses casos, necessitará da transfusão de concentrado de hemácias e até mesmo outros hemoderivados.

Perceba que, mesmo após a infusão de 1L de ringer lactato, o paciente manteve sinais de choque hipovolêmico, o que justifica a transfusão.

Em serviços onde a tromboelastografia encontra-se disponível recomenda-se o uso desse recurso para que outros hemocomponentes sejam repostos sob demanda e com maior precisão, com a finalidade de corrigir ou evitar eventuais distúrbios de coagulação.

Em trauma graves, o ácido tranexâmico se mostra benéfico quando administrado em até 3 horas após o trauma, portanto, essa medida está indicada.

O cálcio, no entanto, só deve ser reposto (segundo a 10ª edição do ATLS) caso a medida de cálcio sérico ionizado encontre-se baixa. Afinal, a reposição excessiva de cálcio pode trazer malefícios.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: Segundo o ATLS em sua 10ª edição, o uso de crioprecipitado e plasma fresco congelado deve ser guiado por estudos de coagulação, tal como a tromboelastografia.

Uma exceção a essa regra são os casos em que há necessidade de transfusão maciça, onde é preconizada a administração de plasma fresco concentrado de plaquetas e concentrado de hemácias na proporção de 1:1:1.

Incorreta a alternativa B: A reposição guiada por tromboelastografia e por tromboelastometria rotacional (ROTEM) é indicada para reposição de elementos relacionados à coagulação, tais como concentrados de plaquetas, fibrinogênio e plasma fresco congelado.

O paciente em questão está em choque hipovolêmico, e, nesse caso, o elemento prioritário a ser reposto são as hemácias.

Incorreta a alternativa C: O ATLS a partir de sua 10ª edição prevê a reposição de apenas 1000ml de cristaloide. Caso o paciente não apresente uma resposta hemodinâmica adequada após essa medida, já está indicada a utilização de hemocomponentes.

Correta a alternativa "D" Como vimos, a alternativa D apresenta a melhor conduta para o caso em questão.

77 - Mulher de 37 anos de idade se jogou do 4º andar do prédio em que mora. No atendimento pré-hospitalar estava inconsciente e foi realizada intubação orotraqueal.

O exame de admissão na sala de trauma apresenta:

A: Intubação orotraqueal. Saturação de O_2 de 83%

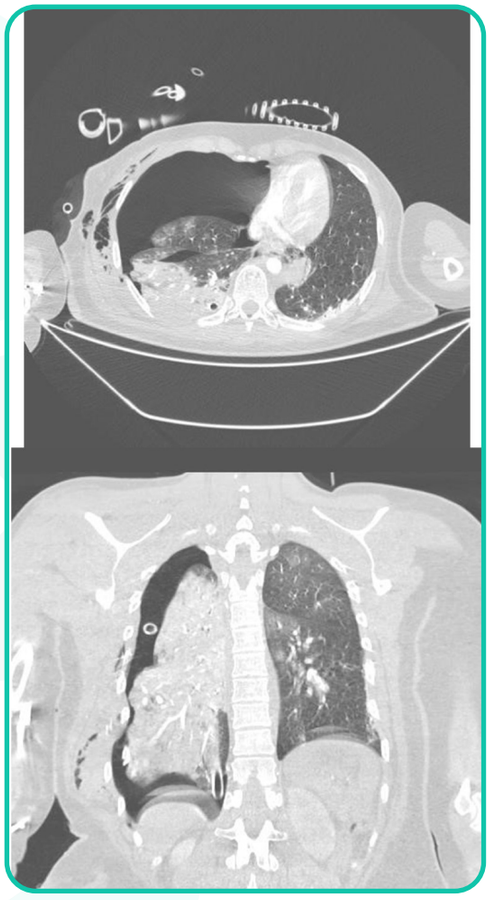
B: Equimose torácica na região da linha axilar média direita. Murmúrio vesicular diminuído à direita. Realizada a drenagem torácica com saída de grande quantidade de ar e 200ml de sangue. No selo d'água observa-se oscilação e presença de borbulhamento. Saturação de O_2 de 91% após a drenagem.

C: FC: 100; PA: 120x80mmHg. FAST negativo

D: Escala de Glasgow de 3. Sedada no transporte. Pupilas isocóricas e fotorreagentes

E: Deformidade na coxa direita.

Ao retornar da tomografia de corpo inteiro para sala de trauma apresentou queda da saturação de O_2 para 71% e FC de 120 bpm e PA: 80x50 mmHg.



Qual é a conduta?

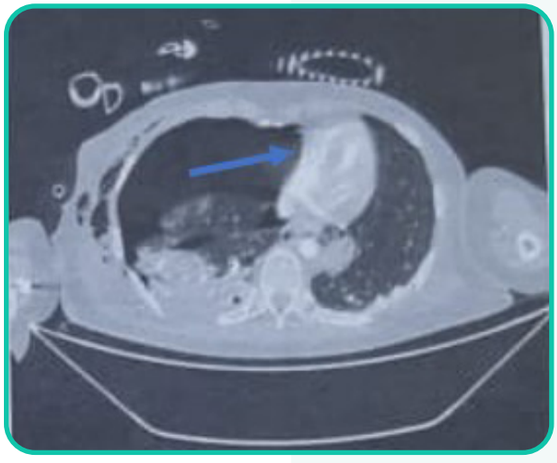
A) Introduzir um segundo dreno de tórax.

B) Puncionar no segundo espaço intercostal.

C) Reavaliar o dreno de tórax.

D) Realizar toracotomia de urgência.

Comentários:



Prof. Antonio Rivas - Cirurgia

A piora da insuficiência respiratória associada à piora hemodinâmica e à imagem tomográfica com desvio de mediastino para a esquerda (seta azul) deixam claro que houve conversão de um pneumotórax simples para um pneumotórax hipertensivo.

Frente a essa situação, a primeira medida deve ser revisar a drenagem torácica a procura de algum ponto de obstrução do dreno. Afinal, o dreno pode estar dobrado, obstruído por coágulo, ou ainda, pode ter sido clampeado inadvertidamente.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: A passagem de um segundo dreno de tórax é uma medida prevista nos casos em que a expansão pulmonar não é atingida com um único dreno. Esse é um fenômeno comum nos casos de lesão de árvore traqueobrônquica.

No entanto, o que observamos nesse caso é um pneumotórax hipertensivo cuja instalação ocorreu na vigência da drenagem de tórax. Nessa situação, nossa primeira hipótese deve contemplar a falha do mecanismo de drenagem.

Incorreta a alternativa "B": A presença de bolhas no selo d'agua no momento da drenagem, assim como a posição intratorácica do dreno à tomografia, são elementos que sugerem a realização adequada da drenagem.

Nesse contexto, a revisão do sistema de drenagem com a correção do fator obstrutivo é uma conduta melhor do que a toracocentese.

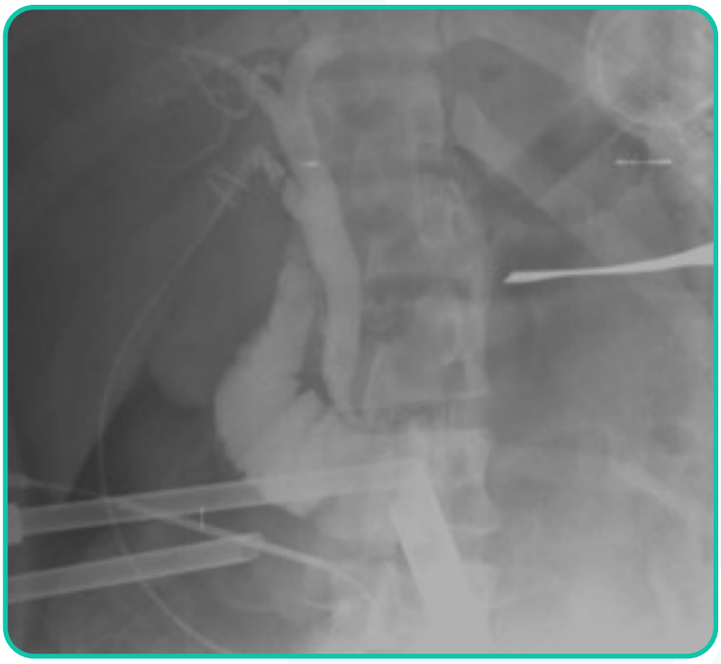
Além disso, devemos nos lembrar que a toracocentese deve ser preferencialmente realizada no 5º espaço intercostal, entre as linhas axilares anterior e média.

Correta a alternativa "C" Como vimos acima, reavaliar o dreno de tórax é a melhor conduta.

Incorreta a alternativa D: Não existe indicação de toracotomia de emergência para esse caso. Vamos aproveitar a oportunidade para relembrarmos as principais indicações de toracotomia de emergência na vítima de trauma.

- Saída de volume de sangue maior ou igual a 1500ml no momento da drenagem de tórax.
- Saída de volume de sangue inferior à 1500ml na drenagem, mas com perda de sangue contínua em volume igual ou superior a 200ml/hora por 2 a 4 horas.
- Tamponamento cardíaco.
- Fístula broncopleural, sem melhora com tratamento conservador e sem possibilidade de tratamento através de broncoscopia.
- Lesão de árvore traqueobrônquica.
- Rotura traumática de aorta sem possibilidade de reparo endovascular.
- Rotura ou perfuração esofágica.

78 - Mulher de 39 anos de idade está internada devido a pancreatite aguda biliar. Foi indicada colecistectomia laparoscópica após resolução da pancreatite. Durante a operação, que até o momento transcorreu sem intercorrências, foi realizado o exame a seguir.



Qual deve ser a conduta neste momento?

A) Realizar colangiografia endoscópica no intraoperatório.
B) Finalizar a colecistectomia por laparoscopia.
C) Realizar exploração transcística da via biliar por laparoscopia.
D) Converter para laparotomia e exploração por coledocotomia.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

Paciente recuperada de pancreatite aguda biliar, indicado colecistectomia laparoscópica na mesma internação. Nestes casos, está indicado a investigação da via biliar comum, seja por colangiorressonância pré-operatória, ultrassom endoscópico ou colangiografia intraoperatória, que foi a opção no caso.

Na colangiografia, é possível ver que há passagem do contraste para o duodeno, que há o enchimento do ducto hepático direito, esquerdo e comum, sem falhas de enchimento. Logo, estamos diante de uma colangiografia **normal**. Qual é a conduta neste momento?

Incorreta a alternativa A: A colangiografia endoscópica intraoperatória é uma opção quando há o achado de coledocolitíase na colangiografia intraoperatória. Como vimos, o exame é normal, não necessitando de nenhuma terapia adicional.

Correta a alternativa "B" Por estarmos diante de uma colangiografia normal, não há indicação de medidas adicionais, devendo ser concluído a cirurgia.

Incorreta a alternativa C: A exploração transcística estaria indicada caso estivéssemos diante de uma coledocolitíase. Apesar de não ser a medida mais preconizada, por ser invasiva e ter o risco de estenose benigna, ainda é uma opção terapêutica.

Incorreta a alternativa D: Não é necessário a exploração da via biliar por laparotomia, podendo ser realizada por laparoscopia; além disso, reforçando: a colangiografia é normal, não necessitando de terapia adicional.

79 - Mulher de 33 anos de idade é encaminhada a hospital terciário devido a dor abdominal de forte intensidade há 36 horas. Refere início da dor na região superior do abdome, que depois tornou-se difusa. Apresentou vômitos e náuseas, porém sem alteração do hábito intestinal. Nega febre. No exame clínico, está em regular estado geral, Sat.O_2 de 89%, FC: 100 bpm, FR: 20 ipm, PA: 100x60mmHg. Ausculta pulmonar diminuída na base esquerda. O abdome está levemente distendido, doloroso difusamente, com sinais de irritação peritoneal no andar superior do abdome. O toque retal não tem alterações.

Realizados os seguintes exames laboratoriais: Hb: 11,3 g/dL; Ht: 31%; Leucócitos: 16.320 /mm^3; PCR: 170 mg/dL; Creatinina: 1,18 mg/dL; Ureia: 55 mg/dL; TGO: 290 U/L: TGP: 313 U/L; BD: 1,9 mg/dL; FA: 145 U/L; GGT: 123 U/L; Amilase: 1280 U/L; Lipase: 2500 U/L.

Realizado ultrassom de abdome superior: vesícula biliar distendida, paredes finas, microcálculos móveis no interior; via biliar de 0,8cm (normal até 0,5cm), porém não visualizado o colédoco distal nem o pâncreas devido a interposição gasosa.

Está indicada a realização de exame de imagem adicional neste momento?

A) Não está indicada a realização de exame.
B) Sim, está indicada tomografia de abdome.
C) Sim, está indicada colangioressonância.
D) Sim, está indicada ecoendoscopia.

Comentários:

Prof. Isabella Parente - Gastroenterologia

Estamos diante de paciente jovem, com quadro de dor abdominal aguda localizada no andar superior do abdome, associada a náuseas e vômitos. Nos exames laboratoriais, apresenta níveis de amilase e lipase muito elevados. Com critério clínico e laboratorial, já podemos afirmar que estamos diante de um caso de pancreatite aguda.

Avançando um pouco mais no caso clínico, nos deparamos com uma descrição de ultrassonografia de abdome revelando a presença de múltiplos microcálculos associados à dilatação da via biliar. O ultrassom de abdome deve ser feito em todos os pacientes com pancreatite aguda no intuito de avaliar a etiologia biliar, responsável por cerca de 40% dos casos de pancreatite aguda (sua principal causa).

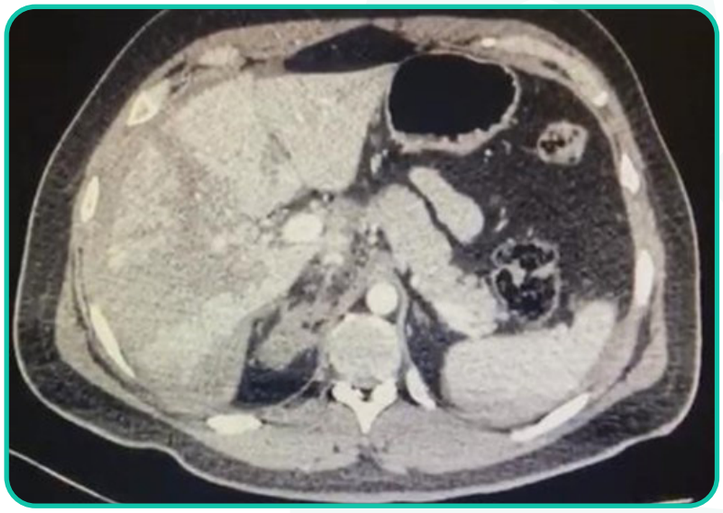
O autor quer saber se, nesse contexto, seria necessário a realização de algum exame de imagem adicional. E aí?! O que você acha?!

Correta a alternativa "A" A paciente tem pancreatite aguda de etiologia biliar e não é necessária a realização de nenhum exame de imagem adicional para avaliação. Lembrando que a conduta diante de paciente com pancreatite aguda é manejo clínico. Aqueles pacientes com pancreatite aguda de etiologia biliar, que evoluem com obstrução do ducto biliar comum ou colangite, têm indicação de CPRE com papilotomia.

Incorreta a alternativa B. A tomografia computadorizada de abdome deverá ser realizada nos pacientes com pancreatite aguda grave após 72-96 horas do início dos sintomas, período após o qual a necrose pancreática estaria melhor delimitada.

Incorretas as alternativas C e D. A pancreatite aguda nem sempre é de fácil definição etiológica. Em algumas situações, o paciente não tem fator de risco e pode apresentar ultrassonografia de abdome normal. Nesses casos, passada a fase aguda, pode-se realizar ultrassonografia endoscópica ou colangioenterografia por tomografia computadorizada para avaliar a presença de microlitíase, pancreatite crônica ou neoplasias. Caso nenhum desses exames seja diagnóstico, podemos ainda lançar mão da colangiorressonância visando a identificação de anormalidades morfológicas. A paciente da questão, no entanto, tem clínica e laboratório compatíveis com pancreatite aguda associado a microlitíase, já visualizada na ultrassonografia de abdome, sendo desnecessária a complementação investigativa com colangiorressonância e/ou ultrassonografia endoscópica nesse momento, o que invalida os itens C e D.

80 - Mulher de 29 anos de idade foi admitida no Serviço de Emergência devido à queda de motocicleta. Foi realizada tomografia de abdome (imagem a seguir).



Foi proposto tratamento não operatório e encaminhada para unidade de terapia semi-intensiva. No 5º dia pós-trauma, apresentou vários episódios de melena. No exame clínico encontra-se descorada, FC: 110 bpm, PA: 100x60mmHg e dor à palpação profunda do hipocôndrio e flanco direito. Queda da hemoglobina de 9,8 g/dL para 6,3 g/dL. Recebeu 2 concentrados de hemácias com melhora dos parâmetros hemodinâmicos. Realizada endoscopia digestiva alta que evidenciou gastrite no antro, sem sinais de sangramento. Qual é o próximo exame que deve ser feito para definir a etiologia do sangramento?

A) Colonoscopia.
B) Angiotomografia.
C) Enteroscopia alta.
D) Cápsula endoscópica.

Comentários:

Prof. Renatha Paiva - Cirurgia

Temos uma paciente jovem, vítima de acidente motociclístico, com trauma abdominal fechado e lesão hepática (observada na tomografia apresentada). Foi proposto tratamento conservador devido à estabilidade hemodinâmica. No entanto, no 5º dia de observação apresentou hemorragia digestiva alta exteriorizada por melena, com necessidade de transfusão sanguínea. A endoscopia digestiva alta não evidenciou nenhum foco de sangramento gastroduodenal. Neste caso, com base no histórico de traumatismo hepático evoluindo com hemorragia digestiva alta, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser a **HEMOBILIA** ou sangramento do trato hepatobiliar, uma causa rara de hemorragia digestiva aguda. É causada por uma comunicação entre a circulação esplâncnica e o trato biliar.

O termo hemobilia foi utilizado pela primeira vez por Sandblom em 1948 para descrever sangramento na árvore biliar após trauma hepático. A tríade de Sandblom é caracterizada por dor abdominal em hipocôndrio direito, hemorragia digestiva (melena/hematêmese) e icterícia (sua ausência não exclui o diagnóstico).

São causas de hemobilia:

- » Trauma hepático contuso ou penetrante;
- » Recente instrumentação e/ou lesão do parênquima hepático ou do trato biliar (causa mais comum): biópsia hepática, colangiografia transparieto hepática; colecistectomia, biópsias biliares endoscópicas ou colocação de stent, colocação de TIPS;
- » Angioembolização.
- » Outras causas: cálculos biliares, colecistite, tumores hepáticos ou de ducto biliar, stents intra-hepáticos, aneurismas da artéria hepática e abscessos hepáticos.

O diagnóstico da fonte do sangramento pode ser feito através de uma angiotomografia ou mesmo arteriografia (diagnóstica e terapêutica).

E o que nós fazemos para tratar esse sangramento hepatobiliar? Atualmente, a embolização da artéria hepática tem sido o padrão-ouro para o tratamento da hemobilia, em virtude de 80% a 100% de sucesso no controle do sangramento e dos baixos índices de morbidade e mortalidade.

Incorreta a alternativa A: Diante de uma paciente jovem com trauma hepático, hemorragia digestiva alta exteriorizada por melena e/ou hematêmese, com endoscopia digestiva alta sem foco de sangramento, devemos pensar em hemobilia e não em um sangramento digestivo baixo que possa ser diagnosticado por colonoscopia.

Correta a alternativa "B"

O diagnóstico de uma comunicação do sistema vascular hepático com a árvore biliar, decorrente de um trauma hepático, pode ser dado pela angiotomografia ou arteriografia.

Incorreta a alternativa C: A enteroscopia alta visualiza o duodeno e intestino delgado proximal acessível ao endoscópico. Não diagnosticará um sangramento proveniente de um trauma hepático.

Incorreta a alternativa D: A cápsula endoscópica tem como principal indicação a presença de sangramento do trato digestivo que não foi identificado por exames endoscópicos (endoscopia e colonoscopia). No contexto de trauma hepático, não devemos pensar em um sangramento do trato digestivo e sim em uma hemobilia por comunicação entre a circulação esplâncnica e o trato biliar.

81 - Homem de 31 anos de idade teve queda de andaime a 5 metros de altura. Foi intubado no atendimento pré-hospitalar por estar inconsciente. Chegou ao Serviço de Emergência após 40 minutos do trauma. No exame na sala de admissão encontrava-se:

A: Intubado com Sat. O_2 de 95%

B: Múrmurio vesicular diminuído na base direita

C: PA: 130x70 mmHg; FC: 90 bpm; FAST positivo nos espaços hepatorrenal e pelve

D: Escala de Glasgow de 3 (sob sedação)

E: Sem outras alterações

A tomografia de corpo inteiro mostrou a presença de contusão cerebral, para qual optou-se por observação, monitorização da pressão intracraniana e controle de imagem em 6 horas. A seguir a imagem da tomografia de abdome:

Qual é a conduta para os achados da tomografia de abdome?

A) Tratamento não operatório.

B) Arteriografia com embolização.

C) Laparoscopia diagnóstica

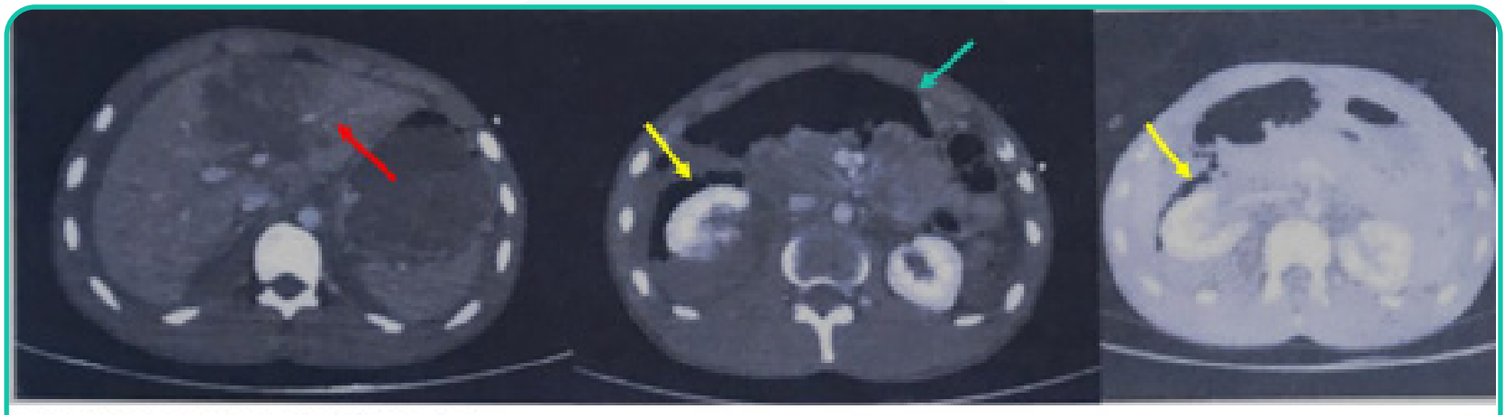
D) Laparotomia exploradora.

Comentários:

Prof. Renatha Paiva - Cirurgia

Temos um paciente jovem, vítima de queda de altura de 5 metros, com necessidade de intubação orotraqueal devido a traumatismo cranioencefálico, confirmado posteriormente pela tomografia de crânio (contusão cerebral). O FAST realizado na sala de trauma veio positivo, pois demonstrou líquido livre na cavidade abdominal (espaço hepatorrenal e pelve). Foi corretamente encaminhado para tomografia de abdome (TC), já que estava estável hemodinamicamente. A TC mostra-nos uma lesão hepática, que justifica o FAST positivo, mas repare que também há **RETROPNEUMOPERITÔNIO**, esta imagem escura ao redor do rim direito, indicação absoluta de laparotomia exploradora, pois significa lesão de víscera oca retroperitoneal (duodeno, parede posterior do cólon ascendente ou descendente).

Confesso que fiquei na dúvida se também não há pneumoperitônio na imagem apresentada, mas precisaria confirmar com outras imagens sequenciais.



Seta vermelha: lesão hepática
Seta amarela: retropneumoperitônio
Seta verde: Pneumoperitônio?

Vamos relembrar as indicações de tratamento cirúrgico no trauma abdominal fechado:

INDICAÇÃO DE LAPAROTOMIA NO TRAUMA ABDOMINAL CONTUSO

TOME NOTA!

- ✓ Trauma abdominal com dor e irritação abdominal;
- ✓ Paciente instável com FAST ou LPD positivos;
- ✓ Pneumopetriônio; retropneumoperitônio
- ✓ Evidência de ruptura diafragmática = correção por via abdominal
- ✓ Sangramento gastrointestinal persistente e significativo observado na drenagem nasogástrica ou vômito (hematêmese) ou sangramento retal;
- ✓ TC de abdome revelando lesão do trato gastrointestinal, lesão vesical intraperitoneal, lesão de pedículo renal e lesão parenquimatosa grave.

Incorreta a alternativa A. A presença de retropneumoperitônio é indicação absoluta de laparotomia exploradora.

Incorreta a alternativa B. Arteriografia com embolização tem indicação no trauma abdominal fechado com lesão de víscera maciça, esplênica ou hepática, com sangramento ativo evidenciado pela angiotomografia ("blush arterial"). Lembre-se de que para este procedimento, o paciente deve estar estável hemodinamicamente e não haver indicação de laparotomia.

Incorreta a alternativa C. Já temos o diagnóstico do nosso paciente: um trauma hepático e lesão de víscera oca retroperitoneal. Por isso, não há indicação de laparoscopia diagnóstica. Além disso, a laparoscopia não tem um bom acesso ao retroperitônio.

Correta a alternativa "D" A presença de retropneumoperitônio e pneumoperitônio é indicação absoluta de laparotomia exploradora.

82 - Homem de 39 anos de idade foi transferido para um hospital terciário por apendicite aguda complicada, seguida de múltiplas laparotomias exploradoras que evoluíram com fístulas intestinais de alto débito. Na admissão encontra-se em regular estado geral, com índice de massa corpórea de 11,8 kg/m^2 . Calculado o gasto basal de energia: 1500 kcal. Foi proposto iniciar dieta parenteral. Qual é o aporte calórico que deve ser prescrito neste momento e quais são os distúrbios eletrolíticos mais prováveis após o início do tratamento?

A) 450 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia.
B) 450 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.
C) 1500 kcal; hipofosfatemia e hipopotassemia.
D) 1500 kcal; hipocalcemia e hiponatremia.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

Temos um paciente gravemente desnutrido (IMC 11,8 kg/m²), com fístulas intestinais de alto débito. Por conta disso, foi proposto iniciar dieta parenteral, sabendo que o gasto basal energético deste paciente é de 1500 kcal.

Para este paciente, nós devemos ter a preocupação de não causar uma SÍNDROME DE REALIMENTAÇÃO. As principais características da síndrome de realimentação são:

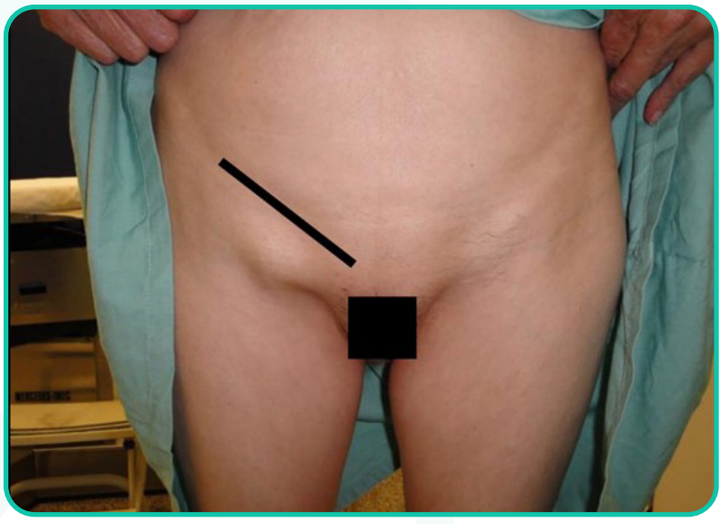
- ✓ **Hipofosfatemia;**
- ✓ **Hipocalemia;**
- ✓ Edema periférico;
- ✓ Insuficiência cardíaca congestiva;
- ✓ Rabdomiólise;
- ✓ Convulsões;
- ✓ Hemólise.

A fim de se evitar a síndrome de realimentação, está indicado iniciar lentamente o aporte calórico para o paciente, não fornecendo toda a necessidade calórica dele inicialmente. Vamos ver as opções:

Correta a alternativa "A" A recomendação é iniciar com um aporte calórico menor que a necessidade basal de energia; como vimos, o maior risco é de síndrome de realimentação, cujos distúrbios hidroeletrolíticos mais característicos são a hipofosfatemia e a hipopotassemia.

Incorreta a alternativa B. A hipocalcemia e a hiponatremia não são os distúrbios mais relacionados à síndrome de realimentação.
Incorreta a alternativa C. O aporte calórico inicial na nutrição parenteral deve ser menor que o gasto basal energético. Uma regra simples é iniciar com 1/3 da necessidade calórica (o que, no nosso exemplo, daria 500 kcal).
Incorreta a alternativa D. O aporte calórico inicial deve ser menor que o gasto basal do paciente e, como vimos, os eletrólitos mais comumente relacionados à síndrome de realimentação são a hipofosfatemia e a hipopotassemia.

83 - Mulher, 54 anos de idade, refere quadro de dor e abaulamento na região inguinocrural à direita há 2 meses, desencadeados aos esforços. Ao exame físico, observa-se abaulamento na região inguinocrural à direita (figura a seguir), à manobra de Valsalva, com redução ao repouso. Com relação a este tipo de hérnia, qual é a alternativa correta?



A) A técnica de Lichtenstein é a melhor conduta.

B) Quando encarcerada, o acesso deve ser por via inguinal e abdominal.

C) Quando operada de urgência tem elevada mortalidade.

D) Trata-se do defeito mais comum da parede abdominal

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

No caso clínico, temos um paciente do sexo feminino, meia-idade, com uma queixa compatível com hérnia da região inguino-femural. Atenção ao detalhe: o abaulamento se dá **ABAIXO** do ligamento inguinal: estamos diante de uma hérnia **FEMORAL**! Vamos ver as alternativas em relação à hérnia femoral:

Incorreta a alternativa A. Por definição, a técnica de Lichtenstein NÃO corrige o defeito no canal femoral. A técnica de Lichtenstein consiste em um reparo livre de tensão, com o uso de tela prostética. Ele corrige, simultaneamente, a fraqueza da parede posterior e a dilatação do anel inguinal interno, através da fixação da tela ao tubérculo púbico, ligamento inguinal até o nível do anel inguinal interno e ao músculo oblíquo interno. Sendo assim, a técnica de Lichtenstein não corrige o defeito do canal femoral e não está indicada para o tratamento da hérnia femoral.

Incorreta a alternativa B. Quando encarcerada, o acesso indicado para o tratamento é a INGUINAL. Quando está indicado acesso abdominal? Quando temos sinais de peritonite; nesta situação, temos indicação de laparotomia exploradora.

