



7° SIMULADO

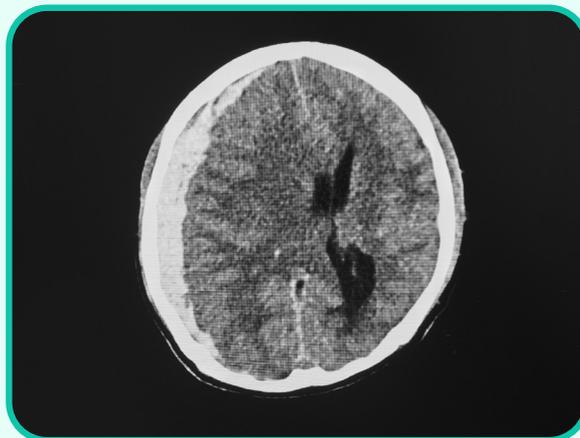
REVALIDA INEP

2025

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

01. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Homem de 17 anos, vítima de traumatismo cranioencefálico por acidente automobilístico há cerca de quatro horas, intubado na cena do trauma. À chegada ao pronto-socorro, encontra-se com Glasgow 4T e apresenta anisocoria com pupila direita midriática, além de hemiparesia à esquerda. Ao exame, apresenta FC: 110 bpm, PA: 80/40 mmHg. Realizada tomografia computadorizada de crânio (vide figura). Indicada a abordagem cirúrgica e elevada a cabeceira a 30 graus. Quais são o diagnóstico e melhor conduta imediata?



- A) Hematoma epidural e manitol.
- B) Hematoma epidural e salina hipertônica.
- C) Hematoma subdural e manitol.
- D) Hematoma subdural e salina hipertônica.

COMENTÁRIOS:

Primeiramente, Estrategista, vamos relembrar as 2 complicações hemorrágicas traumáticas mais cobradas em provas:

1 - Hematoma epidural: ocorre na lesão da artéria meníngea média, o que leva a um sangramento entre o crânio e a dura-máter. Pode ocorrer um fenômeno conhecido como “intervalo lúcido”, situação em que o paciente, logo após o trauma, apresenta nível de consciência preservado, contudo, algumas horas depois, evolui com rebaixamento do nível de consciência. Estrategista, cuidado com as associações. Apesar de ser um sangramento arterial, para progredir, o sangramento deve descolar a dura-máter do crânio. Lembre-se de que o espaço epidural é virtual e que a dura está fortemente aderida ao crânio. Isso explica por que pode ocorrer o intervalo lúcido e por que o aspecto da imagem é biconvexo com limites bem demarcados, como se fosse um “limão”.

2 - Hematoma subdural: ocorre na lesão de veias corticais entre a dura-máter e a aracnoide e classicamente é descrito como tendo um aspecto em crescente, côncavo. Em contraste com o hematoma epidural, aqui o sangramento ocorre entre duas camadas de meninge, abaixo do osso. Por isso, o sangramento espalha-se mais facilmente, não há intervalo lúcido e o aspecto é côncavo, como se fosse uma “banana”.

No contexto da lesão intracraniana com hipertensão intracraniana, uma das principais preocupações é a ocorrência de herniação cerebral. Isso decorre da passagem do tecido cerebral, espremido entre estruturas rígidas da dura máter e osso. Além do rebaixamento do nível de consciência, a ocorrência de anisocoria e/ou déficit motor novo são os principais sintomas associados a esse quadro e constituem a tríade clássica da herniação uncal (midríase ipsilateral à compressão mesencefálica e hemiparesia contralateral).

No paciente em questão, temos um hematoma subdural levando a uma herniação cerebral uncal à direita. Qual é o próximo passo?

Estrategista, grave isso! Independentemente de ser um hematoma subdural ou um epidural, caso o paciente apresente déficit neurológico focal ou deterioração clínica pelo hematoma, a conduta será cirúrgica! Mas e antes da abordagem cirúrgica?

Até o paciente ser encaminhado ao centro cirúrgico, algumas medidas podem ser tomadas com intuito de reduzir a pressão intracraniana. A primeira delas é a elevação da cabeceira a 30 graus. Existe alguma discordância na literatura sobre o próximo passo, se devemos lançar mão da hiperventilação ou da administração da solução hipertônica. Em linhas gerais, boa parte dos *guidelines* agrupa as diferentes estratégias em um mesmo “nível”, sendo habitual a instituição de mais de uma medida. Diante de um paciente com um quadro agudo, com a identificação de uma provável herniação, a medida de “ponte” pré-operatória mais adequada é a administração de solução hipertônica, sobretudo pela velocidade em se reduzir a pressão intracraniana. Cabe ressaltar que alguns centros podem optar pela hiperventilação, muito embora, pelo risco de piora da isquemia cerebral, a solução hipertônica seja preferível no contexto de hipertensão intracraniana pós-TCE ou AVC. As opções são:

1. manitol — solução a 20%, sendo administrado 1 g/kg em bólus, podendo se repetir até 0,5 g/kg em média após 6 a 8 horas;
2. salina hipertônica — várias soluções podem ser usadas, variando de uma concentração de 3 a 20%. Uma solução frequentemente utilizada é a de 250 mL de salina 7,5%.

Existe alguma solução melhor entre a salina e o manitol? Em linhas gerais, não. Entretanto, em pacientes hipotensos, o manitol não poderá ser utilizado! Por isso, no paciente da questão, o manitol não é uma opção! Ao mesmo tempo, em pacientes com hipernatremia ($\text{Na} > 155 \text{ mEq/L}$), o manitol, caso possível, é preferível.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. O hematoma descrito é de padrão subdural, não epidural. Além disso, posto que o paciente está chocado, o manitol é contraindicado.

Incorreta a alternativa B. O problema é a descrição do sangramento, que está incorreta.

Incorreta a alternativa C. De fato, trata-se de hematoma subdural, contudo, o manitol está contraindicado pela hipotensão.

Correta a alternativa D. Exatamente! O padrão de sangramento está correto e o manejo imediato, também.

Gabarito: D

02. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia - Prof. Rodrigo Frezatti) Uma mulher de 20 anos procura PSF por queixa de cefaleia bilateral, de forte intensidade, duração média de 12 horas, associada a fotofobia e náuseas. Refere que os sintomas se iniciaram há cerca de 5 anos e atualmente apresenta cerca de 2 episódios por semana. Considerando o quadro descrito, assinale a alternativa correta.

- A) Cerca de 85% dos pacientes acometidos por essa patologia apresentam déficit neurológico transitório (aura).
- B) Como a paciente apresenta menos do que 3 episódios por semana, a profilaxia não está indicada.
- C) O diagnóstico de migrânea deve ser afastado, haja vista o caráter bilateral da dor.
- D) A venlafaxina pode ser uma opção profilática nessa doença.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, tema muito recorrente em provas de Residência. Antes de analisá-las, vamos a um breve resumo sobre migrânea.

Primeiramente, em relação ao diagnóstico, vamos relembrar os critérios para o diagnóstico de migrânea:

O paciente precisa ter apresentado ao menos 5 crises na vida que durem de 4 a 72 horas e apresentem 2 dos 4 sintomas a seguir:

- caráter unilateral;
- pulsátil;
- intensidade moderada a grave;
- piora com esforço físico.

Além disso, o paciente precisa apresentar náuseas e vômitos E/OU foto e fonofobia.

O tratamento pode ser dividido em agudo, direcionado às crises, ou profilático. O tratamento das crises deve ser escalonado, habitualmente feito com analgésicos simples ou anti-inflamatórios em crises leves a moderadas e com triptanos nas crises intensas. É importante que a medicação seja administrada nos primeiros minutos e que, quando o paciente apresentar náuseas, o uso de antiemético também seja feito. Em relação à profilaxia, estará indicada quando a frequência de crises for superior a 3 episódios por mês ou quando as crises forem de alta morbidade: auras de tronco, uso abusivo de analgésicos ou crises intensas e limitantes. Além dessas indicações, caso seja desejo do paciente, a profilaxia também estará indicada.

São várias as opções de medicamentos, sendo as classes mais comuns:

- betabloqueadores: propranolol e metoprolol, principalmente;
- droga antiepilépticas: ácido valproico, topiramato;
- antidepressivos: amitriptilina, nortriptilina, duloxetina, venlafaxina;
- outros: flunarizina, riboflavina, candesartana e mais recentemente os inibidores do CGRP.

Em linhas gerais, a escolha do profilático será feita a partir das características clínicas do paciente, pesando-se os efeitos colaterais e eventuais contraindicações.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Apenas cerca de 20% dos pacientes apresentam aura.

Incorreta a alternativa B. A profilaxia está indicada quando o paciente apresenta ao menos 3 episódios ao mês (não por semana), ou quando, apesar de crises menos frequentes, o impacto para o paciente é muito grande. Por exemplo, quando as crises são duradouras e atrapalham o trabalho do paciente.

Incorreta a alternativa C. Conforme os critérios supracitados, muito embora o caráter unilateral seja o mais comum, o paciente precisa de apenas 2 de 4 características, de modo que pode apresentar dor bilateral, o que não invalida o diagnóstico de migrânea.

Correta a alternativa D. De fato, a venlafaxina e a duloxetina, dois antidepressivos duais, são opções profiláticas na migrânea.

Gabarito: D

03. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Ricardo Leal) Você está de plantão na emergência quando o SAMU traz um paciente masculino, 48 anos, etilista crônico, que é admitido após ser encontrado inconsciente em via pública. Ao exame físico, está hipotenso (PA de 80 x 50 mmHg), rebaixado, com frequência respiratória de 10 irpm e saturação periférica de 89% em ar ambiente. Foi colhida uma gasometria arterial, com os seguintes resultados: pH = 7,12; pCO₂ = 40 mmHg; HCO₃⁻ = 16 mEq/L; Na⁺ = 140 mEq/L; Cl⁻ = 100 mEq/L; lactato = 8,4 mmol/L.

Assinale a alternativa que contempla o diagnóstico correto do distúrbio ácido- básico apresentado pelo paciente em questão.

- A) Acidose respiratória pura.
- B) Acidose metabólica com ânion *gap* elevado compensada por hiperventilação.
- C) Distúrbio misto com acidose metabólica com ânion *gap* aumentado e acidose respiratória.
- D) Alcalose respiratória com compensação metabólica tardia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos uma questão que envolve a interpretação de uma gasometria arterial.

Vamos a nosso tradicional passo a passo:

- **Passo 1:** olhar o pH. O enunciado forneceu-nos um pH de 7,12. A faixa normal do pH plasmático é entre 7,35 e 7,45. Estamos diante, portanto, de uma acidemia.
- **Passo 2:** encontrar o distúrbio primário (distúrbio inicial que justifica a alteração do pH). Uma acidemia deve nos levar à busca de duas condições: uma redução dos níveis de bicarbonato (acidose metabólica) ou um aumento nos níveis de pCO₂ (acidose respiratória). O que encontramos é um bicarbonato de 16 mEq/L (valores normais entre 22-26 mEq/L). Concluímos, então, que temos uma acidose metabólica.
- **Passo 3:** existe compensação respiratória do distúrbio metabólico? O cálculo para avaliar o pCO₂ esperado como forma de compensar a acidose metabólica é o seguinte: $[(1,5 \times \text{HCO}_3^-) + 8] = \text{pCO}_2 \text{ esperado}$. Em nosso caso, o valor encontrado é 32, abaixo do pCO₂ fornecido pela gasometria (que é de 40 mmHg). Então, o paciente apresenta distúrbio respiratório associado, uma acidose respiratória, por estar retendo mais CO₂ que deveria.
- **Passo 4:** sempre que estivermos diante de uma acidose metabólica, devemos calcular o ânion *gap*. A fórmula do ânion *gap* é $[\text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)]$, e seu valor normal é de 8 a 12 mEq/L. Com os dados que nos foram fornecidos, chegamos a um ânion *gap* de 24 mEq/L. Temos, então, uma acidose metabólica de ânion *gap* aumentado.
- **Passo 5:** diagnóstico final do distúrbio ácido-básico. Nesse caso, o paciente apresenta uma acidose metabólica de ânion *gap* aumentado associada a uma acidose respiratória. Temos, portanto, uma acidose mista.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Há alteração do bicarbonato e, portanto, distúrbio metabólico associado.

Incorreta a alternativa B. A acidose metabólica não está compensada, pois o pCO₂ esperado está muito abaixo do que o paciente apresenta na gasometria.

Correta a alternativa C. É nosso diagnóstico final.

Incorreta a alternativa D. A alcalose respiratória é caracterizada pela queda do pCO₂, o que não acontece nesse caso.

Gabarito: C

04. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Ricardo Leal) Um menino de 7 anos é levado ao pronto-atendimento por apresentar urina escurecida há 3 dias, além de inchaço palpebral matinal. A mãe relata que ele teve “feridas na perna” há cerca de 3 semanas, tratado com antibiótico oral. O exame físico revela uma pressão arterial de 130 x 85 mmHg, além de edema 2+/4+ simétrico em membros inferiores e cicatrizes de impetigo. Foi solicitado um exame de urina, que evidenciou hematúria microscópica com cilindros hemáticos, sem proteinúria ou leucocitúria.

Diante do caso clínico, que achado de exame complementar a seguir mais corrobora a suspeita diagnóstica?

- A) Aumento difuso da ecogenicidade do parênquima renal ao ultrassom.
- B) Consumo da fração C3 do complemento.
- C) Elevação de marcadores inflamatórios como VHS e PCR.
- D) Elevação da creatinina sérica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui um tema que você precisa saber para qualquer prova do INEP!

O enunciado traz uma criança que evolui, de modo agudo (3 dias), com a tríade clássica da **síndrome nefrítica: edema, hematúria glomerular (perceba a presença dos cilindros hemáticos) e hipertensão!**

A síndrome nefrítica é uma manifestação clínico-laboratorial de alguma doença glomerular. Mas qual seria, nesse caso, nossa hipótese? Veja que se trata de uma **criança, evoluindo com síndrome nefrítica semanas após um quadro de infecção cutânea! Temos que pensar na glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE)!**

A glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE) é a causa mais comum de síndrome nefrítica na infância. Ocorre devido a uma resposta imune a cepas denominadas nefritogênicas de estreptococos beta-hemolíticos do grupo A, com deposição de imunocomplexos no glomérulo e indução de inflamação local, sendo classicamente descrita como uma complicação não supurativa da infecção estreptocócica.

O diagnóstico é confirmado pela presença de síndrome nefrítica associada a dois componentes: história de faringoamigdalite ou infecção de pele entre 1 e 3 semanas antes do quadro; alterações laboratoriais, como consumo da fração C3 do complemento, e positividade de anticorpos contra estreptococos, como a antiestreptolisina O (ASO) e anti-DNAse B.

Tem bom prognóstico, sendo o tratamento de suporte com diuréticos de alça e restrição hídrica o manejo preconizado.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. O aumento da ecogenicidade do parênquima renal ao ultrassom é um achado inespecífico e pode estar presente em qualquer inflamação renal, como nas glomerulonefrites, pielonefrite, nefrite intersticial aguda, etc.

Correta a alternativa B. A GNPE é marcada pela exacerbação da via alternativa do complemento, de modo que mais de 95% dos casos cursam com consumo (autolimitado, por no máximo 8 semanas) de C3!

Incorreta a alternativa C. Marcadores inflamatórios, apesar de úteis, são bastante inespecíficos e elevam-se em condições infecciosas, autoimunes, entre outras.

Incorreta a alternativa D. Pode haver elevação da creatinina em qualquer caso de injúria renal aguda, mas também é um exame que não aponta etiologia específica de nenhuma condição.

Gabarito: B

05. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Gastroenterologia - Prof. Élio Castro) Uma paciente de 38 anos procura atendimento ambulatorial com queixa de azia e queimação retroesternal que pioram ao se deitar após as refeições. Refere melhora parcial com uso de antiácidos. Nega disfagia, emagrecimento ou vômitos com sangue. Ao exame físico, não há alterações relevantes. Considerando o quadro clínico e a suspeita diagnóstica, qual é a conduta inicial mais apropriada?

- A) Solicitar endoscopia digestiva alta para confirmar o diagnóstico.
- B) Solicitar pHmetria esofágica de 24h antes de iniciar tratamento.
- C) Iniciar inibidor de bomba de prótons (IBP) em dose plena por 4 a 8 semanas.
- D) Solicitar manometria esofágica para avaliar motilidade.

COMENTÁRIOS:

O enunciado traz uma paciente jovem, sem comorbidades relevantes, que apresenta sintomas típicos de doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): queimação retroesternal e azia que pioram em posição supina e após as refeições, com melhora parcial com antiácidos. É importante observar que não há sinais de alarme, como disfagia, perda ponderal, vômitos persistentes ou sinais de sangramento digestivo. Esses dados são cruciais, pois definem o melhor caminho diagnóstico e terapêutico.

O diagnóstico da DRGE costuma ser clínico em pacientes com sintomas típicos e sem sinais de gravidade. O teste terapêutico com inibidor de bomba de prótons (IBP) é a estratégia inicial recomendada pelas diretrizes brasileiras e internacionais (como as da ACG e da SBG), justamente para evitar exames desnecessários em casos com alta probabilidade clínica. A paciente do caso encaixa-se nesse perfil.

Dessa forma, trata-se de um quadro clássico de DRGE sem sinais de alarme, em que a conduta inicial mais apropriada é iniciar IBP em dose plena por 4 a 8 semanas, avaliando a resposta clínica antes de considerar exames complementares. Vamos, agora, discutir as alternativas.

Incorreta a alternativa A. Embora a EDA seja útil para avaliar esofagite, estenoses ou suspeita de malignidade, ela não é necessária em pacientes com sintomas típicos e sem sinais de alarme. Seu papel é reservado a pacientes com sintomas refratários ao tratamento inicial ou com sinais de gravidade (sinais de alarme).

Incorreta a alternativa B. A pHmetria é o padrão-ouro para diagnóstico de DRGE, mas só está indicada em casos de dúvida diagnóstica, sintomas atípicos ou refratários ao tratamento empírico. Não é exame de primeira linha em pacientes com quadro típico.

Correta a alternativa C. Essa é a conduta inicial recomendada em pacientes com sintomas típicos de DRGE e sem sinais de alarme. A resposta clínica ao IBP tem valor diagnóstico e terapêutico, sendo o manejo padrão na prática clínica.

Incorreta a alternativa D. A manometria é indicada principalmente quando há sintomas de disfagia, suspeita de distúrbios motores do esôfago ou antes da realização de pHmetria. Não é útil na abordagem inicial da DRGE.

Gabarito: C.

06. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Gastroenterologia - Prof. Élio Castro) Homem de 30 anos procura atendimento ambulatorial com queixa de diarreia há 3 meses, com fezes volumosas, pastosas, sem sangue, associadas à flatulência e perda ponderal de 6 kg no período. Refere piora após refeições ricas em massas e leite. Nega febre ou dor abdominal intensa. Exames laboratoriais mostram anemia discreta e hipoalbuminemia. Qual é o exame mais indicado neste momento para confirmar a principal hipótese diagnóstica?

- A) Colonoscopia com biópsias de cólon esquerdo.
- B) Parasitológico de fezes (três amostras).
- C) Coprocultura e pesquisa de toxina para *Clostridium difficile*.
- D) Dosagem de anticorpo anti-transglutaminase IgA.

COMENTÁRIOS:

Nesse caso, o enunciado descreve um paciente jovem, com diarreia crônica de padrão volumoso, pastoso e sem sangue, associada à flatulência, perda ponderal e piora após ingestão de massas e leite. Esses elementos indicam um padrão de diarreia disabsortiva, sugerindo má absorção de nutrientes no intestino delgado. A perda de peso, a anemia e a hipoalbuminemia reforçam esse raciocínio.

A principal hipótese diagnóstica nesse contexto é a doença celíaca, uma enteropatia autoimune desencadeada pelo glúten em indivíduos geneticamente predispostos. Os sintomas mais típicos em adultos incluem diarreia crônica, distensão abdominal, astenia, perda de peso e sinais de carência nutricional. O diagnóstico é baseado inicialmente na dosagem de anticorpos antitransglutaminase IgA, o exame sorológico mais sensível e específico, especialmente quando o paciente ainda está em dieta contendo glúten. A confirmação dá-se com biópsia de delgado em casos positivos.

Portanto, diante de um quadro clínico típico e com suspeita forte, a conduta inicial deve ser sorológica, com anticorpo antitransglutaminase IgA. A seguir, discutiremos as alternativas.

Incorreta a alternativa A. A colonoscopia é útil para avaliação de doenças inflamatórias intestinais, colites ou causas orgânicas do cólon, mas não é o exame inicial para diarreia disabsortiva, que se origina no intestino delgado.

Incorreta a alternativa B. Embora seja indicado na avaliação de diarreia crônica, especialmente em áreas endêmicas, o quadro clínico e os achados laboratoriais são incompatíveis com parasitoses comuns, além de haver forte sugestão de doença celíaca, mais prevalente em adultos jovens com esse padrão de sintomas.

Incorreta a alternativa C. Indicada em diarreia aguda, especialmente após uso de antibióticos ou em pacientes hospitalizados. Não se aplica a esse caso de diarreia crônica progressiva e sem sinais sistêmicos agudos.

Correta a alternativa D. Trata-se do exame de triagem de escolha na suspeita de doença celíaca. Tem sensibilidade e especificidade elevadas e é recomendado como primeiro passo em pacientes sintomáticos que ainda consomem glúten.

Gabarito: D

07. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira) Mulher de 43 anos refere dor articular em mãos e joelho direito há 3 meses. Há 5 dias, iniciou inchaço e dor persistentes em 2º dedo do pé esquerdo. Nega antecedentes. Ao exame físico, apresenta dor e edema em 3ª interfalangeana distal à direita, 2ª metacarpofalangeana à esquerda e joelho direito. Presença de placas eritemato-descamativas em cotovelo, presença de distrofia ungueal e microdepressões em algumas unhas das mãos e edema difuso do 2º pododáctilo à esquerda. Exames laboratoriais mostram hemograma sem alterações, PCR: 8 mg/L (VR = < 5 mg/L), fator reumatoide não reagente, anti-CCP não reagente e FAN não reagente. Considerando o caso descrito acima, assinale a alternativa com o provável diagnóstico.

- A) Artrite gonocócica
- B) Artrite reativa
- C) Artrite reumatoide soronegativa
- D) Artrite psoriásica

COMENTÁRIOS:

Nosso caso clínico envolve uma mulher de meia-idade apresentando oligoartrite assimétrica de pequenas e grandes articulações, envolvendo interfalangeana distal e associada a lesões cutâneas e ungueais compatíveis com psoríase. O edema difuso descrito no 2º pododáctilo é compatível com uma dactilite, o que, junto aos achados descritos previamente, sugere fortemente o diagnóstico de artrite psoriásica.

Incorreta a alternativa A: a artrite gonocócica acomete mais adultos jovens, principalmente mulheres, e cursa classicamente com a tríade de artrite, tenossinovite e dermatite. Esse quadro pode ser precedido por artralgia migratória e acompanhado por sinais e sintomas constitucionais, como febre e mal-estar. Em relação ao quadro articular, não esperamos o envolvimento de interfalangeana distal. Quanto à dermatite, são descritas diferentes lesões, como pápulas, pústulas e vesículas com centro necrótico, o que também não é compatível com a descrição do enunciado. No mais, não esperamos dactilite na artrite gonocócica.

Incorreta a alternativa B: a artrite reativa é uma espondiloartrite em que as queixas articulares e extra-articulares surgem, classicamente, 1 a 4 semanas após uma infecção de trato geniturinário ou gastrointestinal. Além de não termos menção a esse antecedente, não está associada às lesões cutâneas descritas. Na artrite reativa, podemos encontrar, como manifestações extra-articulares mucocutâneas, ceratoderma blenorrágico, balanite circinada em homens, úlceras mucosas e eritema nodoso. Quanto ao quadro articular, oligoartrite assimétrica é o padrão esperado, mas o acometimento de interfalangeana distal, não é típico (ainda que possível). Lembre-se de que a dactilite é um achado que pode estar presente em outras espondiloartrites além da artrite psoriásica e isso inclui a artrite reativa.

Incorreta a alternativa C: ainda que cerca de 20 a 30% dos pacientes com artrite reumatoide sejam soronegativos, ou seja, não possuam fator reumatoide e anti-CCP, o quadro clínico apresentado não é compatível com essa artropatia, em que o padrão de acometimento articular clássico envolve uma poliartrite crônica e simétrica de pequenas e grandes articulações. Além disso, a AR poupa as interfalangeanas distais. Por fim, não está associada à dactilite e às lesões de pele e ungueais apresentadas pela paciente.

Correta a alternativa D: a artrite psoriásica é uma espondiloartrite que ocorre em cerca de 1/3 dos pacientes com psoríase, acomete homens e mulheres de forma semelhante e inicia-se, em geral, entre os 20 e 50 anos, ainda que possa ocorrer em qualquer faixa etária.

É relacionada a todas as formas cutâneas da psoríase e, também, ao acometimento ungueal com lesões típicas, como *pitting* (pequenas depressões puntiformes nas unhas), onicólise, mancha de óleo, hiperqueratose, entre outras. Em 70% dos casos, a psoríase antecede a artrite, mas, em 15% dos pacientes, podem surgir concomitantemente. Nos outros 15% restantes, as lesões cutâneas surgem apenas após a artrite, o que é mais frequente em crianças do que em adultos e dificulta muito seu diagnóstico. A artrite psoriásica é uma

doença muito heterogênea em sua apresentação clínica, mas, inicialmente, a maioria dos pacientes apresenta o padrão mais associado às espondiloartrites, de caráter oligoarticular e assimétrico. Com a evolução da doença, a maioria dos pacientes evolui para uma poliartrite assimétrica ou simétrica de pequenas e grandes articulações, semelhante ao padrão encontrado na artrite reumatoide. Por isso, cabe destacar o envolvimento das interfalangeanas distais tão característico da artrite psoriásica. Isso acontece porque nossas unhas estão diretamente relacionadas à falange distal por meio das fibras de Sharpey, que se inserem no osso adjacente (no caso, a própria falange), e, também, ao tendão extensor dos dedos, porque sua inserção está localizada na raiz da matriz ungueal. A dactilite decorre de tenossinovite dos tendões flexores dos dedos e é caracterizada por edema difuso em toda a extensão dos dedos das mãos e dos pés. A artrite psoriásica é a espondiloartrite em que ela ocorre com maior frequência, em torno de 40% dos pacientes.

Gabarito: D

08. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia - Prof. Taysa Moreira) Homem de 52 anos apresenta dor e edema em joelho direito há 3 dias. Nega trauma local e episódio prévio semelhante. Tem diabetes *mellitus*, hipertensão arterial e gota e está em uso de metformina, hidroclorotiazida, captopril e alopurinol. Exame físico mostra dor e edema em joelho direito com sinal da tecla positivo e limitação para flexo-extensão. Exames laboratoriais: hemoglobina = 14,1 g/dL, leucócitos = 12.500/mm³ (neutrófilos 82%, linfócitos 15%, monócitos 1% e eosinófilos 2%), plaquetas = 330.000/mm³, PCR = 64 mg/L, creatinina = 1,2 mg/dL, ácido úrico = 8,4 mg/dL, hemoglobina glicada: 7,3%. Realizada artrocentese e análise do líquido sinovial mostra 72.000 células com 89% de polimorfonucleares, pesquisa de cristais negativa, pesquisa do Gram e culturas em andamento. Assinale o provável diagnóstico e a próxima conduta mais adequada.

- A) Artrite gonocócica, meropenem e drenagem articular.
- B) Crise aguda de gota, prednisona e colchicina.
- C) Artrite reumatoide, metotrexato e prednisona.
- D) Artrite séptica estafilocócica, drenagem articular e oxacilina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui um paciente de meia-idade com comorbidades que apresenta uma monoartrite aguda de joelho direito, inclusive com derrame articular (sinal da tecla positivo) e limitação da amplitude de movimento local.

Diante desse diagnóstico sintomático, nosso primeiro passo deve ser avaliar a idade do paciente.

Pacientes com menos de 30 anos devem ter como principal hipótese diagnóstica artrites infecciosas, como artrite gonocócica e artrite séptica associada ao *Staphylococcus aureus*. Caso o paciente tenha 30 anos ou mais, além da etiologia infecciosa, devemos lembrar também das artrites microcristalinas, como a gota e pseudogota. Trauma sempre será uma possibilidade, mas devemos considerá-lo “café com leite”, já que raramente esse será o enfoque das bancas. Note que, no enunciado, isso já é negado.

Agora, se o paciente já apresenta diagnóstico prévio de gota e apresenta hiperuricemia, estamos diante de uma crise aguda de gota, certo? Não. Muito cuidado para não cair nessa armadilha.

Se a artrocentese não tivesse sido realizada e o paciente recebesse apenas medicamentos indicados no manejo da crise aguda, muito provavelmente seu prognóstico seria drasticamente comprometido, já que o diagnóstico aqui é de uma artrite séptica.

Por isso, lembre-se de que, ao se deparar com uma monoartrite aguda, especialmente se inédita e envolvendo grande articulação, a conduta mandatória é punção articular e análise do líquido sinovial, que deve incluir citologia, culturas e pesquisas de cristais e do Gram.

A tabela a seguir traz a classificação do líquido sinovial de acordo com a celularidade e os principais diagnósticos diferenciais em cada grupo:

Tipo de líquido	Aparência	Contagem celular/ mm ³	Porcentagem (%) de polimorfonucleares	Exemplos
Normal	Claro, viscoso	0 a 200	< 10	-
Não inflamatório	Claro a discretamente turvo, com redução da viscosidade	200 a 2.000	< 20	Trauma Osteoartrite
Inflamatório	Discretamente turvo, com redução da viscosidade	2.000 a 50.000	20-75	AR Espondiloartrites Artrites microcristalinas
Infeccioso (séptico, pioartrite)	Turvo, com redução da viscosidade e purulento em alguns casos	50.000 a 100.000	> 75	Artrite séptica Artrite gonocócica*

*Também está associada a líquido sinovial com características inflamatórias.

A artrite séptica representa uma infecção na articulação, geralmente causada por bactérias, mas pode ser decorrente de infecção por qualquer microrganismo. Constitui uma emergência médica, pois o atraso no diagnóstico e no tratamento pode gerar danos irreparáveis às estruturas articulares e complicações sistêmicas graves a depender da etiologia.

Existem vários mecanismos pelos quais as bactérias podem adentrar a articulação, como vias hematogênica, disseminação por osteomielite adjacente, disseminação linfática, iatrogenia (cirurgias e procedimentos, por exemplo) e trauma. Entre essas possibilidades, a principal forma é a disseminação hematogênica por meio da membrana sinovial, que não possui membrana basal limitante, permitindo que os organismos entrem no espaço articular.

Diversos fatores de risco são descritos, como extremos de idade, imunossupressão, soluções de continuidade na pele, anemia falciforme, uso de drogas injetáveis, artropatias e prótese articular. Nesse caso, temos o diabetes *mellitus* e a artropatia inflamatória (gota).

O *Staphylococcus aureus* é o principal agente etiológico em todas as faixas etárias e, em subgrupos específicos, outros agentes também se destacam, como a *Neisseria gonorrhoeae* em adultos jovens com vida sexual ativa.

Dito isso, vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A: a artrite gonocócica acomete mais adultos jovens, principalmente mulheres, e cursa classicamente com a tríade de artrite, tenossinovite e dermatite. Esse quadro pode ser precedido por artralgia migratória e acompanhado por sinais e sintomas constitucionais, como febre e mal-estar. Assim, ainda que ambas cursem com líquido sinovial infeccioso, na ausência de dermatite e tenossinovite, devemos pensar na causa mais frequente de artrite séptica na faixa etária desse paciente. Por fim, o tratamento da artrite gonocócica é ceftriaxona, não meropenem.

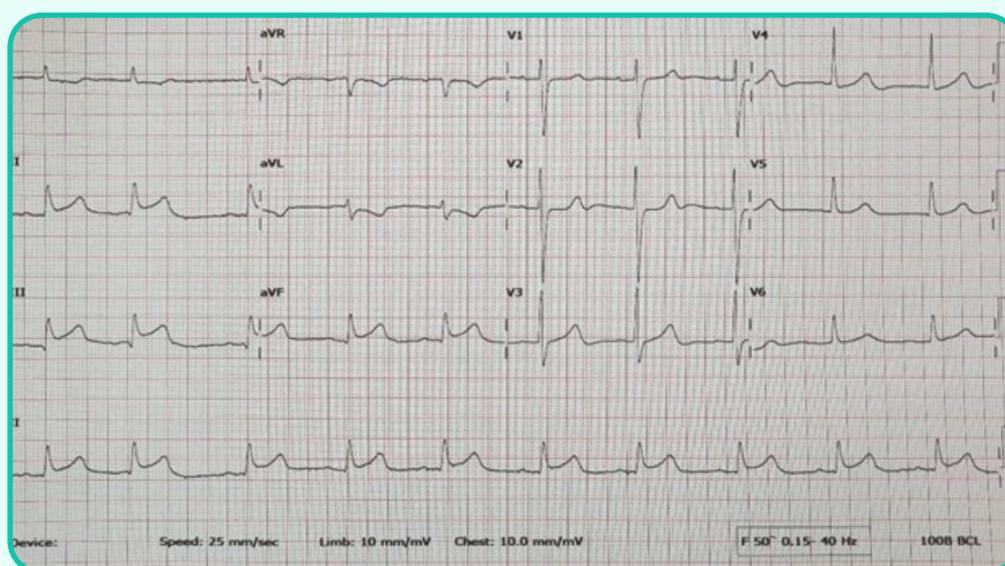
Incorreta a alternativa B: o líquido sinovial da crise aguda de gota tem características inflamatórias. Além disso, cristais estão ausentes.

Incorreta a alternativa C: o padrão clássico da artrite reumatoide envolve uma poliartrite crônica e simétrica de pequenas e grandes articulações; por isso, diante de uma monoartrite aguda, essa não deve ser uma hipótese diagnóstica plausível.

Correta a alternativa D: feito o diagnóstico da artrite séptica, devemos necessariamente indicar a drenagem articular (lembre-se de que estamos lidando com uma infecção de foco fechado) e iniciar antibioticoterapia com espectro adequado para o *S. aureus*, como oxacilina ou vancomicina. Após resultados da pesquisa do Gram e culturas, avaliamos a manutenção ou troca do antibiótico.

Gabarito: D

09. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia - Prof. Juan Demolinari) Um homem de 71 anos, hipertenso e diabético, comparece ao pronto-socorro com quadro de dor torácica retroesternal em aperto, iniciada há 1 hora, associada a sudorese fria e náuseas. Relata que a dor não alivia com repouso. Ao exame físico, encontra-se ansioso, com pressão arterial de 100 x 70 mmHg, frequência cardíaca de 75 bpm, frequência respiratória de 20 irpm, saturação de O₂ de 94% em ar ambiente. À ausculta cardíaca, ritmo regular, sem sopros. O eletrocardiograma realizado mostra:



Foi realizado acesso venoso periférico e monitorização.

Diante do quadro clínico e eletrocardiográfico, qual deve ser a próxima conduta imediata dentro das opções abaixo?

- A) Iniciar noradrenalina.
- B) Iniciar nitroglicerina sublingual e encaminhar para angioplastia.
- C) Administrar betabloqueador intravenoso.
- D) Realizar trombólise com alteplase imediatamente.

COMENTÁRIOS:

O paciente apresenta quadro clínico clássico de síndrome coronariana aguda com supradesnivelamento de ST (IAMCSST), caracterizado por dor torácica em aperto, irradiada, não aliviada pelo repouso, acompanhada de sudorese fria e náuseas. O eletrocardiograma demonstra supradesnivelamento do segmento ST em DII, DIII e aVF, padrão característico de infarto inferior. No infarto inferior, sempre deve-se suspeitar de acometimento do ventrículo direito (VD), especialmente se houver hipotensão, bradicardia ou sinais de congestão sistêmica sem congestão pulmonar. No presente caso, apesar de a PA estar preservada, não há elementos que afastem infarto de VD, por isso o uso de nitratos deve ser evitado, pois esses fármacos reduzem o retorno venoso, podendo precipitar choque, assim como a morfina.

O manejo inicial do IAMCSST inclui medidas de suporte (AAS, inibidor P2Y12, anticoagulação e controle da dor) e a reperfusão miocárdica imediata, que pode ser realizada por angioplastia primária (preferencial) ou trombólise, caso o tempo porta-balão exceda 90 minutos (em hospital com hemodinâmica) ou 120 minutos (caso não haja hemodinâmica disponível). Ambas as estratégias reduzem mortalidade e melhoram desfechos, sendo consideradas prioridade absoluta nesse cenário.

Incorreta a alternativa A, já que iniciar noradrenalina está indicado apenas em casos de choque cardiogênico ou hipotensão grave refratária, o que não é o quadro atual. Além disso, o tratamento definitivo não é vasopressor, mas, sim, reperfusão coronariana.

Incorreta a alternativa B, já que iniciar nitroglicerina sublingual está contraindicado em casos suspeitos de infarto de VD, devido ao risco de redução do enchimento ventricular e precipitação de choque. Apesar de angioplastia ser o tratamento de escolha, a alternativa inclui conduta potencialmente deletéria.

Incorreta a alternativa C, já que administrar betabloqueador intravenoso é uma medida que demanda cautela na fase aguda do IAM, especialmente em pacientes com risco de choque, bradicardia ou bloqueios AV, condições frequentes nos infartos inferiores. Não são drogas contraindicadas, mas que devemos usar com cautela e que não são a prioridade.

Correta a alternativa D, já que realizar trombólise com alteplase imediatamente é a medida adequada quando a angioplastia não está disponível dentro do tempo ideal, garantindo reperfusão rápida e redução de mortalidade. Na ausência de contraindicações absolutas, a trombólise deve ser feita o quanto antes, especialmente em locais sem serviço de hemodinâmica emergencial. Como não há uma alternativa que fale de angioplastia apenas, a alternativa D é a mais correta.

Gabarito: D

10. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia - Prof. Juan Demolinari) Durante o plantão em uma UPA, uma equipe atende um homem de 58 anos que sofreu parada cardiorrespiratória presenciada. Ao chegar, encontram o paciente inconsciente, sem respiração e sem pulso. Imediatamente iniciam compressões torácicas de alta qualidade e ventilação com bolsa-válvula-máscara. Após a instalação da monitorização, é realizada análise do ritmo com desfibrilador, que mostra o seguinte traçado.



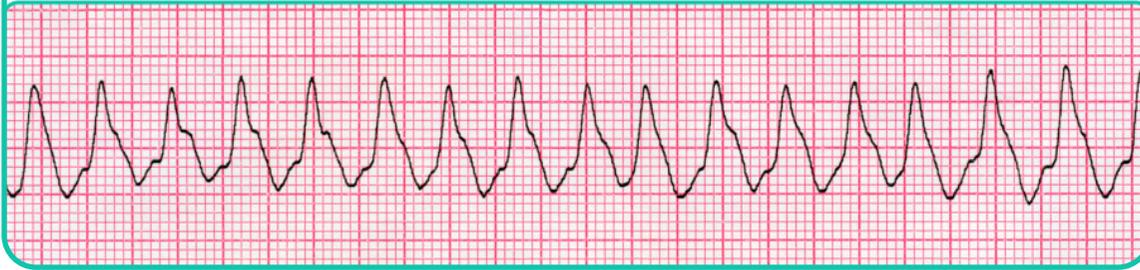
Lembrando que o paciente continua sem pulso, qual deve ser a conduta imediata indicada nesse momento?

- A) Realizar desfibrilação com carga máxima.
- B) Continuar RCP de alta qualidade e administrar adrenalina 1 mg IV a cada 3-5 minutos.
- C) Passar um marcapasso provisório.
- D) Administrar amiodarona 300 mg IV em bólus imediatamente.

COMENTÁRIOS:

O atendimento à parada cardiorrespiratória (PCR) segue protocolos definidos pelo ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*). A PCR pode ser dividida em ritmos chocáveis (fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso) e ritmos não chocáveis (atividade elétrica sem pulso – AESP – e assistolia).

Taquicardia ventricular: taquicardia regular, QRS alargado e com frequência muito elevada.



Fibrilação ventricular: ondulações muito rápidas e desorganizadas.



Figura 22. AESP pode ser qualquer ritmo organizado ou semiorganizado que não produza pulso palpável (Fonte: Shutterstock).

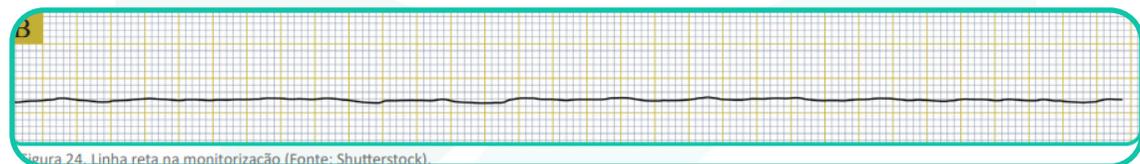
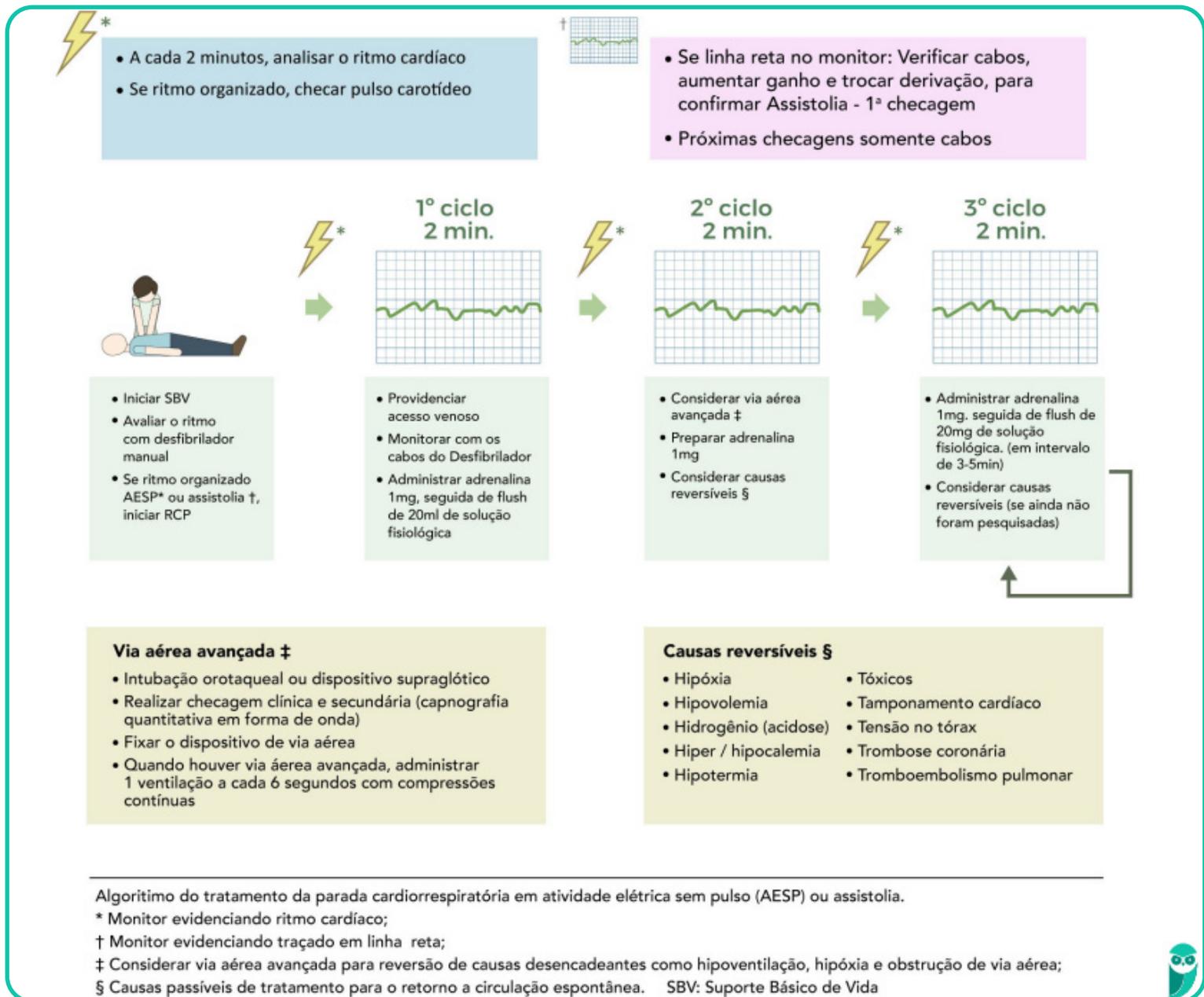


Figura 24. Linha reta na monitorização (Fonte: Shutterstock).

O traçado apresentado mostra um ritmo elétrico organizado ou semiorganizado, compatível com atividade elétrica sem pulso, já que o paciente continua sem pulso palpável.

Analisando o ECG em si, você poderia pensar que é um bloqueio atrioventricular avançado (ondas P que não conduzem QRS), no entanto, quando não há pulso, qualquer ritmo que não seja TV ou FV é AESP! E o tratamento segue a linha de qualquer paciente em ritmos não chocáveis:



Incorreta a alternativa A, já que a desfibrilação com carga máxima está indicada apenas em ritmos chocáveis, como fibrilação ventricular e taquicardia ventricular sem pulso, não havendo benefício em AESP.

Correta a alternativa B, já que, em casos de AESP, a conduta imediata é continuar a ressuscitação cardiopulmonar (RCP) de alta qualidade, associada à administração de adrenalina 1 mg IV a cada 3-5 minutos e investigação das causas reversíveis (5H5T: hipovolemia, hipóxia, hidrogênio – acidose, hipo/hipercalemia, hipotermia, tamponamento cardíaco, pneumotórax hipertensivo, tromboembolismo pulmonar, trombose coronariana e uso de tóxicos). A desfibrilação não é indicada, pois não há ritmo chocável.

Incorreta a alternativa C, já que o marca-passo provisório não é indicado no manejo inicial da PCR, sendo utilizado em casos de bradiarritmias sintomáticas refratárias à atropina ou em bloqueios atrioventriculares graves com repercussão hemodinâmica, mas não em AESP durante parada.

Incorreta a alternativa D, já que a amiodarona 300 mg IV em bólus está indicada para fibrilação ventricular ou taquicardia ventricular sem pulso refratárias à desfibrilação, não sendo utilizada no manejo de AESP ou assistolia.

Gabarito: B

11. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Homem de 44 anos, residente em área rural do interior do estado de São Paulo, procura o serviço de emergência com história de febre alta (39,5°C), calafrios, cefaleia intensa e mialgia há quatro dias. Há um dia, após um breve período de melhora, evoluiu com náuseas, vômitos e dor abdominal. Relata que notou uma diminuição do volume urinário nas últimas 24 horas e que sua esposa percebeu seus olhos amarelados. Ao exame físico, apresenta-se prostrado, icteríco (3+/4+), desidratado e com dor à palpação em hipocôndrio direito. Sinais vitais: PA de 90 x 60 mmHg, FC de 60 bpm, FR de 22 irpm, temp. de 39 °C. Os exames laboratoriais iniciais mostram: leucócitos = 3.500/mm³, plaquetas = 88.000/mm³, AST/TGO = 2.500 U/L, ALT/TGP = 2.200 U/L, bilirrubina total = 8,0 mg/dL (direta = 6,5 mg/dL), ureia = 150 mg/dL e creatinina = 3,8 mg/dL. Relata não ter sido vacinado desde a infância e que macacos morreram recentemente na região.

Com base no quadro clínico e epidemiológico, qual é a principal hipótese diagnóstica?

- A) Leptospirose forma grave (doença de Weil).
- B) Febre amarela.
- C) Dengue com sinais de alarme.
- D) Hepatite C aguda.

COMENTÁRIOS:

A febre amarela é uma doença infecciosa aguda causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, transmitida principalmente por mosquitos em regiões de mata ou transição, sendo ainda considerada uma das principais zoonoses silvestres do Brasil. A doença possui evolução bifásica: a primeira fase é caracterizada por febre alta, calafrios, cefaleia intensa, mialgia, náuseas e vômitos. Após um período de aparente melhora, alguns pacientes evoluem para uma fase tóxica, marcada por icterícia, manifestações hemorrágicas, insuficiência hepática e renal, além de choque. O sinal de Faget (bradicardia relativa à febre alta) é clássico, mas não obrigatório. O dado epidemiológico de morte recente de macacos e ausência de vacinação reforça ainda mais a suspeita clínica.



Incorreta a alternativa A. Leptospirose na forma grave (doença de Weil) também pode causar febre, icterícia e insuficiência renal, sendo uma hipótese a ser considerada. No entanto, faltam sinais mais típicos, como dor intensa em panturrilhas, que é frequente na leptospirose.

A doença costuma estar relacionada à exposição a ambientes com água ou lama contaminada por urina de ratos, enchentes ou condições de saneamento precário, fatos que não aparecem no relato do caso. Outro ponto importante é que, na leptospirose, as elevações das aminotransferases costumam ser leves ou moderadas, diferentemente do caso apresentado, em que os valores de AST e ALT estão muito elevados. Além disso, a leptospirose tipicamente cursa com leucocitose, enquanto esse paciente apresenta leucopenia. Por fim, a morte de macacos não é um achado relacionado à circulação da leptospira.

Correta a alternativa B. Febre amarela é a principal hipótese diagnóstica diante do quadro clínico e epidemiológico apresentado. O paciente apresenta evolução bifásica, com febre alta, calafrios, cefaleia e mialgia por alguns dias, seguido de um breve período de melhora e posterior piora com surgimento de náuseas, vômitos, dor abdominal, icterícia, insuficiência renal e sinais de choque. Essa evolução bifásica é clássica: após a fase inicial febril, pode haver uma remissão breve dos sintomas, antes do início da fase tóxica, marcada por manifestações hepáticas, renais e hemorrágicas. O sinal de Faget (bradicardia relativa à febre) é frequente nessa arbovirose. Os achados laboratoriais mostram elevação importante de transaminases, hiperbilirrubinemia, trombocitopenia e leucopenia, que são compatíveis com febre amarela grave. O dado epidemiológico de morte de macacos e ausência de vacinação reforça ainda mais essa hipótese.

Incorreta a alternativa C. Dengue é um diagnóstico diferencial importante em casos de febre aguda, especialmente em regiões tropicais e subtropicais. No entanto, a evolução bifásica clássica descrita no caso, com uma fase inicial de febre alta seguida de breve melhora e posterior piora marcada por manifestações graves, não é típica da dengue. Na dengue, embora possa haver agravamento após a defervescência, a apresentação com insuficiência renal aguda e elevações tão expressivas de bilirrubinas e aminotransferases não é comum. Esses achados laboratoriais podem até ocorrer em casos graves, mas são menos frequentes e geralmente não atingem níveis tão elevados. Além disso, o relato epidemiológico de morte de macacos na região não está relacionado à transmissão do vírus da dengue, mas é um sinal de circulação do vírus da febre amarela.

Incorreta a alternativa D. A hepatite C aguda tipicamente cursa com sintomas mais leves e insidiosos e, embora possa causar icterícia e elevação das transaminases, a febre alta e o quadro sistêmico com disfunção renal tão pronunciada não são a apresentação esperada da hepatite C aguda. Além disso, a hepatite C é transmitida principalmente por via sanguínea, e não há dados no caso que sugiram essa via de transmissão, enquanto os dados epidemiológicos apontam para uma arbovirose.

Gabarito: B

12. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Homem de 54 anos, diabético, está internado há 12 dias em UTI, com sepse secundária a pneumonia. Permanece em uso de cateter venoso central, nutrição parenteral e antibióticos de amplo espectro. No décimo dia de internação, apresenta febre persistente, hipotensão e hemoculturas positivas para *Candida albicans*, ainda sem perfil de sensibilidade disponível. Avaliação clínica não sugere endoftalmite nem acometimento do SNC.

Qual é a conduta mais adequada diante do quadro?

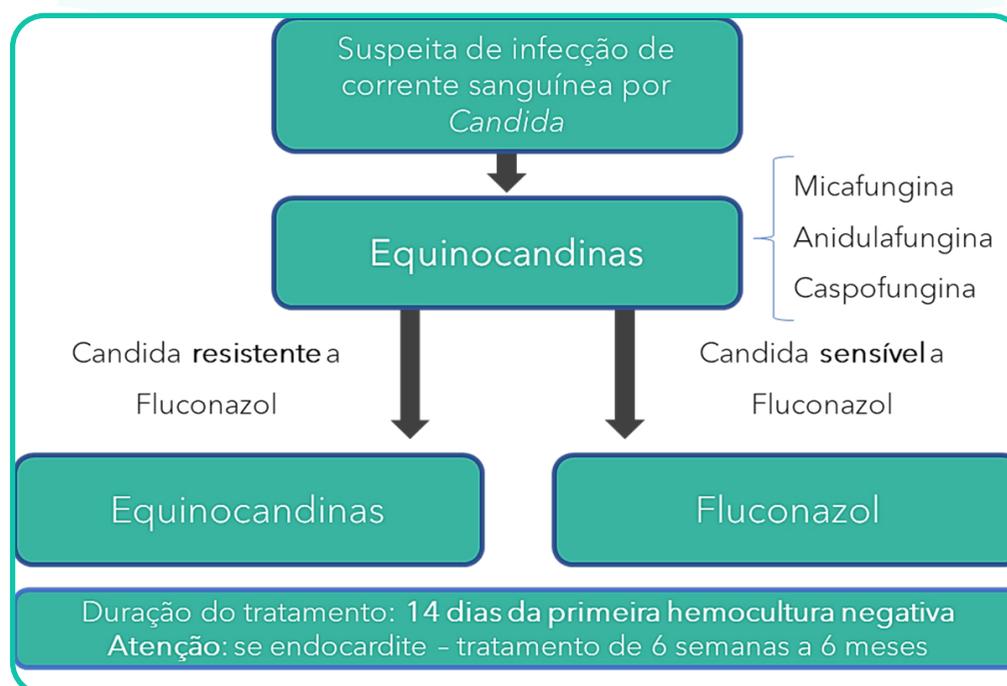
- A) Iniciar fluconazol endovenoso e manter o cateter venoso central até o fim do tratamento.
- B) Suspender antibióticos e monitorar, sem antifúngico.
- C) Iniciar anfotericina B, sem necessidade de retirar o cateter venoso central.
- D) Iniciar micafungina e remover o cateter venoso central.

COMENTÁRIOS:

O caso descrito representa um quadro típico de candidemia em paciente crítico, uma condição frequente em unidades de terapia intensiva.

Infecções de corrente sanguínea por *Candida* são comuns em pacientes graves, especialmente aqueles com internação prolongada em UTI e expostos a fatores de risco, como uso contínuo de cateter venoso central, nutrição parenteral total e antibioticoterapia de amplo espectro.

O tratamento da candidemia baseia-se em duas medidas principais: remoção imediata do cateter venoso central, devido ao alto risco de manutenção da infecção na presença do dispositivo, e início precoce da terapia antifúngica adequada. A classe preferencial para o tratamento inicial é a das equinocandinas (como micafungina, anidulafungina ou caspofungina), por apresentarem amplo espectro antifúngico, baixo índice de resistência e melhor perfil de segurança. Após o resultado do teste de sensibilidade, é possível descalonar para fluconazol caso a espécie seja sensível a esse antifúngico.



Incorreta a alternativa A. Há dois equívocos nessa opção. Primeiro, embora o fluconazol possa ser eficaz contra *Candida albicans*, ele não é a primeira escolha no tratamento inicial de candidemia em pacientes graves — as equinocandinas são preferidas nessa fase. Segundo, a manutenção do cateter venoso central está contraindicada. A retirada do dispositivo é uma medida essencial para o controle adequado da infecção.

Incorreta a alternativa B. Suspender antibióticos e não administrar antifúngicos é uma conduta inadequada, já que a candidemia confirmada requer terapia antifúngica específica.

Incorreta a alternativa C. A anfotericina B tem atividade contra *Candida albicans*, mas não é a droga de primeira escolha no tratamento inicial da candidemia, devido a seu maior risco de toxicidade, especialmente renal. As equinocandinas são preferidas por serem mais seguras e igualmente eficazes. Além disso, a manutenção do cateter venoso central é inadequada.

Correta a alternativa D. A conduta mais apropriada para esse quadro envolve o início imediato de uma equinocandina, como a micafungina, associado obrigatoriamente à retirada do cateter venoso central.

Gabarito: D

13. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Homem de 26 anos, sexualmente ativo, procura atendimento na Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de "pequenas bolhas doloridas" no pênis há três dias, associadas a febre baixa e mal-estar geral. Ao exame físico, observam-se múltiplas vesículas agrupadas sobre base eritematosa na glande e no prepúcio, além de linfonodomegalia inguinal bilateral dolorosa. O paciente nega outras lesões e relata ter tido uma nova parceira sexual há cerca de uma semana, sem uso de preservativo.

Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o tratamento de primeira escolha a ser instituído?

- A) Penicilina G benzatina, 2.4 milhões UI, via intramuscular, em dose única.
- B) Aciclovir 400 mg, via oral, 3 vezes ao dia, por 7 a 10 dias.
- C) Azitromicina 1 g, via oral, em dose única.
- D) Podofilina a 25% aplicada topicamente sobre as lesões, uma vez por semana.

COMENTÁRIOS:

O quadro clínico descrito é típico de infecção primária pelo vírus herpes simples (HSV), geralmente causada pelo HSV-2 na maioria dos casos de herpes genital. A infecção primária costuma ser mais sintomática do que os episódios de recorrência, com febre, mal-estar, linfadenopatia dolorosa e lesões vesiculosas agrupadas sobre base eritematosa. Essas lesões evoluem para úlceras dolorosas e podem durar de 2 a 4 semanas se não tratadas. O diagnóstico é clínico, e o tratamento é realizado com antivirais, como aciclovir, valaciclovir ou famciclovir.

Herpes genital



Fonte: Shutterstock

Vesículas
agrupadas
sobre base
eritematosa

Dolorosas
(queimação)

Exulceração
(úlceras rasas)

Risco de
reativação

HSV-1 ou HSV-2

Incorreta a alternativa A. A penicilina G benzatina é o tratamento de escolha para sífilis, uma infecção sexualmente transmissível que pode causar úlceras genitais indolores (cancro duro), geralmente únicas, com linfadenopatia não dolorosa. O quadro do paciente — com dor, febre e múltiplas vesículas agrupadas — não é compatível com sífilis.

Correta a alternativa B. O aciclovir é a medicação de escolha para o tratamento da infecção primária pelo HSV. A dose recomendada é de 400 mg por via oral, 3 vezes ao dia, durante 7 a 10 dias.

Incorreta a alternativa C. A azitromicina em dose única é usada no tratamento de infecções como clamídia ou cancroide, mas não tem ação contra vírus herpes simples. Além disso, o quadro clínico não é compatível com essas infecções.

Incorreta a alternativa D. A podofilina é indicada no tratamento de condilomas acuminados (verrugas genitais), que se apresentam como lesões verrucosas, não dolorosas. O quadro clínico do paciente — com vesículas dolorosas agrupadas e sintomas sistêmicos — é típico de herpes genital, não de infecção por HPV.

Gabarito: B

14. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia - Prof. Sérgio Beduschi Filho) Mulher de 45 anos, previamente hígida, procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) com queixa de tosse produtiva com expectoração amarelada há quatro semanas, associada a febre vespertina não aferida, sudorese noturna e perda de 5 kg no período. No início do quadro, fez uso de azitromicina durante 5 dias, sem melhora. Nega tabagismo. Ao exame físico, apresenta-se emagrecida, e a ausculta pulmonar revela murmúrio vesicular diminuído com estertores crepitantes em ápice direito.

Diante da suspeita clínica, quais são a conduta diagnóstica e a terapêutica inicial mais apropriada?

- A) Solicitar radiografia de tórax e, se houver infiltrado, iniciar tratamento empírico com amoxicilina-clavulanato.
- B) Iniciar o tratamento com rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RIPE).
- C) Solicitar teste rápido molecular para tuberculose (TRM-Tno escarro e, se detectado o *M. tuberculosis* sem resistência à rifampicina, iniciar o esquema RIPE.
- D) Realizar PPD (teste tuberculínico) e, se o resultado for fortemente reator, iniciar tratamento de infecção latente com isoniazida.

COMENTÁRIOS:

O caso clínico descreve uma paciente com sintomas clássicos de tuberculose pulmonar: tosse produtiva prolongada, febre vespertina, sudorese noturna e emagrecimento. Esses achados, somados à ausência de resposta ao uso prévio de antibiótico (azitromicina), tornam a suspeita clínica de tuberculose bastante provável. A paciente também apresenta estertores em ápice pulmonar, local classicamente afetado pela doença.

respiratório, o que indica a investigação de tuberculose pulmonar.

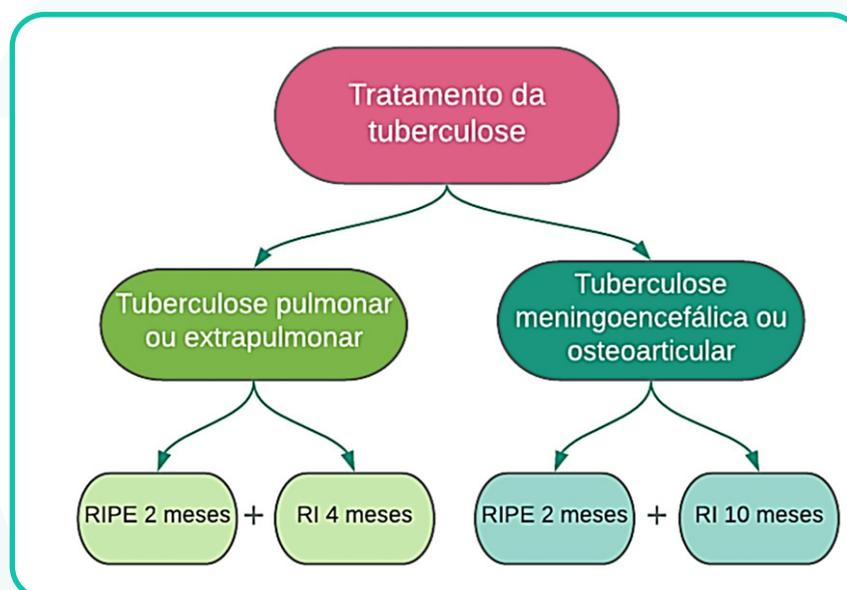
O diagnóstico da tuberculose deve ser feito por meio da identificação do *Mycobacterium tuberculosis*. Os principais métodos disponíveis são: teste rápido molecular, baciloscopia e cultura com teste de sensibilidade.

O teste rápido molecular para tuberculose é o método de escolha para o início da investigação de um caso suspeito de tuberculose pulmonar. Apresenta elevada sensibilidade e é capaz de identificar a resistência à rifampicina. Pode ser realizado em amostra única de escarro. No entanto, não pode ser utilizado para controle de tratamento, pois um resultado positivo em paciente em uso de tuberculostáticos pode ser positivo ao detectar resquícios de material genético de bacilos não viáveis.

A baciloscopia consiste na análise do escarro por microscopia com a coloração de Ziehl-Neelsen. Pode ser utilizada para o diagnóstico de tuberculose pulmonar; no entanto, devido à sensibilidade inferior àquela do teste rápido molecular, é indicada a análise de duas amostras de escarro, coletadas em dias diferentes. Atenção: baciloscopia é o método indicado para controle mensal do tratamento da tuberculose pulmonar.

A cultura com teste de sensibilidade é um exame com elevadas especificidade e sensibilidade, mas o resultado positivo pode demorar dias ou mesmo semanas. Por isso, não é o método indicado para investigação inicial. Deve ser realizada em casos confirmados por baciloscopia ou teste rápido molecular, ou quando esses testes são negativos, mas é mantida a suspeita de tuberculose.

O tratamento padrão da tuberculose é dividido em duas fases. Na primeira, utiliza-se rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol durante dois meses. Na segunda fase, a terapia é reduzida para rifampicina e isoniazida, com duração de quatro meses. Nos casos de acometimento osteoarticular ou do sistema nervoso central, a segunda fase deve ser estendida por mais seis meses, totalizando 12 meses de tratamento nesses casos específicos. Veja, a seguir, o resumo do tratamento:



Incorreta a alternativa A. A paciente apresenta um quadro com mais de três semanas de evolução, associado a sintomas constitucionais marcantes, como febre, sudorese noturna e perda de peso. Essa apresentação não é característica de uma pneumonia bacteriana comunitária típica. Além disso, a falha terapêutica com azitromicina também torna o diagnóstico de pneumonia bacteriana menos provável. Iniciar tratamento com amoxicilina-clavulanato seria inadequado e atrasaria o diagnóstico e o tratamento corretos para a tuberculose.

Incorreta a alternativa B. Embora a suspeita clínica de tuberculose seja alta, o tratamento não deve ser iniciado sem antes se tentar uma confirmação diagnóstica. O tratamento empírico para tuberculose é uma medida de exceção, reservada para pacientes graves ou quando os exames diagnósticos são negativos apesar da forte suspeita. A conduta inicial deve ser sempre a busca pela confirmação bacteriológica da doença.

Correta a alternativa C. Essa é a conduta recomendada pelo Ministério da Saúde. Diante de uma paciente sintomática respiratória com alta suspeita de tuberculose, o exame inicial de escolha é o teste rápido molecular para tuberculose (TRM-TB) em amostra de escarro. Esse teste possui alta sensibilidade, fornece um resultado rápido (em cerca de duas horas) e, além de detectar o DNA do *M. tuberculosis*, também identifica a resistência à rifampicina, um dos principais fármacos do esquema terapêutico. Caso o teste confirme a presença da bactéria e ausência de resistência à rifampicina, o início do esquema RIPE está corretamente indicado.

Incorreta a alternativa D. O PPD (teste tuberculínico) é um exame utilizado para investigar a infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb), ou seja, em pacientes que tiveram contato com o bacilo, mas não desenvolveram a doença ativa. A paciente em questão apresenta sintomas claros de tuberculose ativa. Portanto, investigar e tratar uma infecção latente com monoterapia (isoniazida) seria um erro grave, pois é um tratamento insuficiente para a doença ativa, o que levaria à falha terapêutica e ao desenvolvimento de resistência bacteriana.

Gabarito: C

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Paciente masculino, 23 anos, previamente hígido, dá entrada no pronto-socorro com queixa de palidez intensa, icterícia e urina escurecida iniciadas 48 horas após a ingestão de favas em um almoço familiar. Relata que, no dia anterior, apresentava-se bem, sem sintomas infecciosos prévios. Ao exame físico, encontra-se taquicárdico, hipocorado 3+/4+ e icterico 2+/4+. O hemograma evidencia hemoglobina = 6,8 g/dL, VCM = 89 fL, reticulócitos aumentados e hemácias "mordidas" no esfregaço periférico. Diante do quadro clínico descrito, a hipótese diagnóstica mais provável é:

- A) anemia hemolítica autoimune.
- B) deficiência de G6PD.
- C) anemia por infecção por parvovírus B19.
- D) síndrome hemolítico-urêmica.

COMENTÁRIOS:

Revalidando, temos aqui um paciente que apresenta anemia hemolítica aguda após ingestão de favas (favismo), presença de hemácias "mordidas" (*bite cells*), policromatofilia e icterícia, o que nos leva ao diagnóstico de deficiência da enzima glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD). Vamos rever essa doença!

A deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD), uma enzima citoplasmática responsável por iniciar a formação de mecanismos redutores das células, responsáveis pela proteção contra o estresse oxidativo, leva à perda de seu principal efeito protetor do dano oxidativo, levando as hemácias a sofrerem lise precoce em situações de acúmulo de oxidantes, como infecções, exposição a drogas como primaquinas e sulfas ou após o consumo de feijão fava.

O quadro clínico é de típica anemia hemolítica aguda pós-fatores desencadeantes, com presença de hemólise intravascular (dentro da própria circulação), consequentemente cursando com hemoglobinemia e hemoglobinúria. Os chamados corpúsculos de Heinz podem ser vistos nas hemácias, representando depósitos de hemoglobina oxidada no citoplasma. As hemácias mordidas (*bite cells*) são um achado característico dessa condição, resultando da remoção dos corpúsculos de Heinz (precipitados de hemoglobina danificada) pelos macrófagos no baço. O diagnóstico é feito pela medida da atividade de G6PD, caracteristicamente reduzida, e o tratamento é basicamente de prevenção dos fatores desencadeantes, especialmente medicações.

Após essa revisão, vejamos as alternativas!

Incorreta a alternativa A. Embora a AHAI possa cursar com sinais de hemólise, reticulocitose e microesferócitos, a ingestão de favas não é uma causa. Além disso, a presença de "*bite cells*" não é um achado característico de AHAI, enquanto é específica da deficiência de G6PD.

Correta a alternativa B. Os pacientes com deficiência de G6PD podem apresentar hemólise intravascular após a ingestão de favas (leguminosas semelhantes ao feijão), pois essas possuem substâncias capazes de aumentar o dano oxidativo. O quadro hemolítico costuma manifestar-se algumas horas ou um a três dias após a exposição ao desencadeante. No esfregaço de sangue periférico, são característicos os corpúsculos de Heinz (depósitos de hemoglobina oxidada) e as "*bite cells*" (hemácias mordidas), que são hemácias que perderam fragmentos de sua membrana celular pela ação dos macrófagos esplênicos na tentativa de remover os corpúsculos de Heinz.

Incorreta a alternativa C. A infecção por parvovírus B19 (ou eritrovírus B19) pode causar crise aplásica em pacientes com anemia hemolítica crônica (hemoglobinopatias), levando à destruição dos progenitores eritropoiéticos na medula óssea. A característica principal da crise aplásica é a reticulocitopenia, indicando uma parada temporária na produção de novas hemácias. O paciente, no entanto, apresenta reticulócitos aumentados, o que afasta o diagnóstico de crise aplásica por parvovírus B19. Além disso, era previamente hígido, sem histórico de anemia crônica.

Incorreta a alternativa D. A SHU é uma microangiopatia trombótica que tipicamente ocorre após um pródromo de gastroenterite por *E. coli* O157:H7 (diarreia sanguinolenta). A tríade clássica da SHU inclui anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia e insuficiência renal aguda. No esfregaço sanguíneo, são esperados esquizócitos (hemácias fragmentadas), não "*bite cells*".

Gabarito: B

16. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia - Prof. Thiago Peixoto) Paciente feminina de 42 anos, previamente hígida, procura atendimento ambulatorial por surgimento espontâneo de equimoses em membros inferiores, petéquias em mucosa oral e episódio recente de epistaxe autolimitada. Nega uso de medicamentos, infecções recentes ou doenças autoimunes conhecidas. Ao exame, está em bom estado geral, sem hepatoesplenomegalia ou linfadenomegalias. Hemograma mostra hemoglobina de 13,4 g/dL, leucócitos de 6.500/mm³ e plaquetas de 8.000/mm³. O mielograma demonstra megacariopose aumentada, sem displasia. Com base nesse quadro, o diagnóstico mais provável é:

- A) leucemia linfocítica aguda.
- B) púrpura trombocitopênica trombótica.
- C) púrpura trombocitopênica imune.
- D) coagulação intravascular disseminada.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos aqui uma paciente com relato de sangramentos mucocutâneos com plaquetopenia isolada! Além disso, apresenta mielograma com megacariopose aumentada. Esses achados são clássicos da PTI (púrpura trombocitopênica imune). A ausência de doenças associadas, como lúpus ou infecções virais recentes, caracteriza uma forma primária. Vamos rever o assunto?

Na púrpura trombocitopênica imune, o indivíduo desenvolve anticorpos contra suas próprias plaquetas, levando a sua destruição aumentada pelos macrófagos esplênicos e, assim, culminando em redução da contagem plaquetária e consequente risco aumentado de sangramentos cutaneomucosos (como em qualquer doença da hemostasia primária).

Lembre-se de que a PTI é um diagnóstico de exclusão, ou seja, não há exame específico que confirme a condição. É preciso fazer exames que afastem outras condições que podem levar à plaquetopenia, como doenças onco-hematológicas, hepatites, entre outras.

Entretanto, nem todo paciente com PTI é sintomático! Muitos pacientes terão contagens de plaquetas suficientemente elevadas a ponto de não causar qualquer manifestação. É por isso que não tratamos todos os pacientes com PTI, iniciamos terapia apenas se há sangramento ativo ou com contagens de plaquetas muito baixas, menores do que 20 mil. A grande terapêutica diante de uma trombocitopenia imune é o uso de corticoides.

O uso de imunoglobulina humana ou a imunoglobulina anti-D também é uma opção. A única vantagem da imunoglobulina é que sua ação é muito rápida, fazendo com que tenhamos preferência por seu uso em caso de sangramentos ativos, muitas vezes, em conjunto com os corticoides.

Apesar de as terapias de primeira linha serem muito efetivas, muitos casos serão refratários ou sofrerão recaídas, principalmente na população adulta, fazendo com que outras medidas sejam necessárias. Um dos mais clássicos desses tratamentos de segunda linha é a esplenectomia, atualmente realizada preferencialmente por via laparoscópica. Entretanto, sabemos que a esplenectomia não é um procedimento livre de riscos. Além de complicações intraoperatórias, a perda da função imune do baço pode levar a uma predisposição aumentada a infecções, principalmente por bactérias encapsuladas. Por isso, previamente ao procedimento, idealmente no mínimo 2 semanas antes, há indicação de vacinação para *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* B e *Neisseria meningitidis*.

Apesar de a esplenectomia ser o tratamento de segunda linha mais cobrado nas provas, outras medidas podem ser utilizadas em casos refratários de PTI. O rituximabe, anticorpo monoclonal anti-CD20, por exemplo, liga-se às células B, causando sua destruição e diminuindo, assim, a produção de autoanticorpos. Outros imunossupressores, como ciclosporina e azatioprina, também podem ser utilizados, apesar de haver menos evidência sobre seu uso.

Por fim, mais recentemente, análogos do receptor de trombopoietina conseguem estimular a produção de plaquetas, aumentando seus níveis sem agir sobre a destruição plaquetária aumentada. Essas medicações, como o eltrombopag e o romiplostim, têm tido seu uso difundido nos últimos anos.

Agora, vamos analisar as alternativas!

Incorreta a alternativa A. A LLA é caracterizada por um bloqueio de maturação de células linfoides, levando à proliferação desordenada de blastos na medula óssea e no sangue periférico. Geralmente, cursa com pancitopenia e frequentemente com leucitoses às custas de blastos. Nossa paciente apresenta hemoglobina e os leucócitos normais, e não há blastos, não sendo compatível com LLA.

Incorreta a alternativa B. A PTT é uma microangiopatia trombótica que se manifesta com uma pêntrade: anemia hemolítica microangiopática, plaquetopenia, insuficiência renal, febre e sintomas neurológicos. Esses achados não estão presentes na paciente.

Correta a alternativa C. Na PTI, a trombocitopenia é o achado principal, enquanto o restante do hemograma costuma ser normal: PLAQUETOPENIA E MAIS NADA! O mielograma na PTI classicamente demonstra hiperplasia do setor megacariocítico (megacariopose aumentada), o que significa que a medula óssea está respondendo à baixa contagem plaquetária periférica tentando produzir mais plaquetas. Esse achado sugere fortemente o diagnóstico de PTI, já que indica que a falha não é na produção medular primária, mas, sim, na destruição periférica.

Incorreta a alternativa D. A CIVD é uma síndrome trombo-hemorrágica desencadeada por processos subjacentes (como sepse, neoplasias, trauma) que causam dano endotelial e ativação da cascata de coagulação. Resulta em consumo de fatores de coagulação e plaquetas, levando a um estado paradoxalmente trombótico e hemorrágico. Apresenta anemia hemolítica microangiopática e alterações no coagulograma (TP e TTPA prolongados). Nossa paciente não apresenta anemia e não há alterações no coagulograma.

Gabarito: C

17. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hepatologia - Prof. Élio Castro) Um homem de 48 anos, sem acompanhamento médico regular, é levado ao pronto-socorro por aumento do volume abdominal há 3 semanas, associado a edema de membros inferiores e inapetência. Morador de rua, com histórico de etilismo pesado, sem documentação médica disponível. Ao exame físico, encontra-se emagrecido, com fâcies envelhecida, presença de circulação colateral discreta no abdome, ascite moderada e edema em membros inferiores. Foram solicitados exames laboratoriais e paracentese diagnóstica.

Resultados:

- albumina sérica: 2,6 g/dL;
- albumina do líquido ascítico: 1,4 g/dL;
- proteínas totais no líquido ascítico: 2,8 g/dL;
- contagem de polimorfonucleares: 120/mm³;
- cultura do líquido ascítico: negativa.

Com base nesses dados, qual é a etiologia mais provável da ascite?

- A) Hipertensão portal por cirrose alcoólica.
- B) Peritonite tuberculosa.
- C) Síndrome nefrótica.
- D) Carcinomatose peritoneal.

COMENTÁRIOS:

O enunciado apresenta um paciente em situação de vulnerabilidade social, com histórico de etilismo crônico presumido, que chega ao pronto-socorro com ascite de instalação subaguda e edema periférico. Sem documentação médica ou diagnóstico prévio de hepatopatia, o candidato precisa, portanto, raciocinar com base em dados objetivos, especialmente os da paracentese diagnóstica.

Na investigação de um quadro de ascite, o passo mais importante é a análise do líquido ascítico, especialmente o gradiente albumina soro-ascite (GASA), que orienta se a ascite ocorre ou não por hipertensão portal. O GASA é calculado subtraindo-se a albumina do líquido ascítico da albumina sérica colhida no mesmo dia. Se o resultado for $\geq 1,1$ g/dL, presume-se que há hipertensão portal (ex.: cirrose, hepatite alcoólica, insuficiência cardíaca congestiva). Se o GASA for $< 1,1$ g/dL, causas não relacionadas à hipertensão portal devem ser consideradas, como carcinomatose peritoneal, tuberculose peritoneal, síndrome nefrótica, entre outras.

Nesse caso, a albumina sérica é 2,6 g/dL e a albumina do líquido ascítico é 1,4 g/dL. O GASA é, portanto, 1,2 g/dL, ou seja, superior a 1,1, o que é compatível com hipertensão portal. A alta concentração de proteínas totais no líquido ascítico (2,8 g/dL) sugere que a causa não é cirrose descompensada "pura", mas hepatite alcoólica ou cirrose com componente inflamatório ativo, como ocorre em etilistas com inflamação hepática subaguda. A cultura negativa e a ausência de neutrofilia descartam peritonite espontânea.

Vamos, agora, discutir as alternativas:

Correta a alternativa A. O GASA $> 1,1$ indica hipertensão portal. A história clínica compatível com etilismo, o exame físico com sinais de estigmas hepáticos e o padrão do líquido ascítico apontam fortemente para essa etiologia, que é a mais provável.

Incorreta a alternativa B. Peritonite tuberculosa é uma causa clássica de ascite com GASA $< 1,1$ e alto teor proteico. Aqui, o GASA está acima do ponto de corte, o que torna essa hipótese improvável.

Incorreta a alternativa C. Síndrome nefrótica pode cursar com ascite, mas o líquido geralmente apresenta baixa proteína total e GASA baixo, pois há hipoalbuminemia acentuada, mas sem hipertensão portal.

Incorreta a alternativa D. Carcinomatose peritoneal também cursa com ascite de GASA baixo ($< 1,1$) e alto teor proteico, o que não condiz com os dados do caso.

Gabarito: A

18. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hepatologia - Prof. Élio Castro) Paciente de 63 anos, com diagnóstico prévio de hepatite C e cirrose compensada, é admitido após quadro de sonolência, inversão do ciclo sono-vigília e asterixis. Ao exame, apresenta ascite de grande volume e sinais clínicos de encefalopatia grau II. Os exames laboratoriais revelam:

- bilirrubina total: 3,5 mg/dL;
- albumina: 2,4 g/dL;
- tempo de protrombina: INR 1,8.

Com base nos dados apresentados, qual é a pontuação na classificação de Child-Pugh e a respectiva classe?

- A) 7 pontos – classe B.
- B) 9 pontos – classe B.
- C) 11 pontos – classe C.
- D) 13 pontos – classe C.

COMENTÁRIOS:

O enunciado apresenta um paciente com cirrose hepática conhecida, que evoluiu com descompensações clínicas importantes: encefalopatia hepática grau II e ascite moderada. Além disso, são fornecidos dados laboratoriais essenciais: bilirrubina total, albumina sérica e INR. Esses cinco parâmetros compõem a classificação de Child-Pugh, utilizada para estratificar o prognóstico da cirrose, estimar sobrevida, risco cirúrgico e elegibilidade para transplante hepático.

A pontuação do Child-Pugh é baseada nos seguintes critérios:

Child-Turcotte-Pugh		Classificações funcionais		
	1 PONTO	2 PONTOS	3 PONTOS	
BILIRRUBINA (mg/dL)	< 2,0	[2 – 3]	> 3,0	
ALBUMINA (g/dL)	> 3,5	[3,5 – 2,8]	< 2,8	
TEMPO DE PROTROMBINA (s) ou INR	<4 < 1,7	[4 – 6] [1,7 – 2,3]	> 6 > 2,3	
ASCITE	Ausente	Leve (responde a diuréticos)	Moderada a Grave (refratária)	
ENCEFALOPATIA	Ausente	Grau 1 ou 2	Grau 3 ou 4	

5 a 6 pontos – Child **A** 7 a 9 pontos – Child **B** 10 a 15 pontos – Child **C**

Aplicando isso ao caso:

- Encefalopatia grau II → 2 pontos
- Ascite grave → 3 pontos
- Bilirrubina 3,5 mg/dL → 3 pontos
- Albumina 2,4 g/dL → 3 pontos
- INR 1,8 → 2 pontos

Total = 2 + 3 + 3 + 3 + 2 = 13 pontos, o que corresponde à Classe C (10–15 pontos).

Vamos discutir as alternativas:

Incorreta a alternativa A. Esse valor pressuporia apenas uma descompensação leve, o que não se aplica a esse paciente com encefalopatia, ascite e distúrbios laboratoriais significativos.

Incorreta a alternativa B. A pontuação está abaixo da soma real dos escores, conforme visto acima.

Incorreta a alternativa C. Apesar de próxima, essa pontuação ainda subestima a gravidade do caso. A bilirrubina e a albumina estão bem alteradas, elevando a pontuação total.

Correta a alternativa D. O cálculo exato, conforme apresentado, soma 13 pontos, o que se encaixa na faixa da classe C (10 a 15 pontos), que corresponde a mau prognóstico e possível indicação para avaliação de transplante hepático.

Gabarito: D

19. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Ênio Macedo) Mulher de 32 anos procura atendimento ambulatorial por palpitações, sudorese excessiva, perda ponderal de 6 kg em 2 meses e irritabilidade. Ao exame físico, apresenta taquicardia, pele quente e úmida, bócio difuso indolor, exoftalmia bilateral e lesões infiltrativas eritematosas na região pré-tibial. Os exames laboratoriais demonstram TSH suprimido e T4 livre elevado. Com base nesse quadro clínico, qual é a conduta inicial mais adequada?

- A) Betabloqueador exclusivo, uma vez que se trata de provável tireoidite de Quervain.
- B) Indicação cirúrgica para tireoidectomia total, com preparo prévio com iodeto de potássio.
- C) Início de metimazol e propranolol.
- D) Uso exclusivo de corticoide sistêmico para controle das manifestações oftálmicas e cutâneas.

COMENTÁRIOS:

O quadro é sugestivo de doença de Graves, uma vez que temos uma mulher com idade típica de início da doença, clínica de tireotoxicose e manifestações clínicas típicas, como bócio difuso indolor, orbitopatia e provável mixedema pré-tibial. Para alguns especialistas, a presença de tireotoxicose moderada a grave, com bócio difuso e manifestações típicas (orbitopatia, mixedema pré-tibial ou acropatia), é suficiente para o diagnóstico da doença de Graves. O tratamento, na maior parte dos casos, envolve a prescrição de betabloqueadores e tionamidas (como metimazol ou propiltiouracil).

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA TIREOTOXICOSE (por ordem de frequência)

Sintomas	Sinais
Nervosismo	Taquicardia
Sudorese excessiva	Bócio
Intolerância ao calor	Tremor de extremidades
Palpitação	Pele quente e úmida
Fadiga	Sopro na tireoide
Perda ponderal	Alterações oculares (retração palpebral, <i>lid lag</i>)
Dispneia	Fibrilação atrial
Fraqueza	Ginecomastia
Aumento de apetite	Eritema palmar
Queixas oculares	
Edema de membros inferiores	
Aumento de hábito intestinal	
Distúrbios menstruais	

Mais frequente

Menos frequente

Vamos aproveitar para revisar um pouco sobre a doença de Graves. EPIDEMIOLOGIA

A doença de Graves é a principal causa de tireotoxicose na população adulta e pediátrica. FISIOPATOLOGIA

Essa é uma condição autoimune, em que o autoanticorpo produzido é o TRAb (*thyroid receptor antibody*), que se liga e ativa o receptor do TSH na células foliculares da tireoide, levando a uma maior produção e liberação de hormônios tireoidianos.

Parte das manifestações clínicas dos hormônios tireoidianos advém de sua capacidade de aumentar a expressão de receptores beta-adrenérgicos, assim podemos encontrar manifestações hiperadrenérgicas, como taquicardia, sudorese, tremor de extremidades, agitação, irritabilidade etc.

Além disso, algumas manifestações típicas da doença de Graves ocorrem devido à ação do TRAb em receptores de TSH presente em outros tecidos, como no retro-orbitário e pré-tibial.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Revise, a seguir, as manifestações clínicas que podem ser encontradas..

No caso da doença de Graves, além das outras manifestações de tireotoxicose, podemos encontrar 4 outras que são específicas desta condição:

1. bócio difuso (ou seja, sem nódulos);
2. orbitopatia de Graves - que geralmente se manifesta com exoftalmia;
3. mixedema pré-tibial - espessamento com aspecto em casca de laranja da pele da região pré-tibial;
4. acropatia - uma espécie de baqueteamento digital.

DIAGNÓSTICO

O padrão laboratorial de TSH suprimido com T4L ou T3 elevados é diagnóstico de hipertireoidismo primário, mas não da doença de Graves.

Para o diagnóstico do Graves, alguns especialistas indicam que, na presença de tireotoxicose moderada a grave, bócio difuso e mais uma das outras 3 manifestações clínicas específicas (orbitopatia, mixedema pré-tibial ou acropatia) podemos selar o diagnóstico da condição. Para outros, é necessária sempre a identificação do autoanticorpo TRAb positivo.

TRATAMENTO

Geralmente envolve a prescrição de um betabloqueador (para alívio sintomático) associado a uma das 3 opções terapêuticas abaixo:

- Tionamidas (metimazol ou propiltiouracil) - terapia de primeira escolha no Brasil, segundo o consenso brasileiro de hipertireoidismo de 2013. As tionamidas atuam reduzindo a organificação do iodo e, portanto, a síntese de hormônio tireoidiano. No caso do propiltiouracil, há também o mecanismo de inibição da enzima deiodinase tipo 1. As tionamidas são iniciadas com doses mais elevadas, tentando-se posteriormente seu desmame. A ideia é que a doença autoimune pode entrar em remissão depois de algum tempo. Preconiza-se o uso desses medicamentos por apenas 1-2 anos. Após atingido esse período em pacientes em uso de baixas doses de tionamida (por exemplo, metimazol
- 5-10 mg/d), é feita nova dosagem do TRAb, que, se negativo, indica a suspensão da medicação.
- Radioiodoablação - terapia definitiva que está contraindicada nas seguintes situações: gestação e amamentação (por risco de transferência do iodo radioativo para a criança); bócio grave (pois pode haver uma piora transitória após a terapia, o que pode levar à compressão da via aérea) e orbitopatia grave (pois pode haver uma piora transitória após a terapia, o que pode levar a prejuízo visual). Nos Estados Unidos, é a terapia inicial da doença de Graves. Já no Brasil, é considerada como de segunda escolha.
- Tireoidectomia - terapia definitiva que geralmente é reservada a casos excepcionais.

Incorreta a alternativa A. O principal marco clínico da tireoidite de Quervain é a presença de tireotoxicose associada a bócio doloroso, ausente no quadro. Além disso, no Quervain, estão ausentes a orbitopatia e mixedema pré-tibial descritos no enunciado. Apesar de o controle de tireotoxicose com betabloqueador ser uma opção terapêutica no Quervain, essa terapia isoladamente não é adequada para o Graves.

Incorreta a alternativa B. A cirurgia (tireoidectomia total) é **uma opção de tratamento definitivo**, mas **não é a primeira escolha inicial**. É reservada para casos refratários ao tratamento clínico, intolerância às drogas, grandes bólios compressivos ou contra-indicações à radioiodoterapia. O preparo com iodeto de potássio é feito **antes da cirurgia**, mas isso ocorre **após controle clínico da tireotoxicose**.

Correta a alternativa C. O quadro descrito (bólio difuso, orbitopatia e mixedema pré-tibial) é clássico da forma da doença de Graves. Nela, o **tratamento inicial** deve incluir:

- **tionamida** (como o metimazol ou o propiltiouracil): inibe a síntese de hormônios tireoidianos;
- **betabloqueador** (ex.: propranolol): controle rápido dos sintomas adrenérgicos, como taquicardia, ansiedade e tremores.

Incorreta a alternativa D. Os corticoides são indicados **para orbitopatia grave ou ativa**, mas **não devem ser usados isoladamente** como tratamento da tireotoxicose. A tireotoxicose deve ser controlada com antitireoidianos e betabloqueadores. Além disso, o mixedema pré-tibial geralmente é manejado com medidas tópicas; corticoide sistêmico é reservado a casos extensos ou refratários.

Gabarito: C

20. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Ênio Macedo) Mulher de 55 anos, IMC de 37 kg/m², com hipertensão arterial, hipercolesterolemia e doença arterial coronariana, procura atendimento ambulatorial motivada a perder peso. Relata tentativas prévias com dietas hipocalóricas e atividade física supervisionada por 6 meses, com perda de peso insatisfatória. Está em uso de losartana 100 mg/dia, anlodipino 10 mg/dia, atenolol 100 mg/dia, ácido acetilsalicílico 100 mg/dia e rosuvastatina 20 mg/dia. Refere desejo de utilizar medicação para emagrecimento. Exames laboratoriais estão dentro da normalidade. Qual é a conduta farmacológica mais apropriada neste momento?

- A) Início de semaglutida, associada a plano alimentar e atividade física.
- B) Prescrição de sibutramina, pois é a primeira escolha para pacientes com obesidade grau II.
- C) Introdução de metformina, por sua ação anorexígena e perfil de segurança mesmo em pacientes não diabéticos.
- D) Encaminhamento direto para cirurgia bariátrica, já que houve falha no tratamento conservador inicial.

COMENTÁRIOS:

Trata-se de uma paciente com obesidade grau II (IMC entre 35 e 40 kg/m²) e doenças que podem ser melhoradas com a perda ponderal, como hipertensão, hipercolesterolemia e doença arterial coronariana (DAC). Devido ao perfil de comorbidades, podemos dizer que se trata de uma paciente de muito alto risco cardiovascular (pela presença de DAC).

Houve atualizações em 2025 quanto ao diagnóstico de obesidade, as quais passam a tópicos quentes para as próximas provas.

A partir de 2025, a obesidade passa a ser definida pela presença do **excesso de adiposidade**. O excesso de adiposidade por ser confirmado por meio de um dos seguintes métodos:

Métodos para a confirmação do excesso de adiposidade
Medição direta de tecido adiposo em excesso. Por meio de bioimpedância elétrica, densitometria de corpo inteiro (conhecida também como DXA ou DEXA) ou outros meios
IMC > 40 kg/m ² .
IMC > 30 kg/m ² associado a pelo menos uma das medidas antropométricas a seguir: <ul style="list-style-type: none"> • circunferência abdominal (> 102 cm para homens ou > 88 cm para mulheres); • relação circunferência abdominal/circunferência de quadril (> 0,9 para homens e > 0,85 para mulheres); • relação circunferência abdominal-altura (> 0,5 para homens e mulheres).
Presença de duas ou mais medidas antropométricas (circunferência abdominal, relação circunferência abdominal/circunferência de quadril e relação circunferência abdominal-altura), independentemente do IMC.

Além disso, passou-se a estratificar os indivíduos em quem a obesidade atua como um fator de risco para outras condições de saúde (chamados de portadores de obesidade pré-clínica) daqueles em que a obesidade atua como uma doença por si só (chamados portadores de obesidade clínica). De maneira prática, a obesidade clínica é definida pela presença de:

- evidência de **alteração da função orgânica ou tecidual secundária à obesidade**. (tabela abaixo);
- **limitação de atividades básicas da vida diária ou de mobilidade** substanciais causadas pelos efeitos da obesidade.

Órgão, tecido ou sistema corporal	Critério diagnóstico
Adultos	
Sistema nervoso central	Sinais de aumento da pressão intracraniana, como perda de visão e/ou dores de cabeça recorrentes
Vias aéreas superiores	Apneias/hipopneias durante o sono causadas pelo aumento da resistência das vias aéreas superiores
Respiratório	Hipoventilação e/ou falta de ar e/ou chiado devido à redução da complacência pulmonar e/ou diafragmática
Cardiovascular (ventricular)	Redução da fração de ejeção do ventrículo esquerdo – insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (ICFER)

Órgão, tecido ou sistema corporal	Critério diagnóstico
Adultos	
Cardiovascular (atrial)	Fibrilação atrial crônica/recorrente
Cardiovascular (pulmonar)	Hipertensão da artéria pulmonar
Cardiovascular (coração)	Fadiga crônica, edema em membros inferiores devido à disfunção diastólica – insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada (ICFEP)
Cardiovascular (trombose)	Trombose venosa profunda e/ou doença tromboembólica pulmonar recorrente
Cardiovascular (arterial)	Pressão arterial elevada
Metabolismo	Conjunto de hiperglicemia, níveis elevados de triglicerídeos e baixos níveis de colesterol HDL
Fígado	Doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica (MASLD) com fibrose hepática
Renal	Microalbuminúria com taxa de filtração glomerular estimada (eGFR) reduzida
Urinário	Incontinência urinária crônica/recorrente
Reprodutivo (feminino)	Anovulação, oligomenorreia e síndrome dos ovários policísticos (SOP)
Reprodutivo (masculino)	Hipogonadismo masculino
Musculoesquelético	Dor crônica grave no joelho ou quadril, associada à rigidez articular e redução da amplitude de movimento articular
Linfático	Linfedema em membros inferiores causando dor crônica e/ou redução da amplitude de movimento
Limitações nas atividades do dia a dia	Limitações significativas, ajustadas por idade, de mobilidade e/ou outras atividades básicas da vida diária (ABVD – banho, vestir-se, usar o banheiro, comer)

Aqueles que não possuem nenhum dos dois critérios acima possuem obesidade pré-clínica.

Do ponto de vista de tratamento, a terapia da obesidade consiste em um tripé:

Tratamento não farmacológico - consistindo principalmente em atividade física e dieta hipocalórica. Dessas opções, aquela que isoladamente mais traz resultados é a terapia nutricional. Deve ser indicada para todos com obesidade.

Tratamento farmacológico - as indicações são:

INDICAÇÕES DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

A associação de medicações antiobesidade é feita quando há falha em perder peso com o tratamento não farmacológico por 3-6 meses e:

- IMC ≥ 30 kg/m²;

- IMC ≥ 27 kg/m², na presença de comorbidades modificáveis pela perda de peso;

- IMC < 25 kg/m², porém com aumento de circunferência abdominal e presença de comorbidades associadas à obesidade ou à síndrome metabólica (obesos viscerais).