Correta a alternativa "C" A taxa de mortalidade para cirurgia de urgência para correção da hérnia femoral é maior que para a hérnia inguinal, em torno de 3%.

Incorreta a alternativa D. O defeito mais comum da parede abdominal é a **HÉRNIA INGUINAL INDIRETA**.

84 - Uma paciente mulher de 67 anos de idade é atendida no ambulatório da cirurgia de cabeça e pescoço e apresenta os seguintes exames laboratoriais:

EXAME	VALOR
Ca total	12,6
Ca iônico	6,78
PTH sistêmico	105
Fósforo	3,1
Magnésio	2,19
Fosfatase Alcalina	91
Vitamina D	35
Uréia (se não-dialítico)	40
Creat (se não-dialítico)	1,4
TSH	0,28
T4L	1,15

USG RINS E VIAS URINÁRIAS: Nefrolitíase não obstrutiva à esquerda

DATA	04/05/20	09/12/18	07/08/17
Conclusão	osteoporose	osteopenia	osteopenia

Qual o melhor tratamento para a principal hipótese diagnóstica para o caso?

A) Paratireoidectomia total com auto-enxerto.
B) Diurético de alça e seguimento clínico.
C) Exérese da paratireoide afetada.
D) Paratireoidectomia subtotal e timectomia.

Comentários:

Prof. Camila Moma - Endocrinologia

Estamos diante de uma paciente com hipercalcemia associada a elevação de paratormônio (PTH), o que fala a favor de hiperparatireoidismo primário (padrão laboratorial: PTH ↑, Cálcio sérico ↑, Fósforo no limite inferior da normalidade ou ↓).

Lembre-se de que o PTH é secretado pelas paratireoides em resposta à queda dos níveis circulantes de cálcio, levando à reabsorção óssea e renal de cálcio e à estimulação da 1 α hidroxilase (responsável pela conversão de calcidiol em calcitriol, forma ativa da vitamina D, ocasionando maior absorção intestinal de cálcio). Porém, diante de lesões autônomas e hiperfuncionantes de paratireoide, há secreção de PTH de forma independente dos níveis calcêmicos, resultando em hipercalcemia.

O excesso de PTH leva à reabsorção óssea, reduzindo a densidade mineral e, em casos mais graves e prolongados, podemos encontrar osteopenia/osteoporose associada. Além disso, devido à hipercalcemia, há aumento do produto cálcio x fósforo nos túbulos renais, ocasionando precipitação em cristais de pirofosfato de cálcio, com consequente nefrolitíase e nefrocalcinose.

Dentre as causas de HPTP, temos o adenoma isolado de paratireoides (90% dos casos), hiperplasia de paratireoides (aproximadamente 10%) e carcinoma de paratireoide (< 1 %).

O tratamento definitivo para HPTP é a exérese cirúrgica. Entretanto, nem todos os pacientes são candidatos à paratireoidectomia. Vamos ver as indicações abaixo:

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO NO HPTP

1. Pacientes sintomáticos;

2. Pacientes assintomáticos, na presença de um ou mais dos seguintes critérios:

- Níveis séricos de cálcio ≥ 1mg/dL acima do limite superior da normalidade;
- Alterações ósseas:
  - ◊ T-score < -2,5;
  - ◊ Fratura vertebral;
- Alterações renais:
  - ◊ Taxa de filtração glomerular < 60mL/minuto;
  - ◊ Calciúria em 24 horas > 400mg/dia;
  - ◊ Nefrolitíase ou nefrocalcinose;
- Idade < 50 anos.

A paciente tem 67 anos, porém apresenta cálcio sérico elevado (> 1 mg/dL acima do limite superior da normalidade- VR: 8,5-10,2 mg/dL), nefrolitíase e osteoporose (portanto, possui < -2,5 desvios-padrão pelo T-score), sendo candidata à paratireoidectomia. A etiologia mais provável deve ser o adenoma isolado de paratireoide, devido à sua frequência e pela idade da paciente (hiperplasia de paratireoides tende a acometer pacientes mais jovens e estão mais relacionadas às neoplasias endócrinas múltiplas tipo 1 e tipo 2A).

Incorreta a alternativa A. Não é necessária a exérese de todas as paratireoides, visto que a principal hipótese é de que seja um adenoma isolado. Podemos solicitar cintilografia com sestamibi para localização da paratireoide funcionante, entretanto, em alguns casos, o exame é negativo e é necessária a exploração cirúrgica, com o intuito de encontrar a glândula acometida.

Incorreta a alternativa B. A paciente tem indicação de paratireoidectomia.

Correta a alternativa "C" Devido à principal hipótese diagnóstica ser adenoma de paratireoide, é recomendada exploração cirúrgica (se sestamibi negativo) e exérese da paratireoide acometida.

Incorreta a alternativa D. Como dito, a conduta cirúrgica é a exérese da paratireoide acometida. Não realizamos paratireoidectomia subtotal na suspeita de adenoma isolado de paratireoide. Além disso, a timectomia não é recomendada nesse caso.

Comentário adicional: apesar de a paciente apresentar TSH discretamente diminuído associado a níveis normais de T4 livre (hipertireoidismo subclínico), não temos dados que permitam discernir qual é a etiologia (doença de Graves? Doença de Plummer? Bócio multinodular tóxico?). Portanto, não é recomendada a tireoidectomia associada nessa situação (sempre diagnosticar a etiologia primeiro!).

85 - Mulher de 42 anos de idade procura atendimento por nódulo em hemiface esquerda, próximo ao ângulo da mandíbula, há 6 meses. Nega dor local, vermelhidão ou assimetria facial (foto abaixo). Considerando se tratar de um nódulo em cauda de parótida esquerda, qual é o tipo histológico mais provável?

A) Carcinoma mucoepidermoide.
B) Adenoma pleomórfico.
C) Carcinoma adenoide cístico.
D) Cistoadenoma papilífero linfomatoso.

Comentários:

Prof. Diógenes Paiva - Otorrinolaringologia

Correta a alternativa "B" Nesta questão, o HC-USP avaliou um conhecimento tradicional avaliado em provas para R1, que é a etiologia dos nódulos parotídeos.

O enunciado começa descrevendo uma mulher de 54 anos com um nódulo na topografia do ângulo da mandíbula há 6 meses. Esta descrição já deve afastar algum processo agudo, como uma linfonodomegalia reacional ou infecção cutânea, visto que o tempo de evolução está em meses, não em semanas.

Continuando, o(a) examinador(a) fez questão de afastar duas possibilidades importantes:

1. Processos infecciosos – ao descrever que não houve dor local nem vermelhidão
2. Neoplasias malignas – por especificar que não existe assimetria facial. Isso indica integridade do nervo facial, que é caracteristicamente acometido pelas neoplasias malignas de parótida.

Ainda considero que ele(a) foi generoso(a), visto que descreveu que um nódulo nesta topografia é provavelmente um nódulo da cauda da parótida. Este conhecimento já deve estar implícito, sendo importante pensar em nódulos desta glândula em abaulamentos com crescimento lento e progressivo nesta região.

Incluiu uma imagem que foi mais ilustrativa do que decisiva para a resolução da questão, e questionou sobre o tipo histológico mais comum entre os tumores desta glândula. Pelas características clínicas e ausência de assimetria facial, devemos pensar no tipo mais comum de nódulos parotídeos, que é o benigno adenoma pleomórfico.

Os tumores das glândulas salivares compreendem um grupo raro e diversificado de histologias benignas e malignas. A maioria dos tumores das glândulas salivares é benigna e ocorrem na glândula parótida.

O tumor benigno mais comum desta glândula, conforme já descrito, é o adenoma pleomórfico, ocorrendo em aproximadamente 75% dos casos.

Apesar de benigno, este tumor tem um risco de evolução para malignidade (carcinoma ex-adenoma) de aproximadamente 10%, o que já indica tratamento cirúrgico, diferindo de outros tumores benignos que permitem conduta expectante.

O diagnóstico pode e deve ser realizado através da PAAF. Mas, nos casos que ela não for conclusiva, o diagnóstico deve ser obtido através de biópsia.

Por ser um tumor benigno, o adenoma pleomórfico não apresenta estadiamento baseado no TNM. Esta classificação é reservada aos tumores malignos, e isto já foi cobrado em provas anteriores.

Como estes tumores costumam localizar-se na porção superficial da glândula, a parotidectomia parcial é o tratamento de escolha, sendo associada a uma leve margem de segurança (mesmo sendo benigno) pela alta possibilidade de recidiva.

Incorreta a alternativa A. O carcinoma mucoepidermoide é o tumor maligno mais comum da parótida. Porém, além de ser menos frequente que o adenoma pleomórfico, a descrição de ausência de assimetria facial foi incluída para nos levar a pensar em uma neoplasia maligna.

Incorreta a alternativa C. O carcinoma adenoide cístico é o tumor maligno mais comum das pequenas glândulas salivares, distribuídas no trato aerodigestivo. Também pode ocorrer em menor frequência na parótida, e apresenta um importante neurotropismo, possibilitando disseminação tumoral à distância pelos ramos nervosos existentes na região do tumor.

Além da menor frequência, a ausência de paralisia facial também serviu para afastar esta possibilidade.

Incorreta a alternativa D. O cistadenoma papilífero linfomatoso, também conhecido como tumor de Warthin, é um tumor benigno e apresenta predileção pela parótida.

Porém, além de ser menos frequente que o adenoma pleomórfico, ocorre entre a sexta e sétima décadas de vida, com predomínio no gênero masculino e associação com o tabagismo. Neste caso, a descrição de paciente do sexo feminino, 45 anos, e sem tabagismo auxiliou ainda mais a afastar esta hipótese.

86 - Homem de 65 anos de idade desenvolveu subitamente amaurose no olho esquerdo. O sintoma foi revertido em poucos minutos, mas voltou a ocorrer algumas horas depois, e na segunda oportunidade durou 2 horas. Tem doença arterial periférica e faz tratamento com antiagregantes plaquetários e estatinas. Foi realizada ultrassonografia com doppler colorido que mostrou estenose carotídea maior que 50% bilateralmente. A conduta que mais diminui o risco de acidente vascular cerebral neste caso é:

A) Angioplastia com Stent em carótida direita.
B) Angioplastia com Stent em carótida esquerda.
C) Endarterectomia de carótida direita.
D) Endarterectomia de carótida esquerda.

Comentários:

Prof. Victor Fiorini - Neurologia

A questão traz o quadro de um paciente que apresenta dois episódios de ataques isquêmicos transitórios de provável etiologia aterotrombótica de grandes vasos. Como nós chegamos a essa conclusão?

A resposta é simples: ele apresenta sintomas idênticos e que podem ser explicados pela doença carotídea aterosclerótica. Além de já ter evidência de aterosclerose periférica, os sintomas de amaurose monocular súbita e transitória sugerem comprometimento da artéria oftálmica ipsilateral devido a uma embolia de uma placa instável da artéria carótida interna. Essa placa está tão instável que gerou isquemia transitória em duas ocasiões, sendo que a segunda foi pior do que a primeira (AIT em crescendo). Essa doença apresenta maior risco de embolizar para outros vasos distais intracranianos, podendo levar a um acidente vascular cerebral isquêmico, que pode ser grave, deixar sequelas e até levar à morte.

Para diminuir o risco de AVC isquêmico, devemos realizar intervenção nessa carótida antes de qualquer outra conduta, além de otimizar o tratamento da aterosclerose com estatinas e antiagregante plaquetário, o que já ocorreu.

Mas, que intervenção? Recomenda-se a realização de endarterectomia em homens com estenose sintomática entre 50-69% e endarterectomia ou stent em pacientes, independentemente do sexo, com estenoses sintomáticas entre 70-99%. No caso de estenoses assintomáticas entre 70-99%, a recomendação é de endarterectomia ou stent para pacientes com risco cirúrgico baixo (risco de AVC menor que 3%) e expectativa de vida acima de 5 anos.

Vamos analisar as alternativas.

Incorretas as alternativas A, B e C. Tanto o stent quanto a endarterectomia estão contraindicados em pacientes com estenoses carotídeas assintomáticas inferiores a 70%. Nas estenoses entre 60-79%, o stent não é indicado.

Correta a alternativa "D" A estenose da carótida sintomática (lado esquerdo, ipsilateral à amaurose), acima de 50% em pacientes do sexo masculino, deve ser tratada com endarterectomia para reduzir os riscos de AVC isquêmico, associando-se tratamento clínico otimizado com controle de fatores de risco e associação de estatina e ácido acetilsalicílico.

87 - Neonato prematuro com idade gestacional de 30 semanas e peso de nascimento de 1.200g apresenta no quarto dia de vida quadro de hipoatividade, vômitos biliosos e distensão abdominal importante. Estava extubado, sem droga vasoativa, com boa perfusão periférica e diurese. Houve ainda evacuação com pequena quantidade de sangue. O exame abdominal revelava abdome distendido e doloroso à palpação, com discreta hiperemia periumbilical. Foi então submetido a uma radiografia de abdome que revelou a seguinte imagem:

A conduta mais adequada neste momento seria:

A) Indicar uma laparotomia exploradora.
B) Realizar uma tomografia de abdome.
C) Repetir a radiografia de abdome em 6 horas.
D) Iniciar jejum, antibioticoterapia de largo espectro e observar a evolução.

Comentários:

Prof. Sarah Cozar - Cirurgia

O examinador apresentou-nos um RN PREMATURO de 30 semanas, com baixo peso ao nascimento, que, no quarto dia de vida, vem apresentando quadro de distensão abdominal, vômitos biliosos e hipoatividade, além de episódio de evacuação com pequena quantidade de sangue. Apresenta, ainda, eritema em parede abdominal, em região umbilical. Não existe dúvida quanto ao diagnóstico: este RN apresenta enterocolite necrosante!

A enterocolite necrosante (ECN) é uma condição que afeta principalmente recém-nascidos de baixo peso e prematuros. Embora vários fatores contribuintes, como isquemia, bactérias, citocinas e ALIMENTAÇÃO ENTERAL tenham sido identificados, a PREMATURIDADE é o fator de risco mais importante. A ECN ocorre tipicamente nos primeiros dias de vida, após a iniciação de alimentação enteral. A apresentação clínica da ECN pode ser variável e imprevisível. Distensão abdominal aguda, intolerância à alimentação (resíduo gástrico aumentado), sangue macroscopicamente visível ou oculto nas fezes, são características marcantes. Outros sinais clínicos inespecíficos incluem irritabilidade, instabilidade de temperatura, e episódios de apneia ou bradicardia. Conforme a ECN progride, sepse sistêmica desenvolve-se, juntamente com coagulopatia e deterioração hemodinâmica.

A característica radiográfica patognomônica da ECN é a pneumatose intestinal, causada por bolhas de gás hidrogênio geradas pela fermentação bacteriana de substratos luminais (veja que podemos observar este achado na imagem apresentada pela banca). Outros achados radiográficos podem incluir dilatação de alças intestinais, **gás venoso portal**, ascite, alças fixas do intestino delgado **e ar livre** - que também pode ser observado nesta imagem.

O tratamento médico inicial consiste em descompressão com sonda orogástrica, ressuscitação hidroeletrolítica, transfusão de sangue e plaquetas, e administração de antibióticos de amplo espectro. Em geral a ECN pode ser tratada clinicamente em 50% dos casos, com 7 a 10 dias de antibióticos. A indicação absoluta para tratamento cirúrgico é a perfuração intestinal. Outras indicações relativas incluem deterioração clínica geral, celulite da parede abdominal, piora da acidose, diminuição na contagem de glóbulos brancos ou plaquetas, massa abdominal palpável e alça intestinal fixa persistente radiologicamente.

Correta a alternativa "A"

Este prematuro apresenta celulite da parede abdominal e sinais radiográficos de pneumoperitôneo e, dessa forma, entre as alternativas, a melhor resposta é a letra A, ou seja, submetê-lo à laparotomia exploradora.

88 - Paciente de 65 anos, sexo masculino, previamente hígido, foi acometido pelo vírus Sars Cov-2, permaneceu internado por tempo prolongado e desenvolveu úlcera de pressão em região sacral. A lesão acometia toda pele e parcialmente o tecido subcutâneo.
Qual é a classificação desta úlcera pelo NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel) e qual é a melhor sequência de tratamento?

ANTES DA PRIMEIRA INTERVENÇÃO

APÓS 12 DIAS DA PRIMEIRA INTERVENÇÃO

A) Grau III. Desbridamento e curativo diário com antibiótico tópico, aguardar cicatrização por segunda intenção.
B) Grau III. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação.
C) Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, enxertia cutânea de espessura total.
D) Grau IV. Desbridamento c/ instalação de curativo por pressão negativa, retalho fasciocutâneo de avanço ou rotação.

Comentários:

Prof. Antonio Rivas - Cirurgia

O tratamento para as úlceras de pressão é feito conforme a profundidade da lesão. A tabela abaixo traz um resumo sobre classificação, característica da úlcera e tratamento preconizado. Com essa tabela, você estará apto a responder a grande maioria das questões sobre úlcera de pressão.

CLASSIFICAÇÃO DE NPUAP	CARACTERÍSTICA DA ÚLCERA	TRATAMENTO
ESTÁGIO I	Pele intacta com vermelhidão irreversível de uma área localizada	**TRATAMENTO CONSERVADOR** CURATIVO DE HIDROCOLÓIDE
ESTÁGIO II	Lesão de espessura parcial da derme, apresenta-se como uma úlcera aberta superficial ou bolha.	**TRATAMENTO CONSERVADOR** HIDROGEL, HIDROCOLÓIDE OU ALGINATO
ESTÁGIO III	Perda de tecido de espessura total. A gordura subcutânea pode ser visível.	**TRATAMENTO CIRÚRGICO** DEBRIDAMENTO + RETALHO
ESTÁGIO IV	Perda tecidual de espessura total com exposição de osso, tendão ou músculo	**TRATAMENTO CIRÚRGICO** DEBRIDAMENTO + RETALHO

Perceba que estamos diante de uma úlcera de pressão grau III. Afinal, apenas pele e tecido cutâneo foram acometidos, sem que haja exposição de estruturas profundas (ossos, tendões ou músculos).

Uma boa conduta inicial nesses casos é o debridamento seguido de curativo de pressão negativa.

A terapia por pressão negativa (Vacum Assisted Closure – VAC), popularmente chamada de curativo a vácuo, foi uma das grandes revoluções da cirurgia plástica.

Popularizada na década de 90, essa técnica consiste na aplicação de uma esponja de poliuretano e um filme plástico impermeável sobre a área da lesão. A esponja é conectada a um sistema de pressão negativa controlado, que promove uma sucção contínua, distribuída sobre toda a área da ferida.

Esse tipo de terapia tem uma série de vantagens e as principais são:

- Estimular a neovascularização e a formação de um tecido de granulação saudável.
- Redução de edema.
- Absorção de secreções e exsudatos com substâncias pró-inflamatórias.
- Clearence bacteriano.
- Aproximação gradual das margens da ferida.
- Criação de um ambiente isolado em relação ao meio externo.
- Maior comodidade para o paciente e para equipe, à medida que o curativo pode ser trocado em média a cada 5 dias.

Após a terapia por pressão negativa, a reconstrução deverá ser feita com retalho fasciocutâneo ou miocutâneo de avanço ou rotação.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Como vimos, o tratamento definitivo de escolha é a reconstrução através de retalho.

Correta a alternativa "B" A alternativa B apresenta a melhor conduta diante do quadro exposto.

Incorreta a alternativa C. Via de regra, a reconstrução das úlceras de pressão deve empregar retalhos, e não enxertos. Além disso, a lesão apresentada é uma úlcera de grau III.

Incorreta a alternativa D. A lesão apresentada é uma úlcera de grau III.

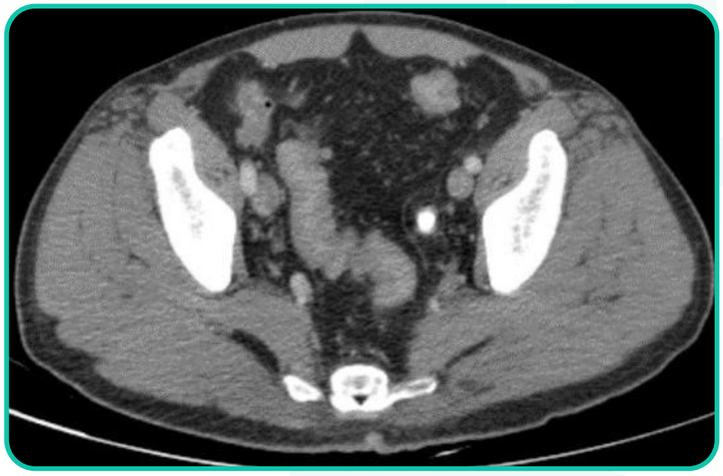
89 - Mulher de 32 anos de idade chega ao pronto atendimento com dor em flanco e fossa ilíaca esquerdos, em cólica, de forte intensidade, acompanhada de náuseas, vômitos e sudorese que se iniciou há 1 hora. Refere ser este o 5º episódio em cinco dias, tendo já estado em outro pronto atendimento por quatro vezes, onde foi medicada e apresentou melhora temporária da dor. Após analgesia, apresentase afebril, PA=140X80 mm Hg, FC: 76 bpm.

O abdome é flácido, doloroso à palpação profunda na fossa ilíaca esquerda. RHA + e DB -.

Foi submetida a tomografia computadorizada sem contraste e exames de laboratório, mostrados a seguir:

Hb: 13.8 g/dl; Leucócitos: 8.800/mm^3, sem desvio à esquerda; Creatinina: 1,1 mg/dl; Glicemia: 94 mg/dl.

Urina tipo I: pH=5,0; > 1 milhão de hemácias/ml; 32 mil leucócitos/ml.



Qual é o tratamento?

A) Tamsulosina e cefalexina por 7 dias.

B) Ureterolitotomia por via laparoscópica.

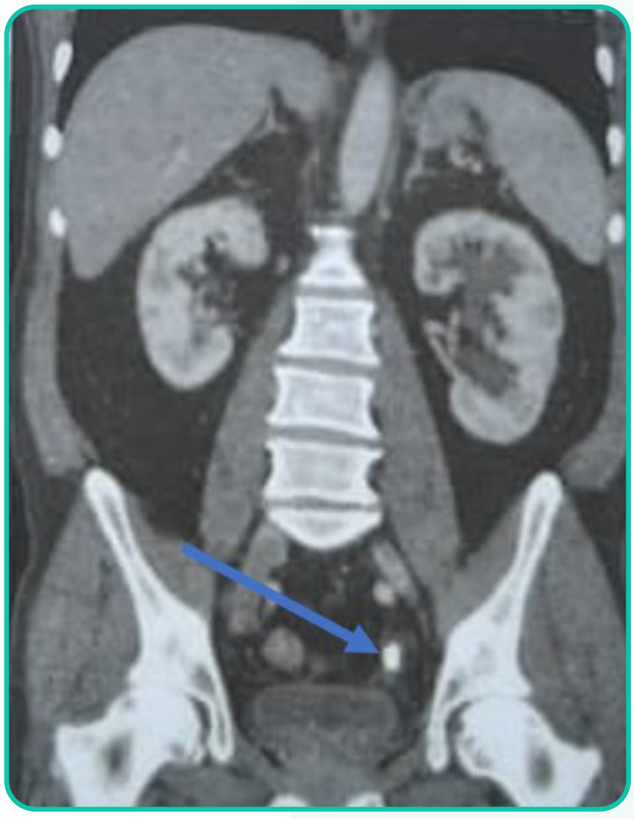
C) Ureterolitotripsia endoscópica.

D) Ureterolitotomia por inguinotomia.

Comentários:

Prof. Antonio Rivas - Cirurgia

Estamos diante de um paciente com diagnóstico de cólica renoureteral, com cálculo em ureter distal à esquerda (seta azul) e o examinador deseja saber qual é a melhor conduta terapêutica.



Inicialmente, devemos decidir se o paciente é candidato à cirurgia ou à terapia medicamentosa expulsiva. Desse modo, vamos aproveitar a oportunidade para relembrarmos algumas situações em que há indicação de litotripsia e/ou remoção ureteroscópica na calculose renoureteral. São elas:

- **Cálculo superior a 10mm.**
- **Dor refratária a analgesia.**
- **Função renal limítrofe, rim único ou evidência de injúria renal aguda.**
- **Obstrução persistente, sem progressão do cálculo com tratamento clínico.**

A paciente em questão apresenta um quadro refratário ao tratamento clínico. Portanto, tem indicação de retirada do cálculo independentemente do tamanho do mesmo.

Como estamos diante de um cálculo em ureter distal (seta azul), a melhor conduta é a ureterolitotripsia endoscópica com retirada do cálculo e implante de cateter duplo J.

Visto isso, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. Como vimos, o caso acima não admite tratamento clínico, dada a refratariedade do quadro álgico. Além disso, a antibioticoterapia não faz parte da terapia medicamentosa expulsiva.

Incorreta a alternativa B. A ureterolitotomia laparoscópica é uma técnica aplicada à remoção dos cálculos ureterais. Essa técnica está tipicamente indicada nos casos em que há contraindicação ou insucesso dos outros métodos terapêuticos. Trata-se de uma medida de exceção.

Correta a alternativa "C"

Ureterolitotripsia endoscópica é o método de escolha para o tratamento da maioria dos cálculos ureterais. Isso é especialmente verdadeiro quando trata-se de cálculos em ureter distal, como é o caso em questão.

Incorreta a alternativa D. A inguinotomia não é uma via de acesso prevista para o tratamento de cálculos renoureterais.

90 - Mulher de 62 anos de idade realizou um ultrassom de abdome superior no qual se evidenciou um pólipo em vesícula biliar de 1,5 cm, com fluxo sanguíneo detectado ao doppler. Não tem sintomas. Qual é a melhor conduta para o caso?

A) Colecistectomia por via videolaparoscópica.
B) Colecistectomia por via aberta.
C) Repetir ultrassom de abdome superior em 6 meses.
D) Repetir ultrassom de abdome superior em 12 meses.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

Temos uma paciente que apresenta pólipo de vesícula biliar de 1,5 cm. Pólipos maiores que 1,0 cm (10 mm) têm uma probabilidade maior de serem neoplásicos, portanto está indicado a cirurgia. Qual a via preferencial?

Correta a alternativa "A" O pólipo acima de 10 mm, mesmo assintomático, tem indicação cirúrgica por apresentar risco de malignidade. Acima de 20 mm (2,0 cm), o risco é muito elevado; nesta situação, a via laparoscópica não é recomendada.

Incorreta a alternativa B. A via aberta está indicada quando há suspeita de malignidade (contraindicação ao procedimento laparoscópico); no entanto, pólipos entre 10 mm e 20 mm têm baixa suspeição. Nesta situação, em que temos um pólipo de 15 mm, a via laparoscópica é preferida.
Incorreta a alternativa C. Pelo risco de malignidade, não está indicado o seguimento ultrassonográfico.
Incorreta a alternativa D. Pólipos maiores que 10 mm têm maior risco de malignidade e, portanto, não está indicado o acompanhamento ultrassonográfico.

91 - Mulher de 47 anos de idade realiza acompanhamento no Ambulatório Médico de Especialidade devido a diabete e hipertensão arterial. Apresenta refluxo gastresofágico e foi submetida a endoscopia digestiva alta há 1 mês que revelou esofagite grau C de Los Angeles. Está em uso de omeprazol 40mg por dia há 6 meses, mas com persistência de pirose pós prandial, principalmente quando em decúbito horizontal. Exame clínico: bom estado geral, IMC: 36 kg/m^2 , abdome indolor à palpação, sem outras alterações. Qual é a melhor opção operatória para o tratamento do refluxo gastro-esofágico desta paciente?

A) Gastrectomia vertical (*sleeve* gástrico).
B) Gastroplastia com derivação em Y-de-Roux (*Bypass* gástrico).
C) Hiatoplastia com fundoplicatura total.
D) Hiatoplastia com fundoplicatura parcial.

Comentários:

Prof. Sarah Cozar - Cirurgia

Vamos lá! Veja que estamos diante de uma paciente com antecedente de Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) com sintomas refratários ao tratamento clínico com Inibidores de Bomba de Prótons e que, portanto, tem indicação para tratamento cirúrgico! Acontece que

esta paciente tem outro diagnóstico relevante: ela é obesa (IMC 36 kg/m^2).

Embora o mecanismo pelo qual a obesidade aumenta o risco de DRGE permaneça desconhecido, vários estudos mostraram um risco aumentado de recorrência em pacientes submetidos à cirurgia antirrefluxo. Nesse subgrupo de pacientes obesos, atendendo aos critérios cirúrgicos, deve-se considerar a realização de um desvio gástrico em Y-de-Roux laparoscópico em oposição a uma fundoplicatura de Nissen para alcançar uma resposta mais duradoura, além de fornecer o benefício da perda de peso e diminuir as comorbidades associadas à obesidade. Lembre-se de que os pacientes com ICM maior ou igual a 35 kg/m^2 associado a comorbidades têm indicação de cirurgia bariátrica.

A gastrectomia vertical não deve ser a primeira escolha em pacientes portadores de DRGE! O esôfago de Barrett e a doença do refluxo gastroesofágico grave não controlada são contraindicações relativas à sua realização, pois estudos recentes têm mostrado que ela pode piorar o refluxo. De maneira oposta, a resolução imediata dos sintomas da doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) ocorre em mais de 90% dos casos após o BGYR. A bolsa gástrica extremamente pequena representa um reservatório limitado para manter o suco gástrico, e a cárdia é uma área gástrica de baixa produção ácida.

Correta a alternativa "B"

92 - Homem, 54 anos de idade, refere dor anal intensa durante as evacuações. As dores começaram, há 6 semanas, após episódio de dificuldade para evacuar devido a fezes muito endurecidas. Desde então, durante toda evacuação apresenta dor intensa, que vai melhorando lentamente. Refere ainda ter notado a presença de laivos de sangue no papel higiênico. Identifique a imagem correspondente à principal hipótese diagnóstica:

A)

C)

B)

D)

Comentários:

Prof. Sarah Cozar - Cirurgia

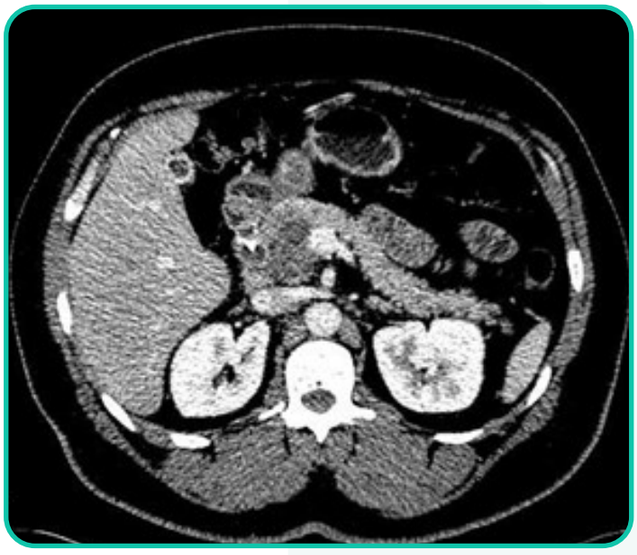
Estamos diante de um paciente com dor anal intensa durante as evacuações, além de laivos de sangue no papel higiênico, há 06 semanas, após episódio de evacuações endurecidas. A queixa de dor à defecação, especialmente em um paciente com antecedente de constipação intestinal, sempre deve levar-nos a considerar, entre nossas hipóteses diagnósticas, a fissura anal!