Populações de origem asiática, por apresentarem quadros de resistência à insulina com IMC menores que as demais populações, devem ser tratadas se:

- IMC $\geq 27,5$ kg/m²;

- IMC ≥ 23 kg/m², na presença de comorbidades modificáveis pela perda de peso.

** O valor da circunferência abdominal (CA) depende do critério de síndrome metabólica utilizado (o mais frequente é o NCEP): CA ≥ 102 cm (homens), CA ≥ 88 cm (mulheres).*

Os fármacos aprovados para o tratamento de obesidade são:

- incretinomiméticos (liraglutida, semaglutida, tirzepatida e retatrutida);
- bupropiona + naltrexona;
- sibutramina;
- orlistate.

Tratamento cirúrgico - o tratamento cirúrgico preferencial deverá ser feito com as técnicas de gastrectomia vertical ou *by-pass* gástrico com Y de Roux. Os critérios para a indicação de cirurgia bariátrica atualizados são:

	Critérios do CFM antigos (2015 e 2017)	Critérios do CFM novos (2025)
Idade	18 a 65 anos	≥ 16 anos
Falha do tratamento	Necessária por 2 anos, comprovada por 2 endocrinologistas (IMC 30-35)	Decisão consensual entre cirurgião e equipe multidisciplinar; sem tempo mínimo
Critérios de peso	<ul style="list-style-type: none"> • IMC ≥ 40 kg/m²; • IMC entre 35 e 40 kg/m² associado a pelo menos uma doença associada à obesidade e que melhore com a perda ponderal (Tabela 2); • IMC entre 30 e 35 kg/m² associado a DM2 não controlado com tratamento clínico otimizado, idade entre 30 e 70 anos e diagnóstico de DM2 há < 10 anos. 	<p>IMC ≥ 40 kg/m²;</p> <p>IMC entre 35 e 40 kg/m² associado a pelo menos uma doença associada à obesidade e que melhore com a perda ponderal (Tabela 2);</p> <p>IMC entre 30 e 35 kg/m² associado a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DM2; • doença renal crônica precoce em pacientes com DM2; • doença cardiovascular grave com lesão de órgão-alvo; • síndrome da apneia-hipopneia obstrutiva do sono grave; • doença hepática gordurosa associada à disfunção
		<ul style="list-style-type: none"> • metabólica com fibrose; • doenças com indicação de transplante; • refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica; • osteoartrite grave.

Indicações de cirurgia bariátrica e metabólica.

Abreviações: CFM - Conselho Federal de Medicina; DM2 - diabetes *mellitus* tipo 2; IMC - índice de massa corporal.

Referências: <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2025/2429>, <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2015/2131> e <https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2017/2172>.

COMORBIDADES MODIFICÁVEIS PELA PERDA PONDERAL**1. RELACIONADAS ÀS ALTERAÇÕES METABÓLICAS:**

- diabetes *mellitus* tipo 2;
- hipertensão arterial;
- doenças cardiovasculares*;
- dislipidemias;
- infertilidade (por anovulação crônica);
- síndrome dos ovários policísticos;
- pancreatite de repetição*;
- colecistopatia calculosa*;
- esteatose hepática.

2. RELACIONADAS À SOBRECARGA OU RESTRIÇÃO ESTRUTURAL:

- síndrome da apneia obstrutiva do sono;
- *cor pulmonale*;
- asma grave não controlada;
- osteoartrite e artropatias;
- hérnias abdominais;
- DRGE grave, com indicação cirúrgica;
- incontinência urinária de esforço (em mulheres);
- doença hemorroidária ou veias varicosas;
- pseudotumor cerebral*.

3. RELACIONADAS AO PREJUÍZO PSICOSSOCIAL:

- depressão;
- estigmatização social (por exemplo, ser preterido a um emprego por ser obeso).

Correta a alternativa A. O tratamento farmacológico é a metodologia preferida para perda de peso para pacientes com obesidade que falham após 3-6 meses de terapia não farmacológica. A semaglutida, um análogo do GLP-1, é aprovada para o tratamento da obesidade mesmo na ausência de diabetes. O medicamento demonstrou grande eficácia na redução de peso, especialmente quando associado a mudanças no estilo de vida. Além disso, esse fármaco demonstrou reduzir o risco cardiovascular, o que é especialmente interessante para a paciente do enunciado.

Incorreta a alternativa B. A sibutramina não é considerada primeira escolha para pacientes com obesidade grau II. Além disso, seu uso é contraindicado nos pacientes de alto risco cardiovascular.

Incorreta a alternativa C. Embora a metformina tenha algum efeito anorexígeno, não é indicada como tratamento de primeira linha da obesidade em pacientes sem diabetes. Seu uso isolado não promove perda de peso significativa em pessoas com obesidade sem distúrbios glicêmicos.

Incorreta a alternativa D. A cirurgia bariátrica é indicada para pacientes com falha na associação de tratamento não farmacológico e farmacológico, associada a IMC ≥ 40 kg/m² ou ≥ 35 kg/m² com comorbidades.

Gabarito: A

CIRURGIA

21. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 53 anos, tabagista, procura ambulatório de urologia devido a excesso de pele em prepúcio, que vem cursando nos últimos 4 meses com infecção local refratário ao tratamento tópico e antibioticoterapia oral, associado a uma lesão na glândula. Ao exame, observa-se secreção fétida em prepúcio e lesão exofítica esbranquiçada de cerca de 0,7 cm na glândula. Baseado no quadro clínico, qual é a conduta correta?

- A) Penicilina benzatina 1.200.000 UI IM.
- B) Ceftriaxona 500 mg IM + azitromicina 1 g VO.
- C) Orientar higiene local.
- D) Solicitar biópsia da lesão.

COMENTÁRIOS:

Lesão em glândula com evolução > 3 meses que não melhora com tratamento tópico e antibióticos orais sugere fortemente o diagnóstico de câncer de pênis.

Os fatores de risco para essa doença incluem a infecção pelo HPV, má higiene íntima, fimose, ausência de circuncisão, tabagismo e idade avançada (> 50 anos). O paciente em tela apresenta alguns dos fatores de risco citados.

O diagnóstico de carcinoma peniano deve ser considerado em homens que apresentem uma massa ou úlcera peniana, particularmente naqueles que não foram circuncidados, podendo estar associado a infecção secundária. O diagnóstico requer uma biópsia para confirmação tecidual.

Incorreta a alternativa A. A sífilis primária apresenta-se como uma lesão ulcerada única, indolor, de bordas bem definidas, fundo limpo, com resolução espontânea em cerca de 4-5 semanas.

Incorreta a alternativa B. A secreção de odor fétido associada a uma lesão na glândula, em paciente com fimose, como citado na questão, é mais compatível com uma infecção secundária associada, não sendo característico de um corrimento uretral.

Incorreta a alternativa C. Apesar de a higiene local ser uma medida de prevenção para os carcinomas penianos, é uma medida de suporte, não sendo a única conduta a ser orientada mediante suspeita de malignidade.

Correta a alternativa D. Toda lesão peniana com evolução crônica, refratária, especialmente em pacientes com fatores de risco compatíveis, deve ser submetida a uma biópsia.

Gabarito: D

22. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 65 anos com relato de dor em fossa ilíaca esquerda há 3 dias, com piora de intensidade há 1 dia, associado a náuseas, febre e diarreia. Ao exame, apresenta FC de 104 bpm, pressão arterial de 125 x 70 mmHg, abdome distendido, depressível, doloroso à palpação em fossa ilíaca esquerda, sem sinais de irritação peritoneal. Submetido a uma tomografia de abdome e pelve com contraste, que evidenciou um espessamento do cólon descendente e abscesso em pelve de 5 cm. Qual é a conduta indicada?

- A) Internação, antibioticoterapia e drenagem do abscesso.
- B) Alta hospitalar e antibioticoterapia oral.
- C) Cirurgia de Hartmann.
- D) Laparoscopia com irrigação da cavidade abdominal com soro fisiológico aquecido.

COMENTÁRIOS:

Paciente idoso, com dor em fossa ilíaca esquerda, associado a náusea, febre e alteração de hábito intestinal, são característicos de uma diverticulite aguda.

O exame padrão-ouro para investigação do quadro é uma tomografia de abdome com contraste, que pode ter como achados um espessamento na parede intestinal, aumento da densidade dos tecidos moles na gordura pericólica, divertículos e visualização de complicações como abscessos, peritonite e pneumoperitônio.

Com o exame de imagem, também realizamos a classificação de Hinchey, que vai orientar o manejo terapêutico.

Estágio I: abscesso mesentérico ou pericólicos. São indicados internação, antibiótico e drenagem percutânea se abscesso \geq 4 cm.

Estágio II: abscesso pélvico. São indicados internação, antibiótico e drenagem percutânea se abscesso \geq 4 cm

Estágio III: peritonite purulenta generalizada. São indicados internação, antibiótico, laparoscopia com irrigação da cavidade com soro aquecido ou laparotomia com cirurgia de Hartmann.

Estágio IV: peritonite fecal generalizada. São indicados internação, antibiótico e laparotomia com cirurgia de Hartmann.

Correta a alternativa A. Paciente apresenta uma diverticulite aguda complicada com abscesso pélvico, compatível com Hinchey II. Estão indicados antibióticos e drenagem percutânea.

Incorreta a alternativa B. Apenas pacientes com diverticulite aguda não complicada podem realizar tratamento domiciliar.

Incorreta a alternativa C. Esse é o tratamento padrão para pacientes com diverticulite aguda complicada com peritonite generalizada (Hinchey III ou IV).

Incorreta a alternativa D. Essa é uma opção terapêutica em pacientes com diverticulite aguda complicada com peritonite purulenta (Hinchey III), como alternativa à cirurgia de Hartmann.

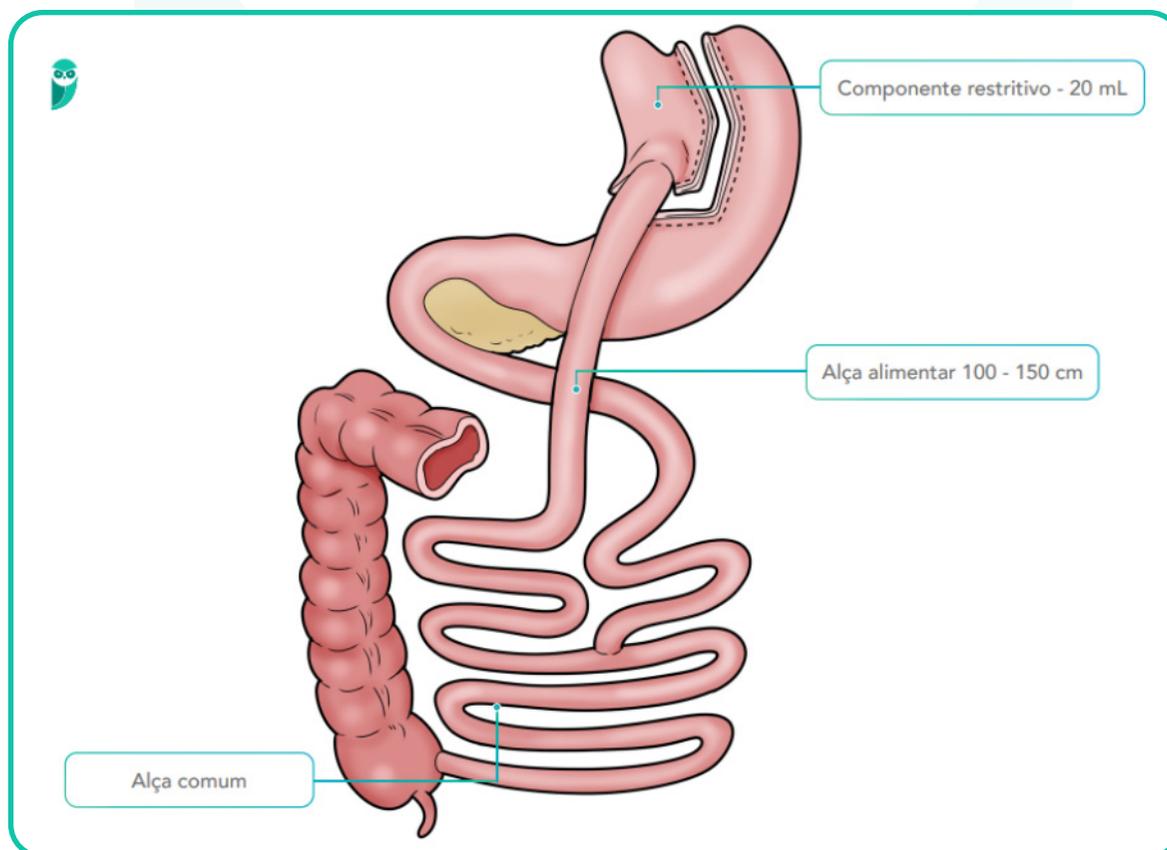
Gabarito: A

23. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Uma mulher de 40 anos, refere intolerância alimentar progressiva nos últimos 4 meses, com piora importante dos sintomas nos últimos meses, apresentando vômitos pós-prandiais, sem dor abdominal. Foi submetida a uma cirurgia bariátrica (*by-pass* gástrico em Y de Roux) há 10 meses. Considerando o quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que apresenta a hipótese diagnóstica mais provável e o mecanismo provável da complicação apresentada.

- A) Colelitíase, supersaturação da bile e dismotilidade da vesícula biliar devido à rápida perda de peso.
- B) Anemia ferropriva, perda do segmento intestinal responsável pela absorção de ferro.
- C) Estenose da anastomose gastrojejunal, úlcera marginal da anastomose.
- D) Síndrome de *dumping*, esvaziamento gástrico rápido com chegada de alimentos hiperosmolares no delgado.

COMENTÁRIOS:

As cirurgias bariátricas e metabólicas podem apresentar diversas complicações a depender da técnica cirúrgica utilizada. Entre as cirurgias de primeira escolha, o *by-pass* gástrico em Y de Roux é uma das técnicas mais utilizadas, porém que podem apresentar diversas complicações. Essa cirurgia consiste na realização de uma gastroplastia com secção do estômago, confeccionando uma bolsa gástrica com volume de cerca de 20 mL (componente restritivo) associado a uma derivação intestinal com uma alça alimentar de cerca de 100-150 cm e uma alça biliopancreática (componente disabsortivo).



COMPLICAÇÕES PRECOSES	COMPLICAÇÕES TARDIAS
Deiscência anastomótica	Colelitíase
Hemorragia	Litíase urinária
Tromboembolismo venoso (TEV)	Complicações nutricionais
Complicações cardiovasculares	Reganho de peso
Complicações pulmonares	

Incorreta a alternativa A. Apesar da colelitíase ser uma possível complicação dessa cirurgia, pelo mecanismo de supersaturação da bile e dismotilidade da vesícula biliar secundários a uma perda de peso rápida, seu quadro clínico não cursa com incapacidade alimentar. Assim como as demais cólicas biliares, o paciente cursaria com dor após a ingestão de alimentos gordurosos. Além disso, os sintomas não seriam progressivos, mas, sim, recorrentes.

Incorreta a alternativa B. Distúrbios nutricionais são comuns aos pacientes submetidos a cirurgias bariátricas, especialmente com derivação intestinal, cursando principalmente com deficiência de ferro, vitamina B12 e vitamina B1, que devem ser avaliadas e suplementadas nessa população. Entretanto, o quadro clínico é incompatível com essa complicação, geralmente se apresentando com uma palidez cutaneomucosa, fraqueza, taquicardia e outros sintomas comuns às síndromes anêmicas.

Correta a alternativa C. A estenose de gastroenteroanastomose é uma complicação mais tardia, geralmente com primeiros sintomas após 4-6 semanas de pós-operatório, evoluindo progressivamente até uma total incapacidade alimentar quando há o total fechamento da anastomose. Essa complicação ocorre principalmente devido a uma outra complicação comum, que são as úlceras marginais, promovidas pelo suco gástrico em contato com o jejuno. As úlceras geram um processo inflamatório, que leva à fibrose e, conseqüentemente, à estenose. Outro possível mecanismo para essa complicação são os erros de técnica, quando há excesso de tensão e isquemia da anastomose, entretanto, geralmente cursam com sintomas mais precocemente.

Incorreta a alternativa D. Uma das complicações mais frequentes desse tipo de cirurgia, a síndrome de *dumping* pode ser dividida em *dumping* precoce, quando ocorre nos primeiros 15-20 minutos após a ingesta alimentar, ou *dumping* tardio surgindo cerca de 1-3 horas após as refeições. O *dumping* precoce ocorre devido ao esvaziamento gástrico acelerado levando alimentos hiperosmolares ao delgado, levando a sintomas gastrointestinais, como vômitos, plenitude gástrica, cólica e diarreia, e sintomas vasomotores como palpitação, diaforese e rubor. Nesse caso, os sintomas não são progressivos como na questão, ao contrário, tendem a melhorar com o passar dos meses. Além disso, cursa com outros sintomas além dos vômitos.

Gabarito: C

24. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 40 anos é levado ao pronto-socorro devido a ferimento por arma branca no tórax, em linha axilar anterior, ao nível do 3° espaço intercostal. Na admissão, apresenta pressão arterial de 140 x 76 mmHg, frequência cardíaca de 115 bpm e saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente. Ao exame, é observado paciente agitado, com murmúrio vesicular reduzido em hemitórax direito e macicez à percussão. Qual é o procedimento adequado a ser realizado?

- A) Pericardiocentese.
- B) Drenagem torácica em selo d'água.
- C) Toracotomia de emergência.
- D) Radiografia de tórax.

COMENTÁRIOS:

Paciente vítima de trauma torácico penetrante por arma branca, com murmúrio vesicular reduzido associado a macicez à percussão, sendo compatível com diagnóstico de hemotórax. A primeira conduta a ser realizada é a drenagem torácica.

Incorreta a alternativa A. Essa é uma conduta de emergência em pacientes com tamponamento cardíaco quando há indisponibilidade imediata de cirurgia.

Correta a alternativa B. Essa é a conduta inicial em pacientes com diagnóstico de hemotórax.

Incorreta a alternativa C. As indicações de toracotomia no contexto de hemotórax são a drenagem imediata de mais de 1500 mL de sangue após a drenagem torácica ou drenagem contínua de volume maior ou igual a 200 mL/h em 2-4 horas após a drenagem.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico do hemotórax é clínico, não sendo necessário o uso de exames de imagem para indicar o tratamento.

Gabarito: B

25. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Mulher de 56 anos busca atendimento em serviço de emergência devido a dor abdominal em hipocôndrio direito há 5 dias, com piora de intensidade progressiva, associada, há 1 dia, com urina de coloração escurecida e febre. Ao exame físico, está em regular estado geral, ictérica 2+4/+, frequência cardíaca de 120 bpm, pressão arterial de 120 x 70 mmHg, saturação de oxigênio de 96% em ar ambiente, temperatura axilar de 39 °C, abdome distendido e doloroso à palpação em hipocôndrio direito. Realizou exames laboratoriais com bilirrubina total de 5,7 mg/dL (direta 5,0 mg/dL), fosfatase alcalina de 1375 UI/L, gamaglutamil transferase de 1898 UI/L, TGO de 100 UI/L, TGP de 82 UI/L, amilase de 60 UI/L e leucócitos de 28.100 por mm³. Solicitado ultrassom de abdome que evidenciou vesícula biliar com paredes finas e lisas com vários cálculos em seu interior e colédoco dilatado com diâmetro de 14 mm, notando-se cálculos em seu terço distal. Assinale a alternativa com a hipótese diagnóstica mais provável e o manejo correto.

- A) Colangite aguda, antibioticoterapia e drenagem da via biliar.
- B) Colangite aguda, antibioticoterapia e observação.
- C) Colecistite aguda, antibioticoterapia e colecistectomia.
- D) Colecistite aguda, antibioticoterapia e colecistostomia.

COMENTÁRIOS:

Paciente apresentando a tríade de Charcot, com dor abdominal, febre e icterícia, sendo indicativo de colangite aguda. Para o diagnóstico do quadro, utilizamos os critérios de Tokyo (2018), sendo necessário um item A + um item B + um item C:

Item A (sinais de inflamação sistêmica):

- febre > 38 °C e/ou calafrios;
- leucocitose > 10.000, leucopenia < 4.000, aumento do PCR, ou outros sinais de inflamação.

Item B (colestase):

- bilirrubina total > 2,0;
- FAL, GGT, TGO e TGP > 1,5x limite superior de normalidade.

Item C (imagem):

- dilatação biliar;
- evidência de etiologia (estenose, cálculo, *stent*).

A partir disso, devemos definir o grau da colangite, também baseado em critérios de Tokyo, para orientar o tratamento.

- **Grau I:** sem critérios de grau II ou III. Tratamento: antibioticoterapia.
- **Grau II (2 critérios):** leucócitos > 12.000 ou < 4.000, febre > 39 °C, idade > 75 anos, BT > 5 ou hipoalbuminemia. Tratamento: antibiótico e drenagem da via biliar (preferencialmente CPRE).
- **Grau III:** disfunção cardiovascular, neurológica, respiratória, renal, hepática ou hematológica. Tratamento: antibiótico e drenagem da via biliar urgente (< 24 horas).

Correta a alternativa A. Paciente apresenta os 3 itens para diagnóstico de colangite, que pode ser classificada como grau II (leucócitos > 12.000, febre > 39 °C e bilirrubina total > 5), sendo indicada drenagem da via biliar precocemente.

Incorreta a alternativa B. Apesar do diagnóstico correto, devido ao grau da colangite, é necessário realizar drenagem da via biliar o mais precoce possível.

Incorreta a alternativa C. O diagnóstico não é compatível com colecistite. Apesar de também cursar com dor abdominal, raramente se apresenta com níveis tão altos de bilirrubina e febre tão elevada.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico não é compatível com colecistite.

Gabarito: A

26. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Uma criança de 5 anos é atendida em emergência devido a acidente automobilístico. Queixa de dor abdominal em hipocôndrio direito. Ao exame, estava em regular estado geral, confuso, com pressão arterial de 70 x 40 mmHg, frequência cardíaca de 150 bpm, pele fria e pegajosa, tempo de enchimento capilar prolongado, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito. Na admissão, foi realizada tentativa de acesso venoso periférico por diversas vezes, sem sucesso. Nesse cenário clínico, qual é o melhor acesso a ser realizado na emergência no contexto apresentado?

- A) Acesso venoso central femoral.
- B) Acesso venoso central jugular.
- C) Punção intraóssea.
- D) Dissecção venosa.

COMENTÁRIOS:

Temos uma criança com sinais de choque (hipotenso, pele fria, taquicárdico, tempo de enchimento capilar prolongado), com necessidade de realização de volume e transfusão sanguínea. No contexto de trauma, o acesso venoso periférico é o melhor acesso a ser realizado, de preferência dois cateteres calibrosos com jelco 18 ou maior. Na falha de acesso periférico, especialmente em crianças, há uma ordem de prioridade com relação aos tipos de acesso a serem realizados, sendo a punção intraóssea a melhor opção de acesso após 2 tentativas falhas de acesso periférico. A punção deve ser realizada preferencialmente em região anteromedial da tíbia ou fêmur distal. Se indisponibilidade ou contra-indicação à punção intraóssea, a recomendação é de acesso venoso central femoral, depois acesso venoso central jugular ou subclávia e, como última opção, a dissecção venosa.

- I. Acesso periférico (2 tentativas).
- II. Punção intraóssea (anteromedial da tíbia e fêmur distal).
- III. Acesso venoso central femoral.
- IV. Acesso venoso central jugular ou subclávia.
- V. Dissecção venosa.

Incorreta a alternativa A. O acesso venoso central femoral é a terceira opção de acesso no contexto de trauma na pediatria.

Incorreta a alternativa B. O acesso venoso central jugular é a quarta opção de acesso no contexto de trauma na pediatria.

Correta a alternativa C. A punção intraóssea é a primeira alternativa após falha de acesso periférico no contexto de choque na infância.

Incorreta a alternativa D. A dissecção venosa é a quinta opção de acesso no contexto de trauma na pediatria.

Gabarito: C

27. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 45 anos, foi levado ao pronto-socorro vítima de trauma elétrico durante trabalho, com lesão de entrada em mão direita e saída no pé direito. Sobre queimadura elétrica, assinale a alternativa correta.

- A) É necessário monitorização cardíaca devido ao risco de arritmia.
- B) A expansão volêmica deve ser realizada com o mesmo volume de pacientes queimados.
- C) O tecido de menor resistividade elétrica são os ossos.
- D) A lesão muscular raramente evolui com complicações.

COMENTÁRIOS:

O trauma elétrico ocorre devido à passagem de corrente elétrica de alta voltagem, geralmente apresentando uma lesão de entrada e uma lesão de saída da corrente.

Correta a alternativa A. Os pacientes vítimas de trauma elétrico devem ter a avaliação do ritmo cardíaco na admissão e mantidos em monitorização, pois possuem alto risco de arritmia cardíaca.

Incorreta a alternativa B. A expansão volêmica de pacientes com trauma elétrico, segundo o ATLS, deve ser dobrada (4 x SCQ x peso), com diurese alvo de 100 mL/h em adultos.

Incorreta a alternativa C. O tecido de menor resistividade elétrica são os nervos e vasos, e o de maior resistividade são os ossos.

Incorreta a alternativa D. A lesão muscular leva às principais complicações do trauma elétrico, como a rhabdomiólise e a síndrome compartimental.

Gabarito: A

28. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 24 anos, previamente hígido, com relato de dor abdominal em região periumbilical há 2 dias, com piora de intensidade, que há 1 dia migrou para fossa ilíaca direita. Associado, apresenta náuseas, vômitos e hiporexia. Ao exame, estava febril, com abdome doloroso à palpação em fossa ilíaca direita e hipogástrio, com descompressão brusca positiva entre crista ilíaca anterossuperior e umbigo. Realizados os exames laboratoriais com leucócitos de 18.000 por mm³ e 89% de segmentados. Com base no quadro clínico, indique a conduta correta.

- A) Solicitar tomografia de abdome total com contraste.
- B) Indicar laparotomia exploradora e realizar antibioticoterapia por no mínimo 7 dias.
- C) Indicar apendicectomia videolaparoscópica e realizar uma dose de antibiótico profilático antes da cirurgia.
- D) Indicar apendicectomia aberta e realizar antibioticoterapia por 5 dias.

COMENTÁRIOS:

Em paciente do sexo masculino, jovem, previamente hígido, com quadro clínico característico (Alvarado = 8) e tempo de evolução < 48 horas, o diagnóstico de apendicite deve ser clínico, sem necessidade de exames adicionais, com indicação de abordagem cirúrgica.

Incorreta a alternativa A. Exames complementares devem ser realizados em casos duvidosos, com evolução arrastada (> 48 horas) e em populações com outros possíveis diagnósticos diferenciais como mulheres em idade fértil, crianças, imunossuprimidos, obesos e gestantes. Nessas situações, a tomografia de abdome com contraste é o exame de escolha.

Incorreta a alternativa B. Não é necessário realizar uma laparotomia exploradora, já que temos uma hipótese diagnóstica principal de apendicite. Além disso, nas fases iniciais não complicadas, é indicada apenas antibioticoprofilaxia.

Correta a alternativa C. Em paciente do sexo masculino, com quadro clínico típico, com evolução aguda, pode ser indicada a abordagem cirúrgica sem demais exames. A apendicectomia videolaparoscópica é o padrão-ouro e a antibioticoterapia é apenas profilática.

Incorreta a alternativa D. Essa seria uma abordagem em pacientes com apendicite aguda complicada, com sinais de peritonite difusa e apresentação tardia (> 48 horas).

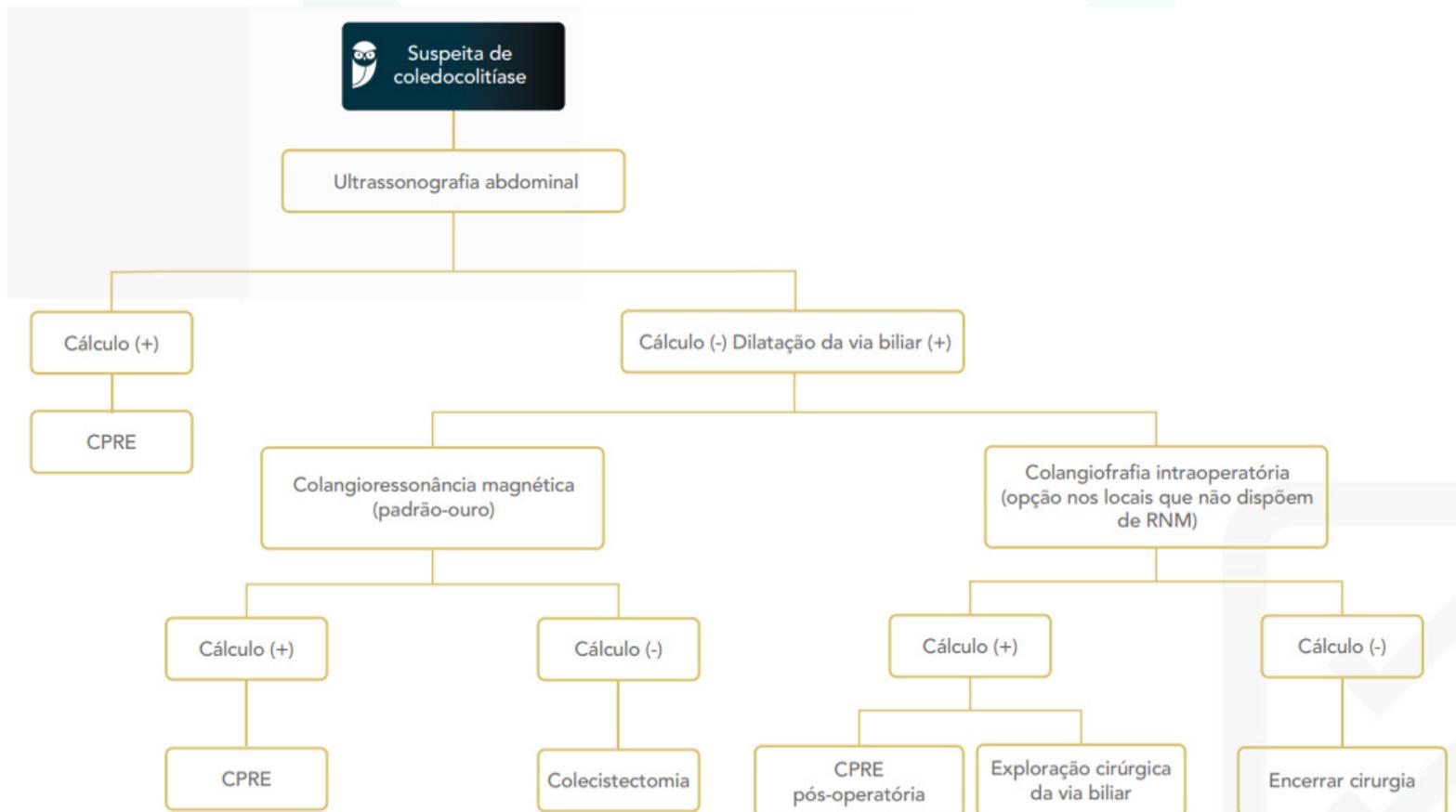
Gabarito: C

29. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 74 anos com quadro de dor abdominal em abdome superior há 1 semana, de caráter inicialmente intermitente, mas com piora de intensidade e mais constante nos últimos dias. Ao ser avaliado, estava icterício e com dor à palpação de hipocôndrio direito e epigástrico. Solicitados os exames laboratoriais com elevação de bilirrubinas às custas da fração direta, fosfatase alcalina e gama-GT. Realizou ultrassom de abdome com múltiplos cálculos na vesícula biliar e dilatação das vias biliares, sem fator obstrutivo evidente ao método. Qual é a próxima conduta indicada?

- A) Indicar colecistectomia videolaparoscópica com colangiografia intraoperatória.
- B) Solicitar colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).
- C) Acompanhar paciente clinicamente, seriando os exames laboratoriais.
- D) Solicitar colangiorressonância magnética.

COMENTÁRIOS:

Paciente com achados clínicos, laboratoriais e de imagem de uma coledocolitíase. A presença de dor abdominal associada a uma icterícia às custas de bilirrubina direta, com aumento das enzimas canaliculares, já nos sugere essa hipótese. Nesse caso, a ultrassonografia reforça o diagnóstico, confirmando colelitíase e visualizando dilatação das vias biliares, entretanto não visualizou o cálculo. Dessa forma, é necessário prosseguir investigação com outros exames de imagem para estudo da via biliar.



Incorreta a alternativa A. A colangiografia intraoperatória não é o exame de escolha, geralmente indicado em locais com indisponibilidade de colangiorressonância e CPRE.

Incorreta a alternativa B. Apesar de possuir elevada acurácia e ter a vantagem de também ser terapêutica, a CPRE é um procedimento invasivo que possui diversos riscos de complicação, sendo indicada apenas quando há preditores muito fortes de coledocolitíase, como a visualização do cálculo no colédoco em exames prévios.

Incorreta a alternativa C. É necessário prosseguir com a investigação para evidenciar etiologia da colestase. Além disso, esse paciente tem indicação de ser submetido a uma colecistectomia após resolução do quadro.

Correta a alternativa D. É necessário prosseguir com a investigação, sendo a colangiorressonância o exame de escolha por ser não invasivo e apresentar alta sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de cálculos no colédoco.

Gabarito: D

30. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 40 anos, hígido, busca o pronto-socorro devido a abaulamento em região inguinal direita, de longa data, porém doloroso há 2 dias. Nega alteração de hábito intestinal e outras queixas. No exame físico, é visualizado abaulamento inguinal, sem sinais flogísticos locais, facilmente redutível, com anel herniário de cerca de 3 cm. Qual é a conduta indicada?

- A) Encaminhar paciente para ambulatório de cirurgia geral para programação cirúrgica eletiva.
- B) Indicar cirurgia de urgência.
- C) Orientar uso de cinta e não indicar cirurgia no momento.
- D) Solicitar ultrassom de região inguinal.

COMENTÁRIOS:

Paciente com hérnia inguinal direita redutível, sem sinais de complicação, porém sintomática, sendo indicada cirurgia eletiva.

Correta a alternativa A. Paciente com hérnia inguinal sintomática deve ser orientado à programação cirúrgica eletiva.

Incorreta a alternativa B. Cirurgia de urgência é indicada em hérnias inguinais encarceradas ou estranguladas, ou seja, não redutíveis.

Incorreta a alternativa C. O tratamento conservador é indicado em pacientes não sintomáticos ou com risco cirúrgico proibitivo.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico das hérnias inguinais é clínico, não sendo necessários exames de imagem para elucidação diagnóstica.

Gabarito: A

31. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 77 anos procura a unidade de emergência com relato de dor abdominal difusa em associação à parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Ao exame, abdome distendido e doloroso à palpação profunda, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada radiografia de abdome com o achado a seguir.



Baseado na principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta mais indicada?

- A) Cirurgia de emergência.
- B) Sondagem nasogástrica e observação clínica.
- C) Descompressão colônica por retossigmoidoscopia.
- D) Complementar investigação com tomografia de abdome com contraste.

COMENTÁRIOS:

Paciente com quadro clínico compatível com abdome agudo obstrutivo e radiografia característica de volvo de sigmoide, representado pelo sinal do grão de café. Essa é uma patologia mais comum em pacientes idosos, do sexo masculino, com sigmoide redundante e longo. O tratamento inicial é realizado com retossigmoidoscopia ou colonoscopia descompressiva. O tratamento cirúrgico de emergência é indicado nos casos com complicação ou com falha da descompressão. Após a descompressão colônica, deve-se programar ressecção cirúrgica após 24-72 horas para evitar recidiva.

Incorreta a alternativa A. Cirurgia de emergência é indicada nos casos com complicação ou com falha da descompressão.

Incorreta a alternativa B. Esse é o tratamento conservador mais indicado para pacientes com abdome agudo obstrutivo alto, especialmente por bridas. Como a obstrução é em sigmoide, a sonda nasogástrica tem pouco efeito terapêutico.

Correta a alternativa C. Esse é o tratamento inicial para pacientes com volvo de sigmoide não complicado.

Incorreta a alternativa D. O diagnóstico pode ser confirmado apenas com a radiografia. A tomografia é indicada em casos duvidosos, em que é possível visualizar a rotação do sigmoide e afilamento abrupto.

Gabarito: C

32. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Menino de 12 anos é atendido em ambulatório de urologia devido a infecções recorrentes na região da glândula. Ao exame físico, nota-se impossibilidade de retração completa do prepúcio, com exposição parcial do meato uretral. Qual deve ser a conduta do urologista diante do quadro apresentado?

- A) Postectomia eletiva.
- B) Antibioticoterapia profilática.
- C) Orientar higiene, observação e retorno em 6 meses.
- D) Orientar exercícios de retração do prepúcio.

COMENTÁRIOS:

Criança de 12 anos em consulta ambulatorial com histórico compatível com balanopostite de repetição secundária à fimose. Até os primeiros 3 anos de vida, é possível indicar observação clínica com orientações de higiene local, desencorajando a retração forçada do prepúcio. A postectomia é o procedimento cirúrgico para a fimose, sendo indicada para casos de fimose persistente > 4-5 anos, balanopostites de repetição, balanite xerótica obliterante, balanamento para urinar ou ITU de repetição.

Correta a alternativa A. Paciente apresenta fimose persistente e balanopostite de repetição, sendo duas indicações para o procedimento cirúrgico que deve ser realizado de forma eletiva.

Incorreta a alternativa B. Na avaliação ambulatorial, não há sinais clínicos de balanopostite em curso. A prevenção dessa condição é baseada na higiene local e resolução da fimose cirurgicamente.

Incorreta a alternativa C. Essa seria a conduta na fimose fisiológica, até os 3 anos de idade, sem complicações associadas que indicam a cirurgia.

Incorreta a alternativa D. A retração do prepúcio não é recomendada devido ao risco de trauma local e parafimose.

Gabarito: A

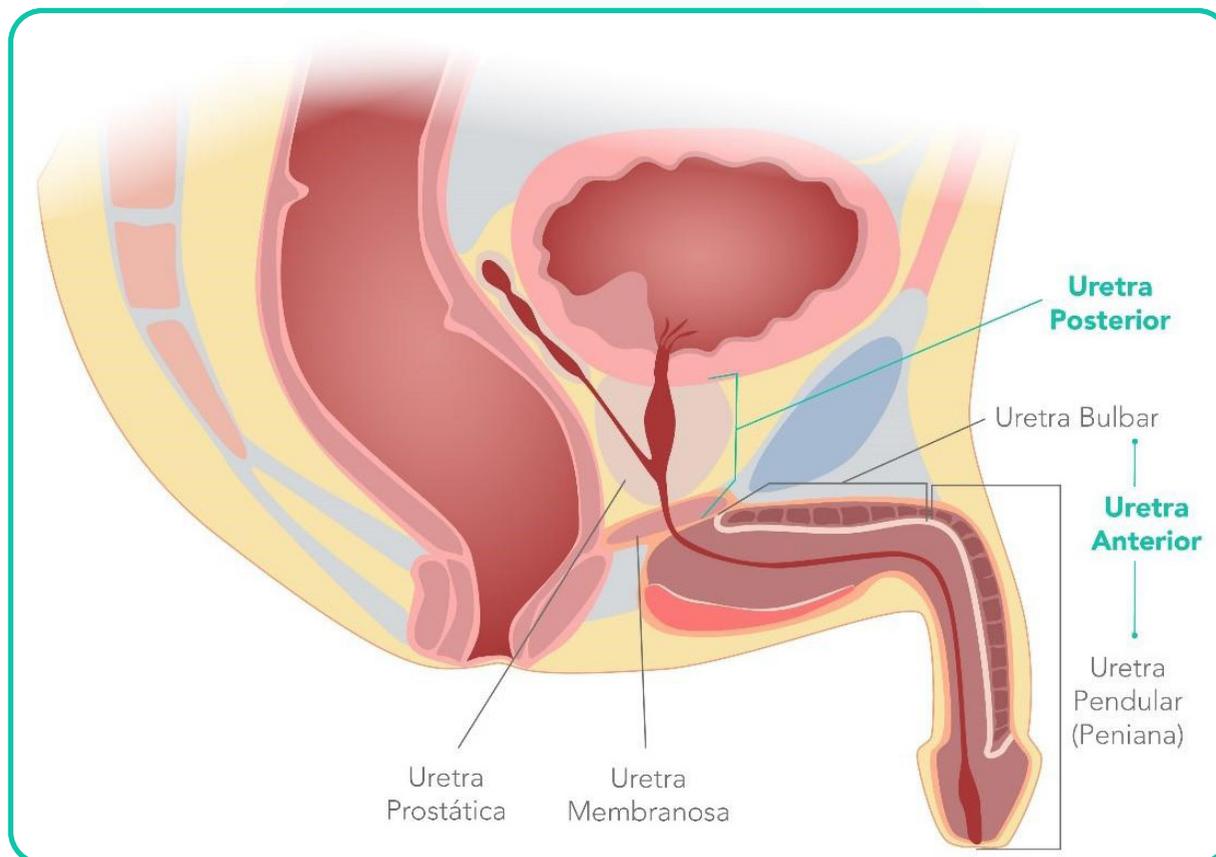
33. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Paciente de 29 anos, sexo masculino, trazido ao pronto-socorro com relato de atropelamento há cerca de 30 minutos. Durante avaliação inicial, apresenta vias aéreas pervias, sem sinais de desconforto respiratório, ausculta respiratória normal, pulsos amplos e simétricos, pele quente e bem perfundida, saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente, FC de 98 bpm, PA de 110 x 70 mmHg, Glasgow 15. Durante exposição, são visualizados equimose perianal, globo vesical palpável e uretrorragia. Após estabilização, é realizada radiografia de pelve, com achado de fratura pélvica. Baseado no caso acima, quais são a localização da lesão provável e o exame indicado para confirmação?

- A) Trauma de uretra anterior, uretrorradiografia retrógrada.
- B) Trauma de bexiga, cistografia retrógrada.
- C) Trauma de ureter, tomografia de abdome com contraste.
- D) Trauma de uretra posterior, uretrorradiografia retrógrada.

COMENTÁRIOS:

Paciente com mecanismo de trauma grave, estável, apresentando tríade clássica de trauma uretral (uretrorragia, bexigoma e hematoma perineal). A uretra é dividida a partir do diafragma urogenital em anterior e posterior.

- Uretra anterior: uretra peniana e bulbar. Trauma à cavaleiro com colisão direta da região urogenital.
- Uretra posterior: uretra membranosa e prostática. Relacionada geralmente à fratura pélvica.



O diagnóstico é confirmado com uretrocistografia retrógrada. Na suspeita de lesão de uretra, o cateterismo vesical é contraindicado. A medida imediata é a realização de cistostomia. A reconstrução definitiva geralmente é realizada 3-6 meses após o trauma ou imediata se trauma de uretra anterior penetrante.

Uretrocistografia retrógrada



Uretra normal

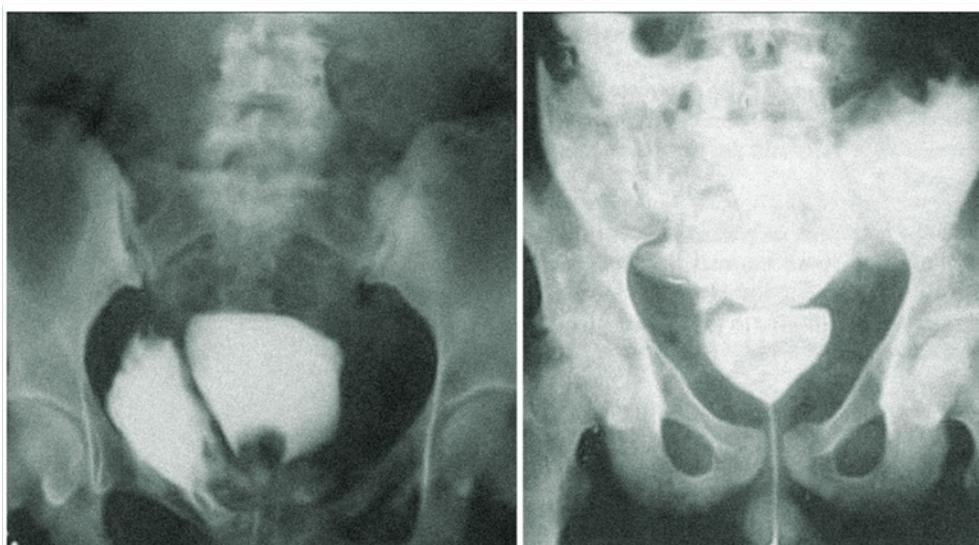


Lesão uretral

Incorreta a alternativa A. A presença de fratura pélvica associada ao trauma uretral indica uma lesão de uretra posterior. O mecanismo de trauma que sugere lesão de uretra anterior (bulbar) é a queda a cavaleiro.

Incorreta a alternativa B. O trauma de bexiga também está associado fortemente à fratura pélvica, entretanto o quadro clínico é distinto, cursando com hematúria ao invés de uretrorragia. Caso a lesão seja intraperitoneal, também pode cursar com dor suprapúbica e sinais de irritação peritoneal. A incapacidade de urinar, evoluindo com bexigoma é um sintoma comum ao trauma de bexiga e uretra. O diagnóstico é confirmado com cistografia retrógrada que diferencia a lesão intraperitoneal com extravasamento do contraste para cavidade abdominal da lesão extraperitoneal com contraste contido no espaço pré-vesical (coleção organizada unilateral em gota de lágrima ou chama de vela). A lesão intraperitoneal indica laparotomia para rafia vesical. Já na lesão extraperitoneal, é indicado tratamento conservador com sonda vesical por 2-3 semanas, repetindo a cistografia após esse período, sendo indicado reparo cirúrgico se persistência de vazamento de contraste após período de manejo conservador.

TRAUMA VESICAL: CISTOGRAFIA RETRÓGRADA



LESÃO EXTRAPERITONEAL

LESÃO INTRAPERITONEAL

Incorreta a alternativa A. Trauma ureteral é raro, geralmente com mecanismo de trauma penetrante ou fratura posterior de costelas inferiores, cursando com dor e equimose em flanco acometido. O diagnóstico é confirmado com tomografia de abdome com contraste. Se lesão contusa ou parcial incompleta, é indicado tratamento conservador com cateter duplo J. Em casos de lesões completas, a reconstrução ureteral deve ser realizada, com diferentes técnicas a depender da localização proximal ou distal da lesão.

Correta a alternativa B. O quadro clínico clássico de trauma uretral, associado à fratura de pelve, sugere fortemente uma lesão de uretra posterior. A uretrorretrocistografia retrógrada é o exame indicado para confirmação diagnóstica.

Gabarito: D

34. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Uma criança de 18 meses é trazida pela mãe com relato de queda da cama (cerca de 0,5 metros), com colisão da região frontal esquerda no chão. Acompanhante nega alteração do comportamento ou estado mental, assintomática após o acidente. Ao exame, apresenta hematoma subgaleal frontal e Glasgow 15. Qual é a melhor conduta para o caso em questão?

- A) Solicitar tomografia computadorizada de crânio devido ao achado de hematoma subgaleal.
 B) Solicitar tomografia computadorizada de crânio devido ao mecanismo de trauma grave.
 C) Não solicitar tomografia computadorizada de crânio e orientar sinais de alarme com retorno imediato caso ocorram.
 D) Nessa faixa etária, está contraindicado solicitar tomografia computadorizada de crânio devido à radiação elevada.