A fissura anal é uma úlcera linear no epitélio escamoso do canal anal, localizada entre a margem anal e a linha denteada, em geral na linha média posterior. Afeta homens e mulheres com igual distribuição e, tipicamente, é uma condição de adultos jovens. O sintoma cardinal da fissura anal é a dor aguda durante e após a evacuação, que pode perdurar por um período que varia de minutos a uma a duas horas. Este é o sintoma mais comumente identificado. O sangramento é o segundo sintoma mais comum, mas não invariavelmente presente. Os pacientes costumam relatar sangue vermelho-vivo mais frequentemente no papel higiênico, mas também pode ser notado no vaso sanitário, em pequena quantidade.

Em qual das imagens apresentadas pela banca podemos ver uma úlcera linear na linha média posterior? Na letra A! Na letra B podemos observar mamilos hemorroidários internos. Na alternativa C, um abscesso perianal e na letra D, uma fístula anorretal.

Correta a alternativa "A"

93 - Mulher de 56 anos de idade está em investigação de icterícia obstrutiva e realiza o exame a seguir. A lesão presente na imagem tem contato com qual estrutura vascular?



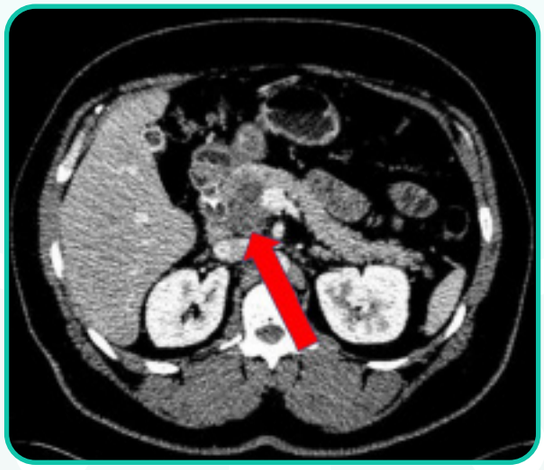
A) Artéria mesentérica superior.
B) Veia cava inferior.
C) Tronco celíaco.
D) Veia mesentérica superior.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

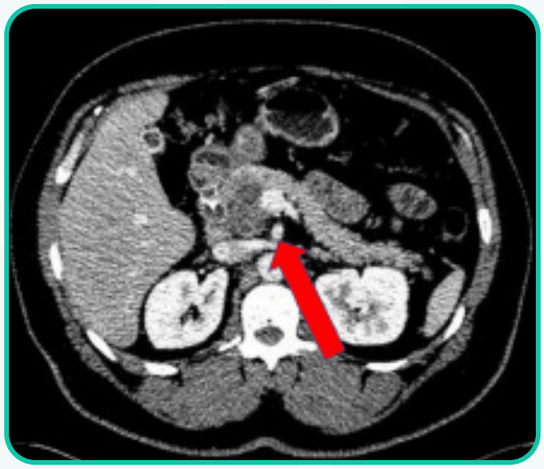
Na imagem, temos uma lesão de cabeça de pâncreas envolvendo uma estrutura. Qual é essa estrutura?

Incorreta a alternativa A. Na imagem, é possível observar a artéria mesentérica fora da lesão.

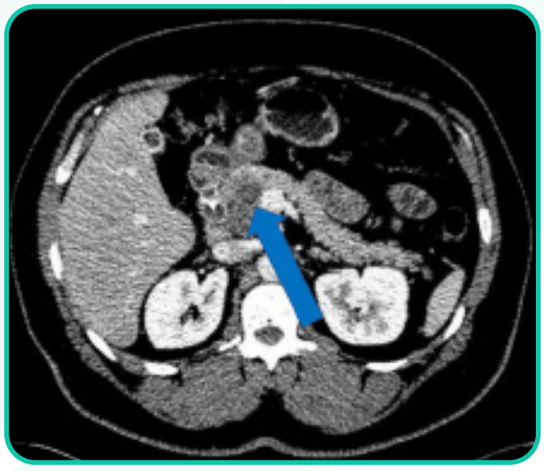


Incorreta a alternativa B. A veia cava inferior não é visível neste corte tomográfico.

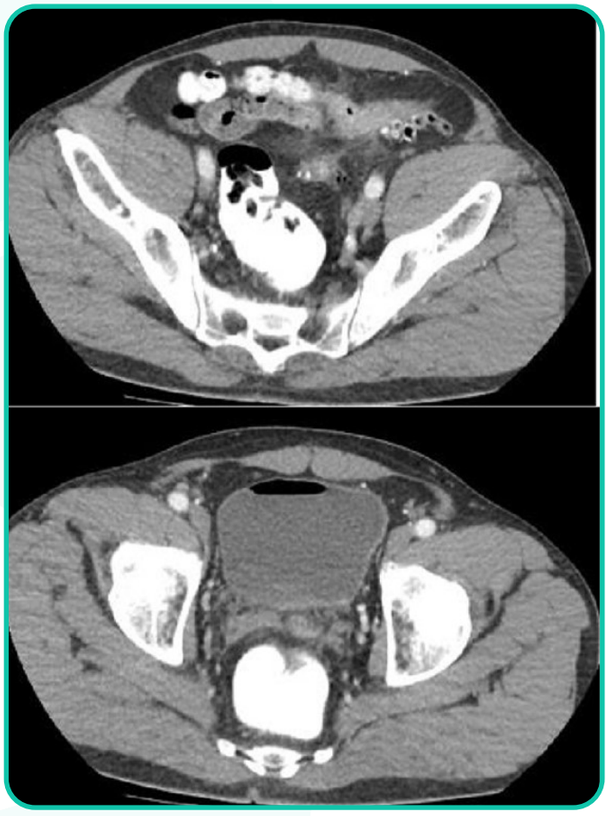
Incorreta a alternativa C. É possível ver o tronco celíaco emergindo da aorta e encontra-se livre.



Correta a alternativa "D" A estrutura que se encontra em contato com a lesão pancreática é a veia mesentérica superior.



94 - Homem de 62 anos de idade realizou a tomografia de abdome abaixo para a investigação de pneumatúria. É tabagista, com carga tabágica de 30 maços-ano. Tem antecedente de infecção urinária de repetição. Qual é o diagnóstico mais provável?



A) Tumor urotelial da bexiga avançado.

B) Cistite enfisematosa com abscesso.

C) Doença diverticular complicada.

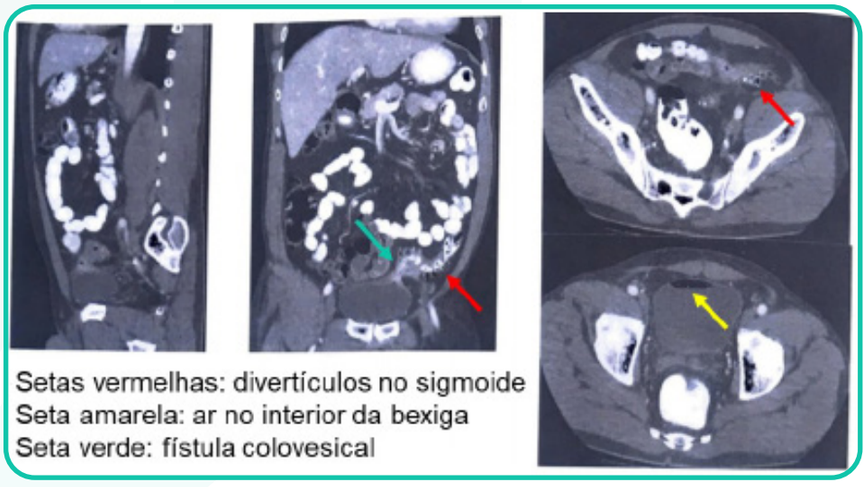
D) Tumor de reto avançado.

Comentários:

Prof. Renatha Paiva - Cirurgia

Temos um paciente de 62 anos com histórico de infecção urinária de repetição e pneumatúria, ou seja, saída de ar pela urina. Só com esses dados, temos como principal hipótese diagnóstica uma fístula colovesical, que na maioria dos casos é decorrente de uma diverticulite aguda (65 a 79%). Apenas 10 a 20% dos casos é devido à neoplasia colorretal, e 5 a 7% à Doença de Crohn.

A imagem tomográfica apresentada confirma nossa hipótese diagnóstica ao demonstrar a presença de divertículos no cólon sigmóide, ar no interior da bexiga e uma comunicação entre o sigmóide e cúpula vesical.



Então, estamos diante de uma complicação da diverticulite aguda, uma **fístula colovesical**, que é o tipo mais comum de fístula (65%). Outras possibilidades são as fístulas colovaginais (25%), coloentéricas (7%), colouterinas (3%) e colocutâneas. A fístula colovesical é mais comum

nos homens (2-3:1), provavelmente devido à proteção uterina. Pacientes com fístula colovesical costumam apresentar infecções urinárias de repetição, pneumatúria, fecalúria ou disúria.

O diagnóstico normalmente é feito através de uma tomografia com contraste oral e retal, em que é visualizado ar dentro da bexiga (sinal muito sugestivo de fístula colovesical), sem histórico de manipulação prévia. A colonoscopia pode não visualizar diretamente a fístula, mas permite um melhor estudo do cólon em busca de neoplasias e da Doença de Crohn, que também são causas de fístula colovesical. Na cistoscopia é possível visualizar cistite e um edema bolhoso no local da fístula.

Agora, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Na tomografia, não há imagem compatível com uma neoplasia vesical avançada, apenas líquido e ar no interior da bexiga.

Incorreta a alternativa B. A cistite enfisematosa é uma infecção do trato urinário rara, mais comum no sexo feminino e idosos. É caracterizada pela presença de gás dentro ou ao redor da bexiga (por exemplo, na gordura perivesical), podendo espalhar-se para os órgãos adjacentes. O gás é formado a partir da fermentação da glicose ou lactato pelas bactérias presentes na submucosa da bexiga. Os microrganismos mais frequentemente relacionados a esta patologia são a *Escherichia coli* e a *Klebsiella pneumoniae*. O principal fator de risco envolvido em sua patogênese é o Diabetes Mellitus (DM).

A presença de divertículos do cólon sigmóide, associada à clínica do paciente com pneumatúria, fala mais a favor de uma fístula colovesical. Além disso, não há abscesso intracavitário.

Correta a alternativa "C" O quadro clínico e a imagem tomográfica são compatíveis com o diagnóstico de uma fístula colovesical, complicação da doença diverticular. Lembre-se de que tabagismo é um dos fatores de risco para a doença diverticular.

Incorreta a alternativa D. Pacientes com neoplasia de reto geralmente apresentam queixas de alteração do hábito intestinal, hematoquezia, emagrecimento. A neoplasia colorretal é uma das causas de fístula colovesical (10 a 20% dos casos), mas menos frequente. Além disso, não há tumoração no reto visível à tomografia apresentada, apenas divertículos colônicos.

95 - Mulher de 28 anos de idade está no Pronto-Socorro com diagnóstico de pielonefrite obstrutiva. Será submetida à passagem de cateter duplo-J. Tem medida de pressão arterial em 110/70 mmHg, frequência respiratória de 25 ipm, frequência cardíaca em 120 bpm e está sonolenta. Qual hipnótico **NÃO** deve ser utilizado na indução da anestesia geral com manobra de sequência de intubação rápida desta paciente?

A) Etomidato.
B) Cetamina.
C) Midazolam.
D) Propofol.

Comentários:

Prof. Tomas Coelho - Cirurgia

Temos uma paciente com foco infeccioso (pielonefrite obstrutiva), com necessidade de anestesia geral para a passagem de cateter duplo J. Apresenta taquipneia, taquicardia e rebaixamento do nível de consciência, o que sugere que ela apresenta um quadro séptico. No contexto de sepse, que agente anestésico NÃO está indicado?

Considero esta questão polêmica, vamos ver o porquê:

Incorreta a alternativa A. A banca considerou esta opção correta; no entanto, encontramos divergências na literatura, em que temos artigos, como da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, que contraindica o uso de etomidato na sepse, quanto artigos recentes atestando sua segurança. Por apresentar divergência na literatura, a questão deveria ser anulada.

Incorreta a alternativa B. A cetamina tem sido recomendada para anestesia e sedação de pacientes sépticos ou devido aos seus efeitos de estimulação cardiovascular.

Incorreta a alternativa C. O midazolam parece ser uma droga segura para ser utilizada nos pacientes sépticos: a literatura não mostra que há piora do prognóstico deste paciente com o uso da medicação.

Correta a alternativa "D" A banca considerou esta a resposta correta. O propofol está associado a redução significativa da pressão arterial, débito cardíaco e resistência vascular; por isso, estaria contraindicado nos pacientes sépticos.

96 - Qual é o tempo ideal para a realização de fixação das fraturas intertrocantéricas?

A) Primeira hora após o trauma.
B) 1 a 12 horas após o trauma.
C) 12 a 48 horas após o trauma.
D) 48 a 72 horas após o trauma.

Comentários:

Prof. David Nordon - Ortopedia

Discussão da questão

O que o examinador quer saber com esta pergunta?

Conhecimento específico do conceito de urgência da fratura do fêmur proximal.

O que você precisa saber para responder a esta pergunta?

Fraturas do fêmur proximal em idosos

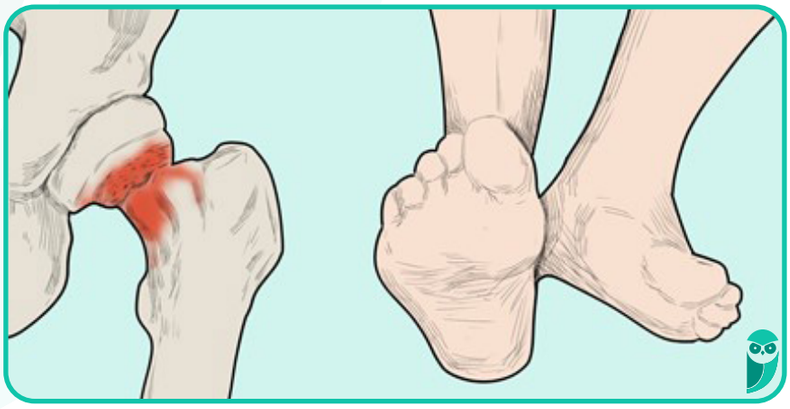
As fraturas do fêmur proximal são uma fratura típica osteoporótica, acometendo idosos após os 60 anos de idade. É mais frequente em mulheres, de baixo IMC.

A fratura do colo do fêmur acomete pacientes mais novos do que as fraturas transtrocantéricas.

O mecanismo de trauma geralmente é de baixa energia, como rodar em torno do próprio corpo, ou uma queda da própria altura.

A apresentação clínica é de dor, encurtamento e rotação externa do membro, mas não necessariamente incapacidade de deambular.

A avaliação é sempre feita com radiografias da bacia e do quadril, este em incidência ântero-posterior e com tração e rotação interna.



Fratura transtrocantérica.

A fratura transtrocantérica acomete pacientes mais idosos do que a fratura do colo do fêmur e segue do trocânter maior para o trocânter menor. O mecanismo de trauma geralmente é de baixa energia, como rodar em torno do próprio corpo, ou uma queda da própria altura.

A fratura transtrocanteriana é classificada por Evans em estável (sem desvio ou desviada, mas reduzida) ou instável (desviada e não reduzida, cominuta ou obliquidade reversa, em que vai do trocânter menor para lateral e distal no fêmur).

A classificação de Tronzo é mais detalhada e vai de I a V:

I: fratura incompleta.

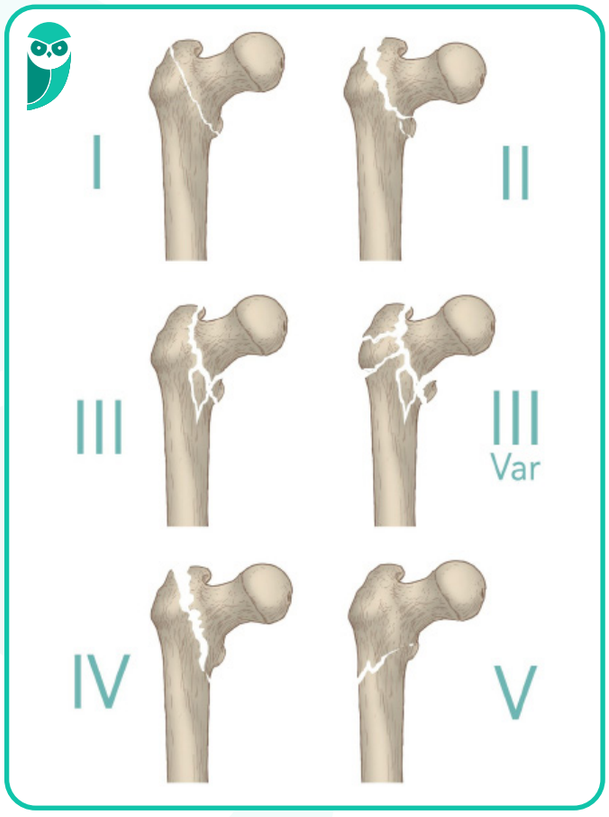
II: fratura completa, sem desvio, com fratura do trocânter menor, mas sem cominuição posteromedial.

III: fratura com telescopagem de fragmentos, em que o traço de fratura não atinge o trocânter maior e a diáfise está medializada.

III variante: fratura com telescopagem de fragmentos, em que o traço de fratura atinge o trocânter maior e a diáfise está medializada.

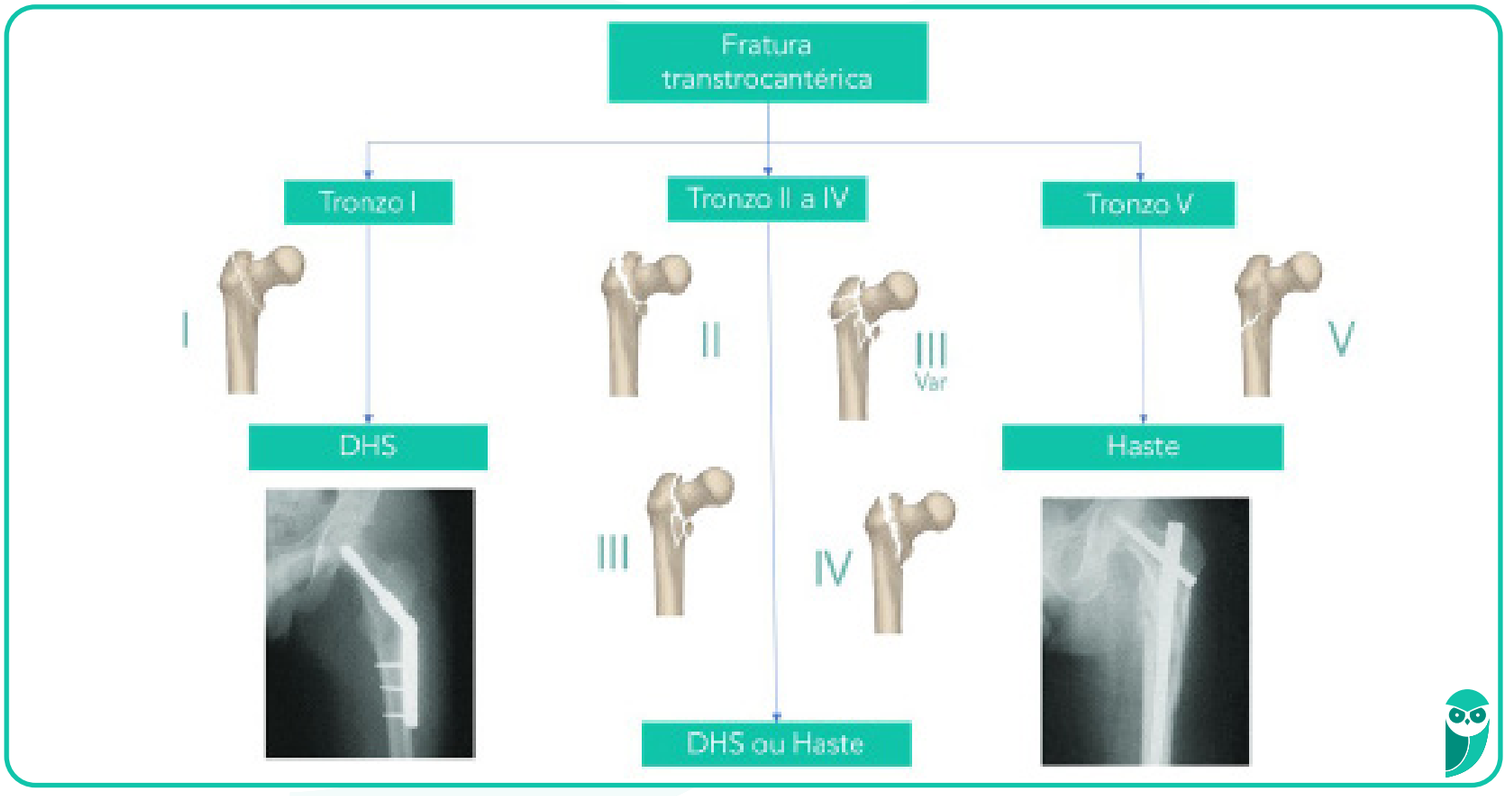
IV: fratura em 4 partes, com diáfise lateralizada.

V: traço reverso (da parede medial proximal para lateral distal).



É uma classificação difícil, com pouca confiabilidade entre avaliadores.

De forma resumida: Tronzo I e II são estáveis e podem ser tratadas com parafuso deslizante (DHS). As fraturas tipos III a V são instáveis e devem ser tratadas com haste cefalomedular.



Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A. A única fratura que realmente precisa de uma fixação imediata é a fratura instável de bacia, o que pode ser obtido por meio de lençol ou fixador externo.

Incorreta a alternativa B. Nesta categoria, entram as amputações com intenção de reimplante e fraturas com risco de morte (como fêmur com choque hipovolêmico, por exemplo). Mesmo as fraturas expostas, se não forem altamente contaminadas, podem aguardar 24 horas pela cirurgia definitiva.

Correta a alternativa "C" A cirurgia da fratura de fêmur proximal é considerada como uma urgência "eletivável", ou seja: pode ser feita nas primeiras 48 horas depois do trauma (e pode aguardar, por exemplo, uma avaliação pré-operatória completa e preparação do paciente). Quanto mais rápida é realizada a cirurgia, melhor a perspectiva de consolidação e melhores os resultados para o paciente. Lembre-se de que estamos tratando de pacientes idosos e que, quanto mais tempo acamado, mais massa muscular é perdida. Ademais, há um aumento importante no risco de trombose venosa profunda, pneumonia, úlceras, delirium, infecção urinária etc. Assim, os melhores resultados são obtidos com menos de 48 horas de intervalo entre fratura e síntese.

Incorreta a alternativa D. Esta janela de tempo não é adequada para fraturas do fêmur proximal.

97 - Paciente de 34 anos refere ausência de menstruação há 3 meses. Antes dos três últimos meses, apresentava ciclos menstruais mensais regulares. Tem antecedente de 2 gestações com partos normais, o último há 4 anos. Amamentou por 6 meses cada filho. Usa preservativo como contracepção. Não tem antecedentes mórbidos relevantes e não usa drogas lícitas ou ilícitas. Neste período de 3 meses não observou alteração de hábito intestinal ou urinário, mantém suas atividades profissionais e físicas, no entanto tem apresentado leve cefaleia vespertina, dolorimento global das mamas e procurou o oftalmologista por achar que está com menor visão lateral. O teste de gravidez é negativo. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é a alternativa correta?

A) O nível de TSH deve estar diminuído.
B) Os níveis de FSH e LH devem estar elevados.
C) A biópsia de endométrio deve revelar atrofia.
D) O eco endometrial ultrassonográfico deve estar espessado.

Comentários:

Prof. Monalisa Carvalho - Ginecologia

A paciente está há 3 meses sem menstruar. A definição de amenorreia secundária é a ausência de menstruação, em paciente que já teve a menarca, por 3 ciclos (se ciclo regulares) ou 6 meses (se ciclos irregulares). A principal causa de amenorreia secundária é gravidez e já foi excluída na questão. O que chama atenção nesse caso? A paciente tem sintomas que sugerem alteração do sistema nervoso central (SNC): cefaleia e alteração visual. Logo, tumores do SNC poderiam ser a causa da amenorreia, já que, por efeito de massa, comprimem os gonadotrofos e os destroem, resultando em amenorreia. Além disso, o crescimento tumoral pode danificar o pedículo hipofisário, levando a hiperprolactinemia pela perda da inibição dopaminérgica, que também leva a amenorreia por inibir os pulsos de GnRH.

Como a paciente tem mamas doloridas, podemos pensar em prolactinoma como a origem da amenorreia.

Na amenorreia causada por tumores do SNC, temos hipogonadismo hipogonadotrófico, logo, temos dosagem reduzida de gonadotrofinas e esteroides sexuais. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Não há alteração dos níveis de TSH. Entretanto, o contrário pode ocorrer: quando a amenorreia é causada por tireoidopatia, temos elevação dos níveis de prolactina.
Incorreta a alternativa B. As gonadotrofinas estão inibidas. Os níveis de gonadotrofinas estão elevados em amenorreia de origem ovariana.

Correta a alternativa "C" Como há hipogonadismo, esperamos atrofia endometrial, pois não há estrogênio para proliferar o endométrio.

Incorreta a alternativa D. Como vimos acima, esperamos atrofia endometrial.

98 - Paciente de 20 anos é nuligesta e tem ciclos menstruais regulares. Faz uso contínuo de fluoxetina 20mg/dia para controle de irritabilidade pré-menstrual há 3 anos. Iniciou vida sexual e utiliza preservativo nas relações. Deseja interromper a fluoxetina para melhorar a libido. Qual é a orientação adequada?

A) Suspender gradualmente a fluoxetina e introduzir contraceptivo hormonal combinado.
B) Interromper a fluoxetina e iniciar suplementação de testosterona.
C) Suspender gradualmente a fluoxetina e suplementar DHEA.
D) Interromper a fluoxetina e introduzir benzodiazepínico caso apresente irritabilidade.

Comentários:

Prof. Carlos Eduardo do Nascimento Martins - Ginecologia

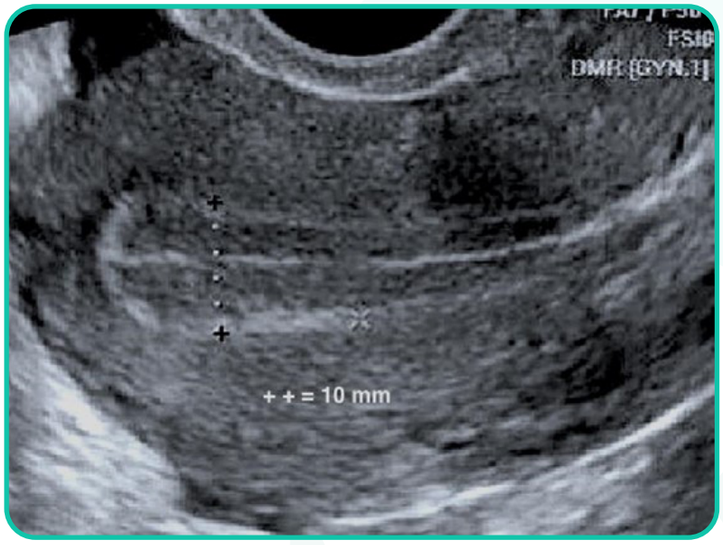
O tratamento farmacológico das síndromes pré-menstruais deve ser empregado quando as medidas comportamentais não forem efetivas. Ele pode ser empregado de maneira a tratar sintomas específicos ou buscando reduzir os sintomas através do bloqueio dos mecanismos fisiopatológicos envolvidos com o quadro clínico.

Os inibidores seletivos da recaptação de serotonina são a primeira escolha no tratamento de SPM grave e de DDPM, com eficácia entre 60 e 70%. As medicações mais usadas são a fluoxetina, a sertralina e a paroxetina.

Correta a alternativa "A" pois como a SPM e o DDPM têm sua fisiopatologia associada a flutuações hormonais, a supressão ovariana com uso de anticoncepcionais é uma possibilidade de tratamento. O uso de anticoncepcionais hormonais orais combinados (ACHO) é a principal escolha, principalmente em pacientes que também desejam evitar gestação. A redução de libido deve estar associada ao uso da fluoxetina. Existe a teoria de que pelos anticoncepcionais combinados aumentarem a síntese de SHBG (proteína ligadora de hormônios sexuais) e, consequentemente, reduzindo a fração livre de testosterona, possa haver piora do libido. Porém, essa é a única alternativa que contempla um tratamento aceitável para os sintomas da paciente.

Incorreta a alternativa B, pois não existe indicação de reposição de testosterona no caso da paciente. A testosterona pode ser empregada no tratamento do desejo sexual hipoativo em mulheres pós-menopausa.
Incorreta a alternativa C, pois não existe indicação de reposição de DHEA para tratamento de diminuição de libido. Além disso, os sintomas pré-menstruais não são tratados com esse tipo de hormônio.
Incorreta a alternativa D, pois os benzodiazeínicos não fazem parte do tratamento da síndrome pré-menstrual, além de poderem causar dependência. Segundo a Sociedade Internacional de Desordens Pré-Menstruais, os benzodiazepínicos, sobretudo o alprazolam, que eram usados no passado para o tratamento do distúrbio disfórico pré-menstrual, não deve ser empregado, apesar de sua eficácia ser maior que o placebo nos estudos.

99 - Paciente, 23 anos, encontra-se em acompanhamento do ciclo menstrual para tratamento de infertilidade. Realiza a ultrassonografia transvaginal, apresentada abaixo. Qual é o momento do ciclo menstrual desta paciente?



A) Fase folicular.

B) Fase secretora.