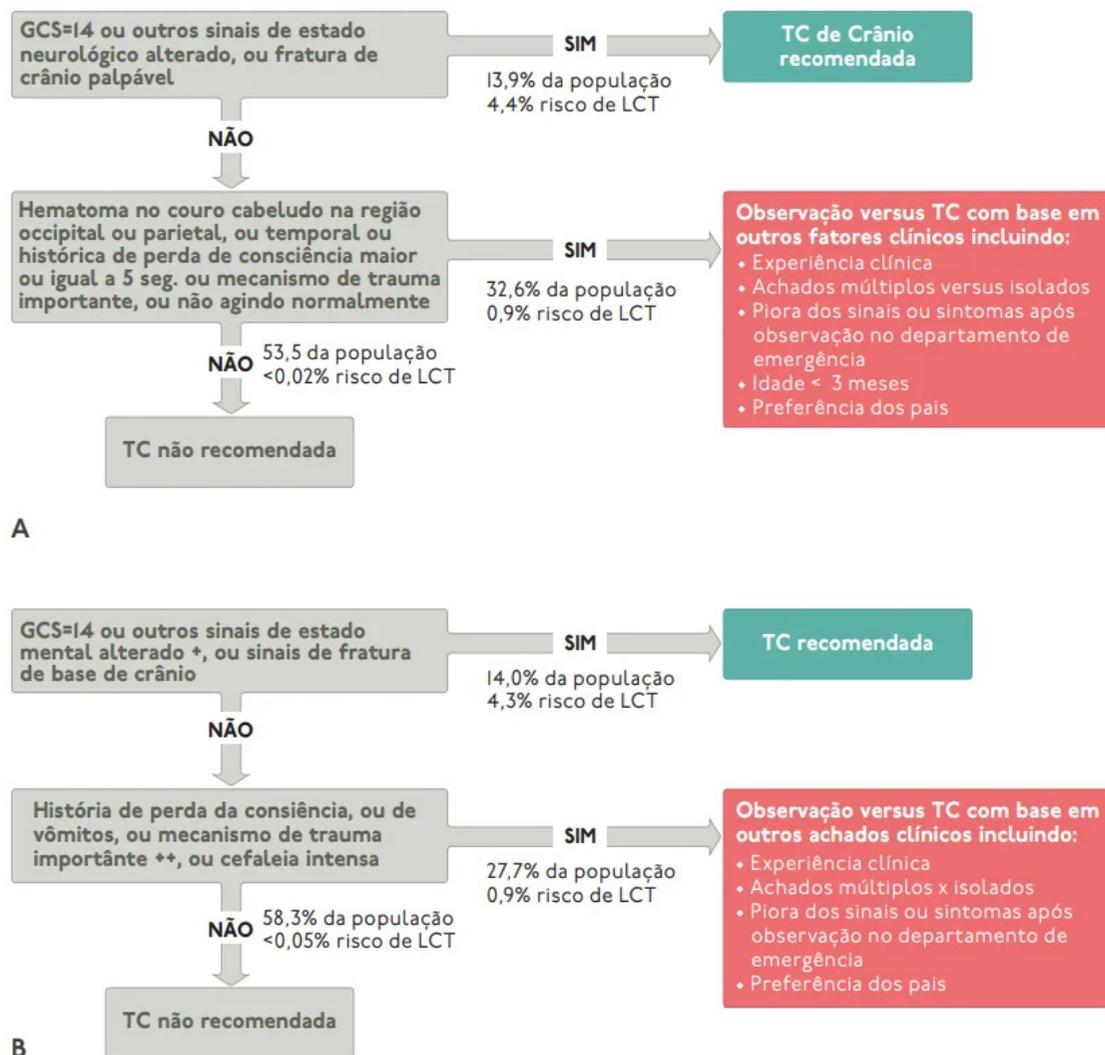
COMENTÁRIOS:

A indicação de tomografia de crânio no contexto de TCE em crianças é orientada pelos critérios do estudo PECARN, orientado pela ATLS. As indicações de exame de imagem são as seguintes:

Todos: Glasgow < 15, estado mental alterado, perda de consciência e mecanismo de trauma grave (ejeção veicular, capotamento, morte na cena, ciclista sem capacete, atropelamento, queda > 1 metro se < 2 anos ou > 1,5 metro se > 2 anos).

Crianças < 2 anos: fratura de crânio palpável, hematoma subgaleal não frontal e alteração de comportamento.

Crianças > 2 anos: vômitos e cefaleia forte.



■ FIGURA 10-7 Rede de Pesquisa Aplicada a Cuidados de Emergência (PECARN) Critérios para TC de Crânio. Algoritmo sugerido para realização de TC em crianças menores do que 2 anos (A) e para aqueles com 2 ou mais anos (B) com ECG de 14-15 após TCE.*

Incorreta a alternativa A. TC de crânio está indicada em crianças < 2 anos com hematoma subgaleal não frontal. No quadro clínico em tela, há apenas hematoma subgaleal frontal.

Incorreta a alternativa B. A TC de crânio estaria indicada se queda de altura > 1 metro, porém, no caso apresentado, a queda foi de meio metro.

Correta a alternativa C. A criança não apresenta nenhum sinal de alarme ou critério de indicação de TC de crânio pelo estudo PECARN.

Incorreta a alternativa D. O exame preconizado para avaliação de TCE com sinais de alarme é a tomografia de crânio, devendo ser indicada na presença de algum dos critérios de gravidade citados.

Gabarito: alternativa C

35. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 23 anos foi submetido à colectomia direita eletiva devido a complicações da doença de Crohn. Não foi realizado preparo de cólon no pré-operatório. Durante cirurgia, não houve extravasamento de fezes para a cavidade e foi realizada anastomose primária com grampeador. Que esquema de antibiótico deve ser realizado?

- A) Uma dose cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica, repetindo a dose a cada meia-vida do antibiótico até finalização do ato operatório.
- B) Uma dose cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica, devendo ser mantido por 24-48 horas.
- C) Uma dose cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica, devendo ser mantido por 5-7 dias.
- D) Uma dose imediatamente após a incisão cirúrgica, repetindo a dose a cada meia-vida do antibiótico até finalização do ato operatório.

COMENTÁRIOS:

Paciente submetido a uma cirurgia com violação da cavidade abdominal, mas sem extravasamento de fezes, sendo considerado um procedimento limpo-contaminado, sendo indicado apenas antibioticoprofilaxia. O esquema de antibiótico deve ser iniciado cerca de 60 minutos antes da incisão cirúrgica com repetição da dose a cada meia-vida da droga apenas até a finalização da cirurgia.

Correta a alternativa A. Esse é o esquema preconizado para cirurgia limpa-contaminada.

Incorreta a alternativa B. Para antibioticoprofilaxia, não é necessário manter antibióticos além do ato operatório.

Incorreta a alternativa C. Para antibioticoprofilaxia, não é necessário manter antibióticos além do ato operatório.

Incorreta a alternativa D. A primeira dose deve ser realizada cerca de 1 hora antes da incisão cirúrgica, não imediatamente após.

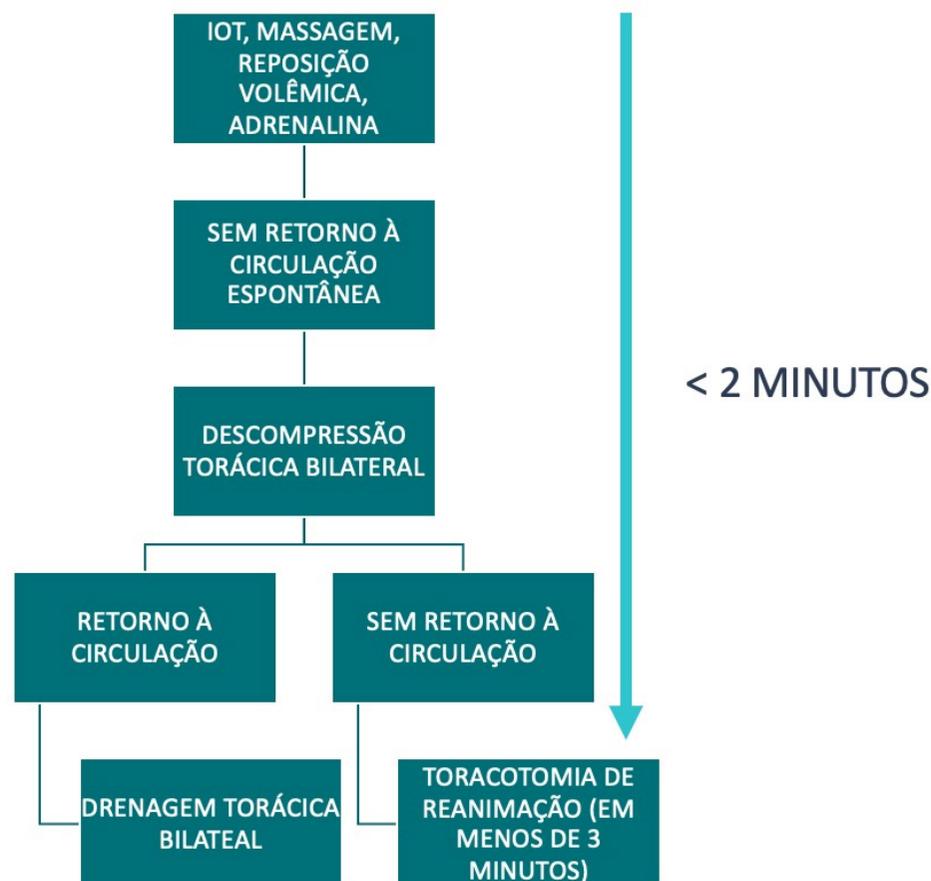
Gabarito: A

36. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 43 anos, vítima de acidente automobilístico, apresentando, na admissão hospitalar, estigmas de trauma em tórax anterior, evoluindo para parada cardiorrespiratória em AESP presenciada pela equipe assistencial do intra-hospitalar. Iniciadas medidas iniciais, com massagem cardíaca externa, intubação orotraqueal, acesso venoso com administração de adrenalina e reposição volêmica agressiva. Após 2 minutos, checado ritmo e pulso, ainda em AESP. Qual é a próxima conduta mais indicada?

- A) Manter apenas massagem cardíaca externa e adrenalina.
- B) Indicar massagem cardíaca interna.
- C) Realizar descompressão torácica bilateral.
- D) Encerrar medidas e declarar óbito.

COMENTÁRIOS:

Pacientes vítimas de trauma que evoluem com parada cardiorrespiratória devem ser inicialmente manejados como todas as outras paradas cardiorrespiratórias, conforme ACLS. As principais causas de PCR no trauma são pneumotórax hipertensivo, hipovolemia, tamponamento cardíaco e contusão miocárdica grave. Após as medidas iniciais, está indicado realizar descompressão torácica bilateral, visando tratar um pneumotórax hipertensivo, importante causa de PCR no contexto do trauma. Após isso, se o paciente se mantém sem RCE, a toracotomia com massagem cardíaca interna pode ser indicada, caso não haja contraindicações.



Contraindicações em ferimentos penetrantes:

- Paciente sem pulso ou pressão arterial inaudível na cena do trauma
- Assistolia na ausência de tamponamento pericárdico
- Ausência de pulso superior à 15 minutos
- Lesões extensas, incompatíveis com a vida

Contraindicações em ferimentos contusos:

- Ausência de pulso ou tempo de reanimação pré-hospitalar superior a 15 minutos
- Paciente sem pulso e em assistolia na cena do trauma
- Lesões extensas, incompatíveis com a vida

Incorreta a alternativa A. Após as medidas iniciais, está indicado realizar descompressão torácica bilateral como medida, mesmo sem o diagnóstico confirmado de pneumotórax.

Incorreta a alternativa B. Antes de indicar a toracotomia para realização de massagem cardíaca interna, é necessário realizar a descompressão torácica bilateral.

Correta a alternativa C. Paciente com provável trauma torácico contuso, evoluindo com PCR no intra-hospitalar, sem RCE após as medidas iniciais, deve ser submetido à descompressão torácica bilateral.

Incorreta a alternativa D. Ainda há medidas a serem tomadas antes de suspender a reanimação.

Gabarito: C

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Mulher de 72 anos, busca Unidade Básica de Saúde devido à dor em queimação na panturrilha após caminhar pequenas distâncias. Paciente tabagista, hipertensa e com IMC de 38 kg/m². Ao exame, apresenta membros inferiores sem edemas, rarefação de pelos, sem lesões tróficas, pulso femoral e poplíteo palpáveis, tibial posterior e pedioso reduzidos à direita. Que exame confirma o diagnóstico mais provável?

- A) Índice tornozelo-braquial $\leq 0,9$.
- B) Ultrassom Doppler arterial de membros inferiores.
- C) Ultrassom Doppler venoso de membros inferiores.
- D) Arteriografia.

COMENTÁRIOS:

Paciente com múltiplos fatores de risco para doença aterosclerótica (idade avançada, tabagismo, hipertensão e obesidade), apresentando claudicação intermitente, representado pela dor em queimação na panturrilha após caminhar pequenas distâncias, além de rarefação dos pelos e redução dos pulsos periféricos. Baseado no quadro clínico bastante sugestivo, o exame que confirma o diagnóstico sem necessidade de outros exames complementares é o índice tornozelo-braquial $\leq 0,9$.

ÍNDICE TORNOZELO-BRAQUIAL (ITB)

O índice tornozelo-braquial (ITB) é um exame bastante acurado para o diagnóstico de oclusões arteriais e é indispensável que você o conheça para responder a grande parte das questões em cirurgia vascular.

A aferição das pressões para o cálculo do ITB é semelhante à medida de pressão arterial que estamos habituados a fazer com esfigmomanômetro. No entanto, usamos um sonar-Doppler para constatar o fluxo vascular, em vez de estetoscópio.

O ITB é calculado a partir da divisão da maior pressão sistólica aferida no tornozelo (artéria tibial posterior ou dorsal do pé) pela maior pressão sistólica dos membros superiores (artéria braquial).

ITB do membro inferior direito:

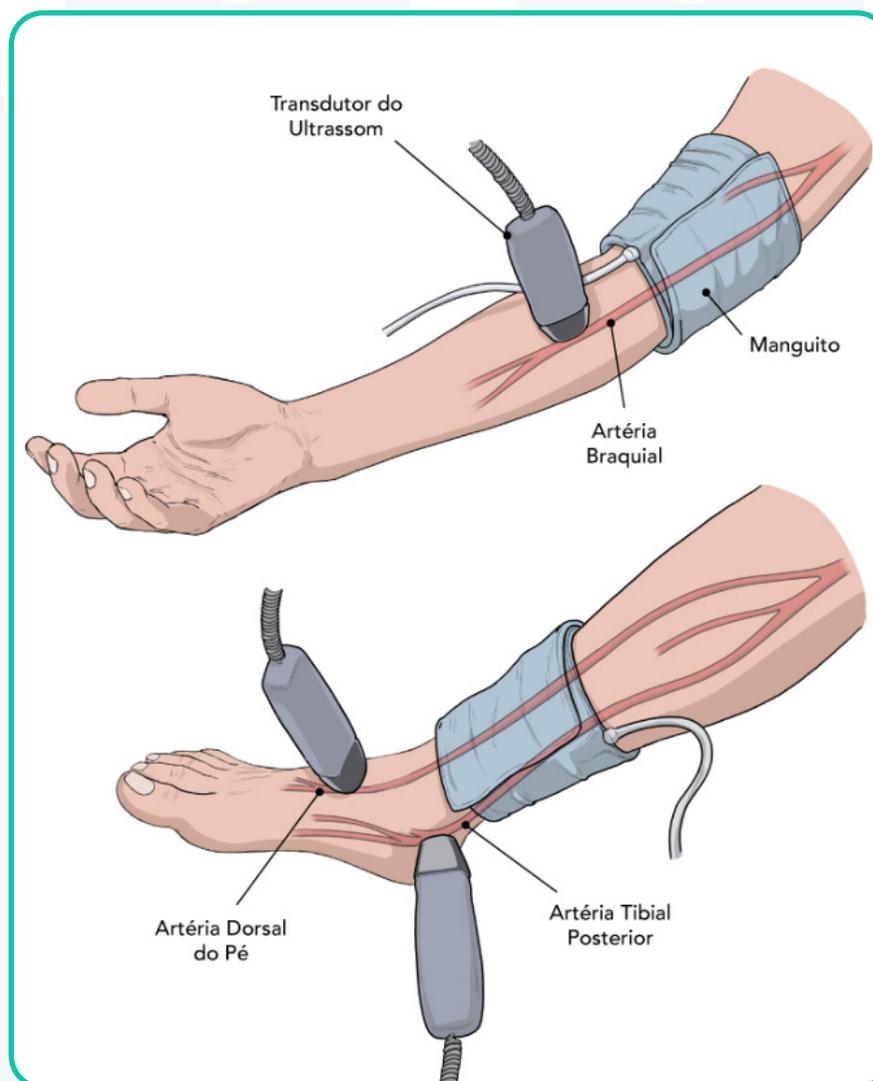
Maior pressão sistólica aferida no tornozelo direito

Maior pressão sistólica entre os membros superiores

ITB do membro inferior esquerdo:

Maior pressão sistólica aferida no tornozelo esquerdo

Maior pressão sistólica entre os membros superiores



Correta a alternativa A. O ITB confirma o diagnóstico de doença oclusiva arterial crônica, sem necessidade de outros exames complementares.

Incorreta a alternativa B. O ultrassom Doppler arterial é capaz de identificar o ponto exato de obstrução arterial, porém não é necessário para confirmação diagnóstica.

Incorreta a alternativa C. Paciente apresenta quadro clínico característico de doença arterial, sem estigmas de doença venosa, como edema, dor em peso, dermatite ocre, varizes e outros.

Incorreta a alternativa D. Os exames contrastados, como arteriografia e angiotomografia, são reservados aos pacientes com indicação de abordagem cirúrgica, para planejamento pré-operatório.

Gabarito: A

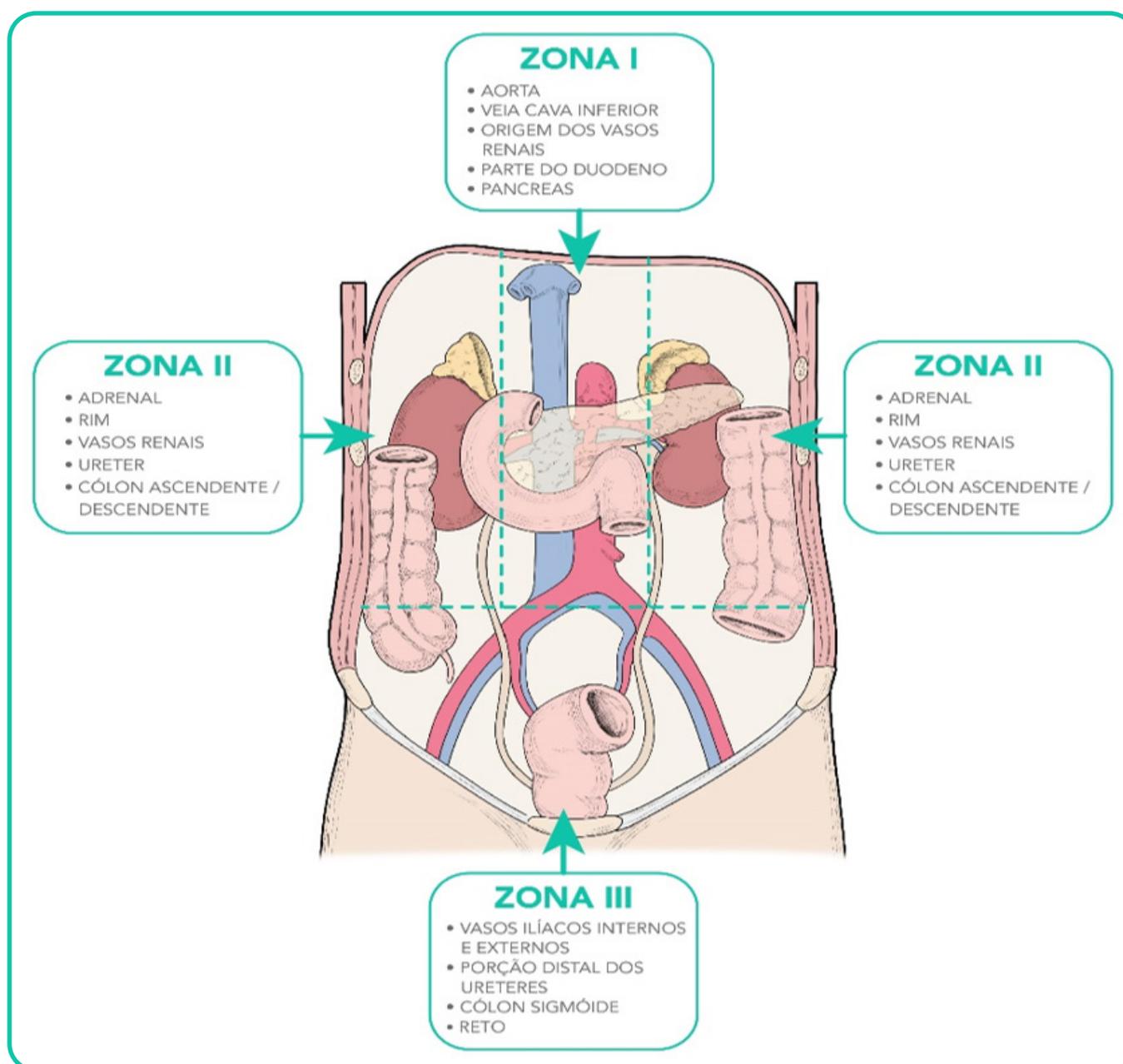
38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 20 anos, vítima de trauma abdominal penetrante em região anterior por arma de fogo, com orifício de entrada em região epigástrica e orifício de saída em região posterior paravertebral direita. Paciente dá entrada no pronto-socorro em grave estado geral, sonolento, taquicárdico, taquipneico e hipotenso, porém com vias aéreas pérvias. São iniciados reposição volêmica e protocolo de transfusão maciça, sendo encaminhado diretamente ao centro cirúrgico para realização de laparotomia exploradora. No intraoperatório, visualizado hematoma retroperitoneal lateral superior à direita. A partir do achado cirúrgico, qual deve ser a conduta do cirurgião?

- A) Não explorar hematoma, buscar outros focos de sangramento e encerrar cirurgia.
- B) Explorar hematoma, caso seja identificada lesão em artéria renal, é indicado proceder com ligadura e nefrectomia.
- C) Explorar hematoma, caso seja identificada lesão em artéria renal, é indicado reparo por sutura primária ou enxertos.
- D) Não explorar hematoma, realizar apenas empacotamento da cavidade e encerrar cirurgia.

COMENTÁRIOS:

No contexto do trauma retroperitoneal, é realizada uma divisão em 3 zonas que orientam manejo.

- **Zona I (central):** topografia de aorta, veia cava inferior, origem dos vasos renais, duodeno e pâncreas. Sempre indicada abordagem do hematoma, independente do trauma penetrante ou contuso.
- **Zona II (lateral):** topografia de adrenal, rim, vasos renais, ureter e cólon. No trauma penetrante, sempre deve explorar o hematoma. No trauma contuso, é indicado explorar se paciente instável, hematoma pulsátil ou em expansão e sangramento renal persistente.
- **Zona II (inferior):** topografia de vasos íliacos, ureter distal, sigmoide e reto. É indicado explorar hematoma no trauma penetrante ou trauma contuso com hemorragia exsanguinante óbvia.



No caso em tela, o paciente apresenta um hematoma retroperitoneal em zona II direita, com trauma penetrante e instabilidade hemodinâmica, sendo duas indicações de exploração. No caso de identificação de lesão de grandes vasos como a artéria renal, em pacientes instáveis, é realizada apenas ligadura. O reparo vascular é reservado para pacientes estáveis.

Incorreta a alternativa A. Paciente com hematoma em zona II por trauma abdominal penetrante, sendo indicada exploração do hematoma.

Correta a alternativa B. Paciente com hematoma retroperitoneal devido a trauma abdominal penetrante tem indicação de explorar. Devido à instabilidade hemodinâmica, caso haja lesão vascular, está indicado ligadura do vaso, que, no caso da artéria renal, deve-se associar à nefrectomia.

Incorreta a alternativa C. Paciente com instabilidade hemodinâmica não tem indicação de reparo da lesão arterial, e sim de ligadura, reduzindo tempo cirúrgico (*damage control*).

Incorreta a alternativa D. Paciente com hematoma em zona II por trauma abdominal penetrante, sendo indicada exploração do hematoma.

Gabarito: B

39. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 37 anos trazido pelo Corpo de Bombeiros, em protocolo de trauma com prancha rígida e colar cervical, com relato de atropelamento. Ao exame físico, paciente comunica com sons, abertura ocular ao chamado, localiza dor, ausculta respiratória e cardíaca sem alterações, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio esquerdo sem sinais de irritação peritoneal, pulso fino, pele fria, FC de 130 bpm, saturação de oxigênio de 90% e pressão arterial de 80 x 45 mmHg. Escolha a alternativa com a correta sequência de avaliação.

- A) Retirar colar cervical, acesso venoso e infusão de cristalóide aquecido.
- B) Oferecer oxigênio em cateter nasal, acesso venoso, infusão de cristalóide aquecido e encaminhar rapidamente para tomografias.
- C) Intubação orotraqueal, FAST, laparotomia exploradora se evidência de líquido livre.
- D) Oferecer oxigênio em máscara não reinalante, acesso venoso periférico, infusão de cristalóide aquecido enquanto aguarda hemoderivados, FAST.

COMENTÁRIOS:

A sequência de atendimento no trauma tem como objetivo padronizar a avaliação, priorizando as lesões que têm maior risco de vida imediato.

- A. Paciente verbaliza, sem sinais de obstrução de via aérea Glasgow > 8, sem outras indicações óbvias de via aérea definitiva imediato Manter colar cervical devido ao rebaixamento de nível de consciência, não sendo possível realizar avaliação confiável de cervicalgia.
- B. Paciente com ausculta respiratória sem alterações, mas com saturação de oxigênio baixa Deve-se oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante 10-15 L/min.
- C. Paciente com sinais de choque classe III e ABC score > 2 pontos (PAS < 90 mmHg e FC > 120 bpm, sendo indicado, além de reposição volêmica com cristalóide aquecido, já iniciar transfusão sanguínea Prescrição de ácido tranexâmico nas primeiras 3 horas. Está permitida, na avaliação primária, a realização de FAST para identificação de líquido livre que justifique o choque por hemorragia interna.
- D. Paciente com Glasgow = 10 (O = 3/ V = 2/ M = 5).
- E. Avaliação completa com exposição do paciente. Prevenção de hipotermia com manta térmica e fluidos aquecidos.

Incorreta a alternativa A. Não se deve retirar o colar cervical no momento, pois o paciente apresenta rebaixamento de nível de consciência, sem possibilidade de avaliação precisa de cervicalgia.

Incorreta a alternativa B. O oxigênio suplementar deve ser preferencialmente ofertado por máscara não reinalante. No momento, o paciente está instável, sendo contraindicada a realização de tomografia computadorizada até que esteja estável.

Incorreta a alternativa C. Não há nenhuma indicação de via aérea definitiva no momento.

- Rebaixamento de nível de consciência: Glasgow < 8 ou respostas motoras descoordenadas.
- Apneia.
- Proteção contra broncoaspiração: risco de aspiração de sangue ou vômito.
- Comprometimento iminente das vias aéreas: lesão por inalação, fraturas faciais, hematoma cervical expansivo, sangramento profuso de via aérea, trauma cervical.
- TCE grave com necessidade de hiperventilação.
- Incapacidade de manutenção da oxigenação adequada com ventilação sob máscara (SatO2 < 90% e/ou PaO2 < 60 mmHg).
- Convulsões reentrantes.

Correta a alternativa D. Paciente com via aérea pérvia e proteção de colar cervical. Deve-se oferecer oxigênio suplementar sob máscara não reinalante. O manejo do choque, nesse caso, já tem indicação de hemoderivados. O FAST seria uma medida auxiliar da etapa C para identificação e correção da causa da hemorragia.

Gabarito: D

40. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Mulher de 45 anos é admitida em centro cirúrgico para realização de colecistectomia videolaparoscópica eletiva devido a colelitíase sintomática. No momento, paciente assintomática. Nega outras comorbidades, cirurgias prévias e alergias. Durante anamnese, paciente relata ter ingerido 80 mL de água há 3 horas e uma sopa há 6 horas. Baseado nisso, qual é o correto manejo do caso?

- A) Suspender cirurgia e orientar correto jejum em próxima data agendada.
- B) Aguardar completar o jejum de 8 horas para iniciar indução anestésica.
- C) Iniciar indução anestésica.
- D) Passagem de sonda nasogástrica antes da indução anestésica para esvaziamento gástrico.

COMENTÁRIOS:

O protocolo ACERTO orienta a abreviação do jejum pré-operatório com jejum recomendado de 6 horas para sólidos leves e 2 horas para líquidos sem resíduos. No caso em tela, a paciente ingeriu líquido claro em pequena quantidade há 3 horas e dieta líquida há 6 horas, com tempo adequado de jejum.

Incorreta a alternativa A. O tempo de jejum da paciente está adequado de acordo com o protocolo ACERTO/ERAS.

Incorreta a alternativa B. O tempo de jejum da paciente já está suficiente, não se apresentando benefícios em aguardar completar 8 horas de jejum para iniciar cirurgia.

Correta a alternativa C. Paciente com tempo de jejum adequado, não havendo contraindicações à realização da cirurgia imediatamente.

Incorreta a alternativa D. Não há em nenhum protocolo a orientação de aspiração gástrica antes da indução anestésica para esvaziamento gástrico.

Gabarito: C

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

41. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Mulher de 39 anos, 2G1Pc, vem à UBS desejando iniciar método contraceptivo. Apresenta antecedente de câncer de mama tratado com cirurgia e quimioterapia. Desde o tratamento, apresenta irregularidade menstrual. Está em uso de tamoxifeno há 3 anos. Nega outras comorbidades. Que orientação deve ser dada a essa paciente?

- A) O DIU de levonorgestrel é liberado para essa paciente, pois apresenta mínima absorção sistêmica.
- B) A única opção de método com elevada eficácia para essa paciente é o DIU de cobre.
- C) Como a paciente foi submetida à quimioterapia e tem irregularidade menstrual, trata-se de menopausa precoce e não há necessidade de contracepção.
- D) O uso de métodos de barreira é a opção mais segura para a paciente evitar uma gravidez.

COMENTÁRIOS:

Para a adequada escolha do método contraceptivo, é importante que vários fatores sejam levados em conta, como disponibilidade do serviço de saúde, preferências da paciente, custos, efeitos colaterais e condições de saúde da mulher. Esta última tem fundamental importância, pois, ao mesmo tempo que o anticoncepcional contribui para diminuir os riscos de uma gravidez não planejada, também pode causar sérias complicações clínicas, caso prescrito inadequadamente.

Para minimizar esse risco, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou os “Critérios de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais”. Esse documento teve sua primeira publicação em 1996 e passou por revisões periódicas, sendo a última em 2022 (sexta edição), e tem por objetivo orientar os profissionais de saúde na prescrição dos métodos contraceptivos com segurança.

Os critérios reúnem diversas condições (características individuais ou condição médica/patológica preexistente) e dividem-nas em quatro categorias (1 a 4). Na **categoria 1**, estão as condições clínicas para as quais não existem estudos mostrando restrição ao uso dos métodos. Na **categoria 2**, estão as condições em que o uso do método necessita de monitoramento, pois há riscos, porém os benefícios superam os riscos. Na **categoria 3**, os riscos são maiores do que os benefícios, portanto o método não deve ser prescrito, exceto se não houver outra alternativa aceitável para a mulher, ou seja, é uma contraindicação relativa. Na **categoria 4**, estão as condições clínicas para as quais os contraceptivos não devem ser prescritos, correspondendo a uma contraindicação absoluta. A tabela a seguir resume as categorias:

CATEGORIA	DESCRIÇÃO	CONDUCTA
1	Não existe restrição ao uso do método contraceptivo	Prescrever o método
2	As vantagens do uso do método sobrepõem-se aos riscos teóricos ou comprovados	Prescrever o método
3	Os riscos teóricos ou comprovados geralmente sobrepõem-se às vantagens do uso do método	Não prescrever (exceto se não houver outra alternativa)
4	Risco inaceitável à saúde caso o método seja utilizado	Não prescrever (contraindicação absoluta)

De acordo com a OMS, pacientes com antecedente de câncer de mama têm contraindicação absoluta a todos os métodos que contenham hormônio, incluindo o DIU de levonorgestrel. Caso o câncer tenha sido tratado e não haja evidência de doença há mais de 5 anos, os métodos hormonais são considerados categoria 3.

Incorreta a alternativa A, pois o câncer de mama é uma contraindicação absoluta ao método.

Correta a alternativa B, pois, pensando em métodos de elevada eficácia, apenas o DIU de cobre é liberado nesse caso, sendo considerado categoria 1.

Incorreta a alternativa C, pois não há diagnóstico firmado de insuficiência ovariana prematura e deve ser utilizado método contraceptivo.

Incorreta a alternativa D, pois o preservativo tem uma taxa de falha mais alta do que o DIU de cobre.

Gabarito: B

42. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Adolescente de 14 anos comparece à UBS buscando orientações sobre contracepção. Ela refere que está namorando atualmente e que iniciou relações sexuais com seu parceiro que tem a mesma idade dela. Ela diz que seus pais não sabem sobre o namoro e ela não deseja que eles sejam comunicados. Diante dessa situação, qual é a conduta mais adequada?

- A) Por se tratar de uma menor de idade com risco de gravidez e IST, a paciente deve ser orientada a contar para os pais e, caso não faça, o sigilo médico pode ser quebrado.
- B) Caso o médico julgue que a paciente tem capacidade de compreender sua situação, ele pode prescrever método contraceptivo.
- C) Se essa paciente engravidar, ainda assim não há respaldo para a quebra de sigilo médico.
- D) Por se tratar de adolescente, os métodos hormonais são contraindicados nesse caso.

COMENTÁRIOS:

Referências bibliográficas:

1. Código de Ética Médica, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/PDF/cem2019.pdf>.
2. Conselho Federal de Medicina. Parecer nº 55/2015: Menoridade e vida sexual relacionadas a autonomia da menor e sigilo médico. Disponível em: https://sistemas.cfm.org.br/normas/arquivos/pareceres/BR/2015/55_2015.pdf.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra. Manual de Orientação. Departamento Científico de Adolescência. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf.

Estrategista,

O primeiro ponto fundamental é sabermos que crianças e adolescentes têm direito ao sigilo médico, como descrito no artigo 74 do Código de Ética Médica. Observe que não há um limite de idade para a quebra de sigilo. O que determina se o sigilo deve ser quebrado (ou não) é o **discernimento do paciente**:

"É vedado ao médico:

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente".

O segundo ponto fundamental é entendermos que, mesmo que o adolescente tenha discernimento, algumas situações exigirão a quebra de sigilo ainda assim. **Uma delas é a consulta de paciente com idade inferior a 14 anos cujo tema seja sua vida sexual.** Por exemplo, no Brasil, as relações sexuais com menores de 14 anos são consideradas "estupro de vulnerável" pelo Código Penal. E isso vale inclusive se a parceria sexual do paciente também apresentar idade inferior a 14 anos (nesse caso, será estupro de variável bilateral):

"Estupro de vulnerável"

Art. 217-A. Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos:

Pena - reclusão, de 8 (oito) a 15 (quinze) anos".

Por isso, o Conselho Federal de Medicina, no parecer 55/2015, informa que:

"A relação sexual com menores de 14 anos é crime de estupro, conforme estabelecido no Código Penal Brasileiro. No entanto, o médico, ao consultar menores nesta faixa etária com vida sexual ativa, tem a obrigação ética de acolhê-los e orientá-los, estando dentro de sua autonomia profissional a decisão de prescrever anticoncepcional, devendo obrigatoriamente comunicar o fato aos pais ou representantes legais".

Logo, veja que o médico não comete infração ética ao acolher e atender paciente menor de 14 anos que iniciou vida sexualmente ativa, mas precisa comunicar o fato aos responsáveis (*veja nota ao final do comentário).

O CFM não traz, em seu parecer, outros casos que exigem a quebra do sigilo médico, mas a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sim, e foi justamente o documento dessa sociedade que o INEP utilizou como referência desta questão. Segundo o documento "Consulta do adolescente: abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumentos ao pediatra", essas são as situações em que o sigilo deverá ser quebrado:

1. Presença de qualquer tipo de violência: emocional, maus tratos, sexual, *bullying*, interpessoal no namoro etc.
2. Uso escalonado (cada vez maior) de álcool e outras drogas; sinais de dependência química.
3. Autoagressão, ideações suicidas ou de fuga de casa; tendência homicida.
4. Gravidez; abortamento.
5. Sorologia positiva de HIV (comunicar aos familiares e à parceria sexual).
6. Não adesão a tratamentos, deixando o adolescente ou terceiros em risco.
7. Diagnóstico de doenças graves, quadros depressivos e outros transtornos do campo mental.

Já as situações em que o sigilo médico poderá ser mantido, segundo a SBP, são as seguintes:

1. Ficar, namoro; iniciação sexual (excluída violência por sedução ou imposição explícita).
2. Experimentação de psicoativos (sem sinais de dependência).
3. Orientação sexual, conflitos com identidade de gênero.
4. Prescrição de contraceptivos (para adolescente com maturidade para adesão).
5. Infecções sexualmente transmissíveis (afastada violência sexual e desde que o adolescente tenha maturidade para adesão ao tratamento).

Voltando para a questão, veja que temos justamente uma consulta em que o tema é a vida sexual da adolescente, mas, como ela tem 16 anos, não se trata de estupro de vulnerável. Por isso, em princípio, o sigilo médico poderá ser mantido para as demandas iniciais dela, que são a realização de teste de gravidez e a prescrição de contraceptivo.

No entanto, observe o item 4 da lista de situações em que o sigilo médico poderá ser quebrado. Veja que gravidez na adolescência, bem como aborto, são situações que exigem a comunicação do fato para o responsável legal. Por isso, caso o exame de gravidez da paciente venha positivo, o correto é comunicar aos pais.

Porém, é fundamental aqui avisarmos a paciente sobre essa necessidade. Inclusive, é possível combinar que ela mesma conte para os responsáveis, evitando, assim, a quebra do sigilo em um primeiro momento.

Incorreta a alternativa A, pois a prescrição de contracepção em uma adolescente maior de 14 anos não autoriza a quebra de sigilo.

Correta a alternativa B, pois, caso a paciente tenha discernimento da situação, ela pode receber a prescrição de método contraceptivo.

Incorreta a alternativa C, pois a gravidez em menores de idade é uma condição que autoriza a quebra de sigilo médico.

Incorreta a alternativa D, pois não há contraindicação aos métodos hormonais pela idade da paciente.

Gabarito: B

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Paciente de 26 anos apresentou colpocitologia com resultado de lesão intraepitelial de baixo grau. Foi orientada a repetir a citologia em 6 meses e agora traz o novo resultado com atipia de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US). Diante do novo resultado, qual é a conduta a ser adotada?

- A) Encaminhar paciente para colposcopia.
- B) Repetir a citologia em 6 meses, pois houve regressão do quadro.
- C) Solicitar teste molecular para HPV.
- D) Repetir a citologia em 12 meses por se tratar de paciente com menos de 30 anos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre a conduta diante das alterações da colpocitologia. Essa paciente fez uma colpocitologia e está retornando com o resultado de células escamosas, glandulares e metaplásicas e atipias nucleares limítrofes (ASCUS).

Essa é a anormalidade citológica mais frequente. Nessa atipia, estão presentes alterações celulares insuficientes para o diagnóstico de lesão intraepitelial, mas alterações mais significativas do que as encontradas em processos inflamatórios. Tem chance de 6,4-11,9% de lesão de alto grau e de 0,1-0,2% de câncer. Por isso, uma conduta conservadora deve ser tomada.

Recomendação:

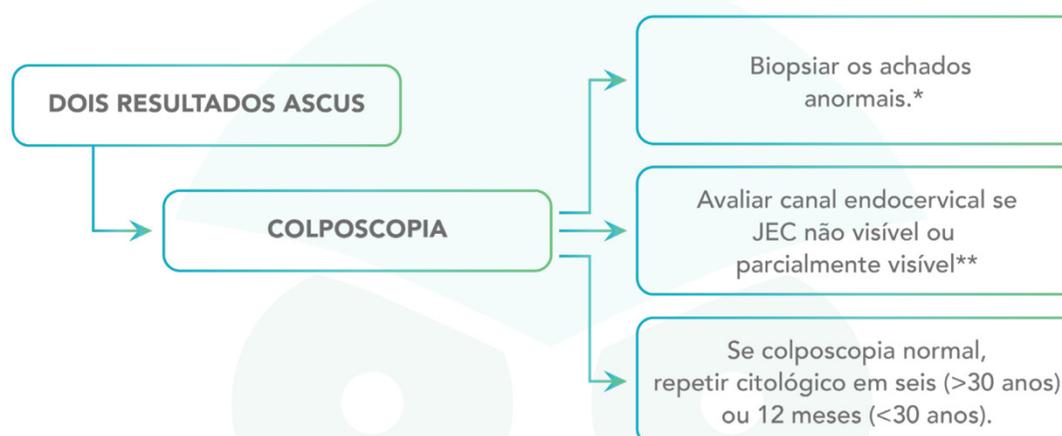
Diante da citologia ASCUS, a conduta inicial deve ser a repetição da citologia. A segunda coleta deve ser precedida de tratamento de infecções ou atrofia genital. O intervalo de repetição depende da faixa etária:

1. pacientes com idade inferior a 30 anos - repetir citologia em 12 meses;
2. pacientes com idade igual ou superior a 30 anos - repetir citologia em 6 meses. A justificativa para repetir com intervalo menor nessa faixa etária é que a infecção pelo HPV oncogênico é mais persistente em mulheres com 30 anos ou mais.

A paciente só volta à rotina de rastreamento trienal se tiver dois exames subsequentes negativos com intervalo de 6 meses (≥ 30 anos) ou 12 meses (< 30 anos).

Se a nova citologia for ASCUS ou sugestiva de lesão intraepitelial ou câncer, a paciente deve ser encaminhada para a colposcopia.

Alguns detalhes em relação à colposcopia dessas pacientes:



Correta a alternativa A, pois a paciente apresenta persistência de alteração citológica na repetição da citologia.

Incorreta a alternativa B, pois a repetição de citologia alterada, independentemente se duas LIEBG ou 2 ASC-US ou 1 LIEBG e 1 ASC-US, indica colposcopia.

Incorreta a alternativa C, pois o teste molecular de HPV não faz parte da diretriz de 2016, que ainda está vigente.

Incorreta a alternativa D, pois a repetição da citologia não é aceita nesse caso.

Gabarito: A

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Uma mulher de 31 anos vai em consulta na unidade básica de saúde com queixa de corrimento vaginal há 7 dias. Sua última menstruação ocorreu há 5 dias. Ela refere que não tem dor abdominal e nota que o corrimento tem odor fétido. Ao exame especular, é observado um corrimento amarelado, com odor fétido e ectocérvice com petéquias, além de hiperemia da mucosa vaginal. O teste de *whiff* (KOH 10%) foi positivo e o pH vaginal estava acima de 4,5. Qual é o tratamento mais adequado para essa paciente?

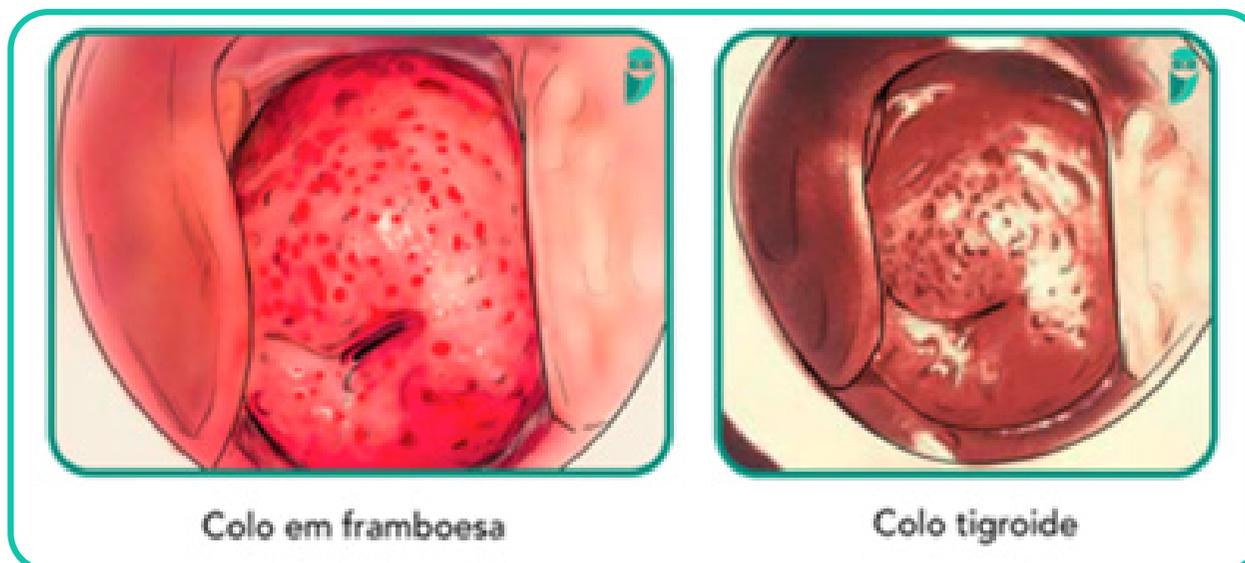
- A) Metronidazol por via oral.
- B) Miconazol por via vaginal.
- C) Bicarbonato de sódio em banhos de assento.
- D) Clindamicina creme vaginal.

COMENTÁRIOS:

Cerca de 50%-85% das mulheres com tricomoníase são assintomáticas. Quando sintomáticas, a queixa mais comum é de corrimento amarelo-esverdeado, fluido, abundante, bolhoso, podendo ter odor desagradável (quando ocorre coinfeção com vaginose bacteriana, pois os tricomonas fagocitam os lactobacilos, alcalinizando o meio vaginal e aumentando os anaeróbios).

Devido à intensa reação inflamatória, ocorre ardor, prurido, dispareunia e disúria. Esses sintomas são cíclicos e acentuam-se durante o período menstrual.

Ao exame físico, podem ser observados eritema e edema de vulva, com ou sem escoriações. Ao exame especular, podem ser visíveis hemorragias pontuais no colo uterino e na vagina em 2% dos casos, o famoso “colo em framboesa/em morango”, que, após a aplicação da solução de lugol, traduz-se como Schiller malhado ou “colo tigróide”.



Correta a alternativa A, pois o tratamento adequado para tricomoníase é com metronidazol por via oral.

Incorreta a alternativa B, pois a candidíase caracteriza-se por corrimento branco, grumoso, sem odor e sem acometimento do colo.

Incorreta a alternativa C, pois esse é o tratamento da vaginose citolítica, que tem características semelhantes à candidíase.

Incorreta a alternativa D, pois o tratamento tópico não é aceito na tricomoníase.

Gabarito: A

45. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Paciente nuligesta de 26 anos vem à consulta, pois está tentando engravidar há 1 ano e meio sem sucesso. Seu parceiro tem 30 anos e 2 filhos de outro relacionamento. Ela refere ciclos regulares, sem dismenorreia e com fluxo normal. Não apresenta comorbidades. Refere tratamento prévio para cervicite há 5 anos. Nega outras queixas. Qual deve ser o planejamento para esse casal?

- A) Prescrever indutor de ovulação para coito programado.
- B) Aguardar mais 6 meses de tentativas, pois a paciente tem menos de 30 anos.
- C) Realizar apenas a investigação dos fatores femininos de infertilidade, uma vez que o parceiro já tem filhos.
- D) Solicitar espermograma, ultrassonografia transvaginal e histerossalpingografia para avaliação inicial.

COMENTÁRIOS:

Seguindo a definição de infertilidade conjugal, todos os casais que não conseguem gravidez clínica após 12 meses de relações sexuais regulares e desprotegidas devem ser investigados. Além desses, outros casais podem ser referenciados mais precocemente, baseados na idade da mulher (lembre-se de que a fertilidade feminina cai consideravelmente após os 35 anos) e em achados da anamnese ou de exame físico. A tabela a seguir resume esses critérios. Esteja com eles na “ponta da língua”, especialmente a relação idade feminina x tempo para referenciar o casal.

CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DO CASAL INFÉRTIL	
QUANDO REFERENCIAR	CARACTERÍSTICAS DOS CASAIS
APÓS 12 MESES DE ATIVIDADE SEXUAL FREQUENTE E DESPROTEGIDA	Mulheres < 35 anos sem fatores de risco para infertilidade
APÓS 6 MESES DE ATIVIDADE SEXUAL FREQUENTE E DESPROTEGIDA	Mulheres entre 35 e 40 anos
IMEDIATAMENTE	<ul style="list-style-type: none"> Mulheres > 40 anos Mulheres com oligo/amenorreia Mulheres com fatores de risco para insuficiência ovariana (histórico de quimioterapia, radioterapia, cirurgia ovariana extensa anterior, doença autoimune) ou endometriose avançada Mulheres com histórico de quimioterapia, radioterapia ou endometriose em estágio avançado Mulheres com doença uterina/tubária conhecida ou suspeita Homens com histórico de cirurgia na virilha ou testicular, caxumba adulta, impotência ou outra disfunção sexual, quimioterapia e/ou radioterapia

A investigação da infertilidade SEMPRE deve abranger fatores femininos e masculinos, independentemente dos antecedentes do casal. A propedêutica de cada fator está resumida a seguir.

COMO INVESTIGAR?

	BÁSICO	PADRÃO-OURO
FEMININO		
RESERVA OVARIANA	FSH NO 3º DIA DO CICLO	AMH
OVULAÇÃO	PROGESTERONA NO 21º DIA DO CICLO	USTV SERIADA
FATOR UTERINO	USTV	HISTEROSCOPIA
FATOR TUBOPERITONEAL	HISTEROSSALPINGOGRAFIA	LAPAROSCOPIA
OUTROS	TSH, PROLACTINA	-
MASCULINO	ESPERMOGRAMA	-

FSH – hormônio folículo estimulante; AMH – hormônio antimülleriano; USTV – ultrassonografia transvaginal; TSH – hormônio tireoestimulante.

Incorreta a alternativa A, pois, antes de qualquer tratamento, devemos avaliar as causas de infertilidade. Além disso, essa paciente é ovulatória.

Incorreta a alternativa B, pois, em pacientes com menos de 35 anos, devemos investigar com 12 meses de tentativa.

Incorreta a alternativa C, pois o fator masculino também deve ser investigado.

Correta a alternativa D, pois essa é a propedêutica básica para esses casos.

Gabarito: D

46. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Paciente de 28 anos refere que está sem menstruar há 8 meses. Refere que apresentava ciclos menstruais regulares, mas, desde sua última gravidez, ela não menstruou mais. Na ocasião, ela apresentou um abortamento incompleto com necessidade de esvaziamento uterino. Nega outras queixas associadas. Nega doenças. Refere que apresenta sintomas pré-menstruais, mas não menstrua. Não apresenta alterações no exame físico. Diante do quadro, assinale a alternativa correta.

- A) O quadro pode ser considerado normal, pois os ciclos menstruais podem demorar a regressar após uma gestação.
- B) A dosagem de estradiol é fundamental para a elucidação do caso.
- C) O quadro é compatível com uma amenorreia de causa anatômica, e os exames de avaliação hormonal devem ser normais.
- D) Trata-se de um quadro de provável anovulação crônica.

COMENTÁRIOS:

Na síndrome de Asherman, formam-se aderências (sinéquias) intrauterinas secundárias a procedimentos intrauterinos, como curetagens uterinas excessivas, ou a processos inflamatórios (doença inflamatória pélvica e tuberculose pélvica, por exemplo). As sinéquias ocorrem devido à cicatrização anormal do endométrio após essas patologias ou procedimentos e levam ao acúmulo de sangue menstrual, acarretando menstruações leves ou ausentes.

Os sintomas típicos são: amenorreia (37% dos casos), infertilidade (7-40%), dor pélvica cíclica ou dismenorreia (1,5% dos casos, devido ao acúmulo de menstruação) e perda gestacional recorrente (devido à anormalidade de implantação do embrião). As aderências também podem ser assintomáticas e serem apenas achados de exames complementares.

A história clássica que você encontrará nas provas é a de paciente que apresentou amenorreia após um procedimento intrauterino, especialmente após abortamento seguido de curetagem!

A ultrassonografia pélvica pode ajudar no diagnóstico, mostrando endométrio fino e irregular cercado de áreas hiperecogênicas (sinéquias), conhecidas como “lesões saltatórias”, mas não fornece o diagnóstico definitivo, que é realizado por meio da **histeroscopia**, que permite visualização direta da cavidade. Esse exame é de grande importância, pois é diagnóstico e também terapêutico, por meio da lise das sinéquias. A histerossalpingografia (radiografia após injeção de contraste na cavidade uterina) também pode ser realizada, mas tem menor sensibilidade do que a histeroscopia. Assim como nos casos de amenorreia primária uterina, como o defeito é apenas no trato de saída, **todas as dosagens hormonais estão normais**.

Incorreta a alternativa A, pois não é normal permanecer vários meses sem menstruar após uma gestação. Para pacientes que tinham ciclos regulares, devemos esperar o período equivalente a 3 ciclos para investigar.

Incorreta a alternativa B, pois a dosagem de estradiol não faz parte da propedêutica da amenorreia secundária.

Correta a alternativa C, pois a causa provável é uma amenorreia por sinéquias uterinas, conforme explicado na introdução.

Incorreta a alternativa D, pois a paciente tem sintomas pré-menstruais, o que indica ovulação.

Gabarito: C

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Paciente de 62 anos vem ao ambulatório queixando-se de sangramento vaginal em pequena quantidade. Refere que teve a menopausa aos 52 anos e, desde então, nunca mais sangrou. Nega comorbidades. Refere que, antes da menopausa, apresentava sangramento intenso por miomas. Ao exame, apresenta paredes vaginais lisas e colo uterino hipotrófico, sem sangramento ativo. Diante do quadro, qual é a principal hipótese para o sangramento?

- A) Atrofia endometrial.
- B) Câncer de endométrio.
- C) Miomatose uterina.
- D) Cervicite.

COMENTÁRIOS:

O diagnóstico diferencial do câncer de endométrio deve ser feito com as outras causas de sangramento uterino anormal. Se a paciente estiver no menacme, devemos afastar a hipótese de gravidez e pensar no mnemônico PALM-COEIN (pólipos, adenomiose, leiomiomatose, malignidade, coagulopatia, distúrbios ovulatórios, doenças do endométrio, causas iatrogênicas e outras causas não classificadas). Se a paciente for menopausada, devemos pensar nas outras causas de sangramento pós-menopausa.

Causas de sangramento uterino pós-menopausa	
Causas	Porcentagem
Atrofia endometrial	60-80%
Terapia hormonal estrogênica	15-25%
Pólipo endometrial	2-12%
Hiperplasia endometrial	5-10%
Câncer de endométrio	10%

Correta a alternativa A, pois essa é a principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa B, pois o câncer de endométrio representa apenas 10% dos casos de sangramento pós-menopausa.

Incorreta a alternativa C, pois a miomatose tende a melhorar após a menopausa e, após tantos anos sem sangramento, não é uma hipótese.

Incorreta a alternativa D, pois a clínica não é típica de cervicite.

Gabarito: A

48. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Mulher de 52 anos vem para consulta, pois notou o aparecimento de um nódulo na mama direita. Ao exame físico, apresenta um nódulo com cerca de 1,5 cm no quadrante superior lateral da mama direita. Não apresenta linfonodos palpáveis. Nega outras queixas. Paciente refere que nunca realizou avaliação das mamas. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Realizar apenas mamografia da mama acometida.
- B) Realizar apenas ultrassonografia da mama.
- C) Realizar mamografia e ultrassonografia mamária.
- D) Realizar exérese do nódulo.

COMENTÁRIOS:

O câncer de mama pode manifestar-se clinicamente por meio de vários sinais. O sinal clássico do câncer de mama é o nódulo mamário endurecido e indolor. Outros possíveis sinais do câncer de mama são: aumento do volume da mama com edema, eritema e outras alterações da pele, como a *peau d'orange* ou ulceração; descarga papilar sanguinolenta ou em água de rocha; abaulamentos ou retrações; e inversão do mamilo.

O exame de ultrassom é o complemento mais comum da mamografia. É muito comum utilizarmos o ultrassom para chegar a uma conclusão diagnóstica nos casos de mamografia BI-RADS 0 ou para investigarmos outras características de um nódulo encontrado na mamografia. Além disso, o ultrassom é muito útil para guiar as biópsias mamárias, como veremos adiante. As calcificações não podem ser vistas ao ultrassom, sendo esse um dos principais “defeitos” desse tipo de exame de imagem.

Indicações de ultrassonografia mamária
Diagnóstico diferencial entre lesão sólida e lesão cística.
Alterações no exame físico (lesão palpável), no caso de mamografia negativa ou inconclusiva.
Na jovem com lesão palpável (exame físico duvidoso).
Exame físico alterado durante o ciclo gravídico puerperal.
Doença inflamatória com suspeita de abscesso.
Exame complementar para a mamografia BI-RADS 0.
Exame adjunto à mamografia nas mulheres com mamas densas ou de alto risco (caso a RM não possa ser realizada)

Incorreta a alternativa A, pois essa paciente tem indicação de mamografia bilateral, sendo para diagnóstico na mama com nódulo e de rastreamento na outra.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente deve realizar mamografia bilateral e ultrassonografia da mama acometida.

Correta a alternativa C, pois a paciente deve realizar mamografia bilateral e ultrassonografia direcionada para o nódulo.

Incorreta a alternativa D, pois precisamos do diagnóstico antes de realizar uma exérese.

Gabarito: C

49. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Mulher de 19 anos vem ao pronto-socorro com queixa de dor pélvica há 6 horas. Refere que a dor iniciou subitamente, após ela realizar musculação. No exame físico, a paciente encontra-se afebril, em bom estado geral e estável hemodinamicamente. Na palpação abdominal, apresenta dor intensa na fossa ilíaca esquerda, sem descompressão brusca positiva. Realizado teste de gravidez que se encontra negativo e ultrassonografia transvaginal que evidenciou lesão cística em topografia ovariana esquerda com cerca de 5,0 cm e ausência de fluxo ao Doppler. Qual é a conduta mais adequada para a principal hipótese diagnóstica?

- A) Internação para observação clínica por 24 horas.
- B) Iniciar antibioticoterapia endovenosa de amplo espectro.
- C) Videolaparoscopia.
- D) Realizar tomografia de abdome e pelve.

COMENTÁRIOS:

Abdome agudo é uma síndrome cuja principal manifestação é a dor abdominal e que requer uma abordagem terapêutica imediata, seja clínica ou cirúrgica. É uma afecção potencialmente grave em que o retardo no diagnóstico ou no tratamento pode levar a graves complicações, inclusive à morte.

Há uma série de causas possíveis para o abdome agudo, entre elas, existem patologias ginecológicas. Em geral, manifestam-se com dor em andar inferior do abdome e na pelve.

Uma questão que apresenta uma paciente jovem, com dor pélvica unilateral, intensa, de instalação súbita, associada à presença de massa anexial palpável ao exame físico ou visualizada em ultrassonografia pélvica, deve acender em sua cabeça a possibilidade de uma torção como diagnóstico provável. Nesse caso, a ausência de fluxo ao Doppler não é obrigatória, mas corrobora a hipótese.

A torção anexial é uma emergência cirúrgica e a intervenção não deve ser postergada, pois pode acarretar a perda do anexo. O tratamento cirúrgico deve ser conservador, visando distorcer o anexo, avaliar a perfusão e a viabilidade do anexo, além de promover a retirada do cisto causador da torção. Em alguns casos, não há a possibilidade de preservar o anexo e deve ser feito o tratamento definitivo com ooforectomia e/ou salpingectomia. A via de acesso preferencial é a videolaparoscopia.

Incorreta a alternativa A, pois trata-se de uma urgência cirúrgica.

Incorreta a alternativa B, pois não há sinais infecciosos no caso.

Correta a alternativa C, pois essa é a conduta diante de uma suspeita de torção ovariana.

Incorreta a alternativa D, pois o diagnóstico já está feito e a tomografia não traria informações adicionais.

Gabarito: C

50. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia - Prof. Carlos Eduardo) Paciente de 40 anos vem à UBS buscando orientações sobre o rastreamento do câncer de mama. Ela refere que sua mãe teve câncer de mama aos 65 anos de idade e gostaria de iniciar sua prevenção. A paciente nega comorbidade ou outras queixas. Nesse caso, qual é a conduta preconizada?

- A) Iniciar o rastreamento com mamografia devido ao alto risco para câncer de mama.
- B) Orientar controle clínico anual e mamografia a partir dos 50 anos de idade.
- C) Encaminhar a paciente para pesquisa de BRCA 1 e 2.
- D) Solicitar ultrassonografia de rotina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre o rastreamento do câncer de mama. Essa paciente não é de alto risco. A história familiar de mãe diagnosticada com câncer de mama aos 65 anos e de seu pai falecido de câncer de intestino não a caracteriza como sendo de alto risco. Veja a tabela a seguir, que define quais são as mulheres de alto risco e qual seria a conduta de rastreamento mamográfico para esses casos:

RECOMENDAÇÕES DE RASTREAMENTO PARA MULHERES DE ALTO RISCO	
Característica	Recomendação
Mulheres com história familiar de câncer de mama (parente de 1º grau, antes da menopausa), com risco > 20% ao longo da vida, calculado por um dos modelos matemáticos	Rastreamento com mamografia anual iniciando 10 anos antes da idade do diagnóstico da parente mais jovem (não iniciar antes dos 30 anos de idade)
Mulheres com mutação dos genes BRCA 1, ou com parentes de 1º grau com mutação comprovada	Rastreamento com mamografia anual a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 35 anos)
Mulheres com mutação dos genes BRCA 2, ou com parentes de 1º grau com mutação comprovada	Rastreamento com mamografia anual a partir do diagnóstico da mutação (não antes dos 30 anos)
Mulheres que foram submetidas a radioterapia do tórax antes dos 30 anos de idade	Rastreamento com mamografia anual iniciando 8 anos após o tratamento radioterápico (não iniciar antes dos 30 anos de idade)
Mulheres com síndrome de Li-Fraumeni, Cowden ou parentes de primeiro grau com estas síndromes	Rastreamento com mamografia anual a partir do diagnóstico da síndrome (não iniciar antes dos 30 anos de idade)
Mulheres com histórico de lesões precursoras (Hiperplasia ductal ou lobular atípica, carcinoma lobular in situ)	Rastreamento com mamografia anual iniciando a partir do diagnóstico dessas lesões

Urban LABD, et al. / Recommendations for breast cancer screening in Brazil; Radiol Bras. 2023 Jul/Ago;56(4):207-214

Sendo assim, podemos entender que a paciente da questão é de baixo risco e deve seguir a diretriz de rastreamento do Ministério da Saúde/INCA. Veja o esquema a seguir:

Rastreamento do Câncer de Mama	
Ministério da Saúde - INCA	FEBRASGO – SBM – CBR
Mamografia	Mamografia
50 a 69 anos de idade	40 a 74 anos de idade
A cada 2 anos	Anual

Incorreta a alternativa A, pois a paciente não é de alto risco.

Correta a alternativa B, pois essa é a recomendação do Ministério da Saúde.

Incorreta a alternativa C, pois a paciente não tem indicação de pesquisa de BRCA 1 e 2 por não ser de alto risco.

Incorreta a alternativa D, pois a ultrassonografia não é um exame de rastreamento.

Gabarito: B

51. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Gestante, primigesta, 22 anos, diabetes gestacional, 39ª semana de gravidez, em trabalho de parto há 8 horas, induzido por macrossomia fetal, apresenta dor abdominal intensa súbita e bradicardia fetal. Feito o diagnóstico de rotura uterina e realizada cesariana de urgência. Assinale a alternativa que indica o sinal encontrado no exame físico para confirmar esse diagnóstico.

- A) Hipertonia uterina.
- B) Sangramento vaginal.
- C) Subida da apresentação fetal.
- D) Hemoâmnio.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre rotura uterina

Chamamos de rotura uterina a rotura completa de todas as camadas do útero: endométrio, miométrio e serosa, o que leva a alterações maternas e fetais.

A rotura uterina é um evento raro, com mais chances de acontecer em mulheres com cesárea anterior. Sua incidência gira em torno de 0,3% nesses casos, sendo maior em mulheres com cicatriz uterina vertical e naquelas que necessitam de medicações para indução do parto.

O principal fator de risco para rotura uterina é a presença de cicatriz uterina anterior. Apesar de o risco de rotura uterina ser muito baixo na presença de uma ou duas cicatrizes de cesárea transversais, mulheres que não têm cicatriz uterina possuem um risco praticamente inexistente dessa complicação.

As situações que aumentam consideravelmente o risco de rotura uterina são a presença de cicatriz uterina vertical ou fúndica e o histórico de rotura uterina anterior. Nesses casos, a tentativa de parto normal está contraindicada e a melhor via de parto é a cesárea.

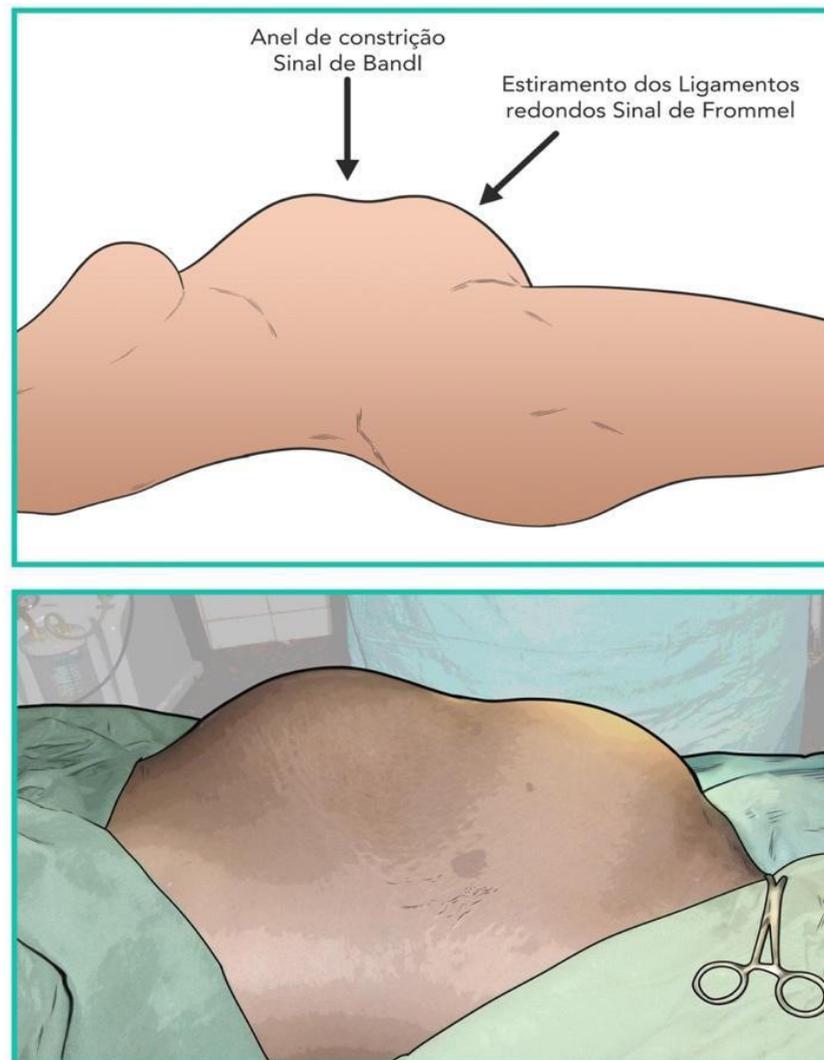
Sabe-se que a ocorrência de parto vaginal anterior, mesmo que a mulher tenha histórico de cesárea, diminui consideravelmente o risco de rotura uterina nessas pacientes.

Grande parte das roturas uterinas ocorre na primeira fase do trabalho de parto, entre 5 e 6 cm de dilatação, mas a rotura também pode ocorrer no período expulsivo ou ser identificada apenas no pós-parto.

O diagnóstico de rotura uterina é eminentemente clínico, por meio dos sinais e sintomas apresentados pela paciente durante e após a rotura uterina.

O primeiro sinal suspeito de rotura uterina é a alteração súbita da vitalidade fetal com presença de bradicardia fetal. Esse sinal está presente em mais de 70% dos casos.

Outro sinal sugestivo de rotura uterina é a distensão do segmento uterino e palpação do ligamento redondo retesado (sinal de Bandl-Frommel). O estiramento dos ligamentos redondos é conhecido como sinal de Frommel, e a presença de anel de constrição que separa o corpo do útero do segmento inferior é chamada de sinal de Bandl. Esses sinais também podem indicar iminência de rotura uterina, embora alguns casos ocorram abruptamente, sem identificação dos sinais e sintomas que precedem essa complicação.



Além disso, a gestante apresenta dor abdominal súbita que melhora temporariamente após a ocorrência da rotura. Observa-se também parada súbita das contrações e subida da apresentação fetal (sinal de Reasens) após a rotura uterina.

Depois da rotura uterina, a gestante apresenta sinais de choque hemorrágico, com sintomas de mal-estar súbito, aumento da frequência cardíaca e queda da pressão arterial sistólica.

A gestante pode apresentar ou não sangramento vaginal, pois, muitas vezes, o sangramento é apenas intra-abdominal. Os sinais sugestivos de sangramento intra-abdominal são:

- sinal de Laffont - dor escapular por irritação do nervo frênico pelo sangramento;
- sinal de Cullen - hematoma periumbilical por sangramento que atinge o retroperitônio;
- sinal de Clark - enfisema subcutâneo na localização do útero, devido à passagem do ar pela vagina até o peritônio.

É importante ficar atento a todos os sinais e sintomas, pois a tríade clássica, que consiste em dor abdominal súbita, sangramento vaginal e alteração da FCF, está presente em apenas 10% dos casos.

Diante de uma suspeita de rotura uterina, a conduta é estabilização hemodinâmica da paciente e cesárea de emergência para nascimento do concepto e correção da lesão.

Caso não seja possível a correção da lesão ou a hemorragia não seja controlada, a histerectomia está indicada.

Incorreta a alternativa A: a hipertonia uterina é um sinal que aparece no descolamento prematuro de placenta.

Incorreta a alternativa B: o sangramento vaginal é um sinal que pode ocorrer na rotura uterina, mas também ocorre em outros diagnósticos diferenciais, como no descolamento prematuro de placenta.

Correta a alternativa C: a subida da apresentação fetal é um sinal que aparece no exame físico diante de rotura uterina e não é encontrado em outros diagnósticos diferenciais, como no descolamento prematuro de placenta.

Incorreta a alternativa D: hemoâmnio é um sinal que pode ocorrer na rotura uterina, mas também pode ocorrer no descolamento prematuro de placenta.

Gabarito: alternativa C

52. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Primigesta, 33 semanas, sem comorbidades, apresenta, na última consulta de pré-natal, altura uterina abaixo do esperado para a idade gestacional. Realiza ultrassonografia obstétrica indicando peso fetal no percentil 8 e líquido amniótico normal. Solicitada Dopplervelocimetria obstétrica, que confirma o diagnóstico de restrição de crescimento fetal. Assinale a alternativa que indica a alteração Dopplervelocimétrica encontrada nesse exame.

- A) Artéria uterina abaixo do percentil 5.
- B) Artéria umbilical acima do percentil 95.
- C) Artéria cerebral média abaixo do percentil 95.
- D) Relação cerebroplacentária acima do percentil 5.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre Dopplervelocimetria obstétrica.

A Dopplervelocimetria fetal estuda, por meio da ultrassonografia, a velocidade do fluxo sanguíneo dos vasos uterinos, placentários e fetais. Esse método possibilita o estudo não invasivo da resposta hemodinâmica fetal diante da hipóxia fetal crônica. É um exame seguro na gestação e deve ser utilizado apenas para gestantes com risco de insuficiência placentária.

De forma geral, a circulação uteroplacentária é avaliada por meio das artérias uterinas, e a circulação fetoplacentária, pelas artérias umbilicais. Já a circulação fetal é avaliada principalmente pela artéria cerebral média (território arterial) e pelo ducto venoso (território venoso).

O estudo Dopplervelocimétrico avalia o movimento do sangue nos vasos sanguíneos. A onda de velocidade de fluxo dos vasos sanguíneos possui um componente sistólico e um diastólico. No componente sistólico (S), a parte acelerativa da onda está relacionada à contração cardíaca, e a parte desacelerativa, à complacência da parede do vaso. Já o componente diastólico (D) está relacionado à resistência periférica. O pico da onda corresponde à velocidade máxima da corrente sanguínea na sístole, e o nadir da onda corresponde à velocidade mínima no final da diástole.

A interpretação das ondas de velocidade de fluxo é feita por meio de índices que relacionam a sístole e a diástole. Os índices mais utilizados para a análise das ondas obtidas na Dopplervelocimetria obstétrica são os índices de pulsatilidade (IP), de resistência (IR) e a relação sístole-diástole (S/D).

O IP consiste na razão entre a diferença da velocidade sistólica máxima e a velocidade diastólica mínima pela velocidade média da onda. Nas veias, o IP expressa a razão entre a diferença do pico de velocidade sistólico pela velocidade mínima de contração atrial e a velocidade média da onda.

Por sua vez, o IR usa como denominador a velocidade sistólica máxima, o que o diferencia do IP. Já a relação S/D é a razão entre a velocidade sistólica máxima e a velocidade diastólica mínima. A tabela e o gráfico a seguir ilustram melhor esses índices. Repare que a diferença entre o IP e o IR é o denominador, que, no IP, é a velocidade média da onda e, no IR, é a velocidade sistólica máxima.

Índice de pulsatilidade (IP): $\frac{\text{velocidade sistólica máxima} - \text{velocidade diastólica mínima}}{\text{velocidade média da onda}}$

Índice de resistência (IR): $\frac{\text{velocidade sistólica máxima} - \text{velocidade diastólica mínima}}{\text{velocidade sistólica máxima}}$

Relação S/D: $\frac{\text{velocidade sistólica máxima}}{\text{velocidade diastólica mínima}}$

Quanto maiores o IP, o IR e a relação S/D, maior a resistência do vaso estudado.

A Dopplervelocimetria das artérias uterinas está relacionada com a invasão trofoblástica. Quando a artéria uterina está anormal (alta resistência), indica que a invasão trofoblástica foi inadequada, aumentando o risco de restrição de crescimento fetal (RCF) e pré-eclâmpsia. Consideram-se resultados anormais se o IP estiver acima do percentil 95 da curva de normalidade ou se houver incisura protodiastólica em ambas as artérias, após 24 semanas de gestação.

A Dopplervelocimetria das artérias umbilicais (AUMB) reflete a resistência placentária, que pode estar aumentada por placentação inadequada, infartos ou trombozes. Alterações na artéria umbilical indicam insuficiência placentária, pois ocorre menor oferta de nutrientes para o feto, o que pode causar RCF, hipoxemia e o desencadeamento de resposta hemodinâmica fetal.

Considera-se resultado anormal quando IP ou relação S/D estão acima do percentil 95 da curva de normalidade ou quando o fluxo diastólico está diminuído, ausente ou reverso. Quando o fluxo diastólico das artérias umbilicais está ausente ou reverso, indica insuficiência placentária grave, que resulta em aumento da morbimortalidade perinatal.

A Dopplervelocimetria da artéria cerebral média (ACM) é utilizada para o estudo do território arterial fetal, o primeiro a alterar-se diante da hipóxia fetal. Como vimos anteriormente, diante de hipóxia fetal, ocorre aumento do fluxo sanguíneo diastólico para o cérebro (órgão nobre) e, com isso, diminuição do IP. Considera-se alteração Dopplervelocimétrica da ACM quando o IP está abaixo do percentil 5 da curva de normalidade.

A resposta hemodinâmica fetal à diminuição da oferta de oxigênio, com redistribuição do fluxo sanguíneo priorizando órgãos nobres (cérebro, coração e adrenal), é chamada de centralização da circulação fetal. A centralização da circulação fetal é avaliada pela relação cerebroplacentária (RCP = IP da ACM/IP da AUMB). Quando a RCP está abaixo do percentil 5 ou quando o IP da ACM é menor do que o IP da artéria umbilical, consideramos centralização de circulação fetal.

Incorreta a alternativa A: uma artéria uterina abaixo do percentil 5 está normal. Considera-se artéria uterina alterada quando o vaso apresenta maior resistência, isto é, quando o índice de pulsatilidade ou de resistência desse vaso estiverem acima do percentil 95 para a idade gestacional.

Correta a alternativa B: temos uma gestante de 33 semanas com peso estimado fetal no percentil 8, cuja Dopplervelocimetria obstétrica confirmou o diagnóstico de restrição de crescimento fetal, isto é, encontra-se alterada. Considera-se artéria umbilical alterada quando essa estiver com resistência aumentada, indicada pelo índice de pulsatilidade ou de resistência acima do percentil 95 para a idade gestacional. A alteração da artéria umbilical indica que há insuficiência placentária.

Incorreta a alternativa C: considera-se uma artéria cerebral média alterada quando essa se encontra com a resistência diminuída, indicando centralização de fluxo fetal, para priorização de órgãos nobres (cérebro, coração, adrenal), em decorrência de uma situação de hipóxia crônica. Considera-se resistência diminuída quando os índices de resistência e pulsatilidade estão abaixo do percentil 5 para a idade gestacional.

Incorreta a alternativa D: a relação cerebroplacentária é o resultado da divisão do índice de pulsatilidade da artéria cerebral média sobre o índice de pulsatilidade da artéria umbilical. Quando essa relação estiver abaixo do percentil 5 para a idade gestacional, não acima do percentil 5, indica hipóxia fetal crônica com priorização de órgão nobres, pois indica menor resistência da artéria cerebral média e maior resistência da artéria umbilical.

Gabarito: B

53. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Secundigesta, cesariana há 1 ano e 6 meses, 41 semanas e 2 dias, sem comorbidades, encaminhada à maternidade para avaliação. Realizada cardiocografia com feto reativo. Ao exame físico, o colo uterino apresenta-se grosso, posterior e impérvio. Assinale a alternativa que indica a conduta preconizada para essa gestante:

- A) misoprostol.
- B) cesariana eletiva.
- C) balão de Foley.
- D) ocitocina.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre gestação pós-termo e indução do parto.

Considera-se gravidez pós-termo ou prolongada aquela com 42 semanas completas, isto é, 294 dias, contados a partir do primeiro dia da última menstruação. Orienta-se utilizar as expressões pós-termo ou prolongada ao invés de pós-datismo ou pós-matura.

Observa-se que as menores taxas de óbito fetal e neonatal ocorrem entre 38 e 41 semanas. Após 41 semanas, as taxas de mortalidade fetal e neonatal apresentam aumento, sendo o dobro após 42 semanas.

Nas gestações pós-termo, observa-se também maior incidência de oligoâmnio, síndrome da aspiração meconial, macrosomia fetal, índice de Apgar menor do que 4 no 5º minuto, maior necessidade de UTI neonatal, toco traumatismo e cesáreas.

As principais condutas diante de uma gestação pós-termo são: avaliação da vitalidade fetal e indução do parto.

A vigilância da vitalidade fetal deve ser iniciada a partir de 40 semanas, embora alguns serviços indiquem o acompanhamento do bem-estar fetal a partir de 41 semanas. A avaliação da vitalidade fetal na gestação prolongada deve ser feita com cardiocografia anteparto e perfil biofísico fetal, a cada 2-3 dias até o parto. O uso da Dopplervelocimetria em gestações prolongadas não têm mostrado benefício na avaliação fetal, por isso não é recomendada nessas situações. A amnioscopia também não é recomendada, pois as evidências científicas não mostram benefícios desse procedimento na melhora dos resultados neonatais.

Considera-se a indução do trabalho de parto entre 41 0/7 semanas e 42 0/7 semanas. Os estudos mostram que a indução com 41 semanas, não com 42 semanas, diminui as chances de cesárea, por isso muitos serviços orientam a indução a partir dessa idade gestacional. A partir de 42 semanas, deve-se sempre induzir o trabalho de parto, pois a mortalidade fetal e neonatal aumenta consideravelmente a partir dessa idade gestacional, não havendo mais benefícios em manter a gestação. O fluxograma a seguir resume a conduta diante na gestação prolongada.



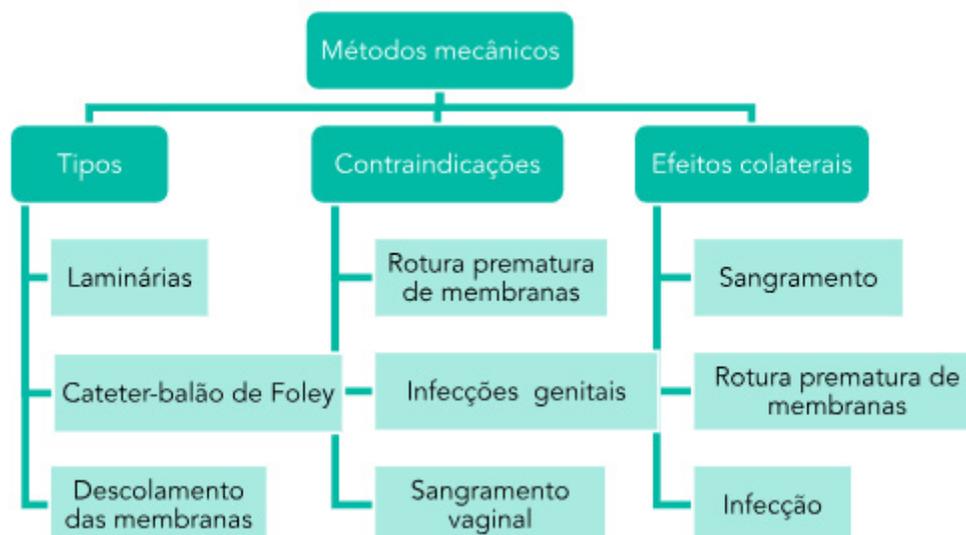
A condição do colo uterino é o principal fator preditor de sucesso na indução do trabalho de parto. Portanto, para avaliar a melhor estratégia para a indução, é imprescindível avaliar primeiramente as condições do colo uterino.

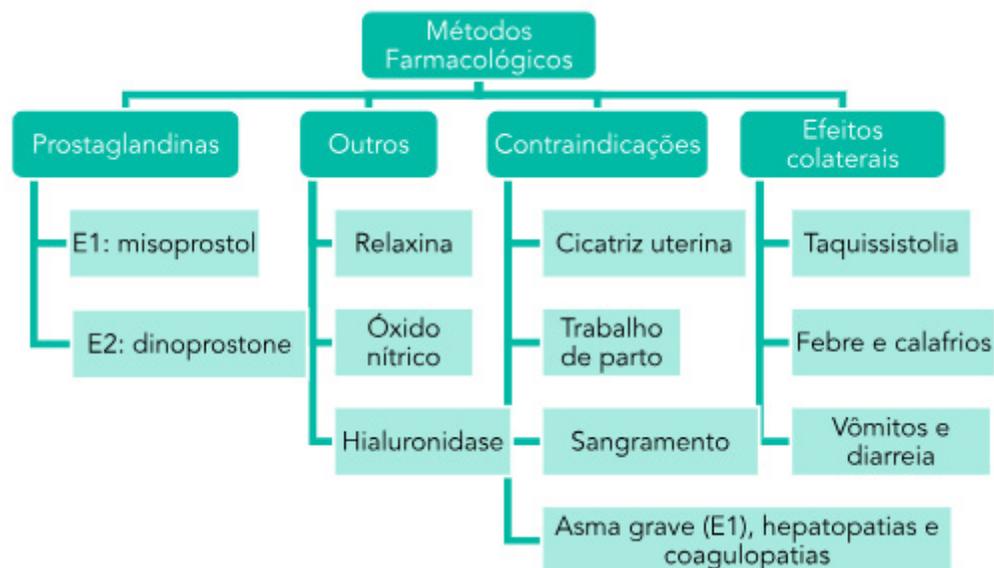
Uma das formas de fazer essa avaliação é por meio do índice de Bishop. Esse índice leva em conta aspectos do colo uterino, como a dilatação, o esvaecimento, a consistência e a posição do colo uterino, além da altura da apresentação fetal (planos de De Lee).

Se o colo uterino é desfavorável, isto é, quando o índice de Bishop é menor ou igual a 6, primeiro é preciso realizar a maturação cervical, para depois induzir as contrações. Durante a maturação cervical, o colo uterino passa de uma estrutura fechada e grossa para uma estrutura aberta, amolecida e esvaecida, capaz de dilatar com as contrações uterinas.

Vários métodos podem promover a maturação cervical, sendo classificados em métodos farmacológicos ou mecânicos. A escolha do método depende da experiência médica, da preferência da gestante e das contra-indicações inerentes a ele, uma vez que, em relação à superioridade entre os métodos, os estudos não mostraram diferença entre eles.

Quando o colo uterino se encontra maduro (Bishop > 6, de preferência > 9), utiliza-se a ocitocina para induzir as contrações uterinas e, dessa forma, a gestante iniciar o trabalho de parto. A ocitocina sintética é um análogo idêntico à ocitocina endógena. Essa é a medicação mais efetiva para causar contrações uterinas, por isso é a medicação utilizada para indução do parto.





A administração de ocitocina é feita por via endovenosa em bomba de infusão contínua (BIC). O efeito da ocitocina inicia-se 3 a 5 min após o início da infusão e sua meia-vida é de 5 minutos, o que implica em dizer que seu efeito é cessado rapidamente após sua suspensão. O ideal é iniciar com baixas doses e ir aumentando progressivamente até dose máxima de 20 a 40 mUI/min para evitar os efeitos colaterais.

Incorreta a alternativa A: como a paciente teve cesariana na gestação anterior, não é possível utilizar os métodos farmacológicos de maturação cervical (misoprostol e dinoprostone), pois essas medicações aumentam o risco de rotura uterina em pacientes com cesariana prévia.

Incorreta a alternativa B: como há boa vitalidade fetal não há indicação de cesariana nesse caso.

Correta a alternativa C: temos uma secundigesta, com uma cesariana anterior, com 41 semanas e dois dias. A conduta diante de uma gestação a partir de 41 semanas é a indução do parto, se houver boa vitalidade. Como o colo uterino está desfavorável (grosso, posterior e impérvio), está indicada primeiro a maturação cervical para posteriormente realizar a indução do parto com ocitocina. Como a paciente teve cesariana na gestação anterior, não é possível utilizar os métodos farmacológicos de maturação cervical, estando indicado o uso do balão de Foley (método mecânico de maturação cervical).

Incorreta a alternativa D: a ocitocina deve ser utilizada após a maturação cervical para que a indução do parto seja efetiva.

Gabarito: C

54. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Parturiente, secundigesta, 25 anos, 41 semanas de gestação, após duas horas de período expulsivo, apresenta bradicardia fetal persistente. Ao exame: dilatação total, cabeça fetal em occipitopúbica no plano +4 De Lee, bolsa rota, líquido claro. A conduta a ser realizada nesse momento é:

- A) fórcepe de rotação.
- B) fórcepe de alívio.
- C) puxos dirigidos.
- D) cesariana de urgência.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre fórcepe.

As principais indicações de parto vaginal instrumentalizado são: período expulsivo prolongado, uso de analgesia, presença de sofrimento fetal agudo no fim do expulsivo, variedade de posição fetal anômala, parada da progressão ou para abreviar o período expulsivo diante de complicações maternas (doenças cardíacas, neurológicas e pulmonares).

As contraindicações ao parto instrumentalizado são: óbito fetal, prematuridade extrema, doenças fetais que aumentam a chance de sangramento e lesão óssea, cabeça não insinuada, apresentação que não a occipital e suspeita de desproporção cefalopélvica. Além disso, o vácuo extrator não deve ser usado antes de 34 semanas nem para rotação do polo cefálico.

O parto vaginal operatório é classificado de acordo com o plano da apresentação e o grau de rotação do polo cefálico em: fórcepe ou vácuo extração de alívio, fórcepe ou vácuo extração baixos, fórcepe ou vácuo extração médios e fórcepe ou vácuo extração altos.

O fórcepe ou a vácuo extração são considerados de alívio quando o polo cefálico já atingiu o assoalho pélvico (passou o plano + 2 de De Lee), o couro cabeludo é visível no introito vaginal, a cabeça do feto já está no períneo, a sutura sagital está no diâmetro anteroposterior ou nos oblíquos e a rotação não excede 45 graus.

Já em fórcepe ou vácuo extração baixos, o ápice da cabeça fetal está no plano +2 de De Lee ou abaixo, mas a cabeça ainda não atingiu o assoalho pélvico. Nesse caso, pode haver necessidade de rotação maior do que 45 graus.

Em fórcepe ou vácuo extração médios, por sua vez, o polo cefálico ainda não atingiu o plano +2 de De Lee, porém a apresentação já está insinuada (no plano 0 de De Lee).

Por fim, em fórcepe ou vácuo extração altos, o polo cefálico ainda não se insinuou, encontrando-se entre os planos -1 e 0 de De Lee. Esse tipo de fórcepe ou vácuo extração não são mais utilizados, pois aumentam muito as chances de toco-traumatismos, casos em que se deve optar pela cesárea.

O fórcepe e o vácuo-extrator devem ser aplicados somente se todas as condições de aplicabilidade estiverem presentes. Logo, o colo uterino deve estar completamente dilatado, as membranas fetais precisam estar rotas, não deve haver suspeita de desproporção cefalopélvica (cabeça fetal com volume normal e pelve compatível), o concepto deve estar vivo, com a cabeça insinuada e com a variedade de posição identificada. A tabela a seguir reúne todas as condições de aplicabilidade do fórcepe e do vácuo extrator.

CONDIÇÕES DE APLICABILIDADE
Colo completamente dilatado
Rotura das membranas fetais
Estreitos médio e inferior compatíveis com a cabeça fetal
Concepto vivo
Cabeça insinuada (extremidade do crânio fetal na altura ou abaixo das espinhas isquiáticas – plano zero de De Lee)
Volume cefálico normal
Identificação da variedade de posição

Incorreta a alternativa A: como a cabeça fetal já está na variedade de posição occipitopúbica, não há necessidade de rotação da cabeça fetal, não sendo necessário um fórcepe de rotação.

Correta a alternativa B: temos uma parturiente que, após 2h de período expulsivo, apresentou bradicardia fetal persistente, indicando necessidade de resolução imediata da gestação. Como o feto encontra-se no plano +4 de De Lee, com a cabeça fetal já rodada em occipitopúbica, a maneira mais rápida de ultimar o parto é com o fórcepe de alívio.

Incorreta a alternativa C: os puxos dirigidos aumentaram ainda mais a situação de hipóxia fetal, por isso não são indicados para resolução do parto em situações de hipóxia aguda.

Incorreta a alternativa D: como a cabeça fetal se encontra baixa, no estreito inferior, a maneira mais rápida de resolução da gestação é pela aplicação do fórcepe ou do vácuo extrator.

Gabarito: B

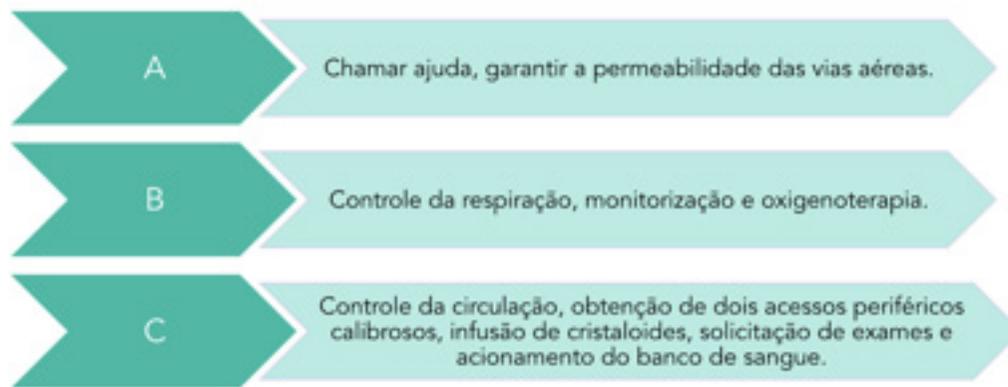
55. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Secundigesta, 35 anos, 39 semanas e 5 dias, chega à maternidade no período expulsivo do trabalho de parto, com nascimento do concepto 30 min após a admissão. Após dequitação da placenta, puérpera apresentou sangramento vaginal intenso. Revisão da placenta e do canal de parto sem alterações. A conduta medicamentosa inicial preconizada para conter o sangramento inclui:

- A) ácido tranexâmico endovenoso e ocitocina endovenosa.
- B) ocitocina endovenosa e misoprostol retal.
- C) ocitocina endovenosa e metilergometrina intramuscular.
- D) metilergometrina intramuscular e misoprostol retal.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre hemorragia pós-parto.

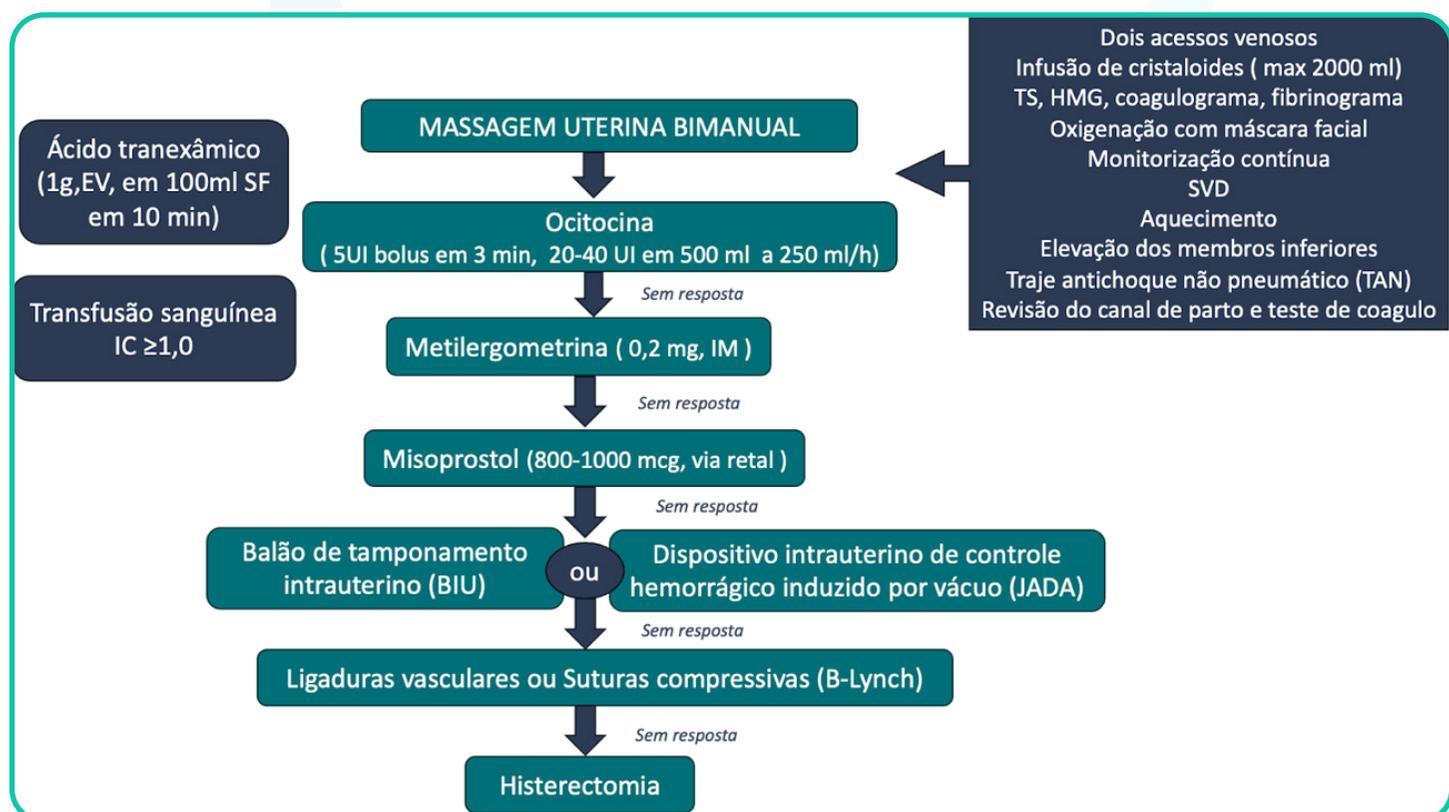
Como a HPP é uma emergência obstétrica, as primeiras medidas diante de um sangramento pós-parto devem seguir o ABC do trauma:



Concomitantemente às medidas iniciais, deve-se fazer o controle precoce do local de sangramento, medida mais eficaz no combate ao choque hipovolêmico. Por isso, a terapêutica deve ser sempre direcionada à causa do sangramento.