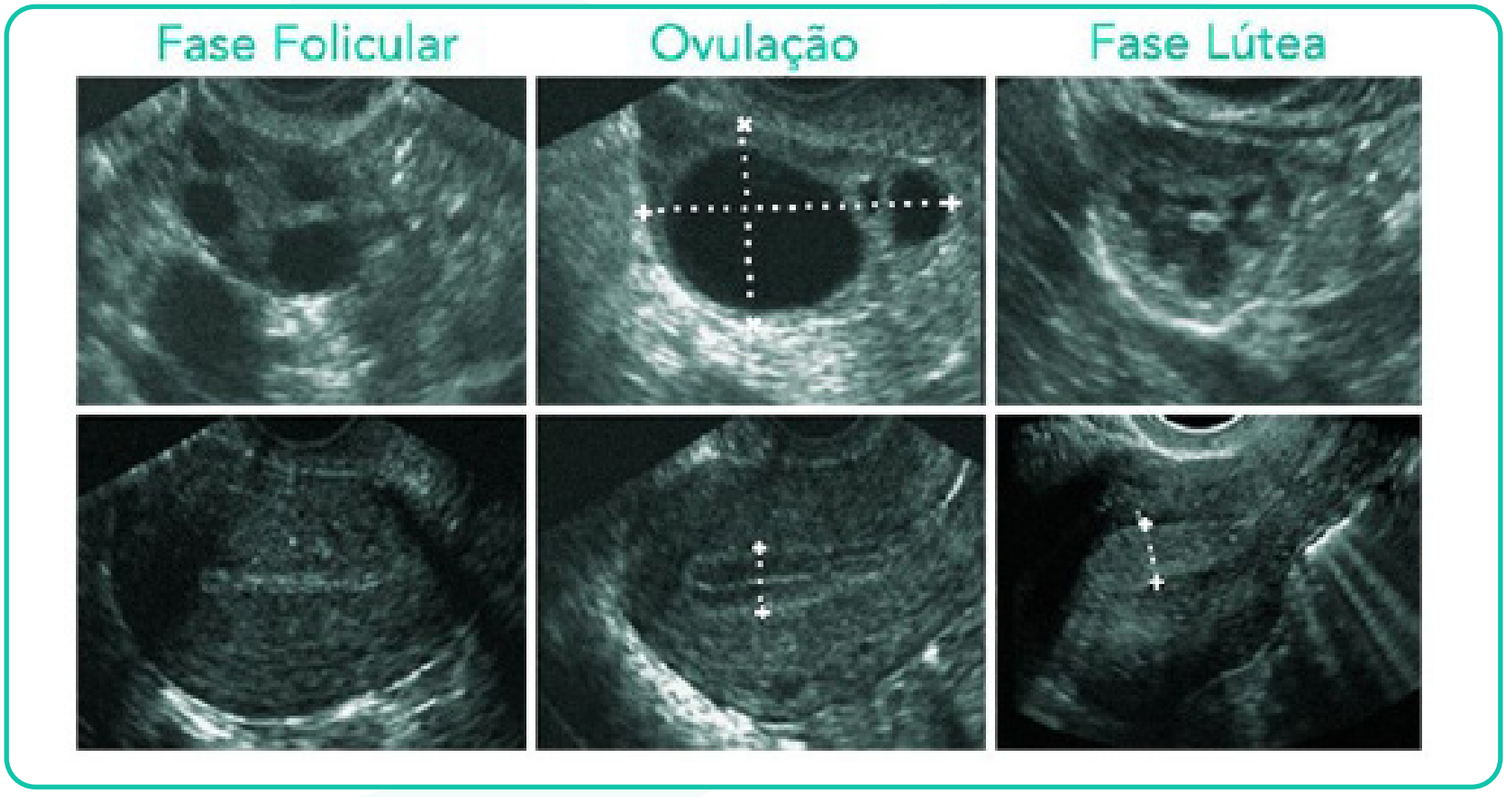
C) Menstrual.

D) Gravídico.

Comentários:

Prof. Monalisa Carvalho - Ginecologia

O que podemos ver nesta imagem? A clássica representação do endométrio trilaminar, característico do período ovulatório.

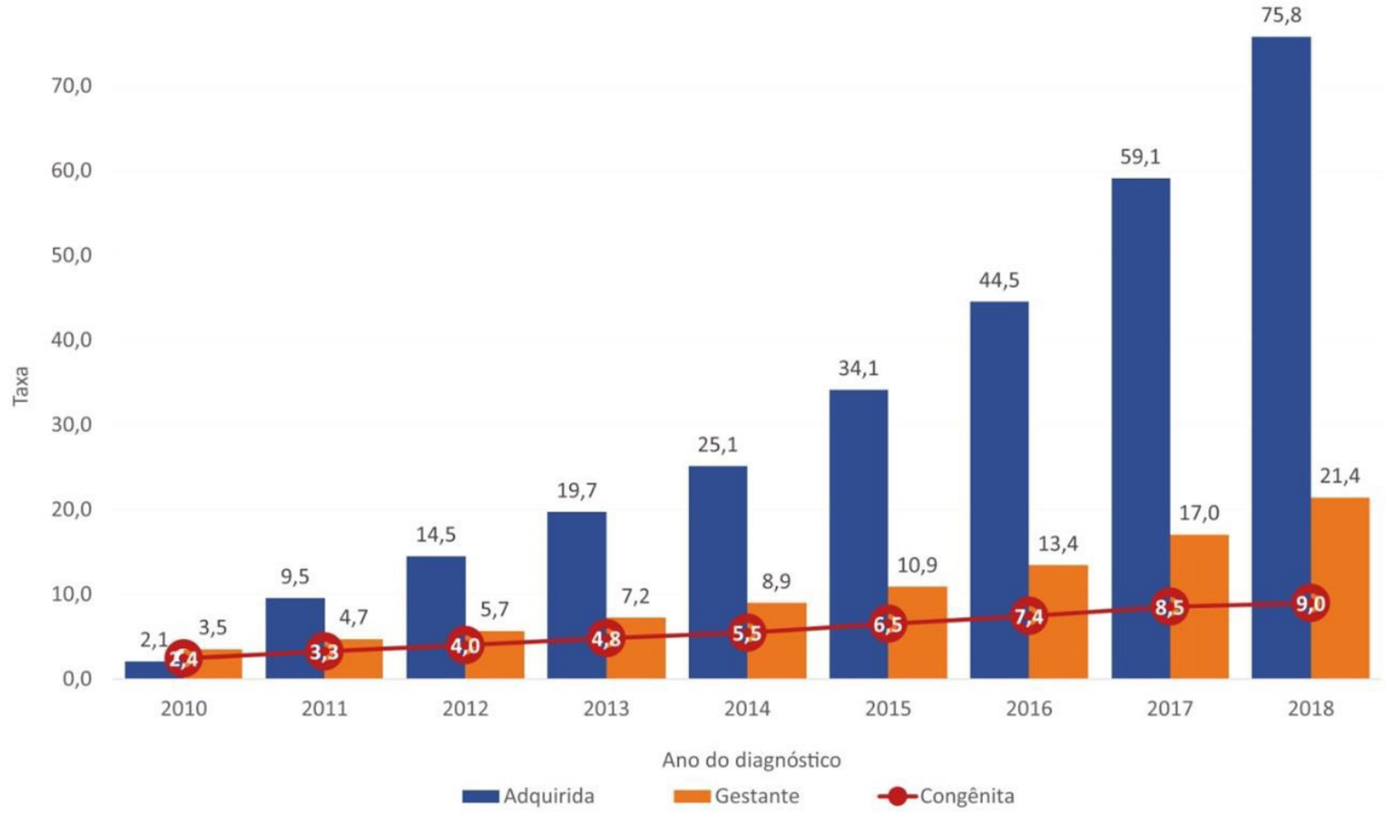


Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa "A" No início da fase folicular observamos endométrio fino, mas, à medida que o endométrio vai sofrendo ação proliferativa estrogênica, próximo à ovulação, fica com a aparência trilaminar, representada pela imagem do centro.

Incorreta a alternativa B. Na fase secretora, temos endométrio hiperecogênico como podemos observar na imagem da direita.
Incorreta a alternativa C. Na imagem ultrassonográfica do endométrio menstrual, veríamos alguns coágulos no interior da cavidade.
Incorreta a alternativa D. Não há achados na imagem que sugiram gestação, como saco gestacional, embrião, etc.

100 - O gráfico abaixo apresenta a evolução da taxa de detecção de uma infecção sexualmente transmissível, no Brasil. Qual é o tratamento adequado a esta doença?



Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), atualizado em 30/06/2019.

FIGURA 1 Taxa de detecção de [redacted] (por 100.000 habitantes), taxa de detecção [redacted] gestantes e taxa de incidência [redacted] (por 1.000 nascidos vivos), segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2010 a 2018

A) Aciclovir.
B) Penicilina.
C) Azitromicina.
D) Podofilina.

Comentários:

Prof. Clarissa Cerqueira - Infectologia

Essa questão é bem direta. A infecção sexualmente transmissível, que tem tido um aumento na taxa de detecção, e que possui forma congênita, adquirida na gestação, é a sífilis. Qual é o tratamento de escolha para essa doença? A penicilina!

Incorreta a alternativa A. O aciclovir é um antiviral usado para tratamento de herpes.

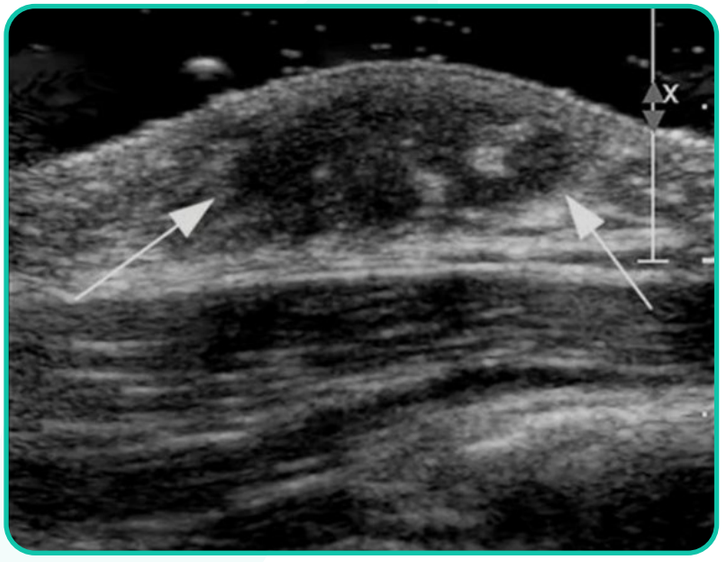
Correta a alternativa "B" A penicilina é um antibiótico que tem como uma de suas principais indicações o tratamento de sífilis.

Incorreta a alternativa C. A azitromicina é um macrolídeo usado para tratamento de uretrite/cervicite por clamídia e gonococo, por exemplo.

Incorreta a alternativa D. A podofilina é utilizada no tratamento de HPV, doença que não é compatível com essa epidemiologia.

101 - Paciente 9 anos é trazida pela mãe em virtude do aparecimento de nódulo mamário dolorido à direita. A mãe tem 42 anos de idade e encontra-se em tratamento quimioterápico para câncer de mama. O avô materno faleceu devido a câncer de próstata aos 80 anos. No exame clínico da criança, a altura e o peso encontram-se no percentil 50. Presença de leve pilificação genital e axilar bilateral; genitália com vulva e introito vaginal normais, com hímen íntegro. Presença de nódulo fibroelástico retroareolar direito com cerca de 1cm, parcialmente aderido à aréola e levemente doloroso. Região mamária e aréola esquerda sem achados palpatórios. O restante do exame clínico é normal. A ultrassonografia da aréola direita é apresentada.

Qual é a conduta?



A) Punção com agulha fina.
B) Punção com agulha grossa.
C) Acompanhamento clínico.
D) Biópsia excisional.

Comentários:

Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia

Essa menina apresenta um antecedente familiar positivo para o câncer de mama hereditário, pois tem a mãe de 42 anos em tratamento quimioterápico e seu avô materno falecido de câncer de próstata, mas seu quadro é absolutamente benigno. Essa questão tenta induzir o candidato para a hipótese de malignidade com essa história familiar, mas trata-se de uma menina de 9 anos, na puberdade, que está iniciando seu desenvolvimento mamário. O nódulo descrito e a imagem é o broto mamário. Não há indicação de prosseguir a investigação diagnóstica no momento e devemos apenas acompanhar clinicamente essa paciente. A manipulação do broto mamário nessa fase pode prejudicar o desenvolvimento mamário da paciente.

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque não há indicação de PAAF nesse caso. Trata-se do broto mamário da paciente e não há suspeita de malignidade.

Incorreta a alternativa B, porque não há suspeita de malignidade e nem indicação de biópsia com agulha grossa. A manipulação do broto dessa paciente pode prejudicar seu desenvolvimento mamário.

Correta a alternativa "C" está indicado apenas o acompanhamento clínico dessa paciente.

Incorreta a alternativa D, porque a exérese desse "nódulo" prejudicará o desenvolvimento mamário dessa paciente, levando-a à amastia (ausência da glândula mamária).

102 - Paciente de 64 anos de idade vem ao ambulatório trazendo resultado de densitometria óssea realizada no último mês, apresentada a seguir. Está assintomática, refere dieta balanceada, não tem antecedentes mórbidos relevantes e não usa medicamentos. Teve menopausa aos 53 anos de idade e não faz terapia hormonal.

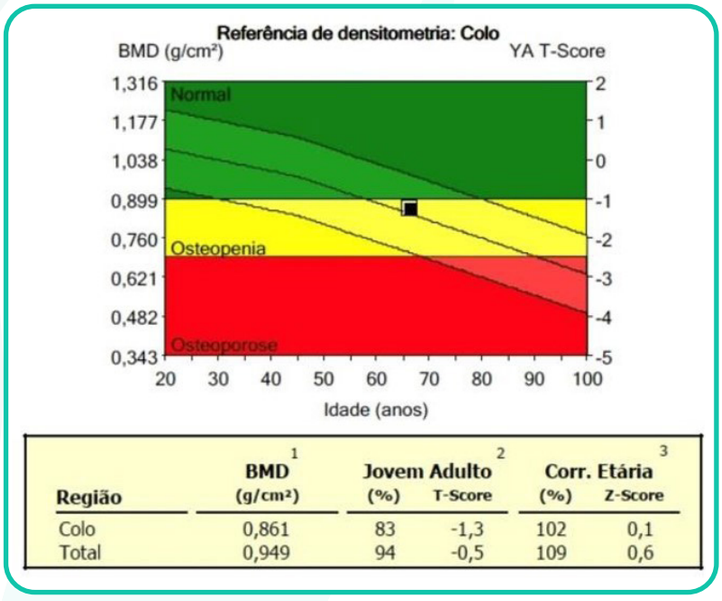
Qual é a conduta adequada?

A) Terapia hormonal.

B) Alendronato.

C) Cálcio.

D) Atividade física.



Região	BMD[1] (g/cm²)	Jovem Adulto[2] (%)	T-Score	Corr. Etária[3] (%)	Z-Score
Colo	0,861	83	-1,3	102	0,1
Total	0,949	94	-0,5	109	0,6

Comentários:

Prof. David Nordon - Ortopedia

Discussão da Questão

O que o examinador deseja saber?

Conhecimentos em torno da densitometria medular óssea (DMO).

Poucas questões trabalham o conceito de osteopenia e seu tratamento, e isso pode deixar o candidato bastante confuso.

O que você precisa saber para responder a essa questão?

Diagnóstico da osteoporose:

A Osteoporose é diagnosticada de duas formas: clinicamente por meio de uma fratura por fragilidade (fêmur proximal, rádio distal, úmero proximal ou coluna), contanto que com história compatível (trauma de baixa energia; uma fratura de fêmur proximal em jovem por acidente automobilístico não é considerada fratura de fragilidade; ou da coluna vertebral após queda de altura), ou por meio de uma DMO.

A DMO avalia dois sítios primariamente: o colo do fêmur e a coluna lombar. Seus valores podem ser ajustados para uma população jovem (T-Score) ou para uma população da mesma faixa etária (Z-Score). Para o diagnóstico de osteoporose primária, é sempre usado o T-Score (pois deve-se comparar com o valor "normal" do osso, que naturalmente diminui sua densidade com a idade. O uso do Z-Score poderia gerar falsos negativos).

Ele é dividido em categorias:

Classificação	T-score
Normal	Até -1
Osteopenia	-1 a -2,5
Osteoporose	Igual ou abaixo de -2,5
Osteoporose estabelecida	Igual ou abaixo de -2,5 + fratura de fragilidade

Dessa forma, a paciente apresenta osteopenia, não osteoporose.

Tratamento da Osteopenia e Osteoporose:

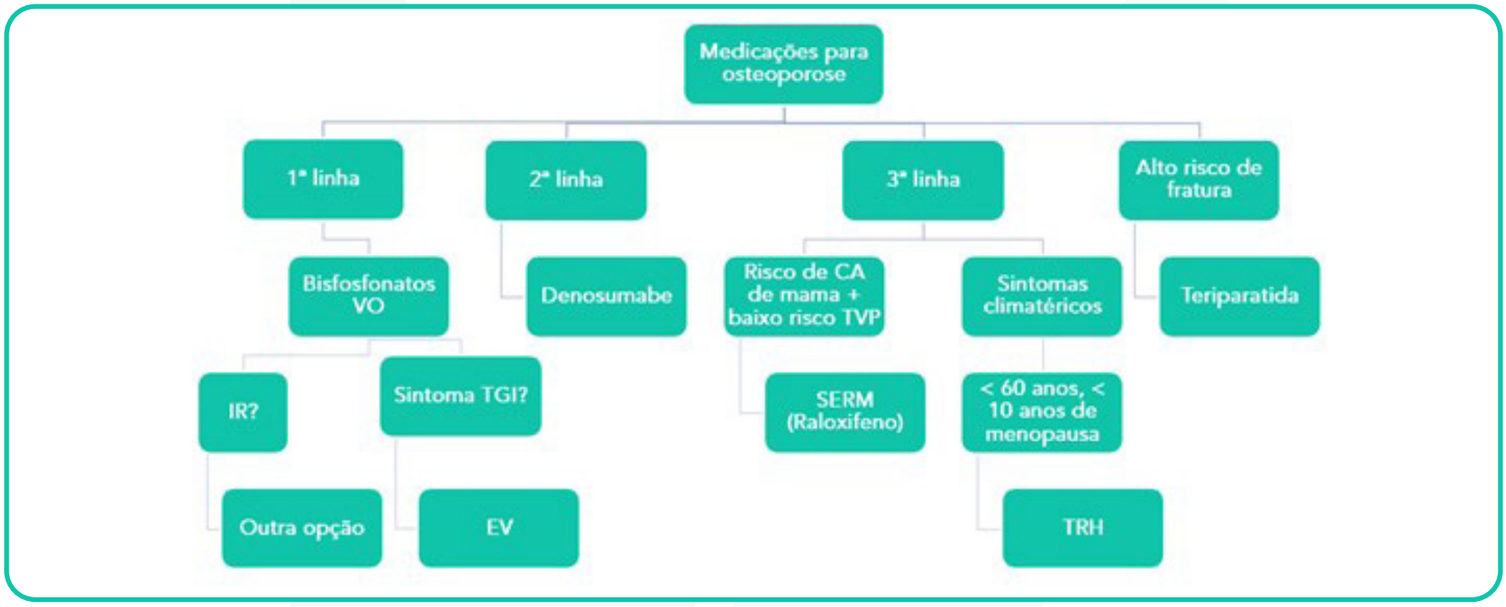
Quando pensamos em Osteoporose, sempre temos de considerar o tratamento preventivo, associado ao tratamento farmacológico.

Esse tratamento inclui a modificação de hábitos de vida (como sedentarismo, modificar ingesta de cálcio e vitamina D, exposição solar, evitar tabagismo, etilismo, cafeína excessiva) e a introdução de suplementação de cálcio e vitamina D, se a obtenção por outras fontes (dieta e sol) for insuficiente.

Esses mesmos métodos servem para a osteopenia, que seria como uma "fase de transição" do osso normal para o osso osteoporótico. É uma janela de oportunidade para "frear" a osteoporose. Sendo assim, não são necessários medicamentos, mas apenas esses cuidados preventivos.

As exceções nesse caso são pacientes que já tenham tido fraturas por fragilidade, ainda que osteopênicos, ou que tenham uma doença reumatológica associada à osteoporose secundária (como artrite reumatoide) e/ou usem corticoides em dose acima de 2,5 mg diários.

Vamos aproveitar para rever o tratamento da osteoporose, que foi citado nas alternativas. Confira o fluxograma a seguir.



IR: insuficiência renal; TGI: trato gastrintestinal; CA: câncer; SERM: Modulador seletivo do receptor de estrógeno; TRH: Terapia de Reposição Hormonal.

Discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A: a terapia de reposição hormonal é indicada para pacientes com osteoporose, com sintomas climatéricos e dentro da janela de oportunidade (abaixo de 60 anos, menos de 10 anos de menopausa). Não estaria, assim, indicada. Atualmente, é considerada principalmente para a transição menopausal, tendo cada vez menos espaço no contexto de osteoporose.

Incorreta a alternativa B: alendronato é um bisfosfonato, sendo indicado para o tratamento de osteoporose, não de osteopenia.

Incorreta a alternativa C: suplementação de cálcio e vitamina D são regra quando se está pensando de modo preventivo para a osteoporose ou em conjunto com os medicamentos usados para seu tratamento. Nessa alternativa, porém, faltou a vitamina D, que é essencial para o metabolismo do cálcio.

Correta a alternativa "D" a atividade física, por meio do seu impacto de estresse no osso, fortalece a massa óssea, sendo importante não somente para o tratamento de osteoporose e osteopenia, mas também para sua prevenção.

103 - Mulher de 17 anos de idade vem ao ambulatório desejando utilizar método contraceptivo que não dependa de "lembrar de usar". É nuligesta e seus ciclos menstruais são mensais, regulares e com fluxo mais intenso no primeiro dia. Tem cólica menstrual, que melhora após uso de naproxeno. Não tem parceiro sexual definido.
Em sua unidade de saúde estão disponíveis, além de preservativos, contraceptivos hormonais orais combinados, implantes subdérmicos de etonogestrel e dispositivos intrauterinos (DIUs) de cobre. Qual é a conduta para esta paciente?

A) Indica o implante de etonogestrel pela eficácia e efeito sobre o ciclo menstrual.
B) Orienta utilizar contraceptivo hormonal oral combinado por ser mais eficaz que o implante e o DIU disponíveis.
C) Sugere usar DIU de cobre por ser mais adequado ao padrão menstrual relatado.
D) Solicita o acompanhamento do responsável para definir a melhor contracepção.

Comentários:

Prof. Monalisa Carvalho - Ginecologia

Estamos diante de uma paciente adolescente que deseja iniciar método contraceptivo. Tanto a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) como a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orientam que a "prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. A questão não informa comorbidades, logo, qualquer método contraceptivo poderia ser indicado. Entretanto, devido ao fluxo intenso e à dismenorreia primária, métodos hormonais estariam mais indicados. Além disso, como a paciente deseja um método que não dependa da sua lembrança, os LARCs (métodos reversíveis de longa duração) seriam a melhor opção.

Dito isso, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa "A" o implante de etonogestrel é um dos LARCs. É um método hormonal, portanto melhora a dismenorreia e o ciclo menstrual e tem duração de 3 anos, não dependendo da lembrança da paciente.

Incorreta a alternativa B, ao considerar o índice de Pearl, os métodos orais combinados são considerados eficazes, enquanto os LARCs são altamente eficazes.
Incorreta a alternativa C, o DIU de cobre é um LARC não hormonal e pode cursar com aumento da dismenorreia e fluxo menstrual.
Incorreta a alternativa D, a adolescente tem direito ao sigilo médico, que só pode ser quebrado em casos de ideação suicida ou suspeita de violência sexual. Logo, nesse caso, o acompanhamento do responsável só seria necessário se a paciente assim desejasse.

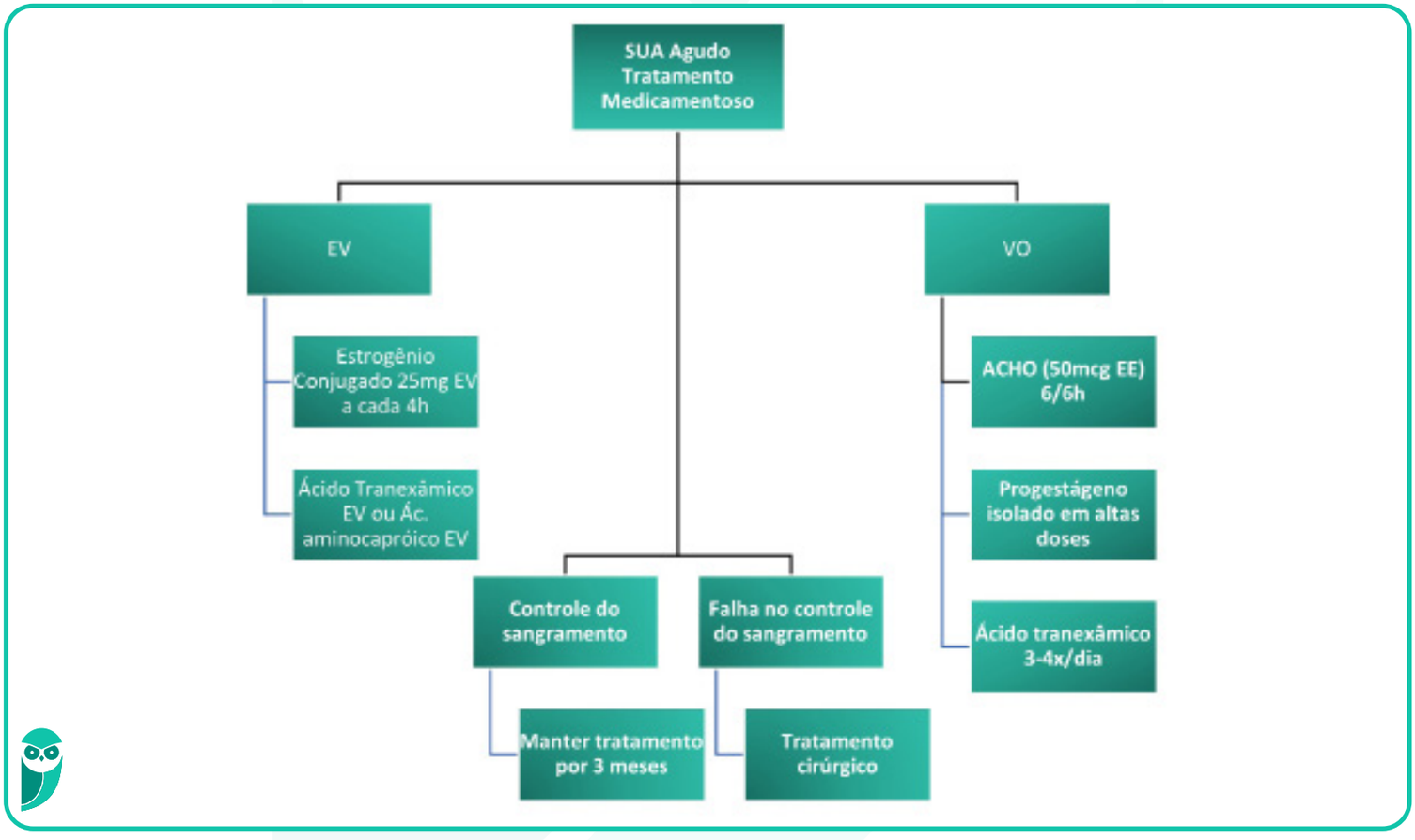
104 - Paciente de 45 anos de idade apresenta sangramento menstrual excessivo há 3 dias acompanhado de intensa dor em cólica. PA 100/60mmHg, FC 100bpm, FR 12 ipm. Exame especular com sangramento ativo pelo colo uterino. No toque vaginal, o útero é regular, com volume habitual e não doloroso à mobilização. Qual é a conduta?

A) Histeroscopia diagnóstica.
B) Curetagem uterina.
C) Progesterona dose elevada.
D) Histerectomia.

Comentários:

Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia

Essa paciente está com um quadro de sangramento uterino anormal agudo, com sangramento ativo pelo colo uterino. Veja o fluxograma abaixo do tratamento do SUA agudo:



Fonte: Tratado de Ginecologia FEBRASGO 2019

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente está com sangramento ativo.

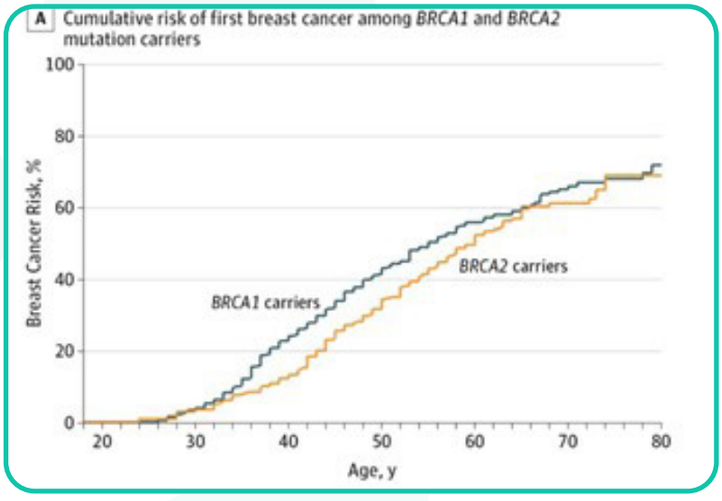
Incorreta a alternativa B, porque, antes de indicar o tratamento cirúrgico, devemos tentar o tratamento clínico.

Correta a alternativa "C" pois a progesterona em altas doses é uma opção de tratamento medicamentoso para os casos de SUA agudo, como o dessa paciente.

Incorreta a alternativa D, porque a histerectomia só seria indicada para o tratamento do SUA agudo em último caso, na falha do tratamento medicamentoso e do tratamento cirúrgico com curetagem uterina.

105 - Paciente de 32 anos de idade apresenta mutação BRCA 1 e BRCA 2. É nuligesta. Realizou a pesquisa de mutação pois a mãe faleceu por de câncer de mama aos 45 anos. Segundo o gráfico apresentado (Kuchenbaecker et al. JAMA, 2017), observa-se o risco cumulativo de câncer de mama em portadoras destas mutações. Qual é a orientação para a paciente?

A) A adenomastectomia profilática deve ser realizada.
B) A penetrância desses genes é variável.
C) O rastreamento em intervalos mais curtos previne a doença
D) Uso de tamoxifeno ou raloxifeno pode interferir neste risco.



Comentários:

Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia

Nesse caso, temos uma paciente com mutação do gene BRCA 1 e 2. A mutação desses genes confere um risco cumulativo de cerca de 70% de desenvolvimento do câncer de mama, considerando uma expectativa de vida de 80 anos de idade (vide gráfico). Trata-se de uma paciente de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama, que precisa de rastreamento diferenciado (com mamografia e ressonância magnética) e conduta específica:

Vamos analisar as alternativas:

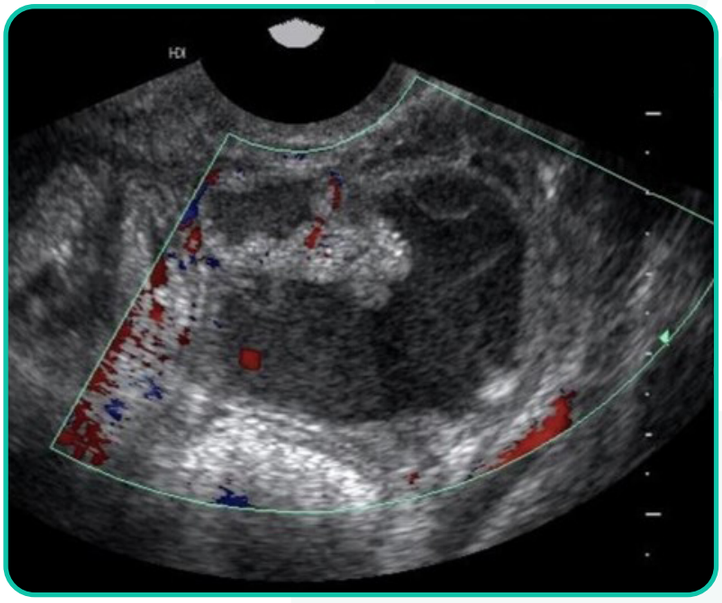
Incorreta a alternativa A. Essa alternativa foi considerada incorreta pela banca porque a paciente é nuligesta. De acordo com o *guideline* do NCCN de 2020, a mutação no gene BRCA 1 e 2 é uma indicação para a realização da adenomastectomia profilática. Trata-se de uma paciente nuligesta, mas o enunciado não menciona o desejo reprodutivo da paciente. Além disso, a alternativa não especifica o momento da realização da adenomastectomia profilática. Nesses casos, está indicado sugerir para a paciente a realização da cirurgia redutora de risco. Obviamente, é preferível aguardar que a paciente tenha sua prole constituída para realizar o procedimento, mas, nos casos em que ela não deseja engravidar, não há proibição para a sua realização, desde que esteja bem informada e queira ser submetida à cirurgia. As pacientes com mutação do BRCA 1 e 2 podem desenvolver o câncer de mama em idade precoce, por isso é indicada a realização da adenomastectomia também em idade precoce.