Como a atonia uterina corresponde a 70% dos casos de HPP, seu tratamento deve ser instituído juntamente com as medidas iniciais, mesmo que a causa ainda não tenha sido estabelecida.

O quadro clínico de atonia uterina caracteriza-se por sangramento pós-parto associado a um útero não contraído e acima da cicatriz umbilical. Há diversos esquemas terapêuticos na literatura mundial para a atonia uterina. A seguir, colocamos o preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que é cobrado nas provas de Residência Médica.



A massagem uterina bimanual é a primeira manobra a ser realizada enquanto se administra o uterotônico e aguarda-se seu efeito.

Concomitantemente à manobra de Hamilton, aplica-se a ocitocina intravenosa, que é o uterotônico de primeira escolha no tratamento de HPP. Vale mencionar que existem diversos esquemas para sua administração. A OMS recomenda aplicar ocitocina endovenosa na dose de 20 a 40 UI, sendo 5 UI em bólus lento e o restante diluído em 500 mL de soro fisiológico a 0,9%.

Se o sangramento não se resolver com ocitocina, devem-se utilizar outros uterotônicos, como a metilergometrina ou ergometrina e o misoprostol, que estão disponíveis no Brasil. A ordem de aplicação dessas medicações pode variar, a depender da disponibilidade nos serviços. A metilergometrina ou ergometrina deve ser administrada via intramuscular na dose de 0,2 mg, tendo que ser repetida a cada duas a quatro horas. **Evita-se o uso dessa medicação nos quadros hipertensivos, pois pode piorar a hipertensão e levar a infarto agudo do miocárdio.** Por sua vez, o misoprostol deve ser aplicado via retal na dose de 800 µg (quatro comprimidos). O intervalo de tempo entre a tomada de decisão para a administração dos uterotônicos não deve ser superior à 15 min.

A reposição hídrica de cristaloides e a administração de ácido tranexâmico têm de ser feitas concomitantemente aos uterotônicos para todas as puérperas com HPP. O ácido tranexâmico é administrado na dose de 1 g endovenosa a cada seis horas. O uso de ácido tranexâmico deve ser feito para todos os casos de HPP, independentemente da causa.

Se o sangramento não parar, apesar do tratamento com todos os uterotônicos disponíveis, deve-se lançar mão dos dispositivos intrauterinos. Atualmente, temos disponíveis o balão de tamponamento intrauterino (BIU) e o dispositivo intrauterino de controle hemorrágico induzido por vácuo (JADA). Os dispositivos intrauterinos reduzem a necessidade de abordagem cirúrgica e podem ser utilizados tanto após o parto vaginal quanto após a cesárea.

Quando o sangramento se mantiver, a despeito do tratamento conservador, a adoção de intervenções cirúrgicas faz-se necessária, como a sutura compressiva de B-Lynch e as suturas vasculares (ligadura das artérias uterinas ou das artérias ilíacas internas). A histerectomia, por sua vez, deve ser a última medida diante de uma HPP, utilizada somente se todas as outras intervenções falharem.

Correta a alternativa A: temos uma puérpera com hemorragia pós-parto. A principal causa de HPP é por atonia uterina e a conduta inicial envolve a massagem uterina bimanual, a administração de ácido tranexâmico endovenoso e de ocitocina endovenosa.

Incorretas as alternativas B, C e D: o misoprostol e a metilergometrina são medicações de segunda linha no tratamento de HPP, devem ser utilizados quando a paciente mantiver o sangramento com as medicações de primeira linha (ocitocina e ácido tranexâmico).

Gabarito: A

56. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Primigesta, 28 anos, com hepatite B diagnosticada há 2 anos, vem à primeira consulta de pré-natal preocupada em passar hepatite B para o bebê. O médico que atende a gestante explica que existem medidas efetivas para evitar a transmissão vertical. Assinale a alternativa que indica a medida mais importante para diminuir os riscos de transmissão vertical nesse caso.

- A) Vacinação e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido logo após o nascimento.
- B) Cesariana eletiva com 39 semanas.
- C) Tenofovir no momento do parto.
- D) Contra-indicação ao aleitamento materno.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre hepatite B na gestação.

A transmissão vertical da hepatite B ocorre intraparto em 90 a 95% dos casos, sendo a transmissão intrauterina rara.

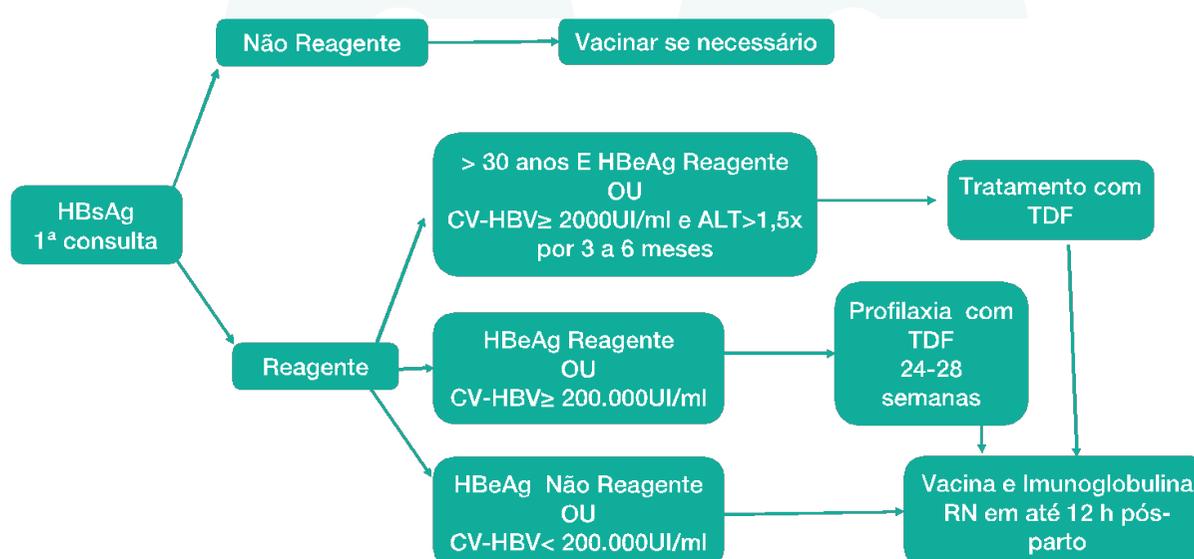
Para profilaxia da transmissão vertical, todos os recém-nascidos de mães HBsAg positivo devem receber imunização passiva e ativa nas primeiras 12 horas de vida, de preferência ainda na sala de parto, por meio da administração intramuscular da imunoglobulina hiperimune específica anti-HBs (HBIG) e da vacina, em diferentes grupamentos musculares.

Quando a gestante apresenta HbeAg positivo ou HBVDNA > 200.000 UI/mL, é preconizado o uso do tenofovir, mesmo que a gestante não tenha indicação de tratamento pela hepatite B, a partir da 28ª semana de gestação (terceiro trimestre) até, pelo menos, 30 dias ou 4 semanas após o parto.

Em gestantes cujo HBsAg é desconhecido, deve-se administrar a vacina para hepatite B nas primeiras 12 horas de vida, com realização da testagem da mãe. Se o HBsAg materno vier positivo, o HBIg deve ser realizado até o sétimo dia de vida do recém-nascido.

Apesar de o maior risco de transmissão ocorrer no momento de passagem do bebê pelo canal vaginal, não há evidências do benefício da cesariana. Portanto, a via de parto deve ser decidida por motivos obstétricos e não pela presença da infecção pelo HBV, independentemente de carga viral ou qualquer outro fator.

Embora o vírus da hepatite B seja detectado no leite materno, o aleitamento não está contraindicado e deve ser incentivado se as medidas de profilaxia da transmissão vertical forem realizadas.



- Via de Parto - indicação obstétrica.
- Aleitamento materno - liberado.
- Profilaxia - vacina + imunoglobulina em até 12 horas após o parto.
- Mãe com alta viremia (HbeAg positivo ou HBVDNA > 200.000 UI/mL) - tenofovir no terceiro trimestre.

Correta a alternativa A: a medida mais importante para diminuir a transmissão vertical de hepatite B é a administração de vacina e imunoglobulina contra hepatite B para o recém-nascido logo após o nascimento.

Incorreta a alternativa B: a realização de cesariana eletiva não diminui os riscos de transmissão vertical, sendo assim, o parto pode ser de indicação obstétrica.

Incorreta a alternativa C: o tenofovir deve ser feito a partir de 24 a 28 semanas até o puerpério para as gestantes com hepatite B e HbeAg reagente ou carga viral acima de 200.000 UI.

Incorreta a alternativa D: o aleitamento está liberado para mães com hepatite B com recém-nascidos vacinados e que receberam imunoglobulina.

Gabarito: A

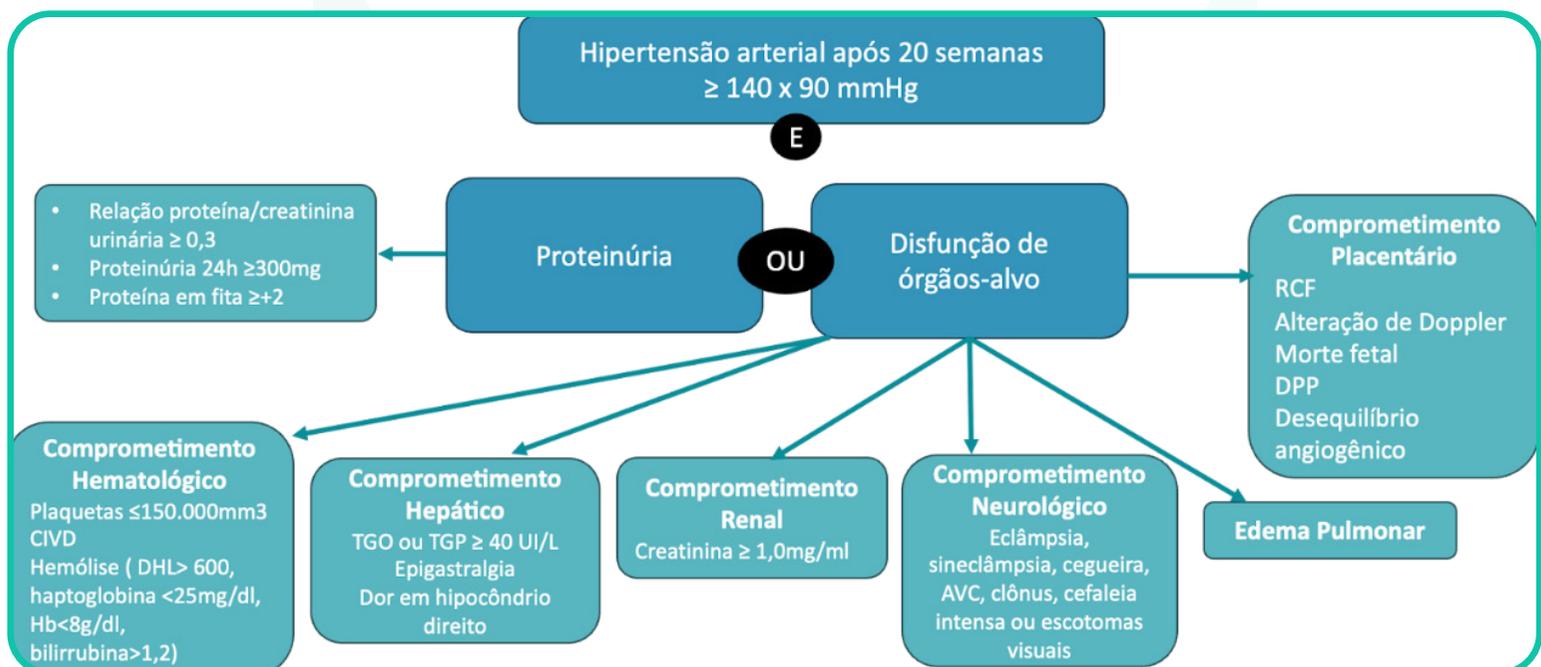
57. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Primigesta, 28 anos, 36 semanas, sem comorbidades prévias e sem intercorrências no pré-natal até o momento, vem trazida pela família desacordada. Familiares referem que a gestante acordou referindo cefaleia que piorou ao longo do dia. Há 15 min, apresentou desmaio, sendo trazida ao hospital. Ao exame: Glasgow 8, PA de 160 x 100 mmHg, FC de 90 bpm, edema 3+/4, descorada 1+/4, altura uterina de 34 cm, BCF de 140 bpm, dinâmica uterina ausente, toque vaginal com colo grosso e impérvio. Assinale a alternativa que indica a conduta preconizada nesse momento.

- A) Cesariana de urgência.
- B) Sulfato de magnésio.
- C) Hidralazina.
- D) Tomografia de crânio.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: diagnóstico e conduta de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração.

Os critérios diagnósticos de pré-eclâmpsia estão resumidos no organograma a seguir:



Atualmente, orienta-se não usar mais o termo pré-eclâmpsia leve ou grave, pois essa classificação pode induzir ao erro, pois todas as pacientes com pré-eclâmpsia podem evoluir com desfechos desfavoráveis de maneira súbita e inesperada. Recomenda-se que a paciente com pré-eclâmpsia seja avaliada quanto à presença ou não de sinais ou sintomas de comprometimento clínico ou laboratorial. Sendo assim, atualmente, o correto é utilizar os termos: pré-eclâmpsia com ou sem sinais/sintomas de deterioração clínica.

CLASSIFICAÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا	
Pré-eclâmpسيا com sinais de deterioração clínica/laboratorial	<ul style="list-style-type: none"> • Crise hipertensiva (PA \geq 160 x 110 mmHg com ou sem sintomas). • Sinais de iminência de eclâmpسيا, eclâmpسيا (crise convulsiva), rebaixamento de nível de consciência (sineclâmpسيا). • Síndrome HELLP. • Oligúria ou insuficiência renal aguda. • Dor torácica. • Edema pulmonar.
Pré-eclâmpسيا sem sinais de deterioração clínica/laboratorial	<p>Hipertensão arterial leve (PA < 160/110 mmHg).</p> <p style="text-align: center;">E</p> <p>Ausência de sinais de deterioração clínica ou laboratorial.</p>

Portanto, os sinais de deterioração clínica são:

- crise hipertensiva (PA \geq 160 x 110 mmHg com ou sem sintomas);
- sinais de iminência de eclâmpسيا, eclâmpسيا (crise convulsiva), rebaixamento de nível de consciência (*sineclâmpسيا*);
- síndrome HELLP;
- oligúria ou insuficiência renal aguda;
- dor torácica;
- edema pulmonar.

Diante de um quadro sugestivo de pré-eclâmpسيا com sinais ou sintomas de deterioração clínica, por aumento dos níveis pressóricos (a partir de 160 x 110 mmHg) ou suspeita de lesão em órgãos-alvo, a gestante deve ser encaminhada imediatamente para internação.

As primeiras medidas diante de uma suspeita de pré-eclâmpسيا grave são:

- avaliação dos níveis pressóricos;
- avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia e Dopplervelocimetria);
- solicitação de exames laboratoriais para investigar disfunção de órgãos-alvo (transaminases, bilirrubinas, hemograma, DHL, creatinina e proteinúria);
- estabilização hemodinâmica da gestante.

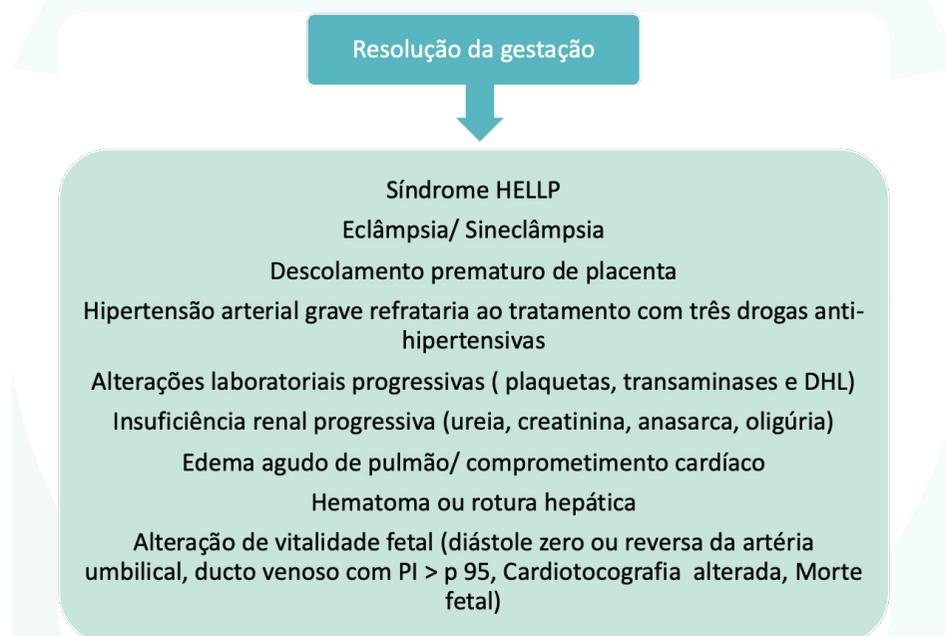
Caso seja identificado quadro de pré-eclâmpسيا com sinais de deterioração clínica, iminência de eclâmpسيا, eclâmpسيا/*sineclâmpسيا* ou síndrome HELLP, a mais importante na conduta é prevenir a ocorrência de convulsões com a aplicação do sulfato de magnésio e fazer o controle da hipertensão arterial grave com anti-hipertensivos potentes.

O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção de episódios convulsivos, diante de pré-eclâmpسيا com sinais e sintomas de deterioração clínica, síndrome HELLP, iminência de eclâmpسيا e hipertensão arterial grave refratária ao tratamento. Do mesmo modo, durante a eclâmpسيا, o sulfato de magnésio é a medicação mais efetiva para o controle das convulsões.

Quando a gestante apresenta níveis pressóricos \geq 160 x 110 mmHg confirmados após 15 min de repouso, considera-se que ela tem hipertensão arterial grave ou crise hipertensiva.

As medicações de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação são hidralazina endovenosa e nifedipina oral. No Brasil, a hidralazina é, ainda, a medicação mais utilizada nos casos de crise hipertensiva na gestação e a única opção no protocolo da USP-SP. O labetalol é uma alternativa eficaz na gestação, mas não está disponível no Brasil.

Nos casos de pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica/laboratorial, a resolução da gestação deve ocorrer independentemente da idade gestacional nas seguintes situações:



Na ausência dessas complicações, a resolução do parto na pré-eclâmpsia grave vai depender da idade gestacional, como veremos a seguir.

Em gestações abaixo de 23 semanas, deve-se optar pela resolução da gestação após estabilização hemodinâmica e aplicação de sulfato de magnésio, uma vez que não se deve correr risco materno por uma gestação inviável. Contudo, deve-se realizar uma decisão compartilhada com a gestante e a família e, em caso de se optar por manter a gestação, a monitorização deve ser rigorosa.

Quando a pré-eclâmpsia grave ocorre entre 23 e 34 semanas, a conduta é manter a hospitalização e tentar prolongar a gravidez. Se a paciente estabilizar após a aplicação de sulfato de magnésio e o controle dos níveis pressóricos, deve-se manter o sulfato de magnésio por 24h e observar os sintomas de iminência de eclâmpsia, realizar controle laboratorial 1 a 2 vezes por semana (TGO/TGP, creatinina, plaquetas e DHL), vitalidade fetal e corticoide para maturação pulmonar a fim de manter a gestação até 34 semanas. Caso a gestante apresente algum sinal de piora do quadro, indica-se a resolução imediata da gestação.

Por fim, entre 34 e 37 semanas, a conduta na pré-eclâmpsia com sinais ou sintomas de deterioração clínica/laboratorial é controversa na literatura. Atualmente, tem-se optado por tentar manter a gestação até próximo de 37 semanas, caso ocorra melhora dos parâmetros clínicos e laboratoriais, se for possível o monitoramento contínuo intra-hospitalar e a resolução imediata da gestação caso necessário. Após 37 semanas, a resolução da gestação deve ocorrer em todos os casos de pré-eclâmpsia.

Incorreta a alternativa A: temos um quadro de sineclâmpsia que indica a resolução da gestação, mas somente após administração de sulfato de magnésio e estabilização clínica da gestante. A via de parto não precisa ser obrigatoriamente cesariana, pode-se realizar a indução do parto se a paciente retomar o nível de consciência.

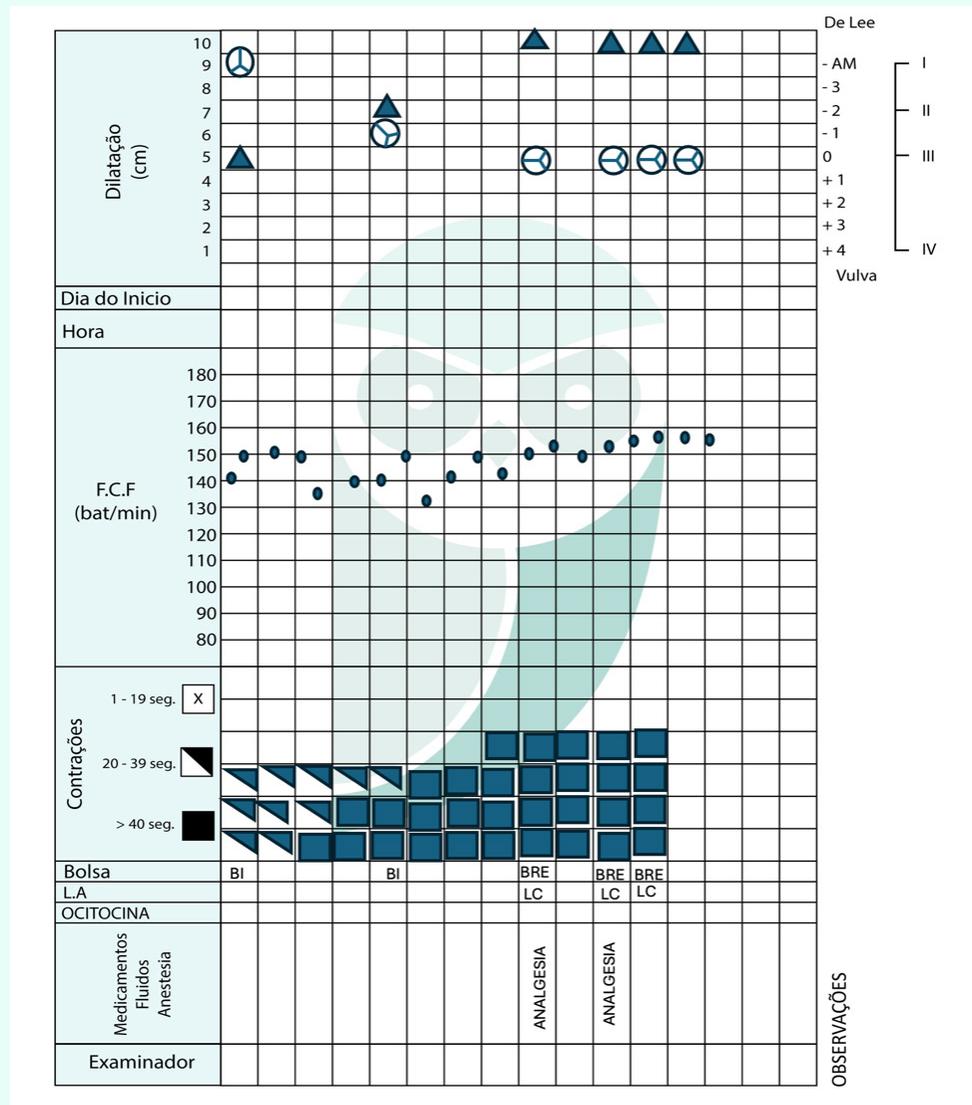
Correta a alternativa B: temos uma gestante de 36 semanas com cefaleia, rebaixamento do nível de consciência, hipertensão arterial grave e edema importante. O quadro clínico configura o diagnóstico de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica, pois há hipertensão arterial grave associada a rebaixamento do nível de consciência (*sineclâmpsia*). A conduta mais importante diante de uma pré-eclâmpsia com sinais de deterioração é a administração de sulfato de magnésio para a prevenção ou tratamento de convulsões. Lembre-se de que quadros de *sineclâmpsia* devem ser tratados igualmente à eclâmpsia, com sulfato de magnésio, controle da hipertensão arterial grave, estabilização clínica e em seguida resolução da gestação, independentemente da idade gestacional.

Incorreta a alternativa C: a hidralazina deve ser aplicada diante de pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg, mas deve ser realizada após a administração de sulfato de magnésio.

Incorreta a alternativa D: como a principal hipótese diagnóstica é a *sineclâmpsia*, deve-se fazer como primeira conduta o sulfato de magnésio. Caso a gestante não retome a consciência, está indicada a realização de exames de imagem.

Gabarito: B

58. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Primigesta, 40 semanas, vem à maternidade em trabalho de parto. O médico observa que ela está com 5 cm de dilatação e decide interná-la para acompanhamento do trabalho de parto. O acompanhamento de trabalho de parto foi registrado no partograma a seguir.



Sobre a evolução do trabalho de parto observada no partograma, assinale a alternativa que indica a conduta correta.

- A) Fórcepe de rotação.
- B) Cesariana.
- C) Ocitocina.
- D) Amniotomia.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre partograma e distocias.

Partograma é a forma de representar graficamente o trabalho de parto, permitindo que ele seja adequadamente acompanhado, avaliado e documentado. É uma ferramenta importante para garantir adequada assistência ao parto, por isso é preconizada pela Organização Mundial de Saúde como documento obrigatório para assistência à parturiente. O partograma permite o registro de informações sobre o parto, como:

- dilatação cervical;
- altura da apresentação fetal;
- variedade de posição fetal;
- frequência cardíaca fetal;
- número e intensidade das contrações;
- características da bolsa e do líquido amniótico;
- intervenções realizadas durante a assistência ao trabalho de parto, como orientação de banho, uso de ocitocina e analgesia, por exemplo.

O primeiro grande quadrado do partograma é o mais explorado nas provas de Residência Médica. Tanto é que, muitas vezes, aparece sozinho no enunciado da questão, sem o restante do documento. Nele, as linhas associam-se ao registro da dilatação e da altura da apresentação fetal. A dilatação cervical é representada classicamente por um triângulo ou por um x, e a altura da apresentação fetal, por uma circunferência.

A dilatação cervical é registrada segundo uma escala de um a dez centímetros de dilatação, que se localiza à esquerda do partograma. Já a altura da apresentação é determinada pela escala segundo os planos de DeLee ou de Hodge que, em geral, ficam à direita do partograma. O nível das espinhas isquiáticas é um ponto de referência importante para determinar a progressão da apresentação fetal pelo canal de parto. Além da dilatação cervical e da altura da apresentação fetal, podemos também fazer o registro da variedade de posição, utilizando a representação gráfica do ponto de referência da apresentação fetal dentro da circunferência que registra a altura da apresentação.

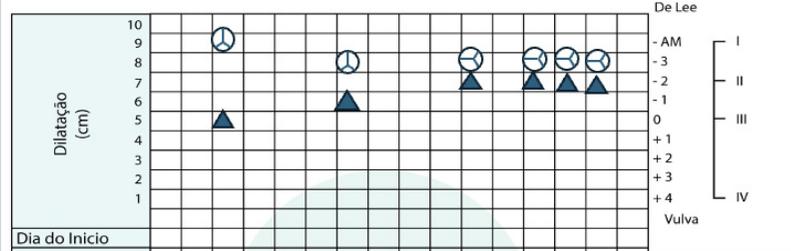
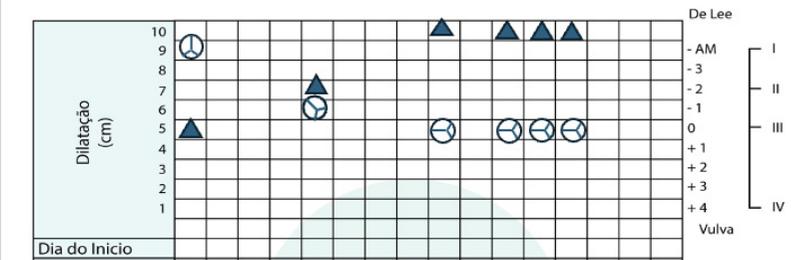
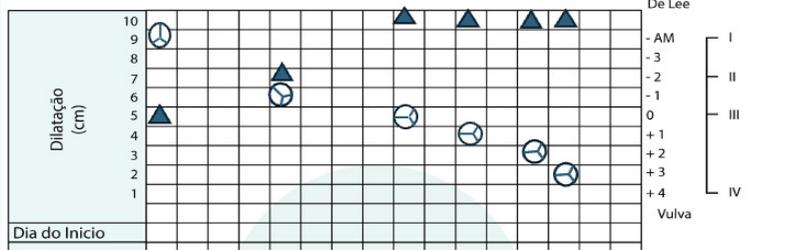
O partograma apresenta também duas linhas diagonais paralelas uma à outra no campo de registro da dilatação cervical e da altura da apresentação fetal. A primeira recebe o nome de linha de alerta, e a segunda chama-se linha de ação. Elas têm a função de auxiliar na identificação das distocias. As linhas de alerta e de ação são desenhadas no partograma quando se inicia o registro da dilatação cervical. A linha de alerta é traçada a partir da hora seguinte ao registro do primeiro toque vaginal, e a linha de ação traçada quatro horas após, ou seja, na quarta coluna à direita da linha de alerta.

A avaliação do partograma permite identificar rapidamente se o trabalho de parto não está evoluindo como o esperado e, a partir dessa interpretação, as distocias podem ser classificadas em:

- parto taquitócito ou precipitado;
- fase ativa prolongada;
- parada secundária da dilatação;
- parada secundária da descida;
- período pélvico prolongado.

Essa é a classificação adotada pelo Ministério da Saúde. É com ela que você se deparará, mais frequentemente, ao resolver questões sobre esse tema.

DISTOCIA	CAUSA COMUM	DIAGNÓSTICO DO PARTOGRAMA
<p>DISTOCIA DE MOTOR (observar dinâmica uterina)</p>	<p>HIPOATIVIDADE</p>	<p style="text-align: center;">FASE ATIVA PROLONGADA</p> <p style="text-align: center;">Evolução lenta da dilatação cervical, < 1 a 2 cm em 2 a 4 horas menor do que um centímetro por hora, atingindo a linha de alerta e ação.</p>
		<p style="text-align: center;">PERÍODO PÉLVICO PROLONGADO</p> <p style="text-align: center;">Apresentação fetal que desce pelo canal de parto de forma mais lenta do que o esperado, prolongando o período expulsivo tolerado. Pode também ocorrer por causas fetais, como variedade de posição e tamanho fetal.</p>
	<p>HIPERATIVIDADE</p>	<p style="text-align: center;">PARTO TAQUITÓCICO</p> <p style="text-align: center;">Verticalização da linha dos triângulos. Parto ocorre em intervalo menor do que quatro horas.</p>

DISTOCIA	CAUSA COMUM	DIAGNÓSTICO DO PARTOGRAMA
DISTOCIA DE TRAJETO/OBJETO	DESPROPORÇÃO CEFALOPÉLVICA	<p style="text-align: center;">PARADA SECUNDÁRIA da DILATAÇÃO</p>  <p>Parada da progressão da dilatação ≥ 6 cm e rotura de membranas por mais de 4 horas, com contrações efetivas ou por mais de 6h de administração de ocitocina com atividade uterina inadequada.</p> <p style="text-align: center;">PARADA SECUNDÁRIA DA DESCIDA</p>  <p>Ausência de descida e/ou rotação com contrações uterinas adequadas e rotura de membranas e dilatação total:</p> <ul style="list-style-type: none"> • > 3h em nulíparas; • > 2 h em múltiparas; • acrescentar mais 1h se analgesia peridural.
DISTOCIA DE OBJETO	ROTAÇÃO INTERNA INCOMPLETA	<p style="text-align: center;">DISTOCIA DE ROTAÇÃO</p>  <p>Variedade de posição fetal ao atingir o estreito inferior da bacia materna impede o desprendimento cefálico.</p> <p>Variedade de posição mais favorável para o desprendimento cefálico é occipitopúbica (OP).</p>

CONDUTA nas distocias

- Distocia funcional/hipoatividade uterina – medidas para otimizar contratilidade uterina como: estimular deambulação, amniotomia, ocitocina endovenosa.
- Hiperatividade uterina – evitar amniotomia, realizar analgesia precoce, suspender ocitocina (cuidado com iatrogenia!).
- Distocia não corrigível – parto cesáreo.
- Sinais de desproporção cefalopélvica – parto cesáreo.
- Distocia de rotação – fórcepe de rotação, se condições de aplicabilidade do fórcepe presentes; sempre usar fórcepe de Kielland nessa situação ou rotação manual da cabeça fetal.
- Período expulsivo prolongado – parto fórcepe, se condições de aplicabilidade do fórcepe presentes.

Incorreta a alternativa A: como a cabeça está no plano zero de De Lee, não está indicado o uso do fórcepe de rotação. O fórcepe está indicado com cabeça fetal pelo menos no plano +2 de De Lee e na ausência de suspeita de desproporção cefalopélvica.

Correta a alternativa B: temos uma parturiente que apresentou dilatação total e está 4 horas no período expulsivo com a cabeça fetal parada no plano zero de De Lee há 4 horas na variedade de posição occipitoesquerda transversa. As contrações estão fortes (4 contrações em 10 minutos), a bolsa rompeu espontaneamente e a paciente está analgesiada. Como a paciente está há 4 horas com a cabeça fetal na mesma posição no período expulsivo, com bolsa rota e contrações efetivas, temos o diagnóstico de parada secundária da descida. A principal hipótese diagnóstica é uma desproporção cefalopélvica. A conduta preconizada diante de uma desproporção cefalopélvica é a resolução da gestação por cesariana.

Incorreta a alternativa C: como as contrações já estão efetivas, não é necessário a administração de ocitocina.

Incorreta a alternativa D: a paciente já apresentou amniorrexe espontânea.

Gabarito: B

59. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Mulher, de 22 anos, vem ao pronto-socorro por apresentar dor abdominal súbita há 30 min., de forte intensidade. Paciente refere que, há dois dias, iniciou desconforto abdominal leve, principalmente em fossa ilíaca direita. Nega uso de método contraceptivo, refere que está menstruada. Ao exame: regular estado geral, descorada 3+/4, PA de 80 x 60 bpm, frequência cardíaca de 110 bpm, abdome tenso, doloroso à palpação profunda difusamente, principalmente em fossa ilíaca direita, especular com sangramento vaginal mínimo coletado em fundo de saco, colo impérvio e doloroso à mobilização. Diante do quadro clínico apresentado, assinale a alternativa que indica o diagnóstico mais provável para essa paciente.

- A) Apendicite aguda.
- B) Cisto hemorrágico roto.
- C) Torção de ovário.
- D) Gestação ectópica rota.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de gestação ectópica.

A gestação ectópica (GE) corresponde a qualquer gestação que ocorre fora da cavidade endometrial, sendo o local mais comum a tuba uterina (70% dos casos implantam-se na ampola tubária).

O diagnóstico é feito com a história clínica, a dosagem de hCG sérico e a ultrassonografia.

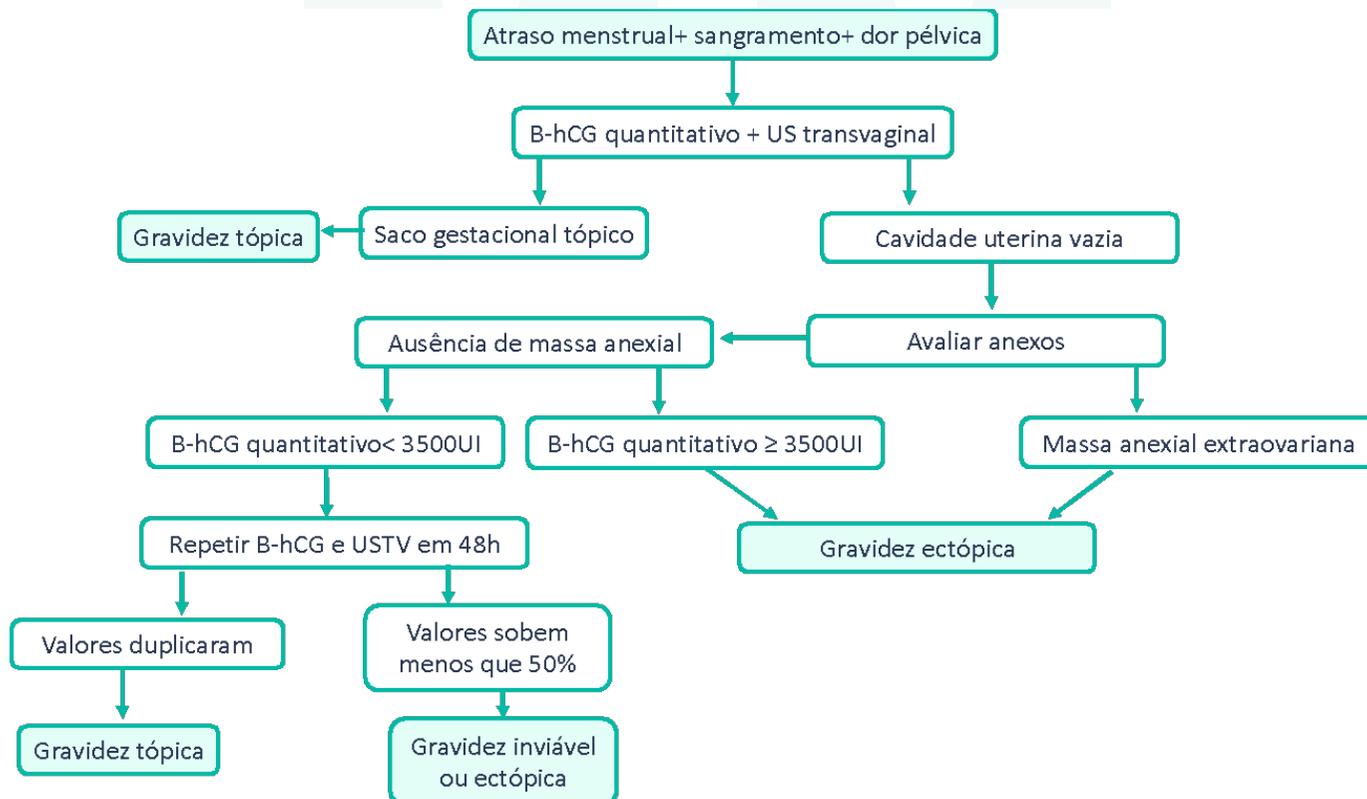
Diante de gestante com quadro clínico de dor abdominal aguda e intensa e sinais de instabilidade hemodinâmica no início da gestação, deve-se pensar primeiramente em GE rota.

Quando a gestante apresenta quadro clínico leve ou ausente, o diagnóstico de GE dá-se pelos níveis séricos de B-hCG e pela ultrassonografia.

Pacientes com hCG sérico com valores > 2000 mUI/mL, sem imagem de saco gestacional intrauterino, são altamente suspeitas para gestação ectópica. A visualização de imagem de saco gestacional extrauterino confirma a hipótese de gestação ectópica. Outras imagens, como anel tubário e hematossalpinge (sangue na tuba uterina), também se correlacionam com gestação ectópica.

Quando o B-hCG é ≥ 3500 mUI/mL, é obrigatória a visualização do saco gestacional, caso contrário, já é possível confirmar o diagnóstico de gestação ectópica, mesmo se não for observada imagem sugestiva de GE.

Em casos de hCG < 3500 mUI/mL, devemos repetir a dosagem e o USG em 48h, de modo que o crescimento inferior a 50% no período, ainda sem imagem tópica, direciona para o diagnóstico de gestação ectópica.



Incorreta a alternativa A: no quadro de apendicite aguda, não há hipotensão e taquicardia no início do quadro, somente se a paciente evoluir para choque séptico em um quadro de apendicite complicada. No quadro de apendicite, há febre e o quadro não é de dor abdominal súbita, mas, sim, de uma dor abdominal que vai aumentando de intensidade.

Incorreta a alternativa B: o quadro clínico descrito pode ser o de um cisto hemorrágico roto, mas essa não é a principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa C: na torção de ovário, há dor abdominal súbita, mas não há sangramento intra-abdominal com choque hemorrágico, com hipotensão e taquicardia.

Correta a alternativa D: temos quadro de abdome agudo hemorrágico (dor abdominal súbita associada a hipotensão, taquicardia e mucosas descoradas) em uma mulher jovem. A principal hipótese diagnóstica de abdome agudo hemorrágico em mulher jovem é de gestação ectópica rota.

Gabarito: D

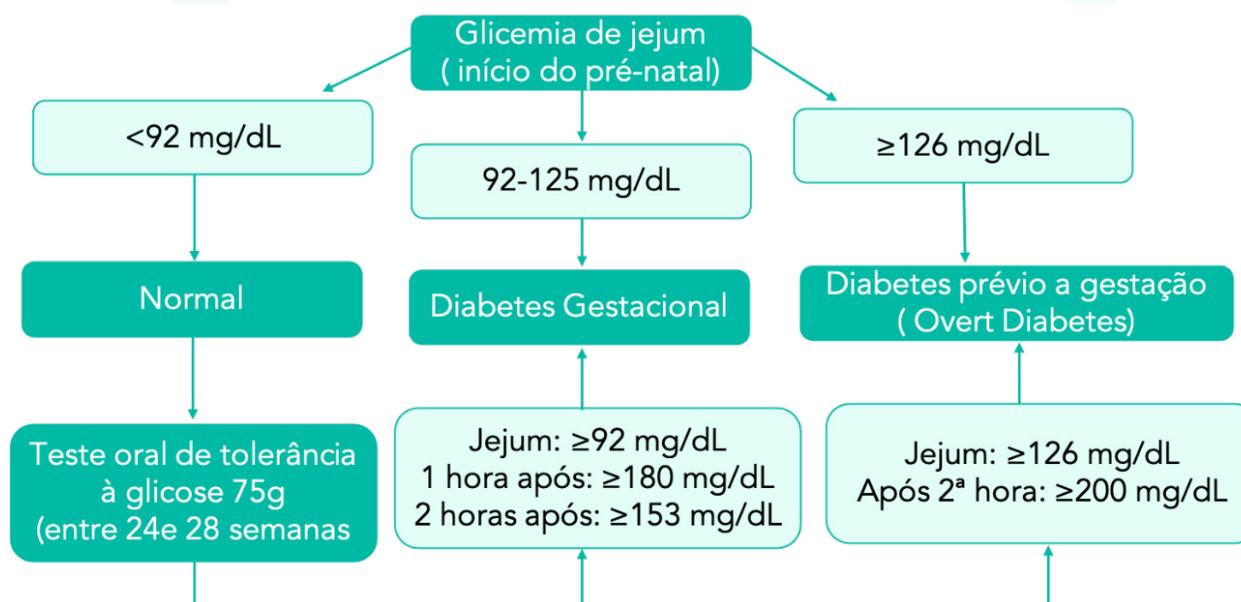
60. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia - Prof. Natália Carvalho) Secundigesta, 30 anos, com idade gestacional de 15 semanas comparece à consulta na unidade básica de saúde trazendo exames solicitados na primeira consulta de pré-natal. A paciente refere que, na última gestação, há 2 anos, apresentou diabetes gestacional, mas não precisou usar insulina. A glicemia de jejum realizada há 2 semanas apresentou o seguinte resultado: 120 mg/dL. Restante dos exames sem alterações. Assinale a alternativa que indica o diagnóstico dessa gestante.

- A) Pré-diabetes.
- B) Intolerância à glicose.
- C) Diabetes gestacional.
- D) Diabetes prévio diagnosticado na gestação.

COMENTÁRIOS:

O que o examinador quer saber: sobre o diagnóstico de diabetes na gestação.

O diagnóstico de diabetes na gestação é feito conforme o organograma a seguir.



Quando a situação financeira e a logística em torno da gestante não impuserem limitações diagnósticas, devemos realizar uma glicemia de jejum (GJ) até a 20ª semana de gestação. A partir da GJ, podem-se observar três desfechos:

- GJ ≥ 126 mg/dL = DM prévio diagnosticado na gestação;
- GJ 92 – 125 mg/dL = DMG;
- GJ < 92 mg/dL = realização do TOTG com 75 g de glicose entre a 24ª e a 28ª semana de gravidez.

Se o pré-natal for iniciado tardiamente, devemos observar a semana gestacional atual para definir a conduta diagnóstica:

- pré-natal iniciado entre a 20ª e a 28ª semana → TOTG entre a 24ª e a 28ª semana;
- pré-natal iniciado após a 28ª semana → TOTG o mais brevemente possível.

Consoante o valor do TOTG, as pacientes serão classificadas em três categorias:

- DM prévio diagnosticado na gestação:
 - jejum ≥ 126 mg/dL;
ou
 - glicemia da 2ª hora ≥ 200 mg/dL.
- DMG:
 - jejum 92 – 125 mg/dL;
ou
 - glicemia da 1ª hora ≥ 180 mg/dL;
ou
 - glicemia da 2ª hora 153 – 199 mg/dL.
- TOTG normal (níveis glicêmicos inferiores aos limiares diagnósticos de DMG).

Incorreta a alternativa A: na gestação, não temos o diagnóstico de pré-diabetes.

Incorreta a alternativa B: na gestação, não temos o diagnóstico de intolerância à glicose.

Correta a alternativa C: temos uma gestante de 15 semanas que apresentou glicemia de jejum de 120 mg/dL, indicando o diagnóstico de diabetes gestacional, uma vez que a glicemia de jejum está entre 92 e 125 mg/dL.

Incorreta a alternativa D: para o diagnóstico de diabetes prévio diagnosticado na gestação, a glicemia de jejum deve ser ≥ 126 mg/dL.