Correta a alternativa "B" essa foi a alternativa considerada como correta pela banca. Mas, podemos entender que a penetrância dos genes pode ser completa ou incompleta e sua expressividade que pode ser variável (com a idade por exemplo). Sendo assim, essa alternativa poderia não estar conceitualmente correta. As mutações do gene BRCA1/2 são autossômicas dominantes e apresentam penetrância alta.

Incorreta a alternativa C, porque o rastreamento em intervalos mais curtos não previne a doença. Esse rastreamento tem o objetivo de diagnosticar a doença em estádios iniciais, para que sua chance de cura seja maior.

Incorreta a alternativa D, porque o raloxifeno não é indicado para a quimioprevenção do câncer de mama. Somente o tamoxifeno é indicado para a quimioprevenção dos casos de alto risco para o desenvolvimento do câncer de mama (como no caso dessa paciente), mas estaria indicado se a paciente não desejasse ou tivesse uma contraindicação para o procedimento cirúrgico.

106 - Paciente de 25 anos de idade vem ao Pronto-Socorro por dor aguda abdominal e pélvica há 2 dias. A dor é em pontada e localizada na fossa ilíaca direita. Teve início abrupto, com piora progressiva. É nuligesta e tem ciclos menstruais mensais regulares. Usa preservativo irregularmente nas relações sexuais. No exame clínico, PA 100/60mmHg, FR 14 ipm, FC 100 bpm, Temperatura axilar 38oC. Abdome levemente distendido com descompressão brusca em fossa ilíaca direita. No exame especular observa-se conteúdo acinzentado sem odor. No toque vaginal, o útero está em anteversoflexão e há tumoração anexial direita dolorosa. A ultrassonografia transvaginal apresentada a seguir representa a região anexial direita.



Qual é a conduta adequada?

A) Drenagem guiada por ultrassom.
B) Apendicectomia.
C) Salpingo-ooforectomia.
D) Destorção anexial.

Comentários:

Prof. Carlos Eduardo do Nascimento Martins - Ginecologia

A paciente da questão apresenta um quadro de abdome agudo associado a sinais infecciosos. Além disso, apresenta uso irregular de preservativos, sendo uma epidemiologia positiva para doença inflamatória pélvica aguda. Diante dessa imagem ultrassonográfica com componente sólido-cístico, devemos aventar a possibilidade de um abscesso tubo-ovariano. Como a paciente apresenta apenas descompressão brusca localizada e não apresenta instabilidade hemodinâmica refratária à reposição volêmica, não há indicação de laparotomia exploradora. O tratamento inicial poderia ser realizado apenas com antibioticoterapia endovenosa e em caso de piora ou falha de tratamento, realizar drenagem do abscesso.

Correta a alternativa "A" pois, como não há indicação de laparotomia exploradora, poderia optar-se por um tratamento menos agressivo e que preservasse a fertilidade da paciente. Não existe obrigatoriedade de drenagem nesse momento, podendo ser instituída apenas antibioticoterapia, porém, diante das alternativas, essa é a mais adequada.

Incorreta a alternativa B, pois é uma imagem anexial e não de um apêndice, além do quadro clínico não sugerir apendicite.

Incorreta a alternativa C, pois, se houvesse indicação de salpingooforectomia, isso seria definido durante uma laparotomia exploradora ou laparoscopia, e não há indicação no momento.

Incorreta a alternativa D, porque torção anexial não é a principal hipótese nesse caso, pois a paciente apresenta sinais infecciosos e epidemiologia positiva para ISTs.

107 - Paciente 23 anos de idade teve diagnóstico de tumoração anexial e foi submetida a laparoscopia. É nuligesta. A imagem da cirurgia é apresentada.

Qual a conduta adequada?

A) Ooforectomia.
B) Salpingo-ooforectomia.
C) Lavado extenso da cavidade com hemostasia ovariana.
D) Retirada da cápsula com preservação do ovário.

Comentários:

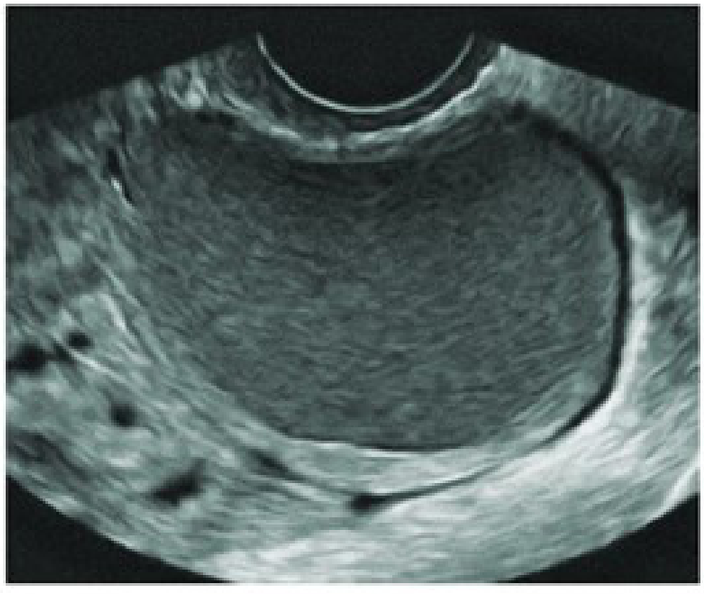
Prof. Alexandre Melitto - Ginecologia

Nessa questão, vemos um cisto ovariano que se rompeu durante a laparoscopia com saída de um líquido amarronzado (“achocolatado”). Trata-se de um endometrioma de ovário.

O endometrioma de ovário é um cisto resultante da invasão do tecido endometrial no ovário. Ele contém fluido espesso, marrom, sendo comumente chamado de "cisto de chocolate" ou “cisto café com leite”.

Os objetivos do tratamento do endometrioma de ovário são aliviar a dor, prevenir complicações como ruptura ou torção, excluir doenças malignas e preservar a função ovariana.

O tratamento clínico (medicamentoso) é uma boa opção para o tratamento da dor pélvica, mas não é eficaz para o tratamento dos endometriomas. A exérese do endometrioma pode reduzir a reserva ovariana e afetar a fertilidade da paciente. Por isso, a exérese do endometrioma deve ser discutida com a paciente e, também por isso, evitamos a exérese de endometriomas menores que 5 cm. No caso dessa paciente, o tamanho do endometrioma não importa, porque ela já estava sendo submetida a uma abordagem cirúrgica (laparoscopia) e houve rompimento do endometrioma.



Você deve estar pensando: e agora? Como eu trato o endometrioma? Se por um lado é importante fazer sua exérese para tratar a dor, por outro lado sua exérese pode afetar a fertilidade da paciente. Por isso operamos os endometriomas somente quando estão sintomáticos e grandes (> 5-6 cm), ou quando há dúvida diagnóstica e procedemos com a laparoscopia e exérese para seu esclarecimento. Quando são assintomáticos e pequenos, a melhor opção é o acompanhamento através de exame de imagem, mas sempre devemos levar em consideração o risco da falta de um diagnóstico histológico, para excluir uma possível malignidade e o potencial de progressão da doença.

A técnica cirúrgica para o tratamento do endometrioma é a cistectomia ou ooforoplastia. Devemos ressecar o endometrioma e toda a sua cápsula para evitar recorrências, tentando preservar o máximo possível de tecido ovariano para não afetar a fertilidade da paciente.

Vamos analisar as alternativas:

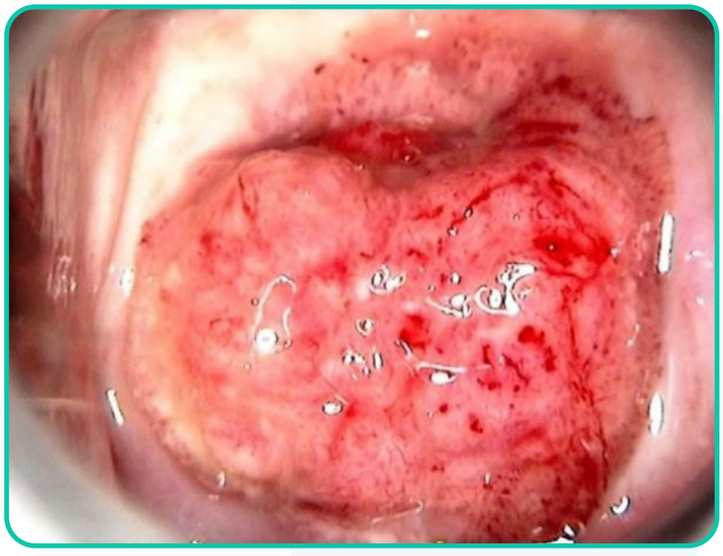
Incorreta a alternativa A, porque não devemos retirar o ovário da paciente para não prejudicar a sua fertilidade.

Incorreta a alternativa B, porque não devemos retirar o ovário e nem a trompa da paciente para não prejudicar a sua fertilidade.

Incorreta a alternativa C, porque, se não retirarmos a cápsula do endometrioma, ocorrerá sua recorrência.

Correta a alternativa "D" pois o tratamento do endometrioma de ovário é feito com a sua exérese através da cistectomia, com retirada da sua cápsula e preservação do tecido ovariano.

108 - Paciente de 40 anos de idade refere corrimento vaginal sanguinolento e odor pronunciado há cerca de 5 meses. Refere ciclos menstruais mensais regulares, porém com dificuldade de identificá-los devido ao sangramento irregular dos últimos meses. Refere vida sexual ativa, com parceiro sexual vasectomizado. Quatro partos vaginais prévios (último há 7 anos). Nega co-morbidades ou uso de medicamentos. Ao exame especular observa-se a imagem a seguir.



Qual é a conduta neste momento?

A) Biópsia.
B) Colpocitologia.
C) Colposcopia.
D) Pesquisa de Clamídia e Neisseria.

Comentários:

Prof. Monalisa Carvalho - Ginecologia

Estamos diante de uma paciente multípara, com sangramento uterino anormal, com odor fétido. A multiparidade é fator de risco para câncer de colo do útero, pois há aumento da exposição da paciente ao vírus HPV, agente etiológico do câncer de colo. O que podemos ver nessa imagem? Presença de tumoração exofítica sangrante no colo uterino. Logo, nossa suspeita é de câncer de colo do útero!

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa "A" diante de um tumor de colo visualizado logo ao exame especular, você não deve perder tempo solicitando exames de rastreio para o câncer de colo. A conduta deve ser biópsia da lesão.

Incorreta as alternativas B e C, citologia é um exame de rastreio para o câncer de colo uterino. Exames de rastreio devem ser realizados em pacientes que estão sob risco de determinada doença, mas que são **assintomáticas,** o que não é o caso dessa paciente. A colposcopia deve ser indicada diante de alterações citológicas que sugiram alteração pelo HPV.

Incorreta a alternativa D, a pesquisa de clamídia e gonococo estaria indicada se estivéssemos diante de uma cervicite mucopurulenta ou uma ectopia sangrante.

109 - Gestante de 32 anos de idade, secundigesta e primípara, vem para a primeira consulta de pré-natal com 8 semanas e 2 dias de gestação. Está preocupada pois tem lúpus eritematoso sistêmico com acometimento cutâneo, articular e hematológico. Refere última crise há 7 meses e está em uso de hidroxicloroquina 400 mg e prednisona 10 mg por dia.

Qual é a orientação com relação ao uso de hidroxicloroquina e prednisona na fase inicial da gestação?

A) Deve suspender Hidroxicloroquina.

B) Deve manter ambas as medicações.

C) Deve suspender os dois medicamentos.

D) Deve suspender a Prednisona.

Comentários:

Prof. Taysa Moreira - Reumatologia

O lúpus eritematoso sistêmico (LES) está associado a diversas complicações para o binômio materno-fetal, como perdas gestacionais, pré-eclâmpsia, prematuridade, restrição de crescimento intrauterino, entre outras. Por isso, é fundamental que a gravidez seja planejada e acompanhada até o puerpério pelo risco de reativação.

Estudos mostram que atividade da doença nos 6 a 12 meses antes da concepção é um dos fatores associados a piores desfechos, note que, no caso da paciente, temos 7 meses desde a última crise. Assim, ao avaliarmos o tratamento de pacientes lúpicas grávidas devemos levar em conta os riscos e benefícios de cada medicação.

A Hidroxicloroquina é a pedra angular no tratamento do LES e comprovadamente reduz o risco de reativação da doença, além de diversos outros benefícios.

Como a paciente ainda está em uso de Prednisona, devemos priorizar o controle adequado da doença com a menor dose possível. Além disso, a maior parte da medicação é inativada na placenta e praticamente não é identificada na circulação fetal.

Tanto a Hidroxicloroquina quanto a Prednisona são consideradas categoria C do FDA, ou seja, seus benefícios potenciais justificam seu uso e, nesse caso, devemos mantê-las.

Aproveitando a oportunidade, Azatioprina também pode ser utilizada, caso a avaliação risco-benefício se justifique. Já Ciclofosfamida, Micofenolato de mofetila e Metotrexato estão contraindicados.

Correta a alternativa "B"

110 - Gestante de 25 anos de idade, primigesta, com 33 semanas e 3 dias de gravidez, chega ao pronto atendimento obstétrico em crise convulsiva tônico-clônica generalizada. O companheiro refere que a paciente estava com dor de cabeça intensa antes da convulsão. No exame clínico, está em mau estado geral, descorada +/4, hidratada, Pressão arterial 152 x 105 mmHg, FC 92 bpm, FR 18 ipm, Saturação 96%, edema de MMII de 3+/4. No exame obstétrico, AU 33 cm, BCF presente e rítmico, dinâmica uterina presente (2 contrações em 10 minutos), toque vaginal com colo dilatado 3 cm, médio, medianizado.

Após o tratamento adequado, com estabilização do quadro clínico e avaliação laboratorial, a conduta obstétrica é:

A) Cesárea imediata.

B) Inibição do trabalho de parto.

C) Condução do parto.

D) Cesárea após corticoterapia.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

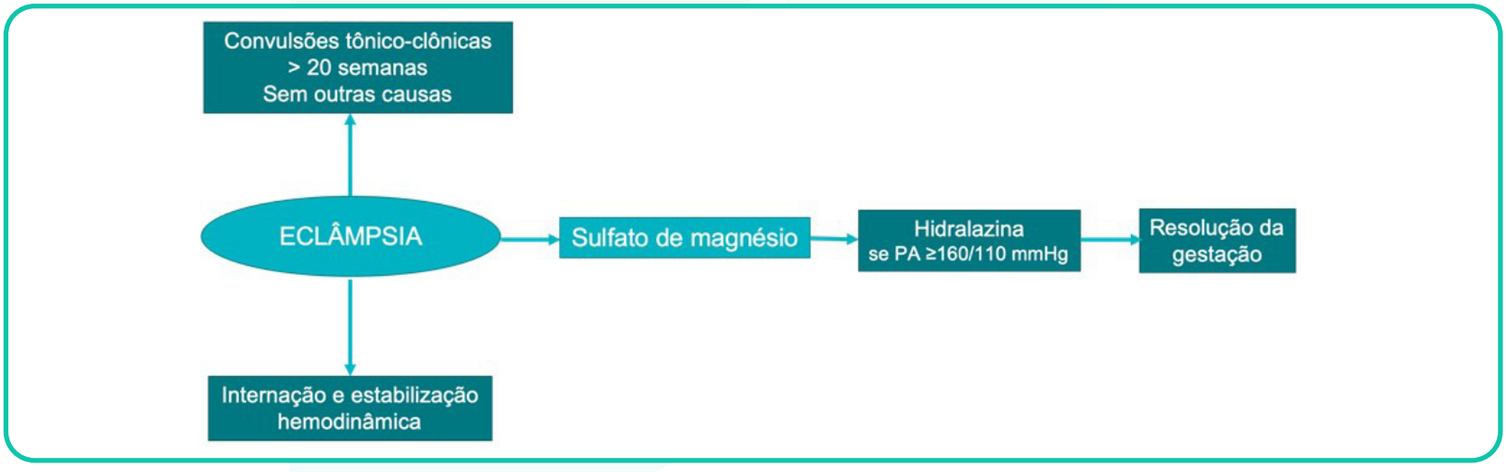
O que o examinador quer saber: sobre a conduta na eclâmpsia.

A eclâmpsia é a complicação mais severa da pré-eclâmpsia e caracteriza-se como convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, podendo evoluir para coma, na ausência de outras causas como epilepsia, aneurisma e isquemia cerebral ou uso de drogas.

A conduta inicial frente a um caso de eclâmpsia deve ser: chamar ajuda, conter a paciente para evitar trauma, mantê-la em decúbito lateral para evitar aspiração, fornecer oxigenioterapia e realizar monitorização dos sinais vitais. Somente então, deve-se iniciar o tratamento medicamentoso, que é feito com **sulfato de magnésio**.

Na maioria das vezes, as convulsões param sozinhas, mas o sulfato de magnésio não só serve para reduzir o tempo da crise, como também para prevenir crises recorrentes. Somente após estabilização hemodinâmica da gestante e início da administração do sulfato de magnésio que se prossegue para a resolução da gestação pela via mais rápida.

Além disso, deve-se controlar a hipertensão arterial grave (a partir de 160x110mmHg) para prevenir falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico. O objetivo do uso do anti-hipertensivo é manter a PA entre 140-150/90-100mmHg. A medicação de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação é a hidralazina, em seguida a nifedipina e por último o nitroprussiato de sódio (somente em casos de hipertensão grave refratária).



Estamos diante de uma gestante de 33 semanas e 3 dias com quadro de eclâmpsia. A conduta deve ser administração de sulfato de magnésio, estabilização clínica da gestante e, em seguida, resolução da gestação.

Incorreta a alternativa A: como a gestante apresentou estabilização do quadro clínico após tratamento adequado e está em trabalho de parto, não há necessidade de realizar cesárea, pois a resolução da gestação pode ocorrer por parto normal.

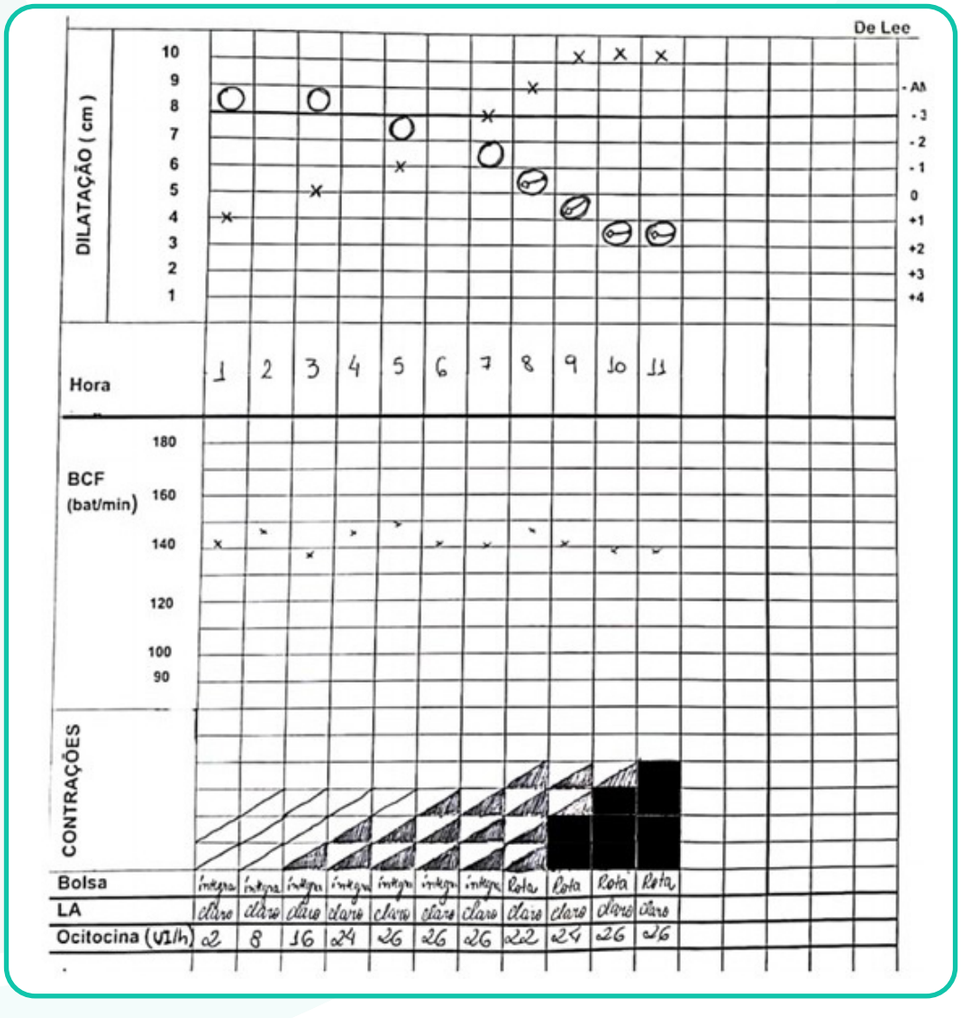
Incorreta a alternativa B: diante de um quadro de eclâmpsia, a conduta deve ser resolução da gestação após administração de sulfato de magnésio e estabilização clínica da gestante, independentemente da idade gestacional.

Correta a alternativa "C" como a gestante apresentou estabilidade clínica após tratamento adequado e está em trabalho de parto, a resolução da gestação pode ser por parto normal, por isso a conduta obstétrica deve ser a condução do trabalho de parto para resolução da gestação.

Incorreta a alternativa D: como a gestante está estável e em trabalho de parto, a resolução da gestação não precisa ser por cesárea. A corticoterapia pode ser realizada, mas não se deve postergar a resolução da gestação com o intuito de aguardar a ação do corticoide.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **111** e **112**:

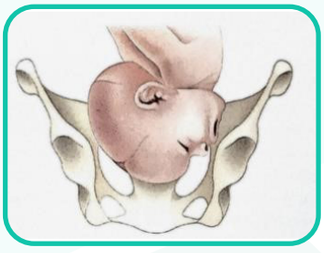
Paciente hígida foi submetida a maturação de colo com misoprostol e posterior indução de parto por pós-datismo, conforme partograma apresentado.



111 - Qual das figuras a seguir representa a insinuação do feto nesse caso?

A)

B)

C) 

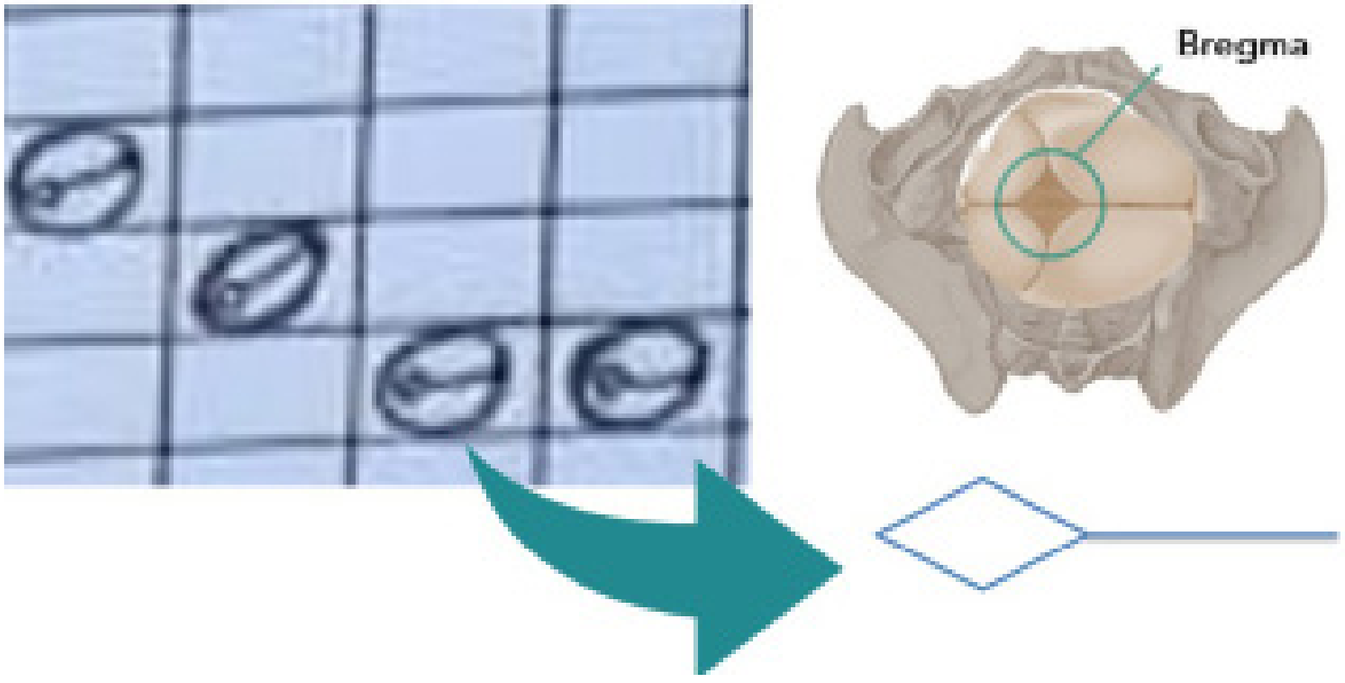
D)

Comentários:

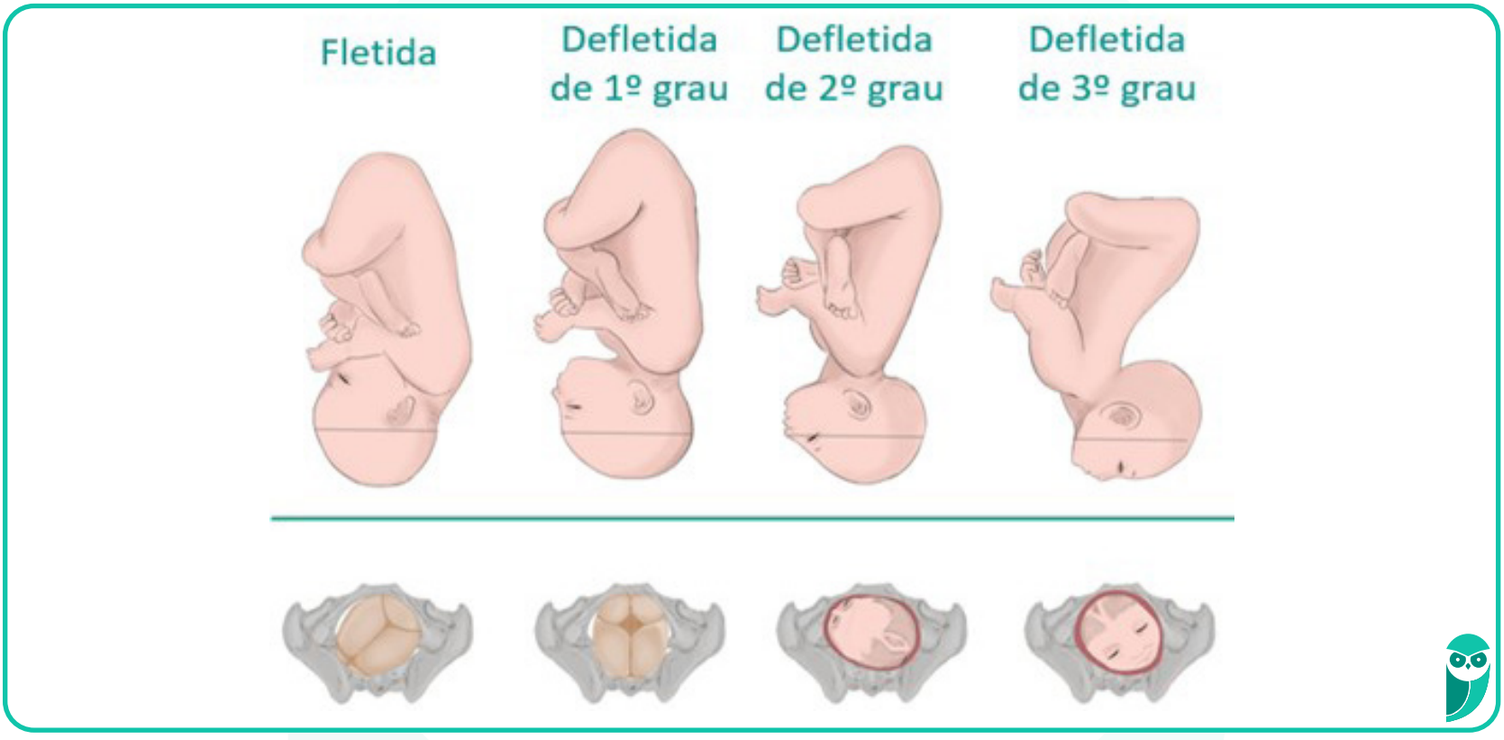
Prof. Ana Souza - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: se você sabe relacionar o ponto de referência à variedade de apresentação fetal.

Escolher a alternativa correta nessa questão depende de você identificar no partograma apresentado o ponto de referência fetal, conforme destacado abaixo.



Ao identificar a representação do bregma, deve então saber relacioná-lo à variedade de apresentação cefálica defletida de primeiro grau. Observe abaixo os pontos de referência e suas respectivas variedades de apresentação.



Incorreta a alternativa A, porque representa a apresentação cefálica fletida que tem o lambda, e não o bregma, como ponto de referência.

Correta a alternativa "B" porque representa a apresentação cefálica defletida de primeiro grau que tem o bregma como ponto de referência.

Incorreta a alternativa C, porque representa a apresentação cefálica defletida de segundo grau que tem o naso, não o bregma, como ponto de referência.

Incorreta a alternativa D, porque representa a apresentação cefálica defletida de terceiro grau que tem o mento, não o bregma, como ponto de referência.

112 - Paciente evoluiu com dor e dificuldade de deambulação no pós-parto, necessitando analgésico de resgate. No 2º dia pós-parto, apresenta temperatura oral aferida de 38,6°C. No exame clínico, está em bom estado geral e eupneica. O abdome é doloroso à palpação, com sinal de descompressão brusca negativo e ruídos hidroaéreos presentes. A ferida cirúrgica tem bom aspecto. A loquiação é fétida. A conduta inicial indicada para essa paciente é:

A) Administrar antibiótico.
B) Aspirar restos ovulares.
C) Anticoagulação plena.
D) Histerectomia subtotal.

Comentários:

Prof. Ana Souza - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: Se você conhece o tratamento para infecção puerperal.

O primeiro passo para responder corretamente essa questão é perceber que se trata de um quadro de infecção puerperal, ou seja, infecção do trato genital feminino após o parto, que compreende sítios de infecção que podem ser difíceis de diferenciar na prática clínica, como por exemplo, endometrite, parametrite e salpingite. Compreende quadro de febre por mais de 48 horas, após as primeiras 24 horas do parto, nos dez primeiros dias após o parto. O exame físico típico apresenta a tríade de Bumm: útero amolecido, doloroso à palpação e hipoinvoluido. É causada por flora polimicrobiana e associa-se a fatores de risco como parto cesáreo, rotura prematura de membranas, trabalho de parto prolongado e excesso de manipulação vaginal.

Correta a alternativa "A" porque o tratamento inicial da infecção puerperal é a prescrição de antibioticoterapia endovenosa de largo espectro por, ao menos, 48 horas após último episódio de febre.

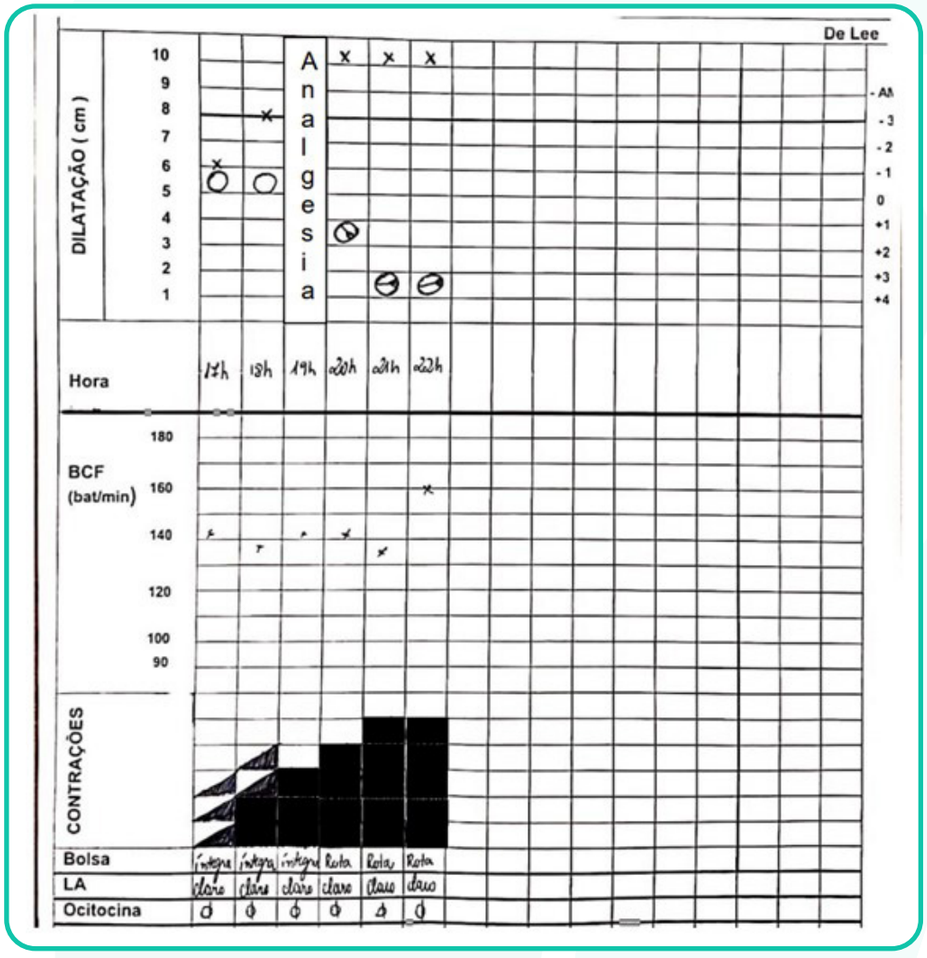
Incorreta a alternativa B, porque o tratamento inicial da infecção puerperal é a prescrição de antibioticoterapia. A aspiração de restos ovulares é indicada apenas quando há presença de restos placentários na cavidade uterina.

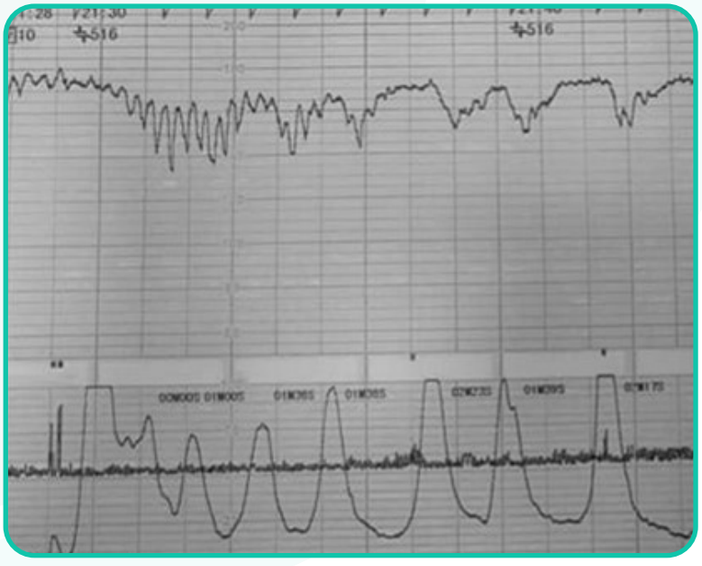
Incorreta a alternativa C, porque o tratamento inicial da infecção puerperal é a prescrição de antibioticoterapia. A anticoagulação plena é indicada quando se suspeita de tromboflebite pélvica, seja por alterações detectadas em exames de imagem, seja por não haver a resposta esperada após o início da antibioticoterapia para infecção puerperal.

Incorreta a alternativa D, porque o tratamento inicial da infecção puerperal é a prescrição de antibioticoterapia. A histerectomia é indicada quando não há resposta ao tratamento clínico inicial.

ATENÇÃO: O caso seguinte se refere às questões **113** e **114**:

Primigesta de 21 anos de idade, está com 38 semanas de gestação e iniciou trabalho de parto espontâneo. O partograma e a cardiotocografia estão apresentados a seguir.





113 - A fisiopatologia do traçado da cardiotocografia apresentado inclui:

A) (A) Compressão funicular.
B) (B) Compressão do pólo cefálico.
C) (C) Bloqueio átrio ventricular fetal.
D) (D) Acidemia fetal.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

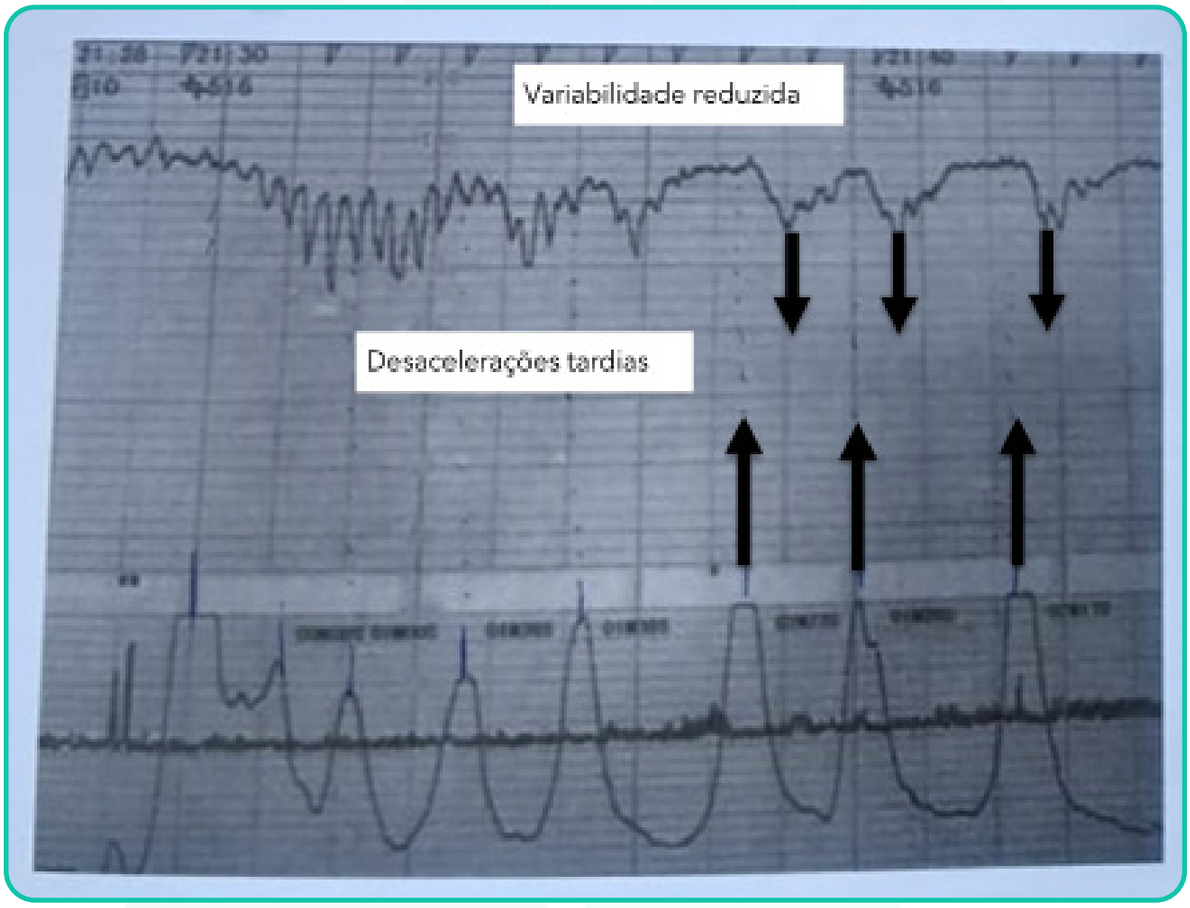
O que o examinador quer saber: se você sabe interpretar uma cardiotocografia.

A cardiotocografia é um método de avaliação de vitalidade fetal que identifica, através do comportamento da frequência cardíaca fetal, a presença de hipoxemia no sistema nervoso central. Os parâmetros avaliados e a classificação da cardiotocografia estão listados nas tabelas abaixo:

PARÂMETROS DA CARDIOTOCOGRAFIA
Linha de Base
Média da frequência cardíaca fetal em um segmento de 10 min. Normal: 110-160bpm Bradicardia: < 110bpm Taquicardia: > 160bpm
Variabilidade
Oscilação da frequência cardíaca fetal na linha de base. Ausente: sem variabilidade. Mínima: < 5bpm Moderada: 6-25bpm - normal Aumentada: > 25bpm Padrão Sinusoidal: ondas fixas e regulares em forma de sino - anemia fetal grave
Acelerações Transitórias
Aumento abrupto da frequência cardíaca fetal, acima de 15bpm durando de 15 seg a 2min.
Desacelerações Precoces
Características: a desaceleração é coincidente com a contração uterina, com queda gradual e simétrica, e duração maior que 30 segundos. Causas: compressão da cabeça fetal secundária às contrações, principalmente no período expulsivo e não indicam hipóxia ou acidose fetal.

Desacelerações Tardias
Características: a desaceleração é gradual, simétrica, recorrente e inicia-se após a decalagem da contração. Causas: hipoxemia fetal, resultante da redução do fluxo sanguíneo placentário em feto com baixa reserva de oxigênio.
Desacelerações Variáveis
Características: não apresentam necessariamente relação temporal com as contrações, a desaceleração é abrupta (menos de 30 segundos), podendo ser precedida ou seguida de pequenas acelerações. Causas: resultantes da compressão transitória do cordão umbilical. Desacelerações variáveis complicadas: abaixo de 70bpm com duração superior a 1 min, perda da variabilidade durante a desaceleração, desaceleração bifásica, aceleração prolongada secundária - relacionadas com comprometimento fetal.

Estamos diante de um cardiotocografia com os seguintes parâmetros:



Incorreta a alternativa A: a compressão funicular pode levar a desacelerações variáveis.
Incorreta a alternativa B: a compressão cefálica pode levar a desacelerações precoces.
Incorreta a alternativa C: no bloqueio átrio ventricular, o feto apresenta bradicardia persistente.

Correta a alternativa "D" variabilidade diminuída e desacelerações tardias indicam hipóxia fetal com evolução para acidose fetal.

114 - Qual é o método indicado para ultimação do parto?

A) Abreviação com vácuo extrator.
B) Cesárea segmentar transversa.
C) Aguardar parto espontâneo.
D) Rotação com fórcipe Kielland.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: sobre os tipos de fórcipes e sua aplicação.

Os quatro tipos de fórcipes mais utilizados na prática obstétrica são: Simpson-Braun, Kielland, Luikart e Piper.

TIPOS DE FÓRCIPES	UTILIDADE
Simpson-Braun	Variedades oblíquas e pegas diretas (púbica e sacra).
Kielland	Todas as variedades de posição, inclusive as variedades transversas. Permite a rotação da cabeça fetal
Luikart	Não tem colheres fenestradas, conseguindo distribuir melhor a pressão exercida por ele. Mesma utilidade do Kielland
Piper	Apresentações pélvicas com cabeça derradeira.

As principais indicações do fórcipe são:

- Doenças maternas - cardíacas, neurológicas, pulmonares;
- Exaustão materna;
- Alívio de período expulsivo prolongado;
- Parada da progressão;
- Sofrimento fetal no período expulsivo;
- Cabeça derradeira.

Estamos diante de uma parturiente com parada secundaria da descida em +3 de De Lee, variedade de posição OET e feto com suspeita de sofrimento fetal pela cardiotocografia (pouca variabilidade e desacelerações tardias). A conduta nesse caso é ultimação do parto com fórcipe de Kielland.

Incorreta a alternativa A: como o feto se apresenta em OET, não é possível aplicar o vácuo extrator. Ele deve ser aplicado para as variedades de posição que não necessitam de rotação maior do que 45°.

Incorreta a alternativa B: como o feto se apresenta em +3 de De Lee, o jeito mais rápido de ultimar o parto é por meio da utilização do fórcipe e não pela cesárea.

Incorreta a alternativa C: como o feto apresenta suspeita de sofrimento na cardiotocografia, não se deve aguardar o parto espontâneo.

Correta a alternativa "D" como o feto está em OET, a conduta para ultimação do parto é a rotação com fórcipe de Kielland.

115 - Paciente secundigesta está em acompanhamento pré-natal. Teve um parto vaginal há dois anos, quando tinha 16 anos de idade. O cartão de vacinação da paciente está apresentado a seguir.

BCG (Tuberculose)	Paralisia Infantil (VIP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Rotavirus	PNEUMO 10	MENINGO C	Hepatite A
25/04/04	22/06/04	/ /	/ /	22/12/04	27/07/04	07/11/06
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	1ª dose	1ª dose	1ª dose	1ª dose	1ª dose	
Hepatite B	Paralisia Infantil (VIP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Rotavirus	PNEUMO 10	MENINGO C	Hepatite A
25/04/04	24/08/04	/ /	/ /	11/03/05	28/09/04	24/04/07
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
1ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose	
Hepatite B	Paralisia Infantil(VOP)	PENTA(DTP+Hib+HepB)	Sarampo/caxumba/rubéola	PNEUMO 10	MENINGO C	
25/05/04	26/10/04	/ /	03/05/05	/ /	30/11/04	/ /
Lote 000	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote
Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	3ª dose	3ª dose		3ª dose	Reforço	
Hepatite B	Paralisia Infantil(VOP)	Difteria/Tétano/Coqueluche	Sarampo/caxumba/rubéola+Varicela	PNEUMO 10	Febre Amarela	
26/10/04	29/07/05	25/04/2019	18/07/09	/ /	22/06/03	/ /
Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote
Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	1º Reforço	1º Reforço		Reforço		
	Paralisia Infantil(VOP)	Difteria/Tétano/Coqueluche	HPV	HPV	HPV	
/ /	12/08/09	/ /	09/06/16	10/08/16	15/12/16	/ /
Lote	Lote 000	Lote	Lote 000	Lote 000	Lote 000	Lote
Cód.	Cód. 000	Cód.	Cód. 000	Cód. 000	Cód. 000	Cód.
Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:	Nome:
Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.	Rg. Prof.
	2º Reforço	2º Reforço	1ª dose	2ª dose	3ª dose	

Além de vacina para gripe, qual conduta deve ser feita para a vacinação dessa paciente?

A) Administrar uma dose imediata de dT e outra de dTpa após 60 dias.

B) Administrar uma dose de dTpa no 2º trimestre.

C) Administrar uma dose de reforço para hepatite B.

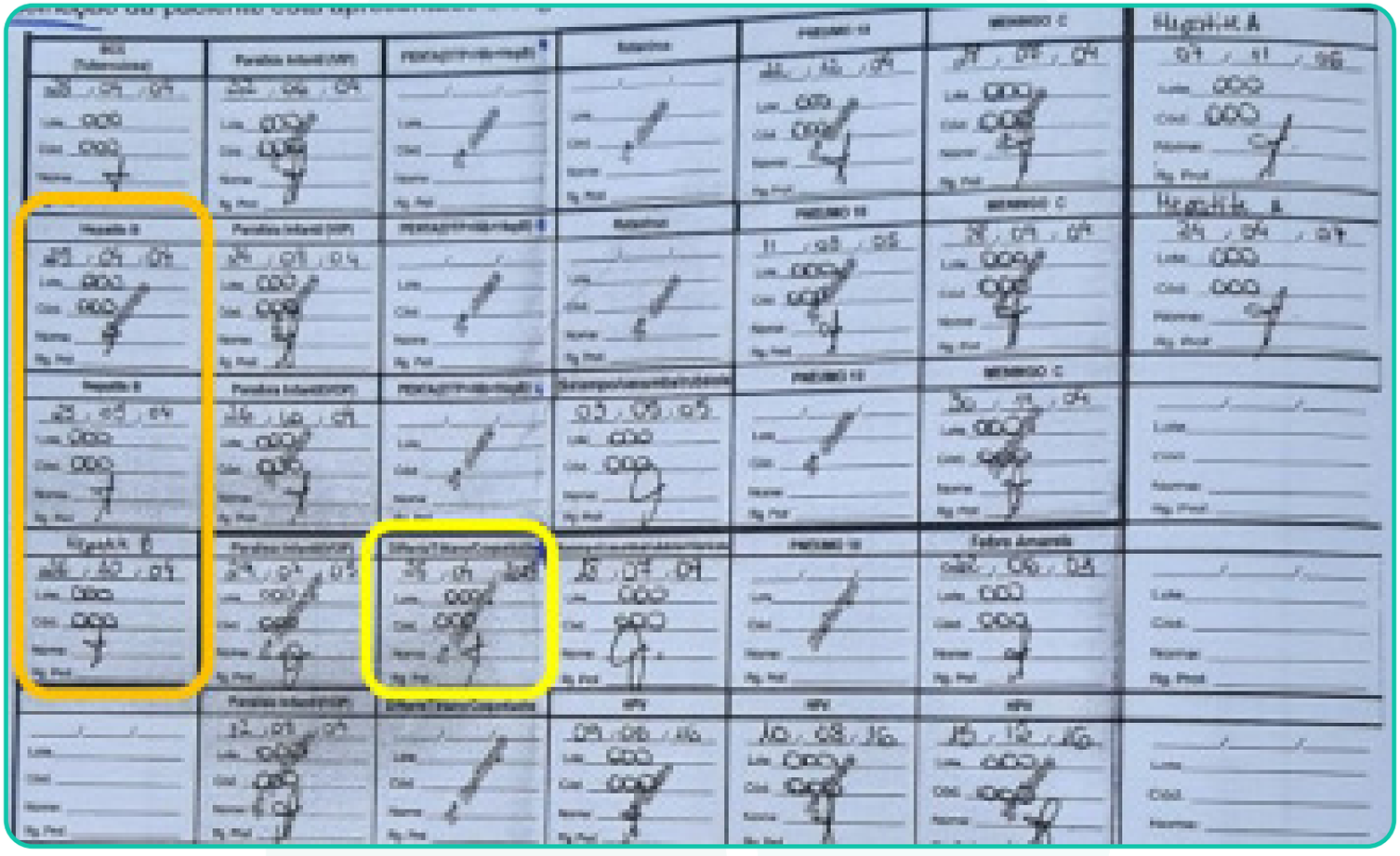
D) Não há necessidade de administrar outras doses vacinais.

Comentários:

Prof. Ana Souza - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: se você sabe orientar a imunização durante a gestação.

Responder essa questão adequadamente depende de você identificar as doses de vacina destacadas abaixo e saber que as vacinas preconizadas durante a gravidez são contra: influenza, hepatite B e difteria, tétano e coqueluche.



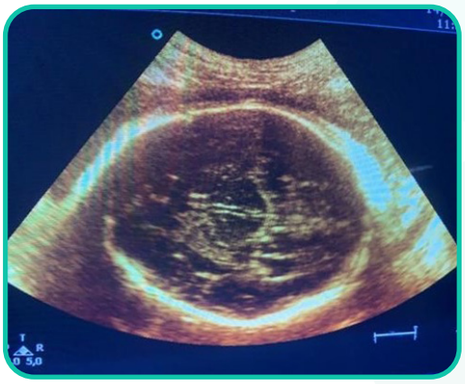
Correta a alternativa "A" porque uma vez que a gestante apresentada no enunciado recebeu apenas uma dose de dTpa, é indicado completar o esquema de três doses da vacina. Vale ressaltar que a vacina dupla adulto (dT), que confere imunidade contra o tétano e difteria, é inativada, elaborada a partir de toxoides diftérico e tetânico, portanto é segura na gestação e faz parte do calendário de vacinação da gestante. A dTpa (difteria, tétano e coqueluche) deve ser realizada no terceiro trimestre para evitar a transmissão de *Bortadella pertussis*, responsável por causar coqueluche, da mãe ao recém-nascido e garantir que a gestante transmita anticorpos ao feto promovendo imunidade passiva até o segundo mês de vida do bebê contra o tétano neonatal. Essa questão aparece como anulada no gabarito liberado pela instituição, provavelmente, devido à idade gestacional não ter sido informada no enunciado.

Incorreta a alternativa B, porque, apesar de estar correto que toda gestante deve receber a vacina dTpa (difteria, tétano e coqueluche) após a 20ª semana de gestação, independentemente de ter recebido a vacina na gestação anterior, uma vez que o esquema vacinal está incompleto, a gestante do caso apresentado no enunciado deve receber também uma dose da vacina dupla adulto (dT) para completar o esquema de três doses de vacina.

Incorreta a alternativa C, porque, apesar de a vacina contra hepatite B ser segura durante a gestação e fazer parte do calendário de imunização na gestação, a gestante do caso apresentado já tomou as três doses preconizadas da vacina, não sendo necessário receber nenhuma dose de reforço.

Incorreta a alternativa D, porque a gestante apresentada no enunciado deve sim ser orientada a receber outras doses de vacina, isso porque só recebeu uma dose de dTpa, sendo indicado completar o esquema de três doses da vacina, ou seja, uma dose da vacina dT (difteria e tétano) e, após a 20ª semana de gestação, aplicar a dTpa (difteria, tétano e coqueluche).

116 - Gestante de 23 anos de idade está em sua primeira gestação. Iniciou o pré-natal com 19 semanas de gestação. Está em acompanhamento irregular na UBS pois trabalha como atendente em um pet Shop e está sem tempo para as consultas. Vem encaminhada ao pré-natal de alto risco com 25 semanas de gestação com os exames descritos a seguir. Qual é a conduta pré-natal imediata?



HIV	VDRL	Rubéola
Negativo	Negativo	IgG+ IgM-

Toxoplasmose	Hepatite B	Hepatite C
IgG+ IgM+	Anti-HBs+	negativo

A) Iniciar ácido fólico em dose dobrada.

B) Iniciar pirimetamina associada a sulfadiazina.

C) Iniciar espiramicina isolada.

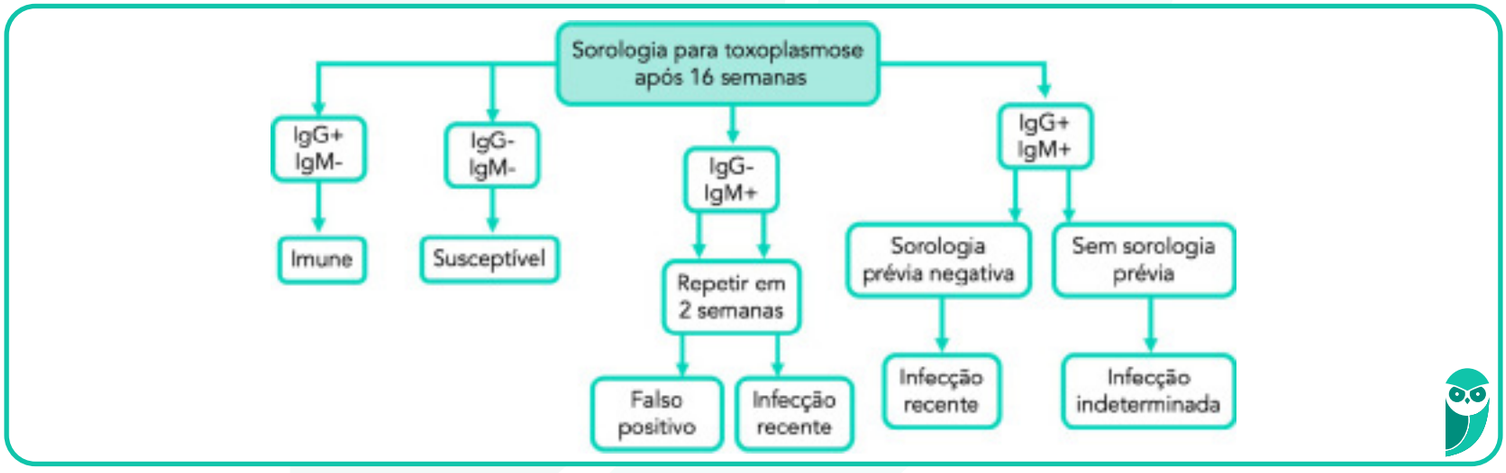
D) Iniciar espiramicina associada a pirimetamina.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico e tratamento de toxoplasmose na gestação.

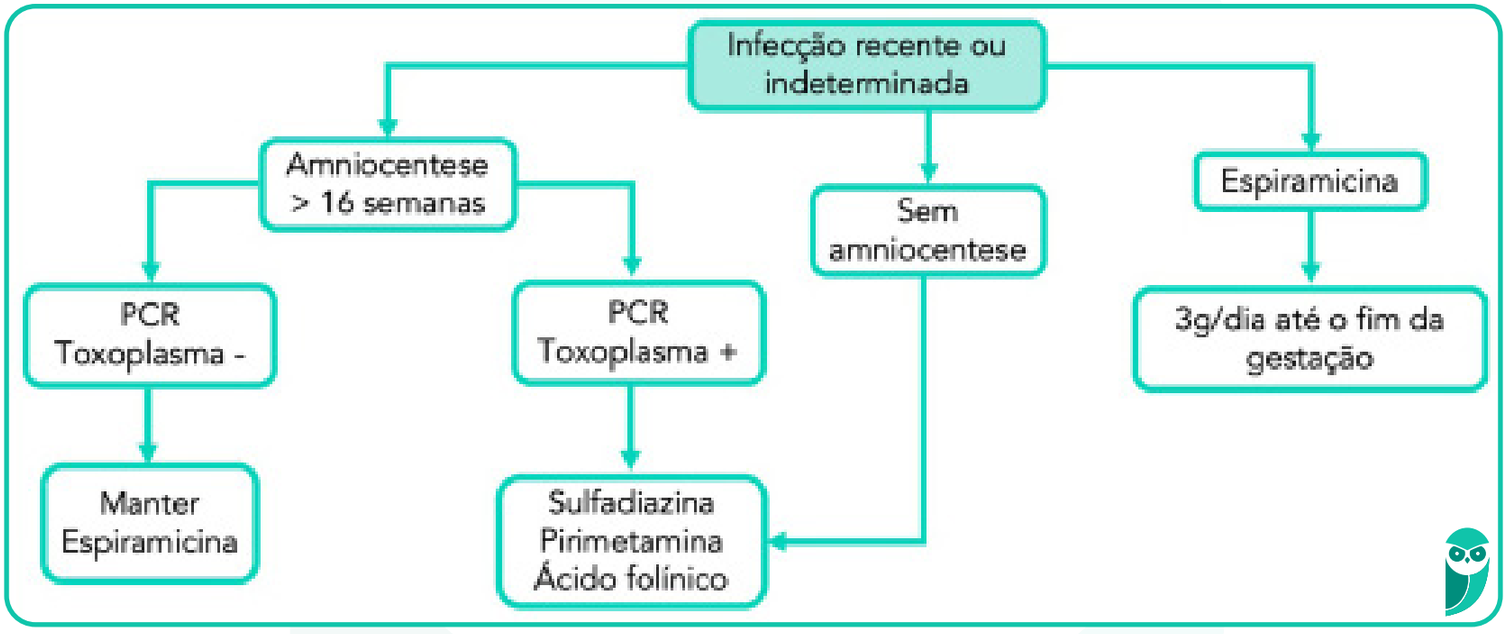
Durante a gestação o rastreamento de toxoplasmose é feito pela sorologia materna, que segue o organograma abaixo quando é feita após 16 semanas.



A toxoplasmose materna aguda/recente pode levar à transmissão vertical, causando toxoplasmose congênita. Por isso, a conduta frente a um caso de infecção recente é a **profilaxia para toxoplasmose congênita** com a administração materna de espiramicina na dose de 3g/dia via oral e a **pesquisa de infecção fetal**. O uso da espiramicina tem como objetivo reduzir o risco de passagem transplacentária do parasita, impedindo a infecção fetal.

Quando a sorologia é realizada após 16 semanas e o teste de avidez já não é mais fidedigno, nesses casos, deve-se considerar a gestante com infecção recente, tratar com espiramicina e investigar infecção fetal.

O diagnóstico de toxoplasmose congênita é feito pela pesquisa do DNA do *Toxoplasma gondii* por PCR em amostra de líquido amniótico, colhido pela amniocentese. Se a pesquisa de infecção fetal vier negativa, manter espiramicina até o parto. Se a infecção fetal for confirmada, iniciar o tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico até o final da gestação



Estamos diante de uma gestante de 25 semanas com sorologia IgG e IgM positivo para toxoplasmose. A ultrassonografia apresentada não parece apresentar alterações significativas. Diante disso, deve-se iniciar a profilaxia com espiramicina e fazer a investigação de infecção fetal por meio da amniocentese.