Gabarito: C

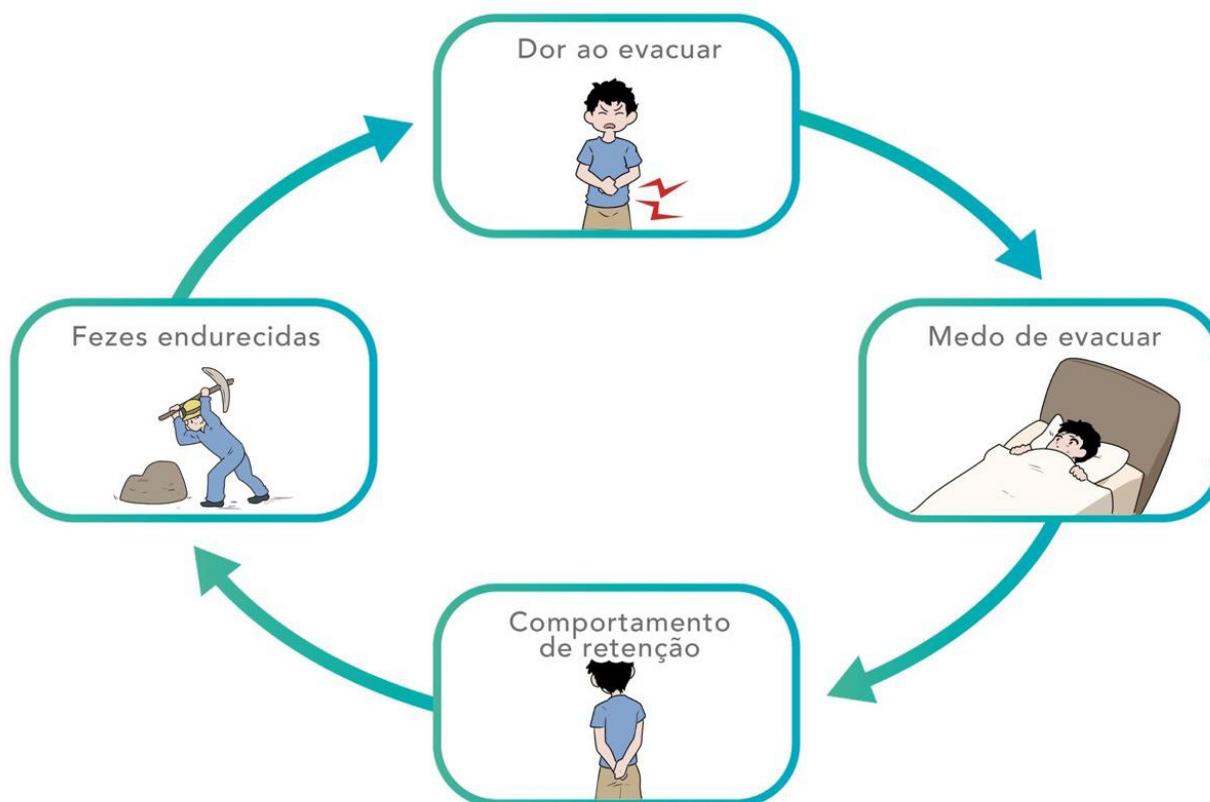
PEDIATRIA

61. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Criança de 4 anos, é levada à consulta pediátrica com queixa de “intestino preso”. A mãe relata que ela come poucas frutas e verduras e tem preferência por tomar leite de vaca. Evacua fezes endurecidas, com dor ao evacuar e com intervalos de 4-5 dias. Ao exame físico, está em bom estado geral, com ganho de peso adequado, você palpa uma massa em flanco direito e, no toque retal, a ampola está cheia. Que conduta a seguir não deve ser considerada nesse caso?

- A) Mudança na dieta, restringindo o leite e aumentando a ingestão de fibras.
- B) Treinamento de toalete, com aproveitamento do reflexo gastrocólico.
- C) Prescrição de medicamentos laxativos para desimpactar as fezes do intestino.
- D) Avaliação com exames de imagem para descartar causas orgânicas de constipação.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. Quando temos uma criança “grande”, com erro alimentar, devemos pensar em constipação funcional. Ela ocorre em 90-95% dos casos e, geralmente, tem como gatilho pouca ingestão de água, fibras e grande ingestão de leite. Ela leva ao círculo vicioso a seguir.



O diagnóstico é clínico, avaliando os critérios de Roma IV. Observe:

CONSTIPAÇÃO FUNCIONAL (ROMA IV)	
Menores de 4 anos 2 ou +, por pelo menos 1 mês	Acima de 4 anos 2 ou +, pelo menos 1x por semana, por pelo menos 1 mês
2 ou menos evacuações por semana 1 ou mais episódios de incontinência fecal por semana (se já possui treinamento esfincteriano) Comportamento de retenção Evacuações duras ou dolorosas Massa fecal no reto Fezes volumosas que podem obstruir o vaso sanitário Sintomas não explicados por outra condição médica (Obrigatório)	

Repare no último item: "sintomas não explicados por outra condição médica". Portanto, é indispensável que as causas orgânicas sejam descartadas, para isso, o paciente não deve ter sinais de alarme:

- 1) retardo na eliminação de mecônio (mais de 48 horas);
- 2) constipação precoce. quanto mais cedo iniciar a constipação, mais suspeito é;
- 3) sangue nas fezes na ausência de fissura anal;
- 4) distensão abdominal acentuada;
- 5) déficit ponderal ou pondero-estatural;
- 6) atraso no desenvolvimento neuropsicomotor;
- 7) qualquer alteração no exame físico que leve a alguma doença orgânica.

Ao exame físico, observamos, na maioria dos casos, fecaloma palpável no abdome e fezes presentes na ampola retal.

Não há necessidade de exames complementares. O tratamento é baseado no seguinte tripé:

1) Medicamentos

A terapia medicamentosa é feita em duas etapas:

- Desimpactação. Retirar as fezes endurecidas que estão no intestino por meio de laxativos retais ou orais. Esse passo pode durar vários dias e as medicações podem ser orais ou retais.
- Manutenção com medicação laxativa diária, para amolecer as fezes e quebrar o círculo vicioso.

A principal medicação utilizada é o PEG 4000.

2) Treinamento de toalete. Consiste em colocar a criança no vaso após as refeições, mesmo sem vontade de evacuar, para aproveitar o reflexo gastrocólico.

3) Mudança de hábitos alimentares, privilegiando frutas, verduras e água.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A. A mudança na dieta é importante para retirar o gatilho da constipação.

Incorreta a alternativa B. O treinamento de toalete é importante para estimular o uso do vaso sanitário após as refeições.

Incorreta a alternativa C. A administração de medicamentos é importante para desimpactar o fecaloma e quebrar o círculo vicioso.

Correta a alternativa D. O diagnóstico de constipação funcional é clínico, não há necessidade de exames de imagem.

Gabarito: D

62. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato, 3 dias de vida, nasceu pré-termo de 35 semanas e com baixo peso. Evoluiu, logo no primeiro dia de vida, com icterícia e hepatoesplenomegalia. No ultrassom transfontanelar, observaram-se calcificações intracranianas periventriculares. Qual é a prescrição adequada para esse neonato?

- A) Sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico por 1 ano.
- B) Ganciclovir por 6 semanas.
- C) Aciclovir por 7 dias.
- D) Penicilina cristalina por 10 dias.

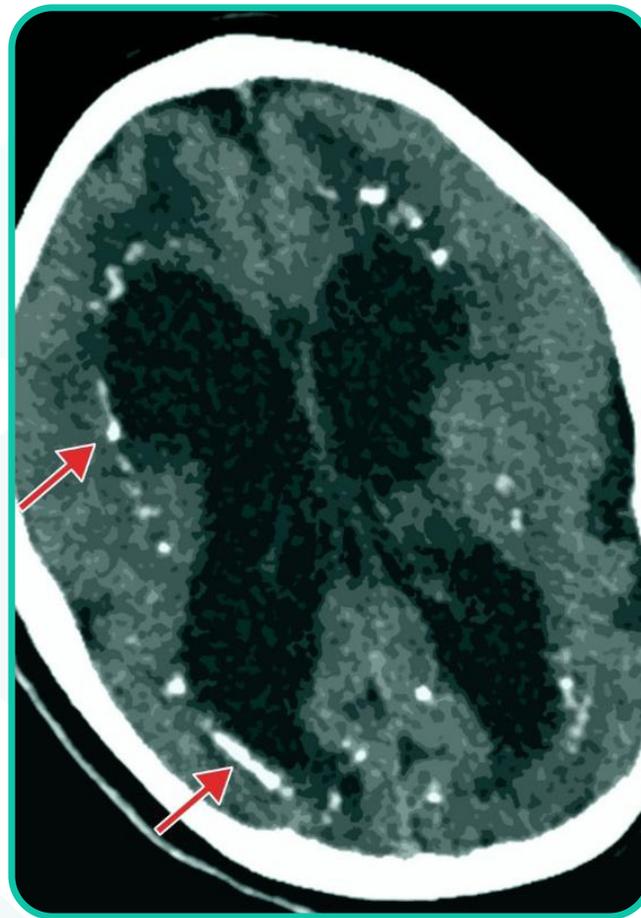
COMENTÁRIOS:

Olá, querido Estrategista. As infecções congênitas apresentam características comuns entre elas, portanto o examinador precisa colocar na questão alguma característica chave para que você possa diferenciá-las, e isso é o pulo do gato! Observe o quadro a seguir, ele traz as principais delas, que são cobradas com bastante recorrência!

INFECÇÃO CONGÊNITA	CARACTERÍSTICAS CHAVES
Toxoplasmose	Tétrade de Sabin: calcificações intracranianas difusas, coriorretinite, hidro ou microcefalia, retardo mental.
Rubéola	Cardiopatia congênita, catarata, surdez.
Citomegalovírus	Calcificações intracranianas periventriculares, petéquias, surdez.
Sífilis	Lesões cutâneas palmoplantares, lesões ósseas (pseudoparalisia de Parrot/dor à mobilização).
Herpes simples	Vesículas cutâneas, hiperemia conjuntival, acometimento neurológico.
Varicela	Lesões cicatriciais cutâneas, malformações de membros.
Zika vírus	Microcefalia, microftalmia, pé torto congênito, artrogripose.
HIV	Assintomático ao nascer, sinais de imunodepressão tardios.

Ao dizer que temos calcificações intracranianas periventriculares, o diagnóstico a ser pensado é de citomegalovirose congênita. Vamos relembrar.

A infecção é assintomática em 90% das crianças ao nascimento. Deve ser suspeitada em filhos de mães que apresentaram a doença ou na presença de sinais característicos, como icterícia colestática, petéquias e hepatoesplenomegalia. A neuroimagem pode trazer lesões típicas de calcificações cerebrais periventriculares. A principal consequência da doença é a surdez neurossensorial, aliás, essa é a causa infecciosa mais frequente dessa condição.



O diagnóstico pós-natal é clínico, associado a isolamento viral ou PCR na urina ou saliva. A presença do vírus nas primeiras três semanas de vida confirma o diagnóstico.

O tratamento da citomegalovirose congênita depende da fonte a ser considerada. A droga de escolha é o ganciclovir endovenoso por seis semanas, pelo Ministério da Saúde ou o valganciclovir, por 6 meses, pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Incorreta a alternativa A. Essa é a conduta na toxoplasmose congênita.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. O aciclovir é utilizado na herpes simples congênita e na varicela congênita.

Incorreta a alternativa D. Esse é o tratamento da sífilis congênita.

Gabarito: B

63. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Criança, de 2 meses de idade, é trazida ao pronto atendimento após apresentar episódio de ausência de resposta a estímulos e hipotonia. A mãe refere que, 4 horas antes, havia recebido as vacinas próprias da idade. No momento do atendimento, apresenta-se assintomática. Considerando o episódio como uma reação vacinal, é correto afirmar que, aos 4 meses, essa criança deverá receber:

- A) a vacina pentavalente em sua forma acelular.
- B) a vacina difteria e tétano sem o componente pertússis.
- C) a vacina pneumocócica polissacarídea ao invés da conjugada.
- D) a vacina contra o rotavírus pentavalente ao invés da monovalente.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, o grande "vilão" das vacinas, pois é altamente reatogênico, é o componente pertússis de células inteiras, presente na pentavalente celular ou na DTPw (celular).

Apesar de a grande maioria das reações das vacinas pentavalente ou DTP serem brandas, como dor, edema e vermelhidão locais, febre e mal estar, temos quatro situações que você precisa conhecer relacionadas a elas, pois são bastante cobradas em provas.

1. Febre e choro persistentes: é caracterizado por irritabilidade após algumas horas da aplicação da vacina. O choro é inconsolável e a febre persiste mesmo com administração de medicamentos. Apesar de ser um evento dramático e preocupante para a maioria dos pais, é benigno e autolimitado a algumas horas. Não contraindica doses subsequentes da vacina.
2. Episódio hipotônico-hiporresponsivo: ocorre em até 48 horas após a vacina e caracteriza-se por hipotonia muscular, pouca responsividade a estímulos externos, cianose e palidez. Também é benigno e autolimitado, porém contraindica a vacinação com DTPw e indica a DTPa em doses subsequentes.
3. Convulsões tônico-clônicas generalizadas: ocorrem em até 72 horas após vacina e podem, ou não, estar acompanhadas de febre. Contraindica a vacinação com DTPw e indica a DTPa em doses subsequentes.
4. Encefalopatia pós-vacinal: ocorre em até 7 dias e caracteriza-se por paralisias motoras, deficiências sensitivas e crises convulsivas focais ou generalizadas. Contraindica a aplicação do componente pertússis, então indica-se o uso de DT.

SITUAÇÃO	INDICAÇÃO
Febre ou choro persistentes	Não contraindica a vacinação
Episódio hipotônico-hiporresponsivo até 48h após	Utilizar a vacina DTPa em doses subsequentes
Crise convulsiva até 72h após	Utilizar a vacina DTPa em doses subsequentes
Encefalopatia até 7 dias após	Utilizar a vacina DTPa em doses subsequentes

Correta a alternativa A. O componente pertússis deve ser feito na forma acelular, portanto DTPa ou pentavalente acelular.

Incorreta a alternativa B. A vacina DT sem o componente pertussis é indicada quando temos encefalopatia após administração da vacina.

Incorreta a alternativa C. A vacina pneumocócica polissacarídea é a pneumocócica-23 valente. Ela está indicada para maiores de 2 anos com comorbidades.

Incorreta a alternativa D. A vacina contra o rotavírus pentavalente está disponível no sistema privado de imunizações. A vacina do PNI é a monovalente.

Gabarito: A

64. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato, com 36 horas de vida, realizou o teste do coraçõzinho e obteve o seguinte resultado:

- Membro superior direito: 98%.
- Membro inferior esquerdo: 94%.

Diante desse resultado, a conduta é:

- A) encaminhar o paciente para realização de ecocardiograma.
- B) repetir o teste de imediato, testando agora o membro inferior direito.
- C) repetir o teste em uma hora.
- D) alta hospitalar.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. O objetivo do teste do coraçõzinho é diagnosticar cardiopatias congênitas ditas “críticas”, que são aquelas dependentes do canal arterial e que necessitam de intervenção cirúrgica no primeiro ano de vida, como atresia pulmonar, síndrome da hipoplasia do coração esquerdo e transposição de grandes artérias. Ele deve ser realizado em todos os RNs com idade gestacional superior a 34 semanas, entre 24 e 48 horas de vida.

A medida é feita por meio de um oxímetro de pulso, medindo a saturação pré-ductal no membro superior direito e a pós-ductal de um dos membros inferiores.

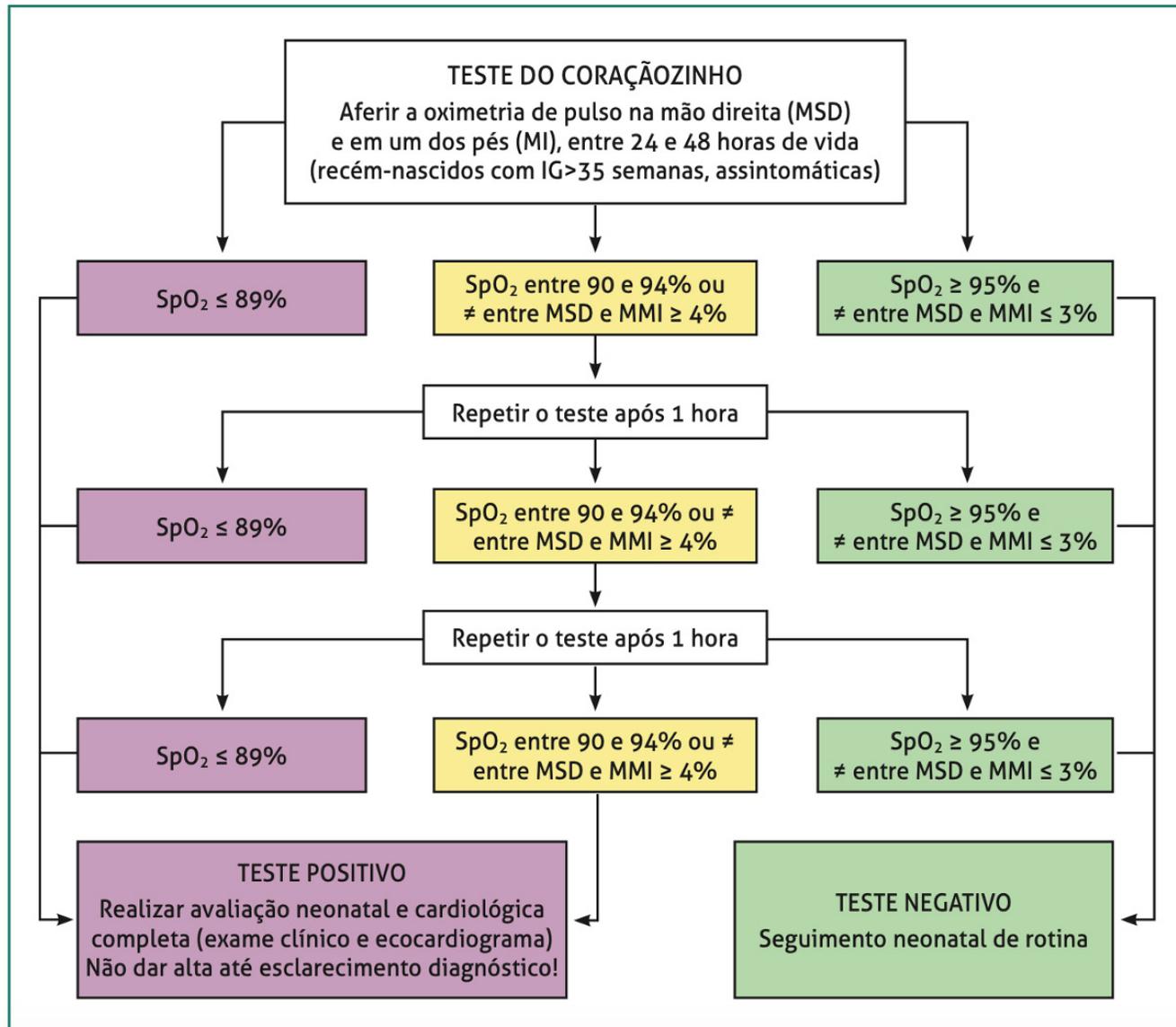
O teste é considerado normal se o resultado for saturação maior ou igual a 95% em todos os membros e a diferença entre as medidas for menor de 3%. Se a saturação for menor do que 95% em um dos membros ou a diferença for maior ou igual a 3%, ele é considerado alterado e positivo. Diante desse resultado, é recomendado repetir o teste em uma hora, tendo a certeza de que o bebê está com os membros aquecidos e bem perfundidos. Caso permaneça positivo, a indicação é realizar ecocardiograma em até 24 horas.



Agora, atenção aqui! Em 2022, a Sociedade Brasileira de Pediatria orientou uma nova diretriz, observe a seguir. As provas têm cada vez mais utilizado esse fluxo, então fique atento!

Perceba que aqui, temos 3 possibilidades:

- teste negativo, quando as saturações são maiores/iguais a 95% e a diferença é menor/igual a 3%;
- teste positivo imediato, quando qualquer saturação é menor/igual a 89%;
- teste duvidoso, quando a saturação estiver entre 90 a 94% ou a diferença for maior/igual a 4%. Nesse caso, são indicadas até 2 repetições do teste.



Voltando à questão...esse RN tem uma diferença maior do que 3% e uma medida inferior a 95, a conduta é repetir o teste em uma hora, repare que essa é a conduta nas duas fontes!

Incorreta a alternativa A. O ecocardiograma será solicitado na persistência do teste alterado.

Incorreta a alternativa B. O teste deve ser repetido em uma hora. Não há diferença entre membro inferior direito ou esquerdo, pois os dois são pós-canal arterial.

Correta a alternativa C.

Incorreta a alternativa D. Não podemos dar alta pois o teste está alterado.

Gabarito: C

65. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) A hipotermia no período neonatal é uma causa de distúrbios metabólicos, respiratórios e de aumento na mortalidade. Assinale a alternativa correta sobre esse tema.

- A) A temperatura ideal do neonato é de 36,5 a 37,5 °C.
- B) A temperatura da sala de parto deve ser mantida entre 21 e 25 °C para a recepção do bebê.
- C) Todos os bebês pré-termos devem ser envoltos em saco plástico transparente e vestidos com touca dupla como prevenção de hipotermia.
- D) O contato pele a pele deve ser restrito a uma hora, pois induz a hipotermia.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, a hipotermia neonatal deve ser prevenida com as seguintes medidas:

- manter a sala de parto na temperatura de 23 a 25 °C;
- realizar o contato pele a pele com a mãe, sempre que possível;
- se necessário reanimar o RN, fazer sob fonte de calor radiante;
- para RNs maiores/iguais a 34 semanas, secar, retirar campos úmidos e colocar touca;
- para RNs menores de 34 semanas, envolvê-lo em saco plástico transparente, sem secar, e colocar touca dupla;
- caso seja necessário transportar o RN, além das medidas acima, utilizar incubadora aquecida, de parede dupla.

A normotermia do RN é atingida entre as temperaturas de 36,5 a 37,5 °C.

Vamos às alternativas.

Correta a alternativa A. Essa é a temperatura ideal do neonato.

Incorreta a alternativa B. A temperatura de sala de parto deve ser mantida entre 23 e 25 °C.

Incorreta a alternativa C. Os bebês pré-termos menores de 34 semanas devem ser envoltos em saco plástico e vestidos com touca dupla. Os maiores/iguais a 34 semanas devem ser secos e ter os campos úmidos retirados.

Incorreta a alternativa D. O contato pele a pele é uma proteção à hipotermia, ela não tem tempo máximo e, no mínimo, deve ser de uma hora.

Gabarito: A

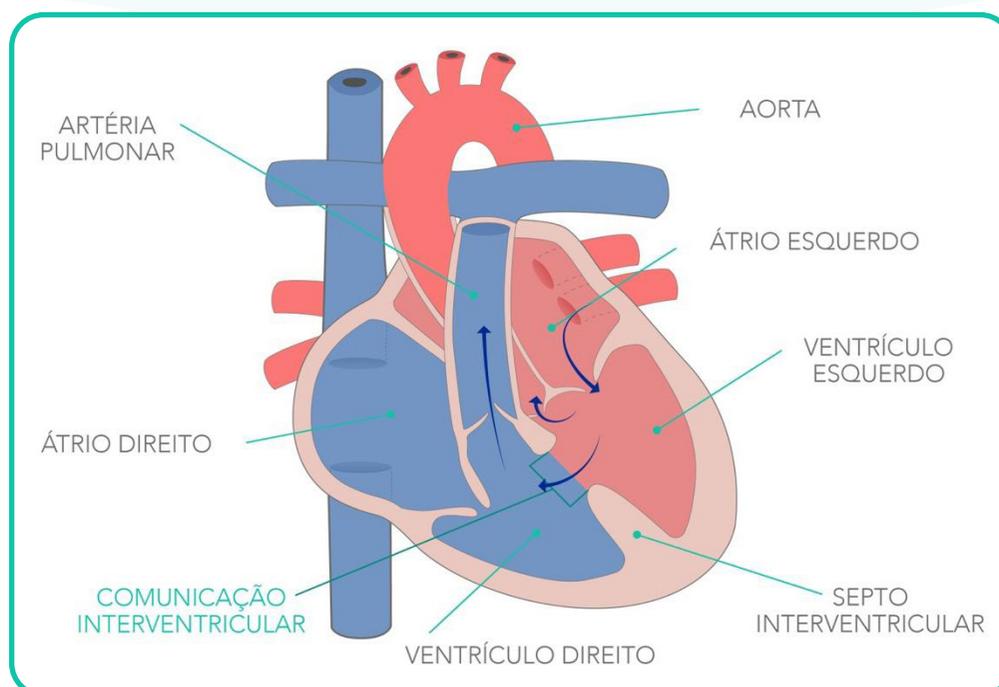
66. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Criança de 2 meses é levada ao consultório pediátrico, pois sua mãe reparou que ele tem “respirado mais rápido”, além disso, ele apresenta sudorese ao mamar, mamando pouco, com irritabilidade e apresentando perda de peso. Ao exame físico, você observa a presença de um sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa. Qual é o provável diagnóstico?

- A) Comunicação interatrial.
- B) Persistência do canal arterial.
- C) Tetralogia de Fallot.
- D) Comunicação interventricular.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, essa criança, com 2 meses de vida, apresenta manifestações de insuficiência cardíaca, além de um sopro holossistólico. Essa é a história clássica de uma comunicação interventricular. Vamos lembrar.

A comunicação interventricular (CIV) é uma descontinuidade do septo que divide os ventrículos direito e ventrículo esquerdo. Ela é uma cardiopatia acianogênica de hiperfluxo pulmonar.



Vamos entender? No período pós-natal, a pressão é maior do lado esquerdo do corpo, certo? Portanto, há passagem do sangue do lado esquerdo do coração para o direito (*shunt* esquerdo-direito) por meio da CIV.

Com o aumento de volume do lado direito, temos, então, um hiperfluxo pulmonar.

As manifestações da CIV costumam aparecer aos 2, 3 meses de idade e refletem uma insuficiência cardíaca congestiva.

Os sinais e sintomas que podemos identificar no exame físico são:

- sinais de ICC: taquipneia, dispneia taquicardia, sudorese, hepatomegalia;
- piora dos sintomas aos esforços: nos lactentes, a piora ao mamar faz com que a criança pare de mamar antes de estar satisfeita. Como consequência, há baixo ganho ponderal e sonos curtos.

No exame físico, o achado clássico é auscultar um sopro holossistólico em borda esternal esquerda baixa.

O tratamento pode ser clínico ou cirúrgico.

CIVs pequenas e assintomáticas, normalmente, fecham-se sozinhas e não precisam de tratamento.

O tratamento clínico, em casos de pacientes sintomáticos, consiste inicialmente no tratamento dos sintomas da IC. A cirurgia corretiva deve ser feita após a melhora dos sintomas e, geralmente, após os 3 meses de idade.

Incorreta a alternativa A. A CIA, geralmente, é assintomática e sua ausculta característica é de desdobramento fixo de B2.

Incorreta a alternativa B. A persistência do canal arterial é mais frequente em neonatos pré-termos. Os bebês apresentam sinais precoces de insuficiência cardíaca, dificuldade de ganho de peso e precórdio hiperdinâmico. O sopro característico é holossistólico “em maquinaria”.

Incorreta a alternativa C. Apesar da CIV ser um dos componentes da tetralogia de Fallot, sua principal característica é a cianose, causada pela estenose pulmonar.

Correta a alternativa D. Esse é o diagnóstico.

Gabarito: D

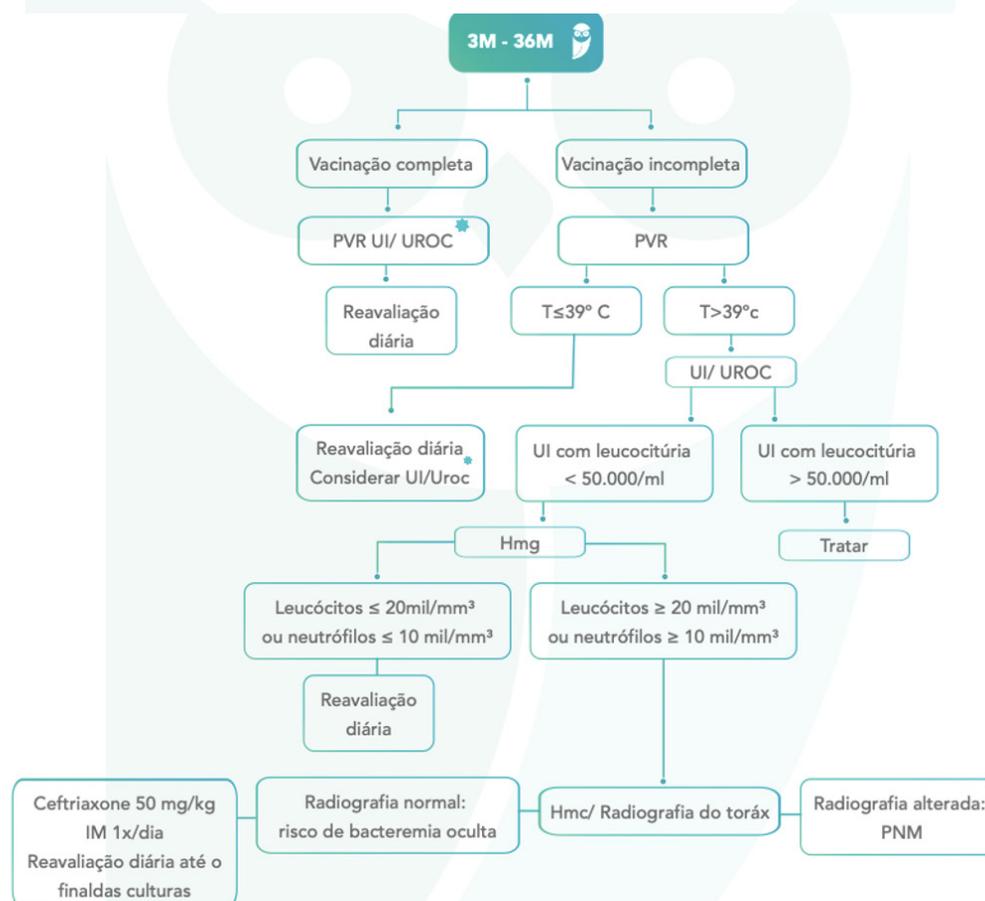
67. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Lactente do sexo feminino, de 8 meses é levada ao pronto atendimento infantil com febre há 3 dias, de no máximo 38,8 °C. A mãe nega outras manifestações. Ao exame físico, a criança está em bom estado geral, febril com 38,2 °C e sem outras alterações. A vacinação está atualizada para a idade. Qual é a conduta adequada nesse caso?

- A) Alta com orientações aos responsáveis.
- B) Coletar exame de urina e, caso normal, reavaliar a criança diariamente.
- C) Coletar hemograma, exame de urina e iniciar antibioticoterapia empírica ambulatorial.
- D) Coletar hemograma, exame de urina e radiografia de tórax. Se todos os exames normais, reavaliar a criança diariamente.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, temos aqui um caso de febre sem sinais localizatórios, que é quando temos febre, com menos de 7 dias, e cuja causa, após uma boa anamnese e exame físico, não encontramos.

A conduta é guiada por protocolos. Observe o fluxo para crianças de 3 a 36 meses.



* Vacinação completa: pelo menos duas doses da vacina conjugada para Haemophilus influenzae, Streptococcus pneumoniae.

**Coletar urocultura nas meninas menores de 24 meses; nos meninos não circuncidados menores de 12 meses e nos meninos circuncidados menores de 6 meses.

Vamos voltar ao caso. Temos uma criança de 8 meses, do sexo feminino, com vacinação completa. Como ela é menina e menor de 24 meses, a conduta adequada é coletar urina. Caso ela venha normal, devemos fazer reavaliação diária da criança.

Incorreta a alternativa A. Devemos coletar exame de urina antes de liberar a criança.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. Não há necessidade de hemograma e nem de antibioticoterapia empírica.

Incorreta a alternativa D. Não há necessidade de hemograma e nem de radiografia de tórax.

Gabarito: B

68. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Neonato de termo, adequado para a idade gestacional, está internado por quadro de sepse neonatal precoce. Considerando o quadro, quais são os possíveis agentes infecciosos envolvidos?

- A) *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*.
- B) *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus agalactiae*.
- C) *Escherichia coli*, estafilococo coagulase negativo.
- D) *Listeria monocytogenes*, *Klebsiella pneumoniae*.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos falar de sepse neonatal.

A sepse neonatal é uma síndrome clínica decorrente da presença de agentes patogênicos em fluidos previamente estéreis, como sangue, urina ou líquido.

Ela pode ser classificada quanto ao tempo de aparecimento em:

- SEPSE NEONATAL PRECOCE: ocorre em até 72 horas de vida;
- SEPSE NEONATAL TARDIA: ocorre após 72 horas de vida.

A sepse precoce é a principal forma de sepse e está relacionada com os agentes da flora geniturinária materna. São eles: estreptococo beta *agalactiae* (EGB ou GBS), *E. coli*, estafilococo coagulase negativo e *Listeria monocytogenes*. Fique ligado no mnemônico!

"GeLo de COCO"

GeBS

Listeria

E. COli

E. COagulase negativo



A tardia pode trazer agentes comunitários, quando o RN já estava de alta, sendo a *E. coli* e o *S. aureus* os principais. Ou os agentes da flora hospitalar, em caso de internamento prolongado.

Os sinais clínicos da sepse são inespecíficos, portanto devemos unir fatores de risco + história clínica + exame físico.

Os principais fatores de risco são os maternos: corioamnionite, febre intraparto, colonização por GBS.

Os neonatos podem apresentar distúrbio respiratório, apneia, cianose, dificuldade para alimentar-se, má perfusão, sinais de choque, irritabilidade, letargia, distensão abdominal, vômitos, icterícia, instabilidade térmica, taqui ou bradicardia.

Já na suspeita de sepse neonatal, devemos coletar, no mínimo, hemograma, hemocultura e liquor.

Os demais exames dependem do protocolo de cada instituição e dos sinais clínicos do paciente.

Além dos exames, devemos instituir o uso de antibióticos empíricos endovenosos na simples suspeita.

Para a sepse precoce, a antibioticoterapia mais utilizada é a ampicilina associada à gentamicina.

Para sepse tardia, iniciamos geralmente com oxacilina e amicacina.

No caso de meningite associada, devemos sempre combinar uma cefalosporina de terceira ou quarta geração.

Correta a alternativa C, pois traz dois agentes infecciosos da sepse precoce.

Gabarito: C

69. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) A conjuntivite neonatal é fator de risco para complicações oculares que podem, inclusive, levar à cegueira. Atualmente, para sua prevenção, é indicado aplicar, ao nascer:

- A) colírio de nitrato de prata.
- B) colírio de tobramicina.
- C) colírio de ciprofloxacino.
- D) colírio de iodopovidona.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A conjuntivite neonatal pode ocorrer por agentes infecciosos transmitidos da mãe para o bebê durante o parto, principalmente gonococo e clamídia, ou pelo colírio de nitrato de prata (conjuntivite química). É importante que você saiba diferenciá-las.

Gonocócica	Clamídia	Química
1% das infecciosas	40% das infecciosas	Mais frequente
24 a 48 horas após o parto	5 a 15 dias após o parto	48 horas após o parto
Secreção purulenta abundante	Secreção mucopurulenta menos abundante	Pouca secreção uni ou bilateral
Edema bipalpebral evidente Edema de conjuntiva Úlcera de córnea	Formação de pseudomembranas na conjuntiva	Pouca ou nenhuma hiperemia conjuntival Pouco edema
Diplococos Gram-negativos no Gram	Corpúsculo de inclusão intracitoplasmático no Gram/Giemsa	
Tratamento local (quinolona, aminoglicosídeo) e sistêmico (ceftriaxona)	Tratamento local (isolado) ou sistêmico (outras manifestações - macrolídeos)	Autolimitada. Não há necessidade de tratamento

No Brasil, o método Credé - colírio de nitrato de prata - foi a primeira medida para prevenção de conjuntivite gonocócica. Com o aumento da prevalência de outros agentes infecciosos, como a clamídia, seu uso começou a ser questionado.

Além disso, a possibilidade de conjuntivite química e problemas de conservação levaram à busca de outros medicamentos. Hoje, a iodopovidona 2,5% tem se mostrado a melhor opção, seguida pela pomada de eritromicina 0,5% e pela de tetraciclina 1%.

Incorreta a alternativa A. Esse foi o primeiro método, considerado inadequado atualmente.

Incorretas as alternativas B e C. Esses são colírios de tratamento para conjuntivite bacteriana.

Correta a alternativa D. Essa é a profilaxia atual.

Gabarito: D

70. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Criança de 7 anos é atendida no pronto atendimento com queixa de febre há 6 dias. Ao exame físico, ela apresenta conjuntivite bilateral sem exsudato, adenomegalia cervical única à direita, edema em mãos bilateralmente e lábios rachados. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é o tratamento adequado?

- A) Infusão de imunoglobulina.
- B) Administração de vitamina A.
- C) Prescrição de antibioticoterapia.
- D) Administração de corticoterapia.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista, vamos falar de doença de Kawasaki?

A doença de Kawasaki (DK) é uma doença inflamatória aguda sistêmica que se manifesta como uma vasculite de artérias de médio calibre, sendo sua principal complicação o aneurisma de artérias coronárias.

Para chegarmos a um diagnóstico, temos que ter os seguintes critérios:

- Febre por 5 dias ou mais.

4 dos 5 critérios a seguir:

- conjuntivite bilateral, não exsudativa;
- exantema (*rash*) polimorfo, podendo ser maculopapular, escarlatiniforme, urticariforme, micropustular ou psoriásico;
- alteração de extremidades, como edema de mãos e hiperemia palmoplantar;
- linfadenopatia cervical, geralmente unilateral, com linfonodo maior do que 1,5 cm;
- mucosite, como lábios hiperemiados, edemaciados e rachados, faringite não exsudativa, língua em framboesa.

Para não precisar decorar, vamos facilitar com um mnemônico? Doença de Kawasaki é “CREAM”.

DOENÇA DE KAWASAKI

Diagnóstico - febre por, no mínimo, 5 dias + 4 dos critérios abaixo:

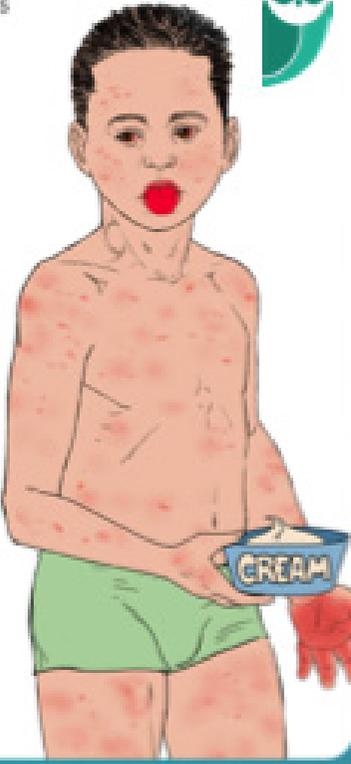
C onjuntivite bilateral não exsudativa 

R ash polimorfo 

E edema/ Eritema de Extremidades 

A adenopatia cervical unilateral 

M ucosite 



Tratamento - imunoglobulina + AAS

As medicações utilizadas para o tratamento da DK são:

- imunoglobulina;
- ácido acetilsalicílico (AAS) em altas doses.

O tratamento precoce (até o décimo dia) tem como objetivo diminuir o risco de aneurismas de coronária.

Vamos voltar ao caso?

- Temos aqui febre por 5 dias +
- conjuntivite não purulenta;
- edema de mãos;
- linfonomegalia;
- mucosite.

A criança fecha critérios para doença de Kawasaki e deve receber imunoglobulina.

Correta a alternativa A.

Incorreta a alternativa B. A vitamina A está indicada para o sarampo. Nele, também podemos ter febre alta e conjuntivite, porém temos outras manifestações, como tosse, cefaleia, coriza, exantema maculopapular e manchas de Koplik.

Incorreta a alternativa C. Não há indicação de antibioticoterapia, pois não é uma doença infecciosa.

Incorreta a alternativa D. Não há indicação de corticoterapia na doença de Kawasaki.

Gabarito: A

71. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria) Criança de 3 anos é levada à unidade de saúde para consulta de rotina. Ao exame, apresenta peso de 11,2 kg e estatura de 89 cm. O profissional de saúde calcula o índice de massa corporal (IMC) e utiliza as curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliar o estado nutricional. O escore Z da estatura para idade é de -2,3 e o escore Z do IMC para idade é de -0,5. Com base nesses dados, qual é o diagnóstico nutricional mais provável?

- A) Baixa estatura, com IMC adequado para a idade (eutrofia).
- B) Obesidade, pois o IMC está aumentado para a idade.
- C) Desnutrição aguda, com risco de complicações.
- D) Crescimento adequado, sem alterações nutricionais.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista!

Questão fundamental para revisarmos alguns conceitos muito cobrados nas provas de pediatria! A **avaliação do estado nutricional** permite identificar de maneira precoce desvios no crescimento que podem ter sérias implicações para a saúde e o desenvolvimento futuro da criança. As curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS) são a ferramenta padrão-ouro para essa avaliação, pois elas representam o padrão de crescimento de crianças saudáveis. No Brasil, essas curvas são também recomendadas pelo Ministério da Saúde. Para interpretar as curvas, utilizamos os **escores Z**, que nos dizem o quão distante o valor medido da criança (como estatura ou IMC) está da média de referência para sua idade e sexo, em termos de desvios-padrão. Um escore Z igual a zero significa que a criança está na média. Para essa questão especificamente, dois índices são particularmente importantes:

Estatura para idade (E/I): esse índice é um excelente indicador do **crescimento** da criança. Ele reflete seu histórico de crescimento e é o melhor marcador para identificar problemas como a **baixa estatura** ou o retardo de crescimento. Quando o escore Z da estatura para idade é **inferior a -2**, consideramos que a criança apresenta baixa estatura.

Índice de massa corporal para idade (IMC/I): o IMC (calculado como peso em quilogramas dividido pela altura em metros ao quadrado) para idade é o melhor indicador para avaliar a **adequação do peso em relação à altura**. Ele nos ajuda a identificar problemas nutricionais atuais, como **magreza, sobrepeso ou obesidade**, e tem uma classificação específica a depender da idade (se maior ou menor do que 5 anos), da seguinte forma:

Percentil	Escore Z	Zero a 5 anos incompletos	5 a 20 anos incompletos
< Percentil 0,1	< Escore -z -3	Magreza acentuada	Magreza acentuada
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	≥ Escore -z -3 e < Escore -z -2	Magreza	Magreza
≥ Percentil 3 ≤ 85	≥ Escore -z -2 e ≤ +1	Eutrofia	Eutrofia
> Percentil 85 ≤ 97	> Escore -z + 1 e ≤ +2	Risco de sobrepeso	Sobrepeso
> Percentil 97 e ≤ 99,9	> Escore -z + 2 e ≤ +3	Sobrepeso	Obesidade
> Percentil 99,9	> Escore -z + 3	Obesidade	Obesidade grave

Vamos aplicar esses conceitos aos dados da criança de 3 anos em questão: escore Z da estatura para idade de **-2,3** e escore Z do IMC para idade de **-0,5**.

Estatura para idade (Z-score = -2,3): como -2,3 é um valor **menor do que -2**, isso indica que a criança apresenta **baixa estatura** para sua idade.

IMC para idade (Z-score = -0,5): um escore Z de -0,5 para o IMC para idade está dentro da faixa de **-2 a +1**. Isso significa que o **IMC da criança é adequado para sua idade**, ou seja, ela está em **eutrofia** em relação à proporção entre seu peso e altura.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A. A estatura para idade com Z-score de -2,3 indica baixa estatura. O IMC para idade com Z-score de -0,5 enquadra-se na faixa de normalidade (eutrofia).

Incorreta a alternativa B. O IMC para idade com escore Z de -0,5 está bem abaixo dos valores que indicariam obesidade (que seriam tipicamente acima de +2 ou +3 a depender da idade). Portanto, não há evidência de obesidade.

Incorreta a alternativa C. A desnutrição aguda grave seria indicada por um IMC para idade (ou peso para estatura) com escore Z muito baixo (inferior a -3), ou por sinais clínicos de desnutrição.

Incorreta a alternativa D. O escore Z da estatura para idade de -2,3 demonstra uma alteração significativa no crescimento linear da criança (baixa estatura), o que exige investigação e acompanhamento. Portanto, não se pode classificar o crescimento como totalmente adequado.

Gabarito: A

72. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Adolescente de 14 anos, do sexo masculino, é levado à consulta por apresentar estatura visivelmente inferior à dos colegas da mesma idade. Segundo os responsáveis, ele não apresentou nenhum sinal de puberdade até o momento. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, sem dismorfias, com estadiamento puberal genital G1 e testículos com volume inferior a 4 mL. A radiografia de mão e punho mostra idade óssea compatível com 11 anos. Está crescendo 5 cm/ano. A família informa que o pai iniciou a puberdade por volta dos 15 anos. Diante do quadro apresentado, qual deve ser a conduta mais adequada nesse momento?

- A) Iniciar reposição hormonal com testosterona.
- B) Solicitar investigação para baixa estatura patológica com dosagem de GH e cariótipo.
- C) Tranquilizar a família e manter acompanhamento clínico.
- D) Realizar ressonância magnética de crânio para investigação de atraso puberal.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a avaliação do adolescente com baixa estatura e atraso puberal é um desafio comum na prática pediátrica. É fundamental diferenciar condições fisiológicas (as que não requerem intervenção medicamentosa) das patológicas (que necessitam de tratamento específico). O atraso constitucional do crescimento e puberdade (ACCP) é a causa mais comum de atraso puberal e baixa estatura em adolescentes. Ela é uma variação normal do desenvolvimento, caracterizada por:

- **atraso no início da puberdade:** ausência de sinais de puberdade após os 14 anos de idade em meninos e 13 anos em meninas;
- **baixa estatura:** geralmente, a estatura está abaixo da média para a idade cronológica, mas é normal para a idade óssea;
- **idade óssea atrasada:** a maturação óssea (determinada por radiografia de mão e punho) é significativamente menor do que a idade cronológica;
- **história familiar de puberdade tardia:** frequentemente, há casos semelhantes na família (pais, tios, avós), o que reforça o caráter genético e fisiológico da condição;

- **velocidade de crescimento normal:** aproximadamente 5 a 7 cm/ano nos pacientes pré-púberes;
- **ausência de sinais de doenças crônicas ou outras patologias:** o adolescente apresenta bom estado geral, sem sinais de desnutrição, doenças sistêmicas ou distúrbios;
- **prognóstico de estatura final normal:** embora o crescimento seja mais lento inicialmente, esses adolescentes geralmente atingem uma estatura final dentro da faixa normal esperada para sua família.

A diferenciação do ACCP de outras causas de atraso puberal e baixa estatura (como deficiência de GH, hipotireoidismo, síndromes genéticas, doenças crônicas ou hipogonadismo hipogonadotrófico/hipergonadotrófico) é feita pela análise cuidadosa da história clínica, exame físico e exames complementares (principalmente idade óssea). **Na maioria dos casos de ACCP, a conduta é expectante**, com acompanhamento clínico. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A reposição hormonal com testosterona é uma opção terapêutica para indução puberal em casos específicos de hipogonadismo, mas não é a conduta inicial mais adequada quando o quadro é claramente constitucional. O objetivo é apenas tranquilizar a família e aguardar o desenvolvimento fisiológico.