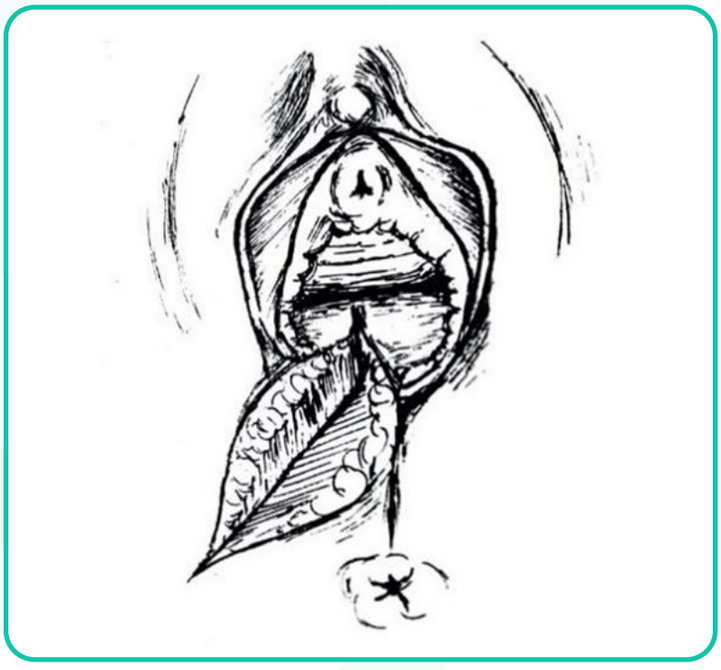
Incorreta a alternativa A: o uso do acido fólico não faz parte da profilaxia e nem do tratamento de toxoplasmose congênita.

Incorreta a alternativa B: o uso de sulfadiazina e pirimetamina deve ser feito apenas quando há confirmação de infecção fetal ou quando não é possível realizar essa investigação.

Correta a alternativa "C" como há suspeita de toxoplasmose na gestação e a gestante já está com 25 semanas, há indicação de iniciar o uso de espiramicina para profilaxia de infecção fetal e investigação fetal por meio da amniocentese. Somente se o PCR para toxoplasma vier positivo deve-se introduzir o tratamento de infecção fetal com sulfadiazina, pirimetamina e acido folínico.

Incorreta a alternativa D: a pirimetamina deve ser iniciada apenas quando houver confirmação de infecção fetal.

117 - Com base nas novas orientações de cuidados no parto, o que se pode dizer a respeito da indicação do procedimento ilustrado na figura a seguir?



A) É praticado se houver risco de lacerações graves.
B) Trata-se de um procedimento proscrito.
C) Está reservado para primigestas.
D) É indicado apenas em partos instrumentalizados.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

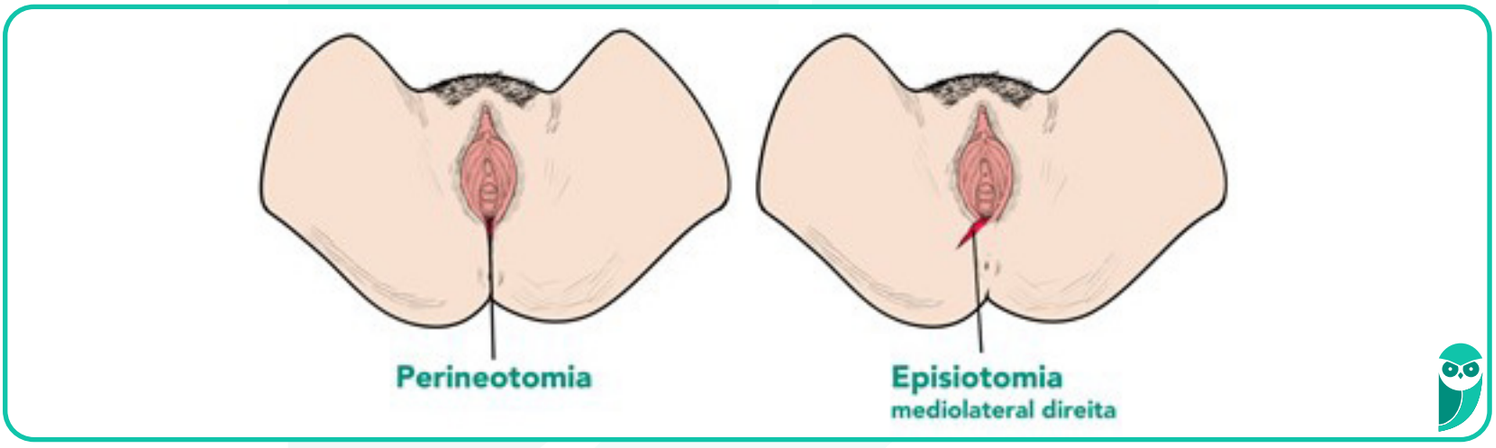
O que o examinador quer saber: sobre a episiotomia.

A episiotomia é um procedimento cirúrgico que consiste em uma incisão no períneo realizada no momento do desprendimento do polo cefálico (período expulsivo), que tem como objetivo aumentar a abertura vaginal e diminuir lacerações perineais graves.

As últimas recomendações (OMS 2018) sobre os cuidados durante o trabalho de parto e parto orientam que a episiotomia não deve ser feita de forma rotineira e liberal, mas sim de forma restrita e seletiva, pois há evidências que evitar episiotomia diminui significativamente o trauma perineal e da dor pós-parto e não há evidências claras do seu benefício.

A episiotomia é aceita em casos de sofrimento fetal, parto operatório, distocias de bisacromial e nos casos em que exista risco de lacerações perineais graves (terceiro e quarto grau).

Quando a episiotomia é indicada, recomenda-se a técnica mediolateral, com atenção especial para garantir que o ângulo esteja a 60° da linha média quando o períneo está distendido. Os planos seccionados durante a episiotomia são: pele, mucosa vaginal, aponeurose superficial do períneo e músculos bulboesponjoso e transverso superficial do períneo



Correta a alternativa "A" a episiotomia pode ser realizada se houver risco de laceração grave, como as lacerações de terceiro e quarto grau.

Incorreta a alternativa B: a episiotomia não é um procedimento proscrito, mas sua utilização deve ser restrita aos casos em que há algum benefício materno ou fetal para se realizar esse procedimento.

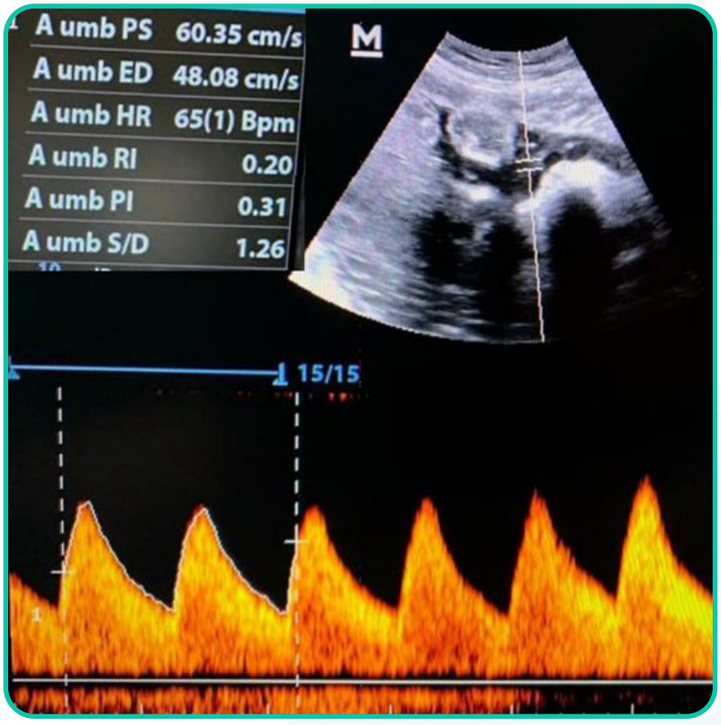
Incorreta a alternativa C: a episiotomia pode ser realizada tanto em primigestas como em multíparas.

Incorreta a alternativa D: a episiotomia pode ser indicada quando há necessidade de parto instrumentalizado, mas também em outras situações, como quando há necessidade de abreviar o período expulsivo ou quando há maior risco de lacerações graves.

118 - Gestante de 43 anos de idade, casada, está em consulta pré-natal após submeter-se a reprodução assistida. É primigesta e tem 33 semanas de gestação. Na avaliação clínica, está em bom estado geral, corada, PA 120 x 75mmHg, FC 78 bpm, IMC 21,4 kg/m^2. A altura uterina é de 31 cm. O BCF está presente e é rítmico. Tônus normal.

Traz ultrassonografia obstétrica mostrando feto único, cefálico, com dorso à esquerda e placenta posterior. Índice de líquido amniótico 9 cm e peso estimado 1685g (percentil 5).

Na mesma consulta foi realizada a seguinte avaliação de vitalidade fetal:



Valores de referência:

A umb PI: 030 a 1,40

A umb S/D: 1,24 a 3,40

A orientação a ser dada à paciente quanto à resolução da gravidez é:

A) Indicar parto com 34 semanas de gestação.

B) Programar parto no termo precoce.

C) Aguardar termo tardio.

D) Aguardar até 40 semanas de gestação

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

O que o examinador quer saber:

A conduta na restrição de crescimento fetal (RCF), devido à insuficiência placentária, consiste na avaliação ultrassonográfica seriada da velocidade de crescimento fetal e da avaliação da vitalidade fetal pelo perfil biofísico, Dopplervelocimetria obstétrica e cardiotocografia. O objetivo do manejo na RCF por insuficiência placentária é identificar os fetos que apresentam risco maior de morte perinatal e que podem se beneficiar da antecipação do parto.

O intervalo entre o acompanhamento dos fetos com restrição de crescimento depende de como se encontra a Dopplervelocimetria obstétrica. O momento ideal do parto na RCF depende da combinação de diversos fatores, como a idade gestacional, a Dopplervelocimetria da artéria umbilical, do ducto venoso e o perfil biofísico fetal.

Existem diversos protocolos assistenciais para a conduta dos fetos com restrição de crescimento. Na FMUSP, quando há RCF e a Dopplervelocimetria está normal, o feto pode ser acompanhado a cada 2 semanas e o parto pode ocorrer até 40 semanas de gestação.

Fetos com Dopplervelocimetria alterada da artéria umbilical, mas presença de fluxo diastólico positivo, devem ser acompanhados ambulatorialmente 1 a 2x por semana até o termo, com resolução da gestação a partir de 37 semanas.

Diante de diástole ausente da artéria umbilical, deve-se internar a gestante para acompanhamento diário da vitalidade fetal. Deve-se fazer corticoterapia para maturação pulmonar em fetos prematuros e a resolução da gestação deve ocorrer a partir de 34 semanas.

Em fetos com ducto venoso alterado ou com diástole reversa da artéria umbilical deve-se interromper a gestação a partir da viabilidade. A corticoterapia deve ser feita nos fetos com menos de 34 semanas se ducto venoso com IP entre 1 e 1,5. Se o IP for maior do que 1,5, a resolução da gestação deve ser imediata na viabilidade, sem aguardar a corticoterapia.

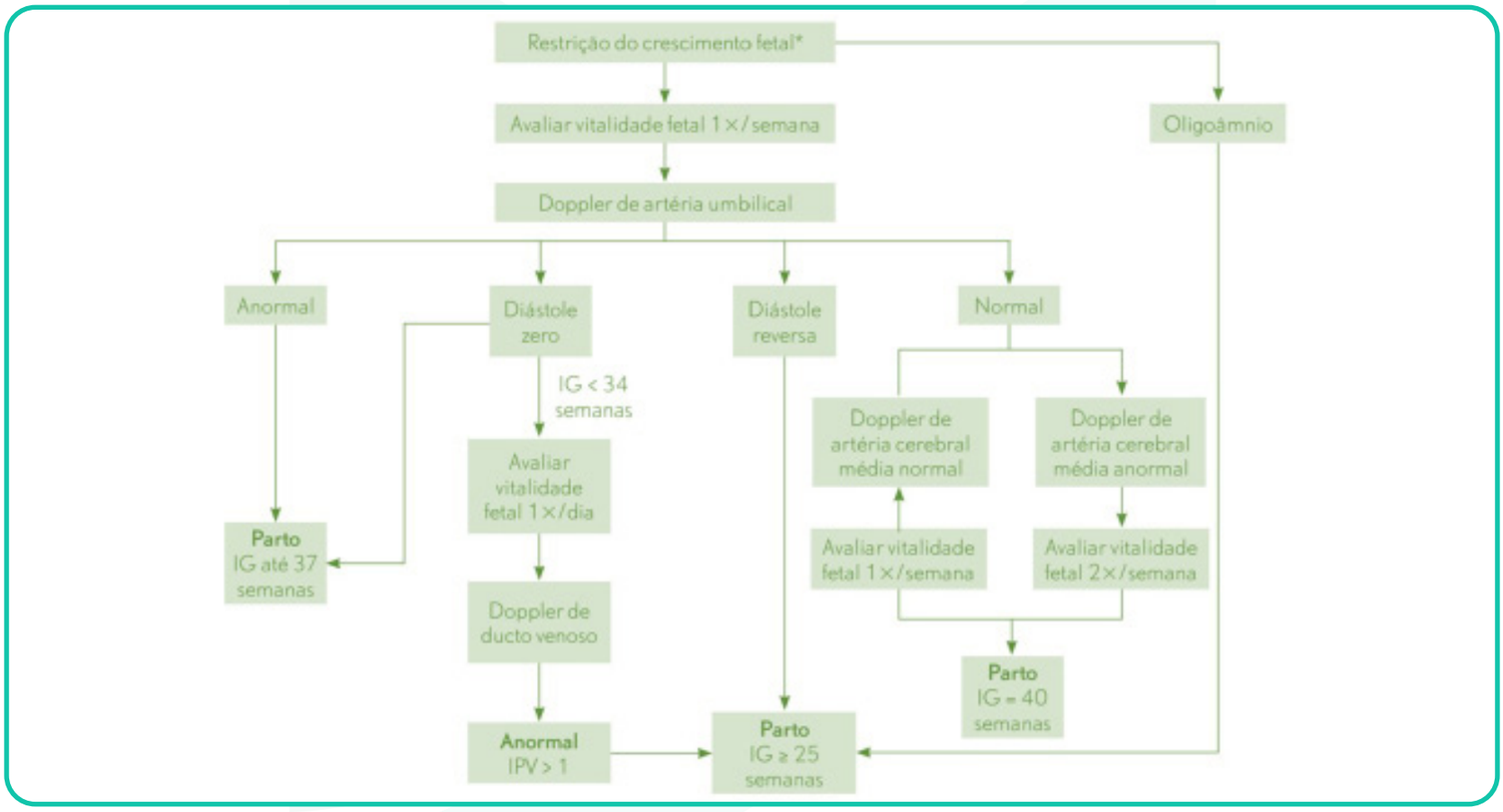


Figura retirada de Zugaib obstetrícia 4 ed.

Estamos diante de uma gestante de 33 semanas, sem comorbidades e feto com restrição de crescimento no percentil 5, sem alteração da vitalidade (cardiotocografia, Dopplervelocimetria e líquido amniótico dentro da normalidade). Por isso, a conduta deve ser avaliação da vitalidade fetal 1 a 2 vezes por semana e programação do parto para 40 semanas.

Incorreta a alternativa A: como a vitalidade fetal está normal, não há necessidade de adiantar o parto para 34 semanas.

Incorreta a alternativa B: como a gestante não tem comorbidades que levem à insuficiência placentária e o feto apresenta boa vitalidade, não há necessidade de adiantar o parto para antes de 40 semanas.

Incorreta a alternativa C: como há restrição de crescimento fetal, a gestação não deve ultrapassar 40 semanas, mesmo que o feto apresente boa vitalidade.

Correta a alternativa "D" como o feto apresenta restrição de crescimento, mas está com boa vitalidade e a gestante não tem comorbidades que podem levar à insuficiência placentária, pode-se levar a gestação até 40 semanas.

119 - Gestante com 34 anos de idade procura pronto atendimento obstétrico com queixa de contrações dolorosas a cada 3 minutos, associada a peso em região púbica. A idade gestacional é de 32 semanas. É tercigesta, com dois partos vaginais prévios (último há 2 anos, sem intercorrências). Está em uso de sertralina 100mg/dia. Refere que está aguardando avaliação de pré-natal de alto risco por queixa de cansaço físico que vem sendo progressivamente mais importante desde o 5º mês de gravidez. Desde o momento em que iniciaram as contrações, sente opressão torácica, dificuldade para respirar e sensação de desmaio.

No exame clínico, apresenta-se em bom estado geral, PA 94x50 mmHg, FC 126bpm, FR 22 ipm. Ausculta com sopro sistólico aórtico 3+/6+, ejetivo, murmúrios vesiculares presentes com crepitação fina em base direita. Abdome gravídico, altura uterina 30 cm, BCF presente e rítmico. Sem edemas de MMII, sem sinais de TVP. Toque vaginal: colo fino, dilatação de 6 cm, apresentação cefálica e bolsa íntegra.

O seguimento obstétrico adequado é:

A) Inibição de trabalho de parto prematuro com atosibano.

B) Iniciar maturação pulmonar fetal com corticoterapia.

C) Assistência ao parto com analgesia imediata.

D) Assistir ao período expulsivo com puxos dirigidos.

Comentários:

Prof. Natalia Carvalho - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: sobre trabalho de parto prematuro.

A conduta frente ao trabalho de parto prematuro visa diminuir os riscos da prematuridade para o feto.

A administração de **corticoide** é a principal conduta frente a gestantes com risco de parto prematuro nos próximos 7 dias (trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas fetais ou parto prematuro eletivo), pois diminui a síndrome respiratória do recém-nascido, a hemorragia intracraniana, a enterocolite necrotizante e a morte neonatal.

A **inibição do trabalho de parto prematuro**, geralmente, retarda o parto em até 48 horas. O objetivo de adiar o parto é ter tempo hábil para administrar corticoide para maturação pulmonar e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, além de permitir o transporte da gestante a um centro de referência quando necessário. Por isso, somente gestantes em que os fetos se beneficiam dessas intervenções devem receber a tocólise.

Assim, a tocólise está indicada diante de trabalho de parto prematuro entre 24 e 34 semanas na ausência de contraindicações.

As contraindicações para a tocólise são:

- Idade gestacional < 24 semanas ou ≥ 34 semanas
- Rotura prematura pré-termo de membranas
- Óbito fetal ou malformação fetal letal
- Sinais de corioamnionite
- Suspeita de descolamento prematuro de placenta
- Placenta prévia com sangramento
- Restrição de crescimento fetal
- Doenças maternas graves descompensadas

Os principais tocolíticos são: bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina) e antagonistas dos receptores da ocitocina (atosiban). Os agonistas dos receptores beta-adrenérgicos (terbutalina) e inibidores da síntese de prostaglandinas (indometacina) devem ser utilizados com parcimônia.

Alguns serviços, como na FMUSP, utilizam a **classificação de Hobel** para a condução dos casos de risco de trabalho de parto prematuro. Essa classificação estabelece quatro estágios evolutivos.

- **Estagio I: Presença de fatores de risco.**
- **Estagio II : Útero irritável.**
- **Estagio III: Trabalho de parto prematuro reversível (contrações uterinas com alterações cervicais).**
- **Estagio IV : Trabalho de parto prematuro irrev**ersível.

No estágio I, utiliza-se apenas medidas preventivas, a depender dos tipos de fatores de risco. A tocólise está indicada apenas no estágio III, quando a gestante se encontra no início do trabalho de parto. No estágio IV, isto é, quando a dilatação cervical é ≥4 cm a tocólise não é mais indicada.

Estamos diante de uma gestante de 32 semanas em trabalho de parto prematuro. A gestante está com 6 cm de dilatação e em franco trabalho de parto. Além disso, ela apresenta descompensação cardíaca, com edema agudo de pulmão. Como há uma doença materna descompensada, não se deve realizar tocólise, mas sim assistir a evolução do parto. Nesse caso, é importante realizar analgesia para aliviar a dor e o esforço da parturiente, em decorrência da descompensação cardíaca.

Incorreta a alternativa A: como há uma doença materna descompensada, a inibição do trabalho de parto está contraindicada.

Incorreta a alternativa B: como o trabalho de parto está bem evoluído e a gestante está com uma descompensação cardíaca, o uso do corticoide não é a principal conduta e pode inclusive piorar o quadro clínico da paciente.

Correta a alternativa "C" como a gestante está em trabalho de parto prematuro no estágio IV, associado a uma descompensação de doença materna, a conduta é assistir o parto prematuro e realizar analgesia para diminuir o desconforto materno.

Incorreta a alternativa D: a gestante ainda não está no período expulsivo, mas sim na fase ativa do trabalho de parto.

120 - A enfermeira aciona o médico plantonista para avaliar a paciente JMB, gestante, de 23 anos de idade. A paciente tem diabetes tipo I e foi internada para ajuste do controle glicêmico. Ela é quartigesta, com 3 abortamentos anteriores. A idade gestacional é de 18 semanas. Chamou a enfermeira por estar com mal estar e sudorese fria. A glicemia capilar é de 38 mg/dL. Na avaliação clínica, a paciente está torporosa e não responde adequadamente aos questionamentos, PA 110x70 mmHg, FC 82. A conduta imediata deve ser:

A) Oferecer o lanche da tarde.
B) Soro glicosado 5% 300 ml endovenoso.
C) Administrar 15g glicose via oral.
D) Glucagon subcutâneo imediato.

Comentários:

Prof. Ana Souza - Obstetrícia

O que o examinador quer saber: Se você sabe tratar episódios de hipoglicemia na gestação.

Para resolver essa questão, é esperado que você identifique que se trata de uma gestante diabética com hipoglicemia, ou seja, glicemia menor do que 70mg/dL, associada a torpor e incapacidade de responder aos questionamentos e que deve ser prontamente tratada para correção da hipoglicemia.

Incorreta a alternativa A, porque, embora o lanche da tarde possa ser utilizado para correção de quadros leves de hipoglicemia, uma vez que a gestante está torporosa, a via oral não é adequada para correção da hipoglicemia.

Correta a alternativa "B" porque a conduta preconizada para correção de hipoglicemia na gestante torporosa é a prescrição de 300ml soro glicosado 5% endovenoso.

Incorreta a alternativa C, porque, embora a administração de glicose via oral possa ser utilizada para correção de hipoglicemia em gestantes sem comprometimento dos níveis de consciência, uma vez que a gestante está torporosa, a via oral não é adequada para correção da hipoglicemia.

Incorreta a alternativa D, porque o glucagon subcutâneo é indicado quando não se consegue acesso venoso para administração de soro glicosado 5% para correção da hipoglicemia ou ainda, quando não houve melhora após duas correções com soro glicosado 5%.

RECURSOS

RECURSO PARA QUESTÃO 7 HCFMUSP

No caso em questão, a paciente apresenta uma cefaleia recorrente, com características enxaquecosas (unilateral, moderada, associada a náuseas e fotofobia), mas que atualmente vem com características diferentes: intensidade maior que a habitual, duração de quatro dias (a enxaqueca dura entre 4h e 72h).

Diante disso, temos duas possibilidades: status migranoso e cefaleia secundária.

O status migranoso é uma crise de enxaqueca que dura mais de 72h. A recomendação terapêutica para o status migranoso é dexametasona e, caso não haja melhora, clorpromazina parenteral. A recomendação para uso de metilprednisolona para tratamento dos sintomas não se sustenta nas melhores evidências e/ou recomendações das sociedades de especialidades.

De acordo com Speciali e col., após o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, a recomendação é dexametasona 10 mg endovenosa. Nos casos em que não houver melhora, a recomendação é para o uso de clorpromazina intramuscular.

Mesmo assim, a questão deixa dúvidas se o caso é realmente de um status migranoso ou de uma possível cefaleia secundária. No segundo caso, as evidências para o uso de metilprednisolona também são ausentes.

Por tratar-se de uma instituição líder no ensino da Medicina no Brasil, o futuro residente do HCFMUSP deve se pautar pelas melhores evidências para o tratamento das doenças, o que torna imprescindível a anulação da questão em tela.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Speciali JG, Kowacs F, Jurno ME, Bruscky IS, Carvalho JJF, Fantini FGMM, Carvalho EHT, Pires LA, Fialho DB, Prado GF. Protocolo Nacional para Diagnóstico e Manejo das Cefaleias nas Unidades de Urgência Do Brasil – 2018. Academia Brasileira de Neurologia – Departamento Científico de Cefaleia Sociedade Brasileira de Cefaleia. Disponível em https://sbcefaleia.com.br/images/file%205.pdf

RECURSO PARA QUESTÃO 29 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a troca de gabarito da questão 29. A questão fala sobre os vieses de memória e de seleção e questiona como eles impactam o *odds ratio* de um estudo de caso-controle.

Segundo Roberto Medronho, no livro Epidemiologia – 2ª edição, o viés de memória é "*um problema particular dos estudos nos quais os dados de exposição são obtidos retrospectivamente*". Portanto, é um viés particularmente importante nos estudos de caso-controle. Nesse sentido, os casos apresentam uma maior probabilidade de recordar exposições passadas do que os controles (1). Portanto, o viés de memória superestimaria o *odds ratio*.

Em adição, o viés de seleção é aquele que pode ocorrer quando casos e controles são selecionados a partir de populações diferentes. Nesse sentido, também teríamos uma superestimação do *odds ratio*. Por exemplo, se o os casos são selecionados a partir de uma população hospitalar e os controles a partir da população geral, há um aumento na probabilidade de encontrarmos mais casos que tem a exposição estudada. Isso porque uma população hospitalar tende a apresentar prognóstico mais grave, além de outras morbidades e fatores de risco. Por isso, inevitavelmente a frequência da exposição nos casos pode ser enviesada, o que elevaria o *odds ratio*. Essse raciocínio é descrito no livro de Roberto Medronho (1) e também na aula da Dra Ana Paula Sato, Professora Doutora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Cabe lembrar que a aula da referida professora está disponível no próprio endereço eletrônico da FMUSP-SP (2).

Ainda, a banca informa que é possível escolher os controles de um estudo de malformações de duas formas diferentes. Primeiro, podem ser escolhidos controles sem malformação, o que seria uma espécie de grupo controle negativo. Nesse sentido, casos e controles seriam escolhidos a partir de bases populacionais diferentes (controles na população geral e casos, a partir de uma população hospitalar ou ambulatorial, que seria a fonte dos pacientes com malformações). Como descrito acima, se isso for feito, provavelmente haverá uma superestimativa do *odds ratio*.

Em contrapartida, o pesquisador poderia selecionar controles que também apresentam malformações que não são a malformação que é o desfecho do estudo. Nesse sentido, teríamos uma espécie de grupo controle positivo e teríamos casos e controles selecionados a partir de uma mesma população (hospitalar e ambulatorial). Caso isso aconteça, o viés de seleção diminuiria consideravelmente e o *odds ratio* não seria afetado.

A banca não especifica qual é o tipo de controle a ser selecionado para o referido estudo de malformação. Portanto, não podemos afirmar se o *odds ratio* será superestimado ou se não apresentará alterações. No entanto, sabemos que não será subestimado.

Frente ao acima exposto, a única alternativa que contempla corretamente o que poderia ocorrer com o *odds ratio* em um viés de memória e de seleção é a alternativa "C". Como o gabarito oficial sugere a alternativa "A", solicito gentilmente a troca do gabarito da questão para a alternativa "C".

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Werneck GL e Almeida LM. Capítulo 15 – Validade em estudos epidemiológicos. In: Epidemiologia – 2ª edição. Organizado por Roberto Medronho e colaboradores. Editora Atheneu, 2009.
- Sato APS. Estudos de caso-controle. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4667542/mod_resource/content/0/Estudos%20caso-controle.pdf

RECURSO PARA QUESTÃO 30 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Professoras Bárbara D'Alegria e Fernanda Lima

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a anulação da questão 30, a qual versa sobre a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

O enunciado da questão pede para avaliar a tabela e indicar qual das alternativas representa a ação de maior prioridade para o decréscimo do número de casos de sífilis congênita.

Ao avaliar a tabela, pode-se inferir que existe uma boa cobertura do pré-natal das mães de crianças nascidas com sífilis congênita tanto no Brasil quanto em São Paulo. Entretanto, o tratamento para a sífilis durante o pré-natal apresenta um percentual muito baixo. Nesse contexto, é cabível o seguinte questionamento: qual o motivo de essas mães não estarem recebendo o tratamento adequado? De imediato, é possível levantar três hipóteses:

- 1. Problemas relacionados à adesão da população gestante dessa localidade:
  - a. As gestantes estão recusando o tratamento;
  - b. As gestantes não estão retornando adequadamente às consultas do pré-natal para seguimento adequado com as equipes, podendo envolver questões socioeconômicas e culturais.
- 2. Problemas relacionados à equipe de saúde:
  - a. Os profissionais de saúde não estão habituados a diagnosticar ou a tratar adequadamente a sífilis na gestação.
- 3. Problemas institucionais:
  - a. Indisponibilidade do medicamento para fornecimento gratuito no posto de saúde.

Baseados nas informações do enunciado, não é possível eliminar nenhuma das três hipóteses levantadas. Entretanto, quando avaliamos as alternativas, não há nenhuma delas que sugira melhorar o controle e estoque de medicamentos para tratamento da sífilis. Assim, poderíamos eliminar a terceira hipótese apenas devido à ausência de solução compatível nas alternativas.

Nesse caso, percebe-se que restam ainda duas hipóteses. Para a primeira hipótese, existe uma solução sugerida na alternativa C, que descreve a introdução de campanhas de conscientização da população acerca da sífilis congênita. A educação em saúde facilitaria tanto a adesão ao tratamento, quando proposto, quanto o comparecimento regular às consultas do pré-natal. Portanto, a alternativa C estaria adequada se este fosse o problema.

Para a segunda hipótese, é sugerida uma solução na alternativa D, que descreve a supervisão e melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal. Apesar de este ter sido o gabarito da questão, não é plausível inferir que existe uma deficiência técnica por parte da equipe, mesmo considerando todos os dados fornecidos no enunciado (o que inclui a tabela).

No contexto brasileiro, o médico lida diariamente com o problema da falta de adesão do paciente ao plano terapêutico e sabe-se que é vedado ao médico impor qualquer tratamento sem o devido consentimento do paciente. Observe o trecho a seguir do Código de Ética Médica:

> É vedado ao médico:
>
> Art. 22. Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte.

Diante dessa problemática, não é possível concluir que a supervisão ou melhoria da qualidade do cuidado prestado no pré-natal pudesse alterar a recusa de tratamento. Não basta a equipe identificar e recomendar o tratamento, é preciso que a gestante aceite participar do plano terapêutico adequado e isso somente é possível através de um trabalho de conscientização acerca da importância do diagnostico, tratamento e seguimento regular dos casos identificados de sífilis durante a gestação. O Caderno de Atenção Básica sobre a atenção ao pré-natal de baixo risco cita que as condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas gestantes adolescentes, problemas estes que precisam ser trabalhados na comunidade através de ações de conscientização da sociedade. O mesmo documento descreve que toda gestante infectada pelo HIV deve receber a terapia antirretroviral durante a gestação; para isso, é necessário detectar as dificuldades de compreensão e outros obstáculos à adesão ao tratamento, garantindo o acesso da gestante às informações claras. De modo análogo, podemos compreender que o acesso à informação das gestantes infectadas por sífilis pode auxiliar na adesão ao tratamento dessas pacientes.

Portanto, não é possível definir qual a ação prioritária é aplicável ao referido caso devido à falta de dados no enunciado da questão que possam esclarecer mais especificamente qual a causa da baixa proporção de tratamento das gestantes com sífilis. Assim, tanto a alternativa C quanto a alternativa D seriam ações adequadamente recomendadas a depender da causa identificada.

Frente ao exposto anteriormente, solicito gentilmente a anulação da questão.

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 / Conselho Federal de Medicina - Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.; 15 cm. Modificado pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.
- BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404128/>. Acesso em: 04 de jan. de 2021.

RECURSO PARA QUESTÃO 35 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Prof. Bárbara D'Alegria

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a anulação da questão 35, a qual versa sobre a infectividade, a patogenicidade e a virulência do vírus zika.

Segundo Maria Zélia Rouquayrol, no livro Epidemiologia & Saúde, a **infectividade** é "*o nome que se dá à capacidade de certos organismos de penetrar e se desenvolver ou se multiplicar no novo hospedeiro, ocasionando a infecção*" (1). O enunciado afirma que 70% dos indivíduos provavelmente contraíram a infecção na primeira onda epidêmica. Portanto, o vírus apresenta alta infectividade, o que está de acordo com o gabarito divulgado.

Além disso, Rouquayrol também afirma que a **patogenicidade** é a "*qualidade que tem o agente infeccioso de, uma vez instalado no organismo do ser humano e de outros animais, produzir sintomas em maior ou menor proporção dentre os hospedeiros infectados*". O enunciado afirma que a maioria das infecções são assintomáticas. Portanto, se as infecções produzidas não geram sinais e sintomas na maioria dos infectados, é porque o vírus tem baixa patogenicidade, o que também está de acordo com o gabarito divulgado.

No entanto, o gabarito afirma que o vírus zika tem alta virulência. Segundo Rouquayrol, a **virulência** é a "capacidade de um bioagente produzir casos graves ou fatais" (1). A maioria das infecções pelo vírus zika são brandas. Veja o que afirma o documento do Ministério da Saúde, intitulado:

> *"A infecção pelo vírus Zika, apesar de velha conhecida da comunidade científica, com relatos de casos em outros países há pelo menos 60 anos, é transmitida pelo mesmo vetor do vírus da dengue, o Aedes aegypti, de comportamento benigno, baixíssima virulência e letalidade"* (2).

Ainda, poder-se-ia contra-argumentar afirmando que a ocorrência de malformações fetais durante a infecção materna do zika, como a ocorrência de microcefalia, seria um caso grave da doença. No entanto, a capacidade de gerar casos graves como esses ocorre em apenas uma parte dos infectados, no caso, as gestantes. Por isso, a virulência do vírus, de forma geral, é baixa.

Frente ao acima exposto, solicito gentilmente a anulação da questão.

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Rouquayrol MZ, Veras FMF e Távora LGF. Capítulo 11: Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In: Epidemiologia & Saúde, organizado por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel. Editora Medbook, 8ª edição, 2017.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília, 2017, 136 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf.

RECURSO PARA QUESTÃO 42 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a anulação da questão 42, a qual versa sobre culturalidade e competência cultural.

A questão fala sobre uma mulher de 65 anos, oriunda de uma região rural, que apresenta medo de procurar atendimento médico, muito embora esteja com sangramento vaginal esporádico há 6 meses. Além disso, ela possui um modelo explanatório para o seu adoecimento, a chamada "mãe do corpo", uma lenda popular que afirma que há alguma espécie de remanescente no útero da mulher após o nascimento de um bebê. A lenda tenta explicar, na verdade, os movimentos involuntários no abdômen e que ainda podem ser percebidos pela mulher após o parto. Como tais movimentos são parecidos com a sensação de uma criança ainda mexendo no útero, apelidou-se o fenômeno de "mãe do corpo".

O examinador solicita que o candidato marque a alternativa que traduz um **contato terapêutico culturalmente sensível**. Segundo o Tratado de Medicina de Família e Comunidade, organizado por Gustavo Gusso e colaboradores, existem algumas ferramentais para obtermos êxito nesse tipo de contato (1). A principal é a estratégia **LEARN**, que pode ser explicada da seguinte forma:

- Listen – Ouvir com empatia, tentando entender a percepção da pessoa que busca ajuda.
- Explain – Explicar, em palavras acessíveis, a visão médica do problema.
- Acknowledge – Admitir que existem diferenças (se existirem) e semelhanças, problematizando os pontos de vista.
- Recommend – Recomendar um tratamento ou outras ações de cuidado à saúde.
- Negociate – Negociar um acordo.

Dentre as alternativas listadas pela banca, a alternativa "C" afirma que:

> *"É necessário adaptar os termos usados pelos profissionais ao universo cultural dos pacientes para que a explicação correta do adoecimento e, em consequência, a do tratamento supere medos e constrangimentos".*

De fato, explicar o processo de adoecimento de uma forma que a paciente consiga compreender e explicar o tratamento, conforme afirma o item "Explain" da estratégia "Learn", pode ajudar na superação de medos e angústias.

No entanto, a alternativa "D" afirma que:

> *"É necessário relacionar a experiência da doença vivida pelos pacientes com o modo como é compreendida pelos profissionais de saúde para que a interculturalidade possa ser produtiva".*

De fato, a experiência da doença vivida pelos pacientes deve ser levada sempre em consideração. Esse aspecto faz parte do "Método Clínico Centrado na Pessoa" e da competência cultural propriamente dita, que é uma característica que todo médico deve apresentar, especialmente aquele que trabalha em atenção primária à saúde.

Frente ao acima exposto, a questão apresenta duas alternativas corretas. Por isso, solicito gentilmente a anulação da questão.

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Targa LV e Oliveira FA. Capítulo 8: Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática – 2ª edição. Organizado por Gustavo Gusso e colaboradores. Editora Artmed, 2019.

RECURSO PARA QUESTÃO 45 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Professoras Bárbara D'Alegria e Fernanda Lima

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a anulação da questão 45, a qual versa sobre a indicador de desempenho da Atenção Básica.

O enunciado da questão pede para indicar qual das alternativas refere-se a um indicador de desempenho da Atenção Básica. O gabarito aponta como alternativa correta aquela que descreve o indicador "Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar por ano".

Como o enunciado não específica sobre quais os indicadores de desempenho ele está se referindo, pode-se interpretar de duas formas: indicadores de desempenho para pagamento e indicador de desempenho do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Os sete indicadores selecionados para o incentivo de pagamento por desempenho de 2020 foram os listados a seguir:

os seguintes:

- Indicador 1: Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- Indicador 2: Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Indicador 3: Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Indicador 4: Cobertura de exame citopatológico;
- Indicador 5: Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- Indicador 6: Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre;
- Indicador 7: Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Percebe-se que nenhum desses indicadores para o incentivo de pagamento por desempenho de 2020 está contemplado nas alternativas.

Adicionalmente, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) prevê alguns indicadores com o objetivo de incentivar os gestores e as equipes da Atenção Básica a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população de determinado território.

Nesse sentido, o PMAQ selecionou 11 indicadores de desempenho para as equipes de atenção básica e 1 indicador de desempenho para os NASF no terceiro ciclo do PMAQ. Observe os 11 indicadores de desempenho para a Atenção Básica, previstos no quadro abaixo e observe que nenhum deles está contemplado nas alternativas.

Grupo	Indicador de Desempenho
Acesso e continuidade do cuidado	1.1 Média de atendimentos de médicos e enfermeiros por habitante
	1.2 Percentual de atendimentos de consultas por demanda espontânea
	1.3 Percentual de atendimentos de consulta agendada
	1.4 Índice de atendimentos por condição de saúde avaliada
	1.5 Razão de coleta de material citopatológico do colo do útero
	1.6 Cobertura de primeira consulta odontológica programática
Coordenação do Cuidado	2.1 Percentual de recém-nascidos atendidos na primeira semana de vida
Resolutividade	3.1 Percentual de encaminhamentos para serviço especializado
	3.2 Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas
Abrangência da oferta de serviços	4.1 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Atenção Básica
	4.2 Percentual de serviços ofertados pela Equipe de Saúde Bucal

Fonte: Tabela extraída do Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo 3o Ciclo (2015 – 2016). Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.

Percebe-se mais uma vez que nenhum desses indicadores de desempenho para Atenção Básica está contemplado nas alternativas.

Ambas as referências citadas são de indicadores contemplados nacionalmente para avaliação da Atenção Básica, seja para pagamento de incentivos seja para avaliação de funcionamento dos serviços de saúde.

Podemos citar ainda o documento do Ministério da Saúde intitulado "Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF". Esse documento traz uma tabela sobre os indicadores de desempenho e indicadores de monitoramento. Na página 99, podemos visualizar no item 4.8 que a "Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar" está enquadrada como indicador de monitoramento, e não como indicador de desempenho. Observe um trecho da referida tabela a seguir:

4 – PRODUÇÃO GERAL	TIPO	Variáveis do sistema	
DENOMINAÇÃO		Numerador	Denominador
4.8 Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar	M	PMA2 (encaminhamentos médicos – internação hospitalar)	PMA2 (total geral de consultas = cons. médicas residentes fora da área de abrang. + residentes na área de abrang. equipe)

Legenda:

D – Indicadores de avaliação de desempenho

M – Indicadores de monitoramento

Fonte: Trechos extraídos da tabela do Ministério da Saúde. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.

Portanto, o indicador proposto no gabarito não condiz com o que está sendo questionado no enunciado.

Frente ao acima exposto, solicito gentilmente a anulação da questão.

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em 04 de jan. de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 5 de dez. de 2020.

RECURSO PARA QUESTÃO 48 USP 2021 – DISCIPLINA MEDICINA PREVENTIVA

Prof. Bárbara D'Alegria.

Prezada banca organizadora do concurso de acesso aos programas de residência médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP-SP),

Venho por meio deste recurso solicitar respeitosamente a troca de gabarito da questão 48, a qual versa sobre erros e vieses.

A questão solicita que o candidato aponto qual é o procedimento que reduz a ocorrência de viés de seleção em um ensaio clínico.

A alternativa "A" menciona a análise por intenção de tratamento. De fato, a referida análise pode contribuir para minimizar o viés de perda de seguimento, que é um tipo de viés de seleção. No entanto, essa é uma estratégia de controle do viés no processamento dos resultados, não sendo a estratégia ideal para um ensaio clínico. O ideal é controlar o viés ainda na metodologia, ou seja, no momento da alocação dos participantes nos grupos. Isso porque se houver uma perda de seguimento superior a 10%, a análise por intenção de tratamento não conseguiria suplantar os efeitos da perda de seguimento. Ainda, segundo Roberto Medronho, no livro Epidemiologia – 2ª edição, é necessário que se conheça o que ocorreu com aqueles que não completaram o tratamento. Caso contrário, a própria análise por intenção de tratamento pode trazer viés ao estudo (1).

A alternativa "C" menciona que realizar a alocação dos participantes por meio da sequência alternada de entrada de indivíduos nos grupos. Embora a randomização ainda seja a melhor opção para a alocação dos participantes, a entrada de indivíduos de forma alternada é uma estratégia a ser considerada e tem o benefício de ser executada ainda na metodologia do estudo. Nesse sentido, seria superior à tentativa de reduzir o viés quando os resultados já estão prontos, uma vez que controlar o viés na metodologia é superior ao controle do viés no processamento dos resultados.

Portanto, frente ao acima exposto, solicito gentilmente a troca do gabarito da alternativa "A" para alternativa "C".

Atenciosamente,

NOME DO ALUNO

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Escosteguy CC. Capítulo 13 – Estudos de intervenção. In: Epidemiologia – 2ª edição. Organizado por Roberto Medronho e colaboradores. Editora Atheneu, 2009.

RECURSO - QUESTÃO 95

Prof. Thomás Coelho

No caso clínico apresentado pela banca, a paciente apresenta sinais de sepse: foco infeccioso (pielonefrite obstrutiva), taquipneia, taquicardia e rebaixamento do nível de consciência. Segundo as recomendações da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), em artigo de 2013 (*Fernando Schuster Battaglin, Getúlio Rodrigues de Oliveira Filho,Recomendações da SBA para Anestesia de Paciente Séptico, Brazilian Journal of Anesthesiology,Volume 63, Issue 5,2013,Pages 377-384,ISSN 0034-7094,https://doi.org/10.1016/j.bjan.2013.04.004. (http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709413000822 - acessado em 04/01/2021)*), **não** recomenda a utilização de etomidato para a intubação traqueal em portadores de sepses, por estar associado a supressão adrenal, aumento da mortalidade e consumo de corticoide. Cito o texto do artigo:

***"Recomendações**: O uso do etomidato para intubação traqueal em pacientes portadores de sepse associa-se com supressão adrenal(A) persistente por 12 a 24 horas após administração(D), aumento da mortalidade(A) e consumo de corticoides(B).*

Recomenda-se, portanto, que não seja usado para intubação traqueal em pacientes sépticos."

Desta forma, por apresentar evidências na literatura médica que contraindicam a utilização de etomidato nos pacientes sépticos, solicito, respeitosamente, a anulação da questão.

Grato pela atenção

RECURSO - QUESTÃO 98

Segundo a Sociedade Internacional de Desordens Pré-Menstruais, os benzodiazepínicos, sobretudo o Alprazolam, que era usado no passado para o tratamento do distúrbio disfórico pré-menstrual, não deve ser empregado, apesar de sua eficácia ser maior que o placebo nos estudos. Além disso, o Tratado de Ginecologia da FEBRASGO não considera o uso de benzodiazepínicos no tratamento das síndromes pré-menstruais.

Por esse motivo, consideramos que a alternativa “d” encontra-se incorreta.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

- Ismaili, Elgerta, et al. "Fourth consensus of the International Society for Premenstrual Disorders (ISPMD): auditable standards for diagnosis and management of premenstrual disorder." Archives of women's mental health 19.6 (2016): 953-958.

RECURSO - QUESTÃO 105

A questão 105 se refere a uma paciente com mutação do gene BRCA1 / 2, sendo uma paciente de alto risco para desenvolver o câncer de mama. O risco cumulativo de desenvolver o câncer de mama em uma paciente com mutação do BRCA 1 é de 72%, considerando uma expectativa de vida de 80 anos. O risco cumulativo de desenvolver o câncer de mama em uma paciente com mutação do BRCA 2 é de 69%, considerando uma expectativa de vida de 80 anos. De acordo com o guideline do NCCN de 2020 a mutação dos genes BRCA 1 / 2 é um indicação formal para a realização de mastectomia profilática bilateral.

Sendo assim consideramos que a questão apresenta duas alternativas possivelmente corretas e deve ser anulada.

Segue a questão:

105 – Paciente de 32 anos de idade apresenta mutação BRCA1 e BRCA2. É nuligesta. Realizou a pesquisa de mutação pois a mãe faleceu por câncer de mama aos 45 anos. Segundo o gráfico apresentado (Kuchenbaecker et al. JAMA, 2017), observa-se o risco cumulativo de câncer de mama em portadoras destas mutações. Qual é a orientação para a paciente?

(A) A adenomastectomia profilática deve ser realizada.
(B) A penetrância destes genes é variável.
(C) O rastreamento em intervalos mais curtos previne a doença.
(D) Uso de tamoxifeno ou raloxifeno pode interferir neste risco.

Comentários:

Alternativa A: Esta alternativa foi considerada incorreta pela banca porque a paciente é nuligesta. De acordo com o guideline do NCCN de 2020, a mutação no gene BRCA 1 e 2 é uma indicação para a realização da adenomastectomia profilática. Trata-se de uma paciente nuligesta, mas o enunciado não menciona o desejo reprodutivo da paciente. Além disto, a alternativa não especifica o momento da realização da adenomastectomia profilática. Nestes casos está indicada a orientação da paciente quanto a possibilidade da realização da cirurgia redutora de risco. Obviamente é preferível aguardar que a paciente tenha sua prole constituída para realizar o procedimento, mas nos casos em que a paciente não deseja engravidar não há proibição para a sua realização, desde que a paciente esteja bem informada e queira ser submetida a cirurgia. As pacientes com mutação do BRCA 1 e 2 podem desenvolver o câncer de mama em idade precoce e por isto é indicada a realização da adenomastectomia também em idade precoce.

Alternativa B: esta foi a alternativa considerada como correta pela banca. Mas podemos entender que a penetrância dos genes pode ser completa ou incompleta e a sua expressividade que pode ser variável. Sendo assim, esta alternativa poderia não estar conceitualmente correta. As mutações do gene BRCA1/2 são autossômicas dominantes e apresentam penetrância alta.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Genetic/familial high-risk assessment: Breast Cancer
- Thompson & Thompson – Genetics in Medicine – 8th Edition

RECURSO - QUESTÃO 120

Prezados examinadores,

Pedido:

Solicitamos que o gabarito da questão 120 seja modificado para a alternativa D, pelos argumentos que se seguem.

Argumentação:

A questão 120 traz uma paciente gestante com hipoglicemia de 38 mg/dL em estado de torpor, ou seja, uma apresentação neuroglicopênica grave do estado hiperglicêmico.

Nesse contexto, a correção do distúrbio deve ser tempestiva, com pequeno volume de SG 50% ou Glucagon (subcutâneo, intramuscular ou intranasal) na ausência de acesso venoso instalado.

A alternativa B (gabarito liberado pela banca) sugere a correção da hipoglicemia com SG 5% em um volume de 300 mL, ou seja, um volume que não pode ser aplicado em bolus de forma tempestiva. Esperar a infusão deste volume em uma paciente torporosa com glicemia de 38 mg/dL certamente contribuiria para o agravamento do seu estado neurológico e poderia culminar em apresentações ainda mais graves, como convulsão e coma.

Por fim, como pontua uma publicação da *American Diabetes Association* (destacada abaixo), a infusão rápida de elevados volumes de SG a 5% pode submeter o paciente à sobrecarga hídrica.

Em seguida, exponho as recomendações do *UpToDate* e de várias diretrizes nacionais e internacionais sobre a correção da hipoglicemia grave em ambiente hospitalar:

UptoDate (Hypoglycemia in adults with diabetes mellitus)

With IV access — Patients already in the hospital can usually be treated quickly by giving **25 g of 50 percent glucose (dextrose) intravenously** (IV).

Without IV access

- Glucagon **available** – **For the treatment of hypoglycemia in a person with impaired consciousness and no established IV access, we suggest the immediate administration of glucagon**, rather than waiting to establish IV access. Administration of glucagon (subcutaneous, intramuscular, or nasal) will usually lead to recovery of consciousness within approximately 15 minutes, although it may be followed by marked nausea or even vomiting.

Publicação da American Diabetes Association: Detection, Prevention, and Treatment of Hypoglycemia in the Hospital (Diabetes Spectrum Jan 2005, 18 (1) 39-44; DOI: 10.2337/diaspect.18.1.39)

… In an NPO (nothing by mouth) patient, viable alternatives for treating early hypoglycemia include giving an **intravenous (IV) bolus of 50% dextrose, or, if absent an IV, giving intramuscular glucagon** …

… If the patient is unresponsive or NPO, then IV access for quick administration of dextrose or intramuscular injection of glucagon are the preferred treatment methods (Figure 1). **Attempting to treat by increasing the IV rate to infuse glucose quickly places patients at risk for fluid overload because 100 cc of 5% dextrose solution offers only 5 g of carbohydrate**….

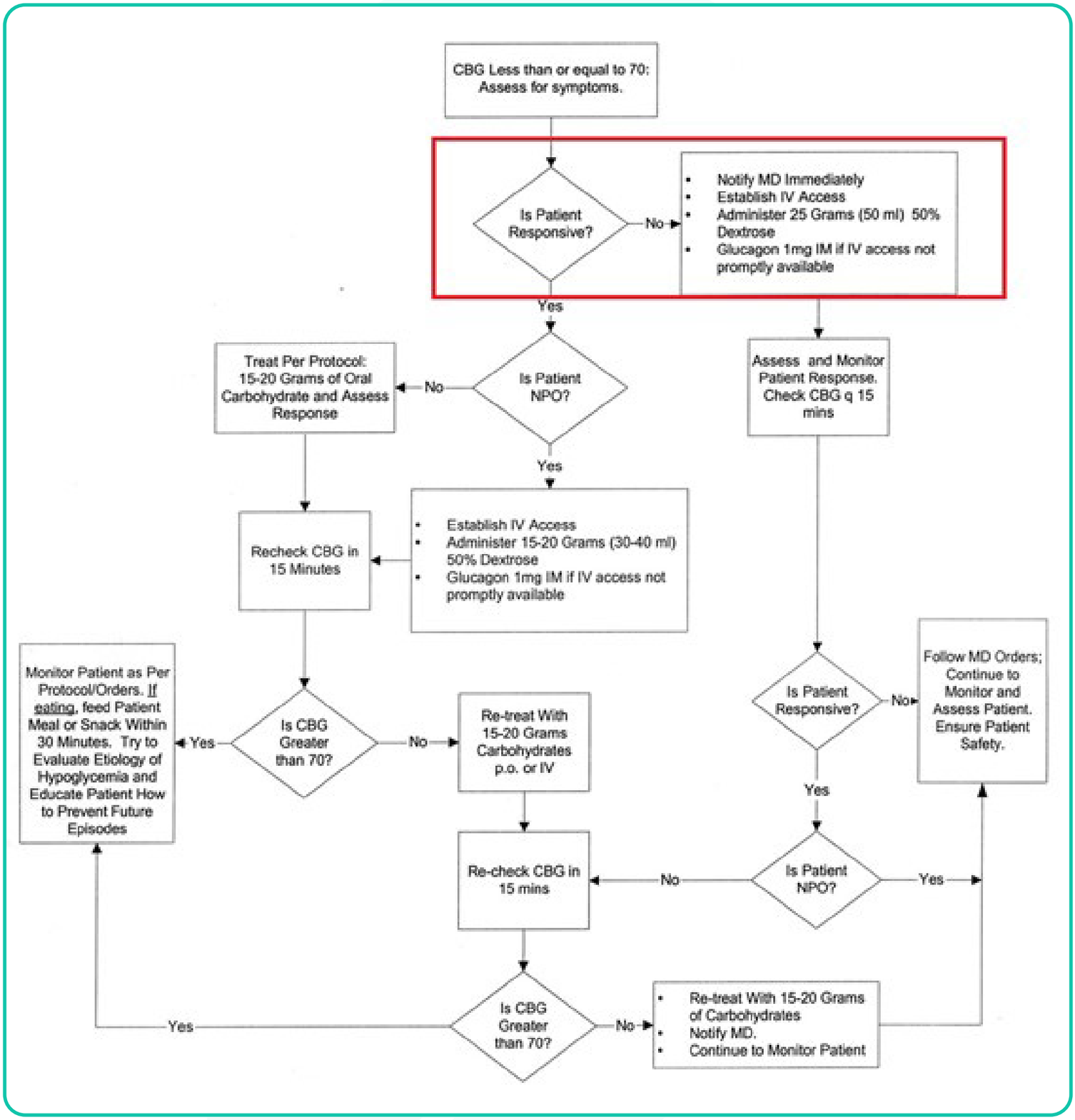


Figure 1.
Adult hypoglycemia treatment protocol developed by the Lovelace Medical Center Diabetes Episodes of Care (EOC) Inpatient Team including, in alphabetical order, Marjorie Cypress, Edward Ripley, Tanya Krafft, Jeremy Gleeson, Linda Skogmo, Jackie Rolfson, and Donna Tomky. A decision tree format provides a quick glance of treatment strategies for nursing staff to follow. CBG, capillary blood glucose; IM, intramuscular. Reprinted with permission.

Posicionamento Oficial SBD nº 03/2015 CONTROLE DA GLICEMIA NO PACIENTE HOSPITALIZADO

A incidência descrita de hipoglicemia inferior a 70 mg/dL é de 16%, enquanto a de hipoglicemia grave (inferior a 40 mg/dL) é de 0,5% com terapia intravenosa. A **hipoglicemia deve ser tratada com 10 a 20 mL de solução de glicose a 50%.**

Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – 2020 (página 447)

Glicemia < 70 mg/dL		
	Consciente e alimentando-se	Administrar 15 g de carboidrato de absorção rápida (uma colher de sopa de açúcar ou 30 mL de soro glicosado a 50% diluído em água filtrada). Rever o valor da glicemia capilar (GC) após 15 minutos; se não houve reversão da hipoglicemia, repetir o precesso.
	Jejum intencional e com acesso venoso pérvio	Administrar 30 mL de glicose 50%, diluídos em 100 mL de SF 0,9% de EV. Repetir a GC em 5 minutos e se não houve recuperação o procedimento deve ser repetido. Após a correção imediata é necessário oferecer alimento, se possível. Caso não seja possível, aumentar aporte calórico endovenoso.
	Em torpor ou inconsciente e sem acesso venoso pérvio	Administrar 1 ampola de glucagon por via intramuscular ou subcutânea. Quando consciente oferecer alimento, se possível. Continuar tentativa de acesso venoso periférico.

Figura 1. Protocolo de tratamento da hipoglicemia.
Adaptada de Toyoshima MTK *et al.*, 2015.[56]

Manual do Residente de Clínica Médica FMUSP (página 256)

Na hipoglicemia grave, com incapacidade de ingestão de glicose VO, administra-se glicose EV (glicose a 50%, 40 mL, em bolus) ou glucagon (1 amp, IM).

Medicina de emergência – abordagem prática - Disciplina de emergências clínicas do HC-FMUSP (12 edição; página 1402)

TRATAMENTO

Em qualquer paciente que chegue ao departamento de emergência com agitação, confusão, coma ou mesmo com déficit neurológico localizatório deve-se imediatamente verificar a glicemia capilar (dextro). Quanto mais precocemente for corrigida uma hipoglicemia, menor a chance de se causar sequelas neurológicas.

Confirmada a hipoglicemia, deve-se infundir 60 a 100 mL de glicose a 50% IV. Em pacientes sem acesso venoso, pode-se fazer o glucagon IM/SC (1,0 a 2,0 mg), embora seu efeito seja fugaz e ineficaz em segunda dose, pois depleta todo o estoque de glicogênio hepático. Entretanto, em paciente sem acesso venoso fácil, ganha-se um tempo adicional. Pode-se prever uma ausência de resposta em desnutridos ou hepatopatas (Algoritmo 1).

Site da disciplina de Endocrinologia e Metabologia da USP:

https://www.endocrinologiausp.com.br/tratamento-de-emergencia-das-hipoglicemias/

ENDOCRINOLOGIA
Disciplina de Endocrinologia e Metabologia

HC FMUSP — MEDICINA USP

INSTITUCIONAL | GRADUAÇÃO | PÓS-GRADUAÇÃO | RESIDÊNCIA | PESQUISA | PÚBLICO-GERAL | Busca no site... OK

Tratamento de Emergência das Hipoglicemias

O diagnóstico de hipoglicemia deve ser aventado em todo paciente diabético que faz uso de insulina ou secretagogos de insulina

A apresentação clínica é variável e muitas vezes inespecífica – desde ausência de sintomas a quadros de irritabilidade, confusão mental, convulsões, déficits focais e coma.

O tratamento agudo da hipoglicemia baseia-se fundamentalmente no **nível de consciência do paciente**.

Paciente consciente
Ingestão de alimentos contendo **15 g de carboidratos de absorção rápida** (ex: um copo de suco de laranja, um copo de refrigerante não diet, um copo de água com uma colher de sopa de açúcar).
Repetir a glicemia capilar **após 15 minutos da ingestão do carboidrato**. Caso a hipoglicemia se mantenha, o procedimento deve ser repetido da mesma forma.
Após a correção do quadro é importante orientar o paciente para ingerir algum alimento que contenha carboidrato complexo tal como pão, bolacha, massas, etc.

Paciente inconsciente
-em ambiente hospitalar:
Estabelecer acesso venoso e aplicar **20-40 ml de Glicose a 50% EV**, manter acesso venoso com soro glicosado a 5%. Repetir glicemia capilar após **5 minutos**, se a hipoglicemia persistir, repetir a medicação.
– fora do ambiente hospitalar:
Aplicar **1 ampola de Glucagon 1 mg**, via intramuscular ou subcutânea (este procedimento também se aplica em ambiente hospitalar na impossibilidade de obtenção de acesso venoso).
-Após a recuperação do nível de consciência, orientar o paciente a se alimentar.

Portanto, considerando que o gabarito apontado pela banca traz uma solução de tonicidade e volume inadequados para a gravidade do caso clínico apresentado, considerando que a alternativa D responde corretamente à questão e considerando que não há bibliografia nacional ou internacional que suporte a conduta apresentada como correta, solicitamos que os examinadores ponderem a alteração do gabarito oficial e definitivo para a alternativa D (Glucagon subcutâneo imediato).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lima JRC, Pordeu AMJ e Rouquayrol MZ. Capítulo 3: Medidas de Saúde Coletiva. In: Epidemiologia & Saúde – 8ª edição. Organizado por Maria Zélia Rouquayrol e colaboradores. Editora Medbook, 2017.
2. Werneck GL e Almeida LM. Capítulo 15 – Validade em estudos epidemiológicos. In: Epidemiologia – 2ª edição. Organizado por Roberto Medronho e colaboradores. Editora Atheneu, 2009.
3. Sato APS. Estudos de caso-controle. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4667542/mod_resource/content/0/Estudos%20caso-controle.pdf
4. Rouquayrol MZ, Veras FMF e Távora LGF. Capítulo 11: Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis. In: Epidemiologia & Saúde, organizado por Maria Zélia Rouquayrol e Marcelo Gurgel. Editora Medbook, 8ª edição, 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vírus Zika no Brasil: a resposta do SUS. Brasília, 2017, 136 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/virus_zika_brasil_resposta_sus.pdf.
6. Targa LV e Oliveira FA. Capítulo 8: Cultura, saúde e o médico de família e comunidade. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade – Princípios, formação e prática – 2ª edição. Organizado por Gustavo Gusso e colaboradores. Editora Artmed, 2019.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 4 de jan. de 2020.
8. Escosteguy CC. Capítulo 13 – Estudos de intervenção. In: Epidemiologia – 2ª edição. Organizado por Roberto Medronho e colaboradores. Editora Atheneu, 2009.
9. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018 / Conselho Federal de Medicina - Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019. 108 p.; 15 cm. Modificado pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019.
10. BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica, n° 32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família, 2020. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404128/>. Acesso em: 04 de jan. de 2021.
11. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunizações e Doenças Transmissíveis. – 4. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
13. BRASIL. Ministério da Fazenda. Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional – Brasília: Ministério da Fazenda, 2018. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/aspectos-fiscais-da-saude-no-brasil/2018/30>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS; Eixo 1, v. 1). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.
15. Agência Câmara de Notícias Projetos impedem reajustes em planos de saúde durante pandemia de Covid-19. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/649708-projetos-impedem-reajustes-em-planos-de-saude-durante-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.
16. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasil: Presidência da República; 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.
17. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

18. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

19. MUNOZ SANCHEZ, Alba Idaly; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, Apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

20. RODRIGUES, Natália Oliveira; NERI, Anita Liberalesso. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, Aug. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

21. TEDESCO Solange, LIBERMAN Flávia. O que fazemos quando falamos em Vulnerabilidade? / ¿Qué hacemos cuando hablamos de Vulnerabilidad? / What do we do when we talk about Vulnerability? Mundo saúde (1995) ; 32(2): 254-260, abr.-jun. 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/fazemos_vulnerabilidade.pdf>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

22. BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

23. BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares - Cursos de Graduação. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Qualificação dos Indicadores do Manual Instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes parametrizadas) e NASF [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualificacao_indicadores_manual_instrutivo_equipes.pdf>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6536378/4175279/01Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

27. BRASIL. Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, set. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 4 de jan. de 2021.

Estratégia
MED