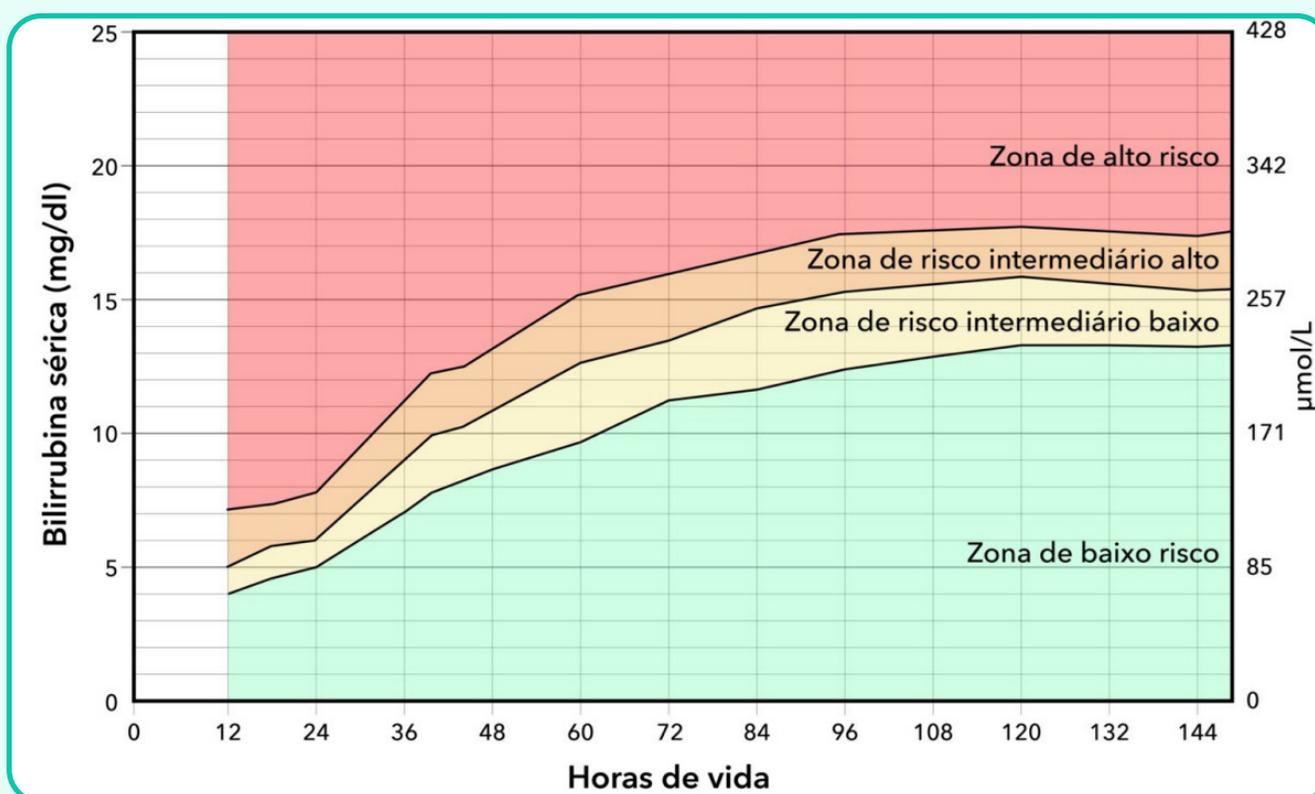
Incorreta a alternativa B. Embora a baixa estatura esteja presente, o conjunto de dados (idade óssea atrasada, história familiar de puberdade tardia, ausência de outros sinais de alerta e bom estado geral) aponta fortemente para um quadro fisiológico. Exames invasivos e caros como dosagem de GH (que exige testes de estímulo) e cariótipo não são a primeira linha de investigação quando o ACCP é a principal hipótese diagnóstica. A investigação para baixa estatura patológica seria mais indicada se houvesse desaceleração da velocidade de crescimento para a idade óssea, desproporções corporais, distúrbios ou doenças crônicas.

Correta a alternativa C. Exatamente, Estrategista! Essa é a conduta mais adequada. A **família deve ser tranquilizada sobre a natureza benigna e fisiológica do quadro**, explicando que o adolescente irá crescer e se desenvolver normalmente. O acompanhamento clínico regular é importante para monitorar o início e a progressão da puberdade e o crescimento, garantindo que o diagnóstico se mantenha e que não surjam outros sinais de alerta.

Incorreta a alternativa D. A ressonância magnética de crânio é indicada para investigar causas centrais de atraso puberal ou de puberdade precoce (como tumores hipofisários ou outras lesões cerebrais). Porém, diante de um quadro aparentemente benigno, a RM de crânio não seria a primeira conduta, visto que não há achados que sugerem patologia central.

Gabarito: C

73. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Recém-nascido a termo, com 36 horas de vida, peso ao nascer de 3.200 g, Apgar 9/10, em aleitamento materno exclusivo, é avaliado na maternidade por apresentar coloração amarelada em face, tronco e raiz da coxa. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, ativo, sugando bem, com diurese e evacuações adequadas. Não há histórico de incompatibilidade sanguínea, tampouco fatores de risco maternos. A equipe assistente solicita dosagem de bilirrubina total, que resulta em 11,8 mg/dL. Diante do quadro e considerando o uso do nomograma de Bhutani, a conduta mais apropriada nesse momento é:



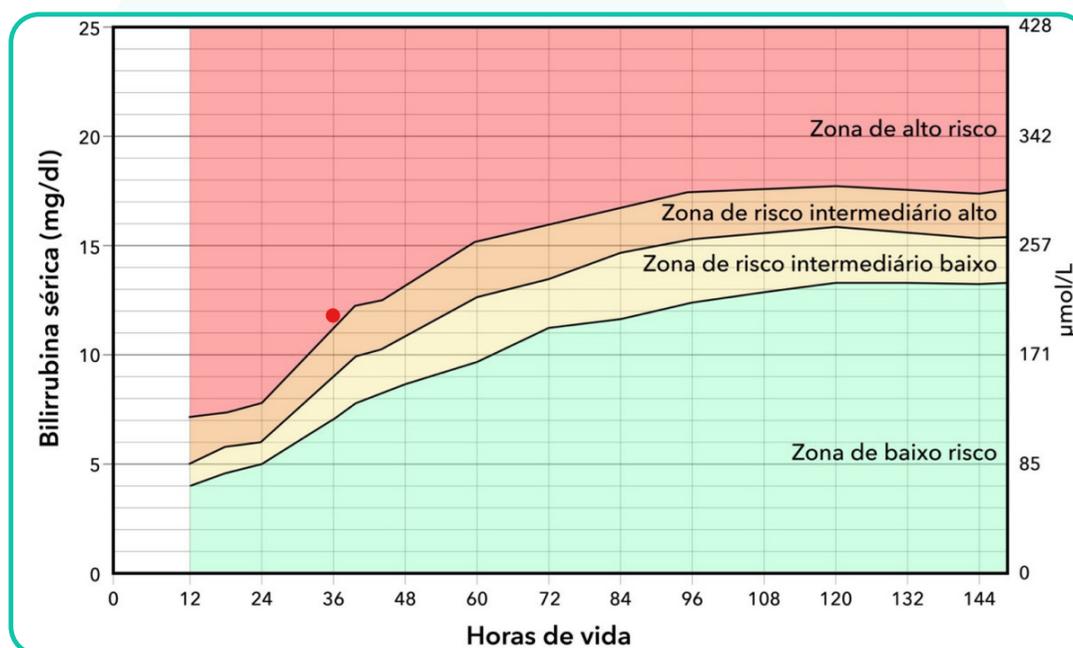
- A) encaminhar imediatamente ao hospital terciário e iniciar investigação de icterícia.
- B) repetir a avaliação em 24 horas.
- C) iniciar exsanguineotransusão preventiva.
- D) iniciar fototerapia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a icterícia neonatal é um achado extremamente comum nos recém-nascidos, afetando cerca de 60% dos recém-nascidos a termo e 80% dos pré-termos. Na maioria das vezes, essa icterícia é fisiológica, ou seja, uma condição benigna e transitória que se resolve espontaneamente. Nesses bebês, a icterícia acontece devido à **imaturidade hepática** do recém-nascido em conjunção com a **maior produção de bilirrubina** (resultante da quebra de hemácias) e a **menor capacidade de excreção**.

Para as provas, é fundamental que saibamos distinguir a icterícia fisiológica (geralmente se inicia após 24h de vida) da icterícia patológica (geralmente ocorre nas primeiras 24h de vida), a qual pode ser um sinal de doenças subjacentes (como incompatibilidades sanguíneas, infecções, deficiência de enzimas etc.) e, se os níveis de bilirrubina se tornarem muito elevados, pode levar à encefalopatia bilirrubínica (*kernicterus*), uma condição neurológica grave e irreversível.

Para auxiliar na tomada de decisão, são utilizados gráficos e ferramentas como o nomograma de Bhutani. Esse nomograma relaciona os níveis séricos de bilirrubina total com a idade do recém-nascido em horas, dividindo-os em zonas de risco (baixo, intermediário-baixo, intermediário-alto e alto risco) para o **desenvolvimento de hiperbilirrubinemia significativa**, que exigiria intervenção, como a fototerapia. As diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o uso do nomograma de Bhutani para avaliar o risco e guiar a conduta, especialmente para recém-nascidos a termo e pré-termos tardios. Vamos observar o gráfico:



Com a análise desse quadro, podemos definir que:

- RN na zona de alto risco (percentil maior que 95): iniciar **fototerapia**;
- RN na zona de risco intermediário alto (percentil entre 75 e 95): considerar fototerapia de acordo com a idade gestacional e repetir a dosagem de bilirrubina em 12 a 24 horas;
- RN na zona de risco intermediário baixo e baixo risco (percentil menor do que 75): alta hospitalar e reavaliação em 72 horas.

Observe as alternativas:

Incorreta a alternativa A. O recém-nascido é a termo, está clinicamente bem, sem fatores de risco associados, e a bilirrubina, embora elevada, não justifica encaminhamento imediato. A condução da icterícia neonatal deve ser iniciada em serviço secundário. A investigação etiológica será feita em casos com sinais de alerta ou progressão atípica.

Incorreta a alternativa B. Diante de um valor de 11,8 mg/dL aos 36 horas de vida, esse recém-nascido se encontra na zona de alto risco do nomograma de Bhutani. A simples reavaliação posterior pode ser insuficiente, e há indicação formal de fototerapia para evitar progressão da bilirrubina.

Incorreta a alternativa C. A exsanguineotransfusão é uma conduta reservada para bilirrubinas muito elevadas (geralmente > 20-25 mg/dL a termo) ou quando há sinais de encefalopatia bilirrubínica. Não se justifica nesse caso.

Correta a alternativa D. Com base no nomograma de Bhutani, valores de bilirrubina **acima de 11,5 mg/dL por volta de 36 horas de vida** situam o recém-nascido na **zona de alto risco**, que indica início de **fototerapia**, mesmo na ausência de sinais clínicos de gravidade. A conduta precoce reduz o risco de complicações neurológicas.

Gabarito: D

74. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Lactente de 62 dias de vida, previamente saudável, é levado ao pronto atendimento com febre (temperatura axilar de 38,3 °C) iniciada há cerca de 6 horas. Está ativo, corado, sem sinais de toxemia, com exame físico geral normal. A mãe refere que a criança recebeu as vacinas do calendário do Programa Nacional de Imunizações (PNI), incluindo a vacina pentavalente, há 2 dias. Não há outros sintomas associados e não há história de doenças prévias ou uso de antibióticos. Considerando a abordagem da febre sem sinais localizatórios nessa faixa etária, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Solicitar hemograma, painel viral (se disponível) e exame de urina.
- B) Realizar punção lombar e iniciar antibiótico empírico.
- C) Observar em unidade hospitalar por 24 horas sem exames laboratoriais.
- D) Atribuir a febre à vacinação recente e orientar antitérmico domiciliar.

COMENTÁRIOS:

Coruja, a febre sem sinais localizatórios em lactentes jovens, especialmente aqueles com menos de 3 meses de idade, é uma condição que exige bastante atenção. Nessa faixa etária, o sistema imunológico ainda é imaturo, tornando essas crianças mais suscetíveis a infecções bacterianas graves (IBG), como sepse, meningite, pneumonia e infecção do trato urinário (ITU), que muitas vezes não se manifestam com sinais e sintomas localizatórios fáceis de identificar.

As diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria enfatizam a importância de uma abordagem cautelosa e muitas vezes "agressiva" para descartar infecções bacterianas graves em lactentes febris sem foco aparente. Os critérios para estratificação de risco (por exemplo, **Rochester**) ajudam a guiar a conduta. É fundamental lembrar que a vacinação recente pode, sim, causar febre como reação adversa. No entanto, em lactentes tão jovens, a febre pós-vacinal é um diagnóstico de exclusão. Ou seja, não se pode simplesmente atribuir a febre à vacina sem antes descartar causas mais graves.

Nos pacientes entre 1 mês e 3 meses, primeira coisa a se fazer é:

- avaliar a história obstétrica, perinatal e pregressa;
- coletar hemograma;
- coletar urina e analisar o sedimento urinário;
- solicitar pesquisa de vírus respiratório, se disponível.

Com isso, levamos em consideração os critérios de Rochester, conforme a seguir:

ESCALA DE ROCHESTER Bebês de baixo risco
Previamente saudável
Recém-nascido de termo
Sem intercorrência no período neonatal
Sem toxemia
Sem evidência de infecção bacteriana no exame físico
Leucócitos entre 5.000 e 15.000/mm ³
Contagem absoluta de bastonetes < 1.500/mm ³
Sedimento urinário ≤ 10 leucócitos/campo

Bebês de baixo risco (preenchem todos os critérios acima) → reavaliação diária obrigatória.

Bebês de alto risco → internar, coletar hemocultura, urocultura, liquor, realizar radiografia de tórax e iniciar antibioticoterapia empírica. O tratamento empírico preconizado é feito com cefalosporina de 3ª geração.

Vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A. Essa é a conduta inicial mais adequada para um lactente de 62 dias com febre sem sinais localizatórios. Mesmo que o bebê pareça bem (sem toxemia), a idade de 62 dias (entre 1 e 3 meses) ainda o coloca em um grupo de risco para IBG. A solicitação desses exames é essencial para iniciar a estratificação de risco e buscar evidências de infecção bacteriana.

Incorreta a alternativa B. Embora a punção lombar e o início de antibiótico empírico (geralmente ceftriaxone ou ampicilina + gentamicina) sejam essenciais em lactentes jovens com alto risco de IBG (por exemplo, menor que 28-30 dias), no caso de um lactente de 62 dias que não está toxemiado, a abordagem inicial pode ser um pouco menos agressiva. A decisão de realizar punção lombar e iniciar antibiótico empírico geralmente se baseia nos resultados dos exames iniciais e na avaliação clínica contínua. Sem sinais de toxemia ou alterações nos exames iniciais, a punção lombar não seria a primeira conduta obrigatória.

Incorreta a alternativa C. A observação sem exames laboratoriais em um lactente de 62 dias com febre sem foco é uma conduta arriscada e inadequada. Mesmo que a criança pareça bem, o risco de IBG oculta existe. Exames laboratoriais são cruciais para a estratificação de risco e para guiar a decisão sobre a necessidade de internação, antibioticoterapia ou investigação mais aprofundada.

Incorreta a alternativa D. Embora a febre pós-vacinal seja uma possibilidade, ela é um diagnóstico de exclusão em lactentes jovens. Ignorar a febre e simplesmente atribuí-la à vacinação sem investigação adequada seria uma conduta perigosa e negligente, que poderia atrasar o diagnóstico e tratamento de uma infecção bacteriana grave. As diretrizes são claras: febre em lactentes jovens, especialmente abaixo de 3 meses, requer investigação ativa para excluir IBG, independentemente de vacinação recente.

Gabarito: A

75. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Pré-escolar de 2 anos é levado à unidade básica de saúde com quadro de febre baixa há 2 dias, associada ao surgimento de lesões levemente dolorosas na boca e erupções cutâneas em extremidades. Ao exame, apresenta múltiplas vesículas em região palmar, plantar e ao redor da boca, além de úlceras orais em mucosa jugal. A criança está em bom estado geral, ativa, aceita líquidos e alimentos pastosos, sem sinais de desidratação ou toxemia. Os pais relatam casos semelhantes na creche nos últimos dias. Diante do quadro clínico e da provável etiologia, qual é a conduta mais adequada?

- A) Iniciar aciclovir oral e afastar da creche por 14 dias.
- B) Prescrever corticoide sistêmico e antibiótico oral preventivo.
- C) Orientar cuidados de suporte, hidratação e afastamento escolar até resolução dos sintomas.
- D) Encaminhar para o pronto-socorro devido ao risco de síndrome mão-pé-boca grave.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a doença mão-pé-boca (DMPB) é uma infecção viral bastante comum no dia a dia da pediatria. É uma doença contagiosa, que afeta principalmente bebês e crianças menores de 5 anos de idade, mas pode ocorrer em crianças mais velhas e até em adultos. É causada por vírus do gênero *Enterovirus*, sendo os mais comuns o *Coxsackievirus A16* e o *Enterovirus 71*. A transmissão ocorre principalmente por contato direto com secreções respiratórias (gotículas de tosse e espirro), fezes (contato fecal-oral) ou fluidos das bolhas.

O quadro clínico típico da doença mão-pé-boca é caracterizado por:

1. **febre:** geralmente baixa, no início da doença;
2. **lesões orais:** pequenas bolhas (vesículas) que evoluem para úlceras dolorosas na boca, especialmente na língua, mucosa jugal (bochechas), gengivas e palato. Essas lesões podem dificultar a alimentação e a ingestão de líquidos;
3. **erupções cutâneas:** manchas vermelhas (máculas) que evoluem para pequenas bolhas (vesículas) ou pápulas (elevações) em áreas específicas, como palmas das mãos, solas dos pés e, por vezes, nas nádegas. As lesões nas extremidades podem ser indolores ou discretamente pruriginosas.



Apesar da aparência das lesões e do desconforto inicial, a DMPB é, na grande maioria dos casos, uma doença autolimitada e benigna, com resolução espontânea em 7 a 10 dias. Complicações graves, como meningite asséptica ou encefalite, são raras. O diagnóstico é essencialmente clínico, baseado nos achados típicos de febre e lesões orais e cutâneas características. Exames laboratoriais raramente são necessários.

Vamos analisar a questão:

Incorreta a alternativa A. O aciclovir é um antiviral eficaz contra vírus do grupo *Herpesviridae* (como o herpes *simplex*, que causa estomatite herpética), mas não tem eficácia comprovada contra os enterovírus que causam a doença mão-pé-boca. Portanto, sua indicação não é apropriada para essa condição. O afastamento da creche é correto, mas o período pode variar e não é a única conduta.

Incorreta a alternativa B. A DMPB é uma infecção viral, portanto antibióticos são ineficazes e seu uso profilático não é recomendado, pois pode levar à resistência bacteriana e efeitos colaterais desnecessários. Corticoides sistêmicos não têm indicação na DMPB e podem, inclusive, suprimir a resposta imune, prolongando a infecção ou favorecendo complicações.

Correta a alternativa C. Essa é a conduta mais adequada para a doença mão-pé-boca, que é uma condição autolimitada.

- **Cuidados de suporte:** incluem o uso de analgésicos e antitérmicos (como paracetamol ou ibuprofeno) para aliviar a febre e a dor das lesões orais.
- **Hidratação:** é fundamental, pois as lesões orais dolorosas podem dificultar a ingestão de líquidos. Deve-se oferecer alimentos líquidos, pastosos, frios e não ácidos.
- **Afastamento escolar/creche:** essencial para prevenir a disseminação do vírus para outras crianças.

Incorreta a alternativa D. Embora exista um risco raro de complicações graves (principalmente neurológicas) associadas a alguns subtipos de enterovírus, o caso descrito ("em bom estado geral, ativa, aceita líquidos e alimentos pastosos, sem sinais de desidratação ou toxemia") não apresenta sinais de alerta que justifiquem um encaminhamento urgente ao pronto-socorro. A grande maioria dos casos é benigna e pode ser manejada ambulatorialmente com sucesso. O encaminhamento seria indicado apenas se houvesse sinais de gravidade, como letargia, recusa alimentar grave com risco de desidratação, vômitos persistentes, convulsões, dificuldade respiratória ou alteração do nível de consciência.

Gabarito: C

76. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menino de 1 ano e 4 meses, previamente hígido, é levado à unidade de pronto atendimento após apresentar episódio convulsivo durante quadro febril iniciado há poucas horas. Segundo a mãe, a criança teve movimentos tônico-clônicos em todo o corpo, com duração aproximada de 2 minutos, sem recorrência até o momento. Ao término da crise, o paciente apresentou recuperação neurológica completa em cerca de 10 minutos e chegou à unidade alerta, ativo, sem sinais focais ao exame neurológico. Não há antecedentes familiares de epilepsia, nem história de crises anteriores. Com base no quadro clínico e nas definições clínicas de crise febril, qual é a classificação mais adequada desse episódio?

- A) Crise febril complexa, pois ocorreu em menor de 2 anos.
- B) Crise febril simples, sem necessidade de investigação neurológica imediata.
- C) Epilepsia febril, com indicação de anticonvulsivante profilático.
- D) Crise febril complexa, com indicação de punção lombar e EEG.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a crise febril é o tipo mais comum de convulsão na infância. Ela é definida como um evento convulsivo que ocorre na presença de febre, sem evidência de infecção do sistema nervoso central (SNC) ou desequilíbrio eletrolítico, e em uma criança sem história prévia de convulsões afebris. É fundamental para os pais e profissionais de saúde entenderem que, na grande maioria dos casos, a **crise febril é um evento benigno**, com bom prognóstico e sem sequelas neurológicas a longo prazo.

As crises febris são classificadas em dois tipos principais, com base em suas **características clínicas**, o que influencia a necessidade de investigação e manejo:

- Crise febril simples:
- duração: geralmente curta, com menos de 15 minutos;
- tipo: tônico-clônica generalizada (afeta todo o corpo);
- recorrência: ocorre apenas uma vez em um período de 24 horas;
- recuperação: a recuperação neurológica pós-crise é rápida e completa, sem déficits focais;
- idade: ocorre tipicamente entre 6 meses e 5 anos de idade.

Crise febril complexa:

- duração: mais longa, com duração superior a 15 minutos;
- tipo: focal (afeta apenas uma parte do corpo) ou com características focais;
- recorrência: ocorre mais de uma vez em um período de 24 horas (crises múltiplas);
- recuperação: pode haver recuperação neurológica incompleta ou déficits focais pós-crise.

É fundamental entender que a **crise febril não é um diagnóstico de epilepsia**, embora um pequeno percentual de crianças com crises febris complexas ou fatores de risco adicionais possa ter um risco ligeiramente aumentado de desenvolver epilepsia no futuro. Em crises febris simples, a investigação neurológica extensa (como EEG, neuroimagem ou punção lombar) geralmente **não é necessária**, a menos que haja outros sinais de alerta ou suspeita de infecção do SNC.

Nessa questão, todas as características apontam para uma crise febril simples.

Incorreta a alternativa A. A idade por si só (menor de 2 anos) não define uma crise febril como complexa. A complexidade é determinada pela duração (> 15 min), tipo (focal) ou recorrência (> 1 em 24h). O paciente encaixa-se nos critérios de crise febril simples.

Correta a alternativa B. O episódio preenche todos os critérios para uma crise febril simples. Nesses casos, a investigação neurológica extensa (como EEG ou neuroimagem) não é rotineiramente indicada. A punção lombar também não é indicada de rotina em crises febris simples em crianças com bom estado geral e sem sinais de infecção do SNC. A conduta principal é identificar e tratar a causa da febre.

Incorreta a alternativa C. Crise febril não é sinônimo de epilepsia. Esse foi um episódio provocado por febre. Além disso, a profilaxia contínua com anticonvulsivantes para crises febris simples não é recomendada devido aos efeitos colaterais dos medicamentos e ao baixo risco de recorrência ou de desenvolvimento de epilepsia.

Incorreta a alternativa D. Como visto, o episódio é uma crise febril simples, não complexa. A punção lombar e o EEG não são indicados. A punção lombar seria considerada em casos de suspeita de meningite (sinais meníngeos, letargia persistente, febre em lactente muito jovem etc.). O EEG tem pouca utilidade diagnóstica após uma crise febril simples e não prediz o risco de epilepsia.

Gabarito: B

77. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Menina de 2 anos e 10 meses, previamente hígida, é levada ao pronto atendimento após quadro de febre alta (temperatura de 39 °C) com início súbito, mantida por três dias, sem sinais localizatórios evidentes. No final do terceiro dia, a febre cessou abruptamente e surgiu um exantema maculopapular rosado inicialmente no tronco, com progressão para o pescoço e a face. A criança encontra-se em bom estado geral, sem prurido, sem adenomegalias palpáveis e sem sinais de toxemia. Os pais negam vacinação recente. Com base na evolução clínica e nas características do exantema, o diagnóstico mais provável é:

- A) sarampo, devido à presença de exantema descendente e febre alta.
- B) rubéola, pelo exantema róseo e ausência de sintomas sistêmicos.
- C) exantema súbito, pela defervescência súbita da febre seguida do aparecimento do exantema.
- D) eritema infeccioso, por apresentar exantema facial e bom estado geral.

COMENTÁRIOS:

Coruja, as doenças exantemáticas são muito cobradas nas provas de Residência! A maioria é de etiologia viral, caracterizada pela presença de erupções cutâneas (exantema), geralmente acompanhadas de outros sintomas sistêmicos como febre, mal-estar e adenomegalias. O diagnóstico diferencial entre elas é crucial, pois algumas são benignas e autolimitadas, enquanto outras podem ter complicações graves ou exigir medidas de saúde pública (como isolamento e notificação compulsória). Para diferenciar as doenças exantemáticas, é fundamental analisar um conjunto de características:

- **padrão da febre:** início, duração, intensidade e relação com o aparecimento do exantema;
- **tipo e características do exantema:** se é macular, papular, vesiculoso, purpúrico; localização inicial, progressão, confluência, prurido;
- **sintomas prodrômicos:** presença e tipo de sintomas que antecedem o exantema (catarro, tosse, conjuntivite, linfadenopatia);
- **sinais e sintomas associados:** adenomegalias, hepatoesplenomegalia, acometimento oral, descamação etc.;
- **idade do paciente e histórico vacinal:** algumas doenças são mais comuns em faixas etárias específicas ou em indivíduos não vacinados;
- **epidemiologia:** casos semelhantes na comunidade, surtos.

Vamos analisar algumas das doenças exantemáticas que são diagnósticos diferenciais importantes trazidos pela questão:

Sarampo:

- agente etiológico: vírus do sarampo (*Morbillivirus*);
- febre: alta (39-40 °C), presente desde o pródrômo e persistente até o exantema;
- pródrômo: marcado por tosse, coriza, conjuntivite e fotofobia, além das **manchas de Koplik** (pequenos pontos brancos com halo avermelhado na mucosa bucal), que são **patognomônicas** e surgem 1-2 dias antes do exantema;
- exantema: maculopapular, eritematoso, com início na face (atrás das orelhas, linha do cabelo), progredindo rapidamente para tronco e extremidades ("**progressão craniocaudal ou descendente**"). As lesões podem confluir. Desaparece na mesma ordem do aparecimento, deixando descamação fina e hiperpigmentação residual.

Rubéola:

- agente etiológico: vírus da rubéola (*Rubivirus*);
- febre: geralmente baixa ou ausente;

- pródromo: leve ou ausente em crianças; em adolescentes e adultos, pode haver febre baixa, cefaleia, mal-estar e conjuntivite leve;
- exantema: maculopapular, róseo claro, não confluyente, que se inicia na face e se espalha rapidamente para o tronco e extremidades em 24 horas (também com progressão descendente). Dura cerca de 3 dias;
- sinal característico: linfadenopatia retroauricular, cervical posterior e occipital proeminente, que pode anteceder o exantema.

Exantema súbito (roséola infantil ou sexta doença):

- agente etiológico: principalmente *human Herpesvirus 6 (HHV-6)*, às vezes HHV-7;
- febre: febre alta (acima de 39 °C), de início súbito e que persiste por 3 a 5 dias, sem outros sintomas proeminentes (criança em bom estado geral apesar da febre);
- característica distintiva: a febre cessa abruptamente (defervescência súbita) e, em seguida, surge o exantema.
- Exantema: maculopapular, róseo, não pruriginoso, com início no tronco e pescoço, podendo se espalhar para a face e extremidades. Geralmente desaparece em 1-2 dias;
- idade: mais comum em lactentes e crianças de 6 meses a 2 anos.

Eritema infeccioso:

- agente etiológico: *Parvovirus B19*;
- febre: geralmente ausente ou muito baixa;
- pródromo: leve, com sintomas inespecíficos;
- exantema: característico, com 3 fases:
- "face esbofetada" (eritema intenso e brilhante nas bochechas), poupando a região perioral;
- exantema reticular ou rendilhado (em "renda"), que surge no tronco e nas extremidades;
- **exantema que pode recorrer com calor, estresse ou exercício;**
- importância: pode causar **crise aplástica transitória** em pacientes com doença falciforme ou esferocitose.

Vamos avaliar as opções:

Incorreta a alternativa A. Embora o sarampo cause febre alta e exantema descendente, ele é precedido por um pródromo respiratório e conjuntivite, e o exantema surge *enquanto* a febre ainda está alta ou começando a ceder, não *após* a defervescência abrupta. As manchas de Koplik também seriam um achado importante, e a criança está com bom estado geral, o que é menos provável no auge do sarampo, quando geralmente a criança fica mais toxemiada.

Incorreta a alternativa B. A rubéola geralmente tem febre baixa ou ausente e uma linfadenopatia característica. O exantema na rubéola também é concomitante à febre (se presente) ou surge logo após, não após uma febre alta que cessa subitamente.

Correta a alternativa C. Esse é o diagnóstico mais provável. A sequência clássica de febre alta e súbita por 3 dias, seguida de defervescência abrupta e subsequente aparecimento do exantema maculopapular rosado no tronco que se espalha para o pescoço e face, é a descrição típica do exantema súbito. A criança em bom estado geral, apesar da febre alta, também é característica.

Incorreta a alternativa D. O eritema infeccioso manifesta-se com o padrão de "face esbofetada" e exantema reticular/rendilhado em outras partes do corpo, geralmente sem ou com pouca febre. A febre alta e a sequência de febre-exantema descritas no caso não se encaixam no eritema infeccioso.

Gabarito: C

78. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Lactente de 10 meses, previamente saudável, é levado à unidade de saúde com febre (máximo de 39,2 °C) persistente e irritabilidade há 3 dias. A mãe relata choro frequente, principalmente à noite. O exame físico é normal, exceto pela otoscopia, em que se observa abaulamento da membrana timpânica com hiperemia bilateralmente. Não há otorreia. Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde, qual deve ser a conduta mais adequada?

- A) Observar por 48 horas e prescrever sintomáticos apenas.
- B) Iniciar antibiótico empírico com amoxicilina.
- C) Iniciar azitromicina por suspeita de infecção viral associada.
- D) Solicitar otoscopia com insuflação para confirmação diagnóstica.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista! A otite média aguda (OMA) é uma das infecções bacterianas mais frequentes na infância, especialmente em lactentes e pré-escolares. Ela é caracterizada pela inflamação e presença de efusão (líquido) na orelha média, acompanhada de sinais e sintomas de infecção aguda. A etiologia é predominantemente bacteriana, sendo os principais agentes ***Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* não tipável e *Moraxella catarrhalis***. Infecções virais precedentes (como resfriados) são fatores de risco importantes, pois causam edema da tuba auditiva, facilitando a proliferação bacteriana. O diagnóstico de OMA é **essencialmente clínico** e requer a presença de três critérios fundamentais, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil e da Academia Americana de Pediatria (AAP):

1. Início agudo dos sintomas: geralmente febre, dor de ouvido (otalgia, que se manifesta como irritabilidade, choro persistente, puxar a orelha em lactentes que ainda não verbalizam), ou vômitos/diarreia.

2. Presença de efusão na orelha média: confirmada por otoscopia, por meio de um ou mais dos seguintes achados: abaulamento da membrana timpânica (MT), mobilidade limitada ou ausente da MT à otoscopia pneumática (insuflação), ou nível hidroaéreo/bolhas atrás da MT.

3. Sinais e sintomas de inflamação aguda na orelha média: hiperemia (vermelhidão) da MT, dor de ouvido ou febre.

A otoscopia é a ferramenta diagnóstica mais importante. **Um abaulamento da membrana timpânica é o sinal mais confiável de efusão e inflamação aguda na orelha média.** A conduta na OMA evoluiu nos últimos anos, com uma tendência à observação em casos selecionados para reduzir o uso desnecessário de antibióticos (estratégia "*watchful waiting*" ou "espera vigilante"). No entanto, em lactentes jovens e/ou com quadros mais graves, o tratamento com antibióticos ainda é a primeira escolha. Dessa forma, optar por realizar antibioticoterapia depende de alguns critérios, conforme a seguir:

QUANDO UTILIZAR ANTIBIÓTICOS NA OTITE MÉDIA AGUDA		
CRIANÇAS < 6 MESES	Tratamento imediato em todos os casos	
	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
6 MESES A DOIS ANOS	- Unilateral - Sintomas leves (otalgia < 48h e temperatura < 39 °C)	Pela alta taxa de falha em alguns pacientes = tratamento com antibiótico
	OBSERVAÇÃO	ANTIBIÓTICO
> DOIS ANOS (24 MESES)	Imunocompetentes Sem anormalidades craniofaciais Sinais e sintomas leves Sem otorreia Cuidadores entendendo riscos/benefícios	Pareçam tóxicas Otalgia persistente > 48h Febre > 39 °C OMA bilateral Otorreia Acesso incerto ao sistema de saúde

Portanto, considerando que a criança da questão tem 10 meses e apresenta OMA bilateral (definida pelo abaulamento da MT bilateralmente), de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria, a conduta mais adequada é o **início imediato de antibioticoterapia**, sendo a amoxicilina o antibiótico de escolha.

Incorreta a alternativa A. Embora a observação seja uma estratégia válida em alguns casos de OMA, ela é geralmente reservada para crianças de 6 meses a 2 anos com OMA unilateral e não grave.

Correta a alternativa B. A amoxicilina é o antibiótico de primeira linha para OMA na maioria dos casos, especialmente em crianças sem histórico recente de uso de antibióticos ou falha terapêutica. Diante do diagnóstico de OMA bilateral em um lactente de 10 meses, o tratamento antibiótico é indicado.

Incorreta a alternativa C. A azitromicina não é a primeira escolha para OMA, sendo reservada para pacientes alérgicos à penicilina. Além disso, embora infecções virais possam preceder a OMA, a presença de abaulamento da membrana timpânica indica uma provável superinfecção bacteriana, que requer tratamento com antibiótico específico para bactérias comuns, não para vírus.

Incorreta a alternativa D. A otoscopia com insuflação (pneumática) é uma técnica valiosa para confirmar a presença de efusão na orelha média, avaliando a mobilidade da membrana timpânica. No entanto, no caso descrito, o abaulamento da membrana timpânica já é um sinal inequívoco e suficiente da presença de efusão, juntamente com a hiperemia e os sintomas de febre/irritabilidade. Portanto, a otoscopia com insuflação não seria necessária para confirmar o diagnóstico, que já está claro pelo abaulamento.

Gabarito: B

79. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Lactente de 3 meses, nascido a termo, com adequado ganho pondero-estatural desde o nascimento, é levado à unidade básica de saúde para avaliação de episódios frequentes de regurgitação pós-mamada. Está em aleitamento materno exclusivo, com mamadas eficazes e intervalos regulares. A mãe relata que o bebê regurgita pequenas quantidades após quase todas as mamadas, mas permanece calmo, sem sinais de irritabilidade, choro excessivo, recusa alimentar ou comprometimento do sono. Ao exame físico, encontra-se hidratado, ativo e sem alterações abdominais. Diante desse quadro, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Solicitar pHmetria esofágica para descartar doença do refluxo gastroesofágico.
- B) Iniciar fórmula antirrefluxo e inibidor de bomba de prótons.
- C) Reafirmar o caráter fisiológico do quadro e orientar posicionamento adequado.
- D) Encaminhar ao gastroenterologista para endoscopia digestiva alta.

COMENTÁRIOS:

Coruja, o refluxo gastroesofágico (RGE) é um fenômeno fisiológico comum em lactentes, principalmente devido à imaturidade do esfíncter esofágico inferior (EEI), que ainda não está totalmente desenvolvido. A regurgitação é a manifestação mais visível desse refluxo e pode ocorrer várias vezes ao dia, especialmente após as mamadas. A grande maioria dos lactentes com regurgitação apresenta refluxo gastroesofágico fisiológico (RGEF), também conhecido como "regurgitação do lactente". Essa condição é caracterizada por:

- regurgitações frequentes, geralmente de pequenas quantidades;
- ausência de sinais de desconforto ou complicação: o bebê permanece ativo, feliz, não apresenta choro excessivo ou irritabilidade, aceita bem as mamadas, dorme bem e tem um adequado ganho pondero-estatural;
- resolução espontânea: o RGEF tende a melhorar e desaparecer com o amadurecimento do EEI, geralmente até os 12 a 18 meses de idade, com a introdução de alimentos sólidos e a aquisição da postura ereta.

Em contraste, a **doença** do refluxo gastroesofágico (DRGE) ocorre quando o **refluxo causa sintomas significativos que afetam a qualidade de vida do lactente ou complicações**. Os sinais de alarme que sugerem DRGE e que requerem investigação e/ou tratamento incluem:

- choro excessivo e irritabilidade intensa, especialmente após as mamadas;
- recusa alimentar ou dificuldade para mamar;
- baixo ganho pondero-estatural ou perda de peso;
- vômitos de grande volume, vômitos biliosos ou com sangue (hematêmese);
- apneia, engasgos, tosse crônica ou sibilância recorrente (manifestações respiratórias);
- alterações neurológicas (ex.: torcicolo paroxístico – síndrome de Sandifer).
- esofagite (dor, irritabilidade, disfagia);
- início tardio do quadro (após 6 meses) ou persistência após 12-18 meses.

A diferenciação entre RGEF e DRGE é essencialmente **clínica**. Exames complementares (como pHmetria esofágica, impedanciometria ou endoscopia digestiva alta) são reservados para casos em que há suspeita de DRGE com sintomas atípicos, **persistência dos sintomas apesar das medidas clínicas**, falha de tratamento ou presença de sinais de alarme/complicações. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A pHmetria esofágica é um exame que mede a exposição do esôfago ao ácido. Não é indicada para casos de regurgitação fisiológica, pois a criança não apresenta sinais de complicação ou sintomas que sugiram DRGE. A realização de exames invasivos sem indicação clínica é inadequada.

Incorreta a alternativa B. Essa conduta é desnecessária e inadequada para o refluxo fisiológico. Fórmulas antirrefluxo são utilizadas em bebês em uso de fórmula que apresentam regurgitações mais volumosas ou incômodas, mas não são a primeira abordagem em aleitamento materno exclusivo nem são necessárias se o bebê está bem. Além disso, o lactente está em aleitamento materno exclusivo, que não deve ser interrompido ou substituído por fórmula sem indicação formal. Os inibidores de bomba de prótons (IBP) são indicados apenas para tratar a esofagite de refluxo ou outros sintomas da DRGE quando comprovadamente relacionados ao refluxo ácido, não para a regurgitação fisiológica, que não causa inflamação no esôfago.

Correta a alternativa C. O quadro clínico é clássico de RGE fisiológico. O profissional deve tranquilizar os pais, explicando que essa é uma condição normal e benigna que tende a se resolver com o tempo. As orientações incluem **medidas posturais** (manter o bebê em posição mais vertical após as mamadas por um período, elevar a cabeceira do berço) e atenção à técnica de amamentação (garantir boa pega e arrotos adequados). Não há necessidade de intervenções medicamentosas ou exames.

Incorreta a alternativa D. A endoscopia digestiva alta é um exame invasivo, com indicação restrita para suspeita de esofagite grave, estenoses, ou para coleta de biópsias em casos complexos de DRGE ou para descartar outras patologias (ex.: esofagite eosinofílica). Não há nenhuma indicação para esse exame em um lactente com regurgitação fisiológica e bom estado geral.

Gabarito: C

80. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria - Prof. Helena Schetinger) Recém-nascido a termo, com 2,9 kg, é avaliado na maternidade para investigação de infecção congênita. A mãe realizou pré-natal com início no segundo trimestre e, no terceiro trimestre, apresentou sorologia positiva para toxoplasmose (IgM positiva e IgG positiva), sem realização de teste de avididade nem tratamento específico durante a gestação. O recém-nascido encontra-se em bom estado geral, ativo, sem alterações ao exame físico. A sorologia neonatal revela IgM positiva para *Toxoplasma gondii*. Ainda não foram realizados exames complementares como fundo de olho, neuroimagem ou liquor. Diante desse cenário, qual é a conduta mais apropriada?

- A) Aguardar confirmação com sorologia IgG em 6 meses.
- B) Iniciar tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido fólico.
- C) Liberar para seguimento ambulatorial sem necessidade de tratamento.
- D) Solicitar apenas fundoscopia e acompanhar se normal.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, as infecções congênitas são superimportantes para sua prova de Residência e geralmente possuem protocolos bem definidos e cobrados nas provas de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia. A toxoplasmose congênita é uma infecção causada pelo parasita *Toxoplasma gondii*, **transmitida da mãe para o feto durante a gestação**. A gravidade da infecção fetal varia amplamente, dependendo principalmente da idade gestacional em que ocorre a infecção materna (**o risco de transmissão é maior no terceiro trimestre, mas as sequelas são mais graves se a infecção ocorrer no primeiro trimestre**) e do tratamento materno. No Brasil, a toxoplasmose é uma preocupação de saúde pública devido a sua alta prevalência e ao potencial de causar sequelas graves no feto, como coriorretinite, hidrocefalia, calcificações intracranianas e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. **A triagem sorológica durante o pré-natal é fundamental para identificar gestantes em risco e instituir o tratamento adequado.**

A interpretação da sorologia materna no pré-natal é fundamental:

Tabela 2: Interpretação da sorologia para toxoplasmose na gestação			
IgG	IgM	DIAGNÓSTICO	CONDUTA
Negativa	Negativa	Susceptível	Medidas de prevenção
Positiva	Negativa	Imune	Pré-natal habitual
Negativa	Positiva	Falso positivo	Repetir sorologia em 2 semanas
		Infecção aguda/muito recente	Espiramicina e investigação fetal
Positiva	Positiva	Avidéz baixa- infecção aguda/ recente	Espiramicina e investigação fetal
		Avidéz alta- infecção antiga	Pré-natal habitual

Agora, no recém-nascido, a definição de **caso confirmado** é:

- presença de DNA de *T. gondii* em amostras de líquido amniótico, em tecidos fetais, placenta ou cordão umbilical, secreções da criança; biópsia ou necrópsia de criança, aborto ou natimorto;
- anticorpos IgM ou IgA e IgG reagente até 6 meses de vida. Lembrando que IgM não atravessa a placenta, portanto essa positividade fala a favor de infecção no bebê (e não anticorpos da mãe, como ocorre com o IgG);
- IgG anti-*T. gondii* em ascensão em pelo menos duas amostras com intervalo mínimo de três semanas;
- IgG anti-*T. gondii* persistentemente reagente após 12 meses de idade;
- coriorretinite, hidrocefalia ou calcificação cerebral com IgG reagente e afastadas outras infecções congênicas e mãe com toxoplasmose confirmada na gestação;
- aborto ou natimorto cuja mãe apresente testes confirmatórios para toxoplasmose aguda, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou da curetagem.

Diante de um recém-nascido com suspeita ou confirmação de toxoplasmose congênita (especialmente com IgM positiva no bebê), a **investigação completa é fundamental para avaliar o acometimento de órgãos**, e o **tratamento específico deve ser iniciado precocemente** para prevenir ou minimizar as sequelas.

A investigação adicional inclui:

- fundoscopia (para avaliar coriorretinite);
- ultrassonografia transfontanelar ou tomografia de crânio ou ressonância magnética (para avaliar calcificações, hidrocefalia);
- liquor (LCR): análise do LCR (contagem de células, proteínas e pesquisa de *Toxoplasma* por PCR) para avaliar encefalite;
- exames laboratoriais gerais: hemograma, enzimas hepáticas, bilirrubinas.

O tratamento da toxoplasmose congênita é prolongado (geralmente por 1 ano) e o esquema padrão, conforme o Ministério da Saúde, inclui a combinação de **pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico**. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A. A presença de IgM positiva no recém-nascido é um sinal direto de infecção ativa. Aguardar 6 meses para confirmar a IgG seria um atraso inaceitável no início do tratamento, o que poderia levar ao desenvolvimento ou agravamento de sequelas irreversíveis.

Correta a alternativa B. A sorologia IgM positiva no recém-nascido é suficiente para confirmar a toxoplasmose congênita e indicar o início imediato do tratamento específico com pirimetamina, sulfadiazina e ácido folínico. Esse é o tratamento padrão e crucial para prevenir ou atenuar as sequelas da doença. Os exames complementares (fundo de olho, neuroimagem, liquor) devem ser realizados em paralelo, após o início do tratamento, para estadiar a doença e planejar o acompanhamento, mas sua ausência inicial não deve atrasar o tratamento.

Incorreta a alternativa C. Liberar o recém-nascido sem tratamento diante de uma IgM positiva para toxoplasmose congênita seria uma conduta negligente e de alto risco para o desenvolvimento de sequelas graves.

Incorreta a alternativa D. Embora a fundoscopia seja um exame essencial para a investigação da toxoplasmose congênita (devido ao alto risco de coriorretinite), ela não é suficiente por si só para excluir a doença (outras manifestações podem estar presentes ou se desenvolver) e não substitui a necessidade de tratamento. O tratamento deve ser iniciado independentemente dos achados iniciais do fundo de olho, pois visa evitar o desenvolvimento de novas lesões ou o agravamento das existentes.

Gabarito: B

MEDICINA PREVENTIVA

81. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) De acordo com a Lei nº 8.142/90, é correto afirmar que:

- A) os usuários devem ter 25% das cadeiras nos conselhos de saúde.
- B) o SUS é financiado exclusivamente por recursos municipais.
- C) os conselhos de saúde têm função fiscalizadora e deliberativa.
- D) a participação social é facultativa nos municípios com menos de 10 mil habitantes.

COMENTÁRIOS:

Tema: Sistema Único de Saúde (SUS) – principais marcos legais do SUS

Questão que aborda sobre as leis da história do SUS e princípios e diretrizes do SUS.

A **Lei nº 8.142/1990** complementa a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990). Ela é essencial para garantir a **participação popular** e a **descentralização administrativa**, dois pilares fundamentais do SUS.

A lei estabelece duas importantes instâncias colegiadas de participação social:

Conselhos de Saúde: são órgãos permanentes e **deliberativos**, presentes nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal). Eles devem ser compostos, paritariamente, por representantes dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e do governo. Sua principal função é formular estratégias e controlar a execução das políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Os conselhos devem se reunir ordinariamente a cada três meses e têm caráter deliberativo.

Conferências de Saúde: ocorrem a cada quatro anos, reunindo representantes da sociedade civil e do governo para avaliar a situação de saúde e **propor diretrizes** para a formulação da política de saúde em cada nível de governo. Embora não sejam permanentes como os conselhos, as conferências têm grande importância para legitimar as prioridades da saúde pública.

Essa participação comunitária visa garantir o controle social, ou seja, o direito da sociedade de acompanhar, fiscalizar e influenciar as decisões sobre as políticas públicas de saúde.

A Lei nº 8.142/1990 também estabelece critérios para a transferência automática de recursos financeiros do **Fundo Nacional de Saúde (FNS)** para os Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Esse mecanismo visa descentralizar a gestão financeira, aproximando as decisões dos gestores locais e promovendo maior eficiência e adequação às necessidades regionais.

Agora, vamos lembrar os princípios e diretrizes do SUS.

PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS

Universalidade: garante que todas as pessoas tenham direito ao acesso integral e gratuito às ações e serviços de saúde, sem discriminação de qualquer natureza.

Equidade: busca reduzir desigualdades no acesso e na oferta de serviços de saúde, priorizando ações que atendam às necessidades específicas de grupos mais vulneráveis.

Integralidade: prevê a oferta de um conjunto completo de ações e serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, considerando o indivíduo como um todo.

DIRETRIZES ORGANIZATIVAS DO SUS

Descentralização político-administrativa: transfere competências e responsabilidades da gestão da saúde para os estados e municípios, promovendo autonomia e adequação das ações às realidades locais.

Participação social: assegura o controle social por meio de conselhos e conferências de saúde.

Regionalização e hierarquização: organiza os serviços de saúde em níveis de complexidade crescente, desde a atenção primária até a alta complexidade, garantindo a articulação entre os diferentes serviços e evitando duplicidade ou lacunas no atendimento.

Assim, vamos avaliar alternativa por alternativa:

Incorreta a alternativa A: a Lei nº 8.142/90 estabelece que os usuários devem representar 50% (cinquenta por cento) do total de membros dos conselhos de saúde. Essa proporção garante maior representatividade da população nas decisões do SUS. A alternativa reduz esse percentual para 25%, contrariando a legislação.

Incorreta a alternativa B: o financiamento do SUS é **tripartite**, ou seja, feito **conjuntamente pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios**. Afirmar que o SUS é financiado exclusivamente por recursos municipais ignora completamente os repasses federais e estaduais, o que é incorreto.

Correta a alternativa C: de acordo com o artigo 1º da Lei nº 8.142/90, os conselhos de saúde são órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, **atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde**, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Isso lhes confere caráter **deliberativo e fiscalizador**, portanto essa alternativa está **correta**.

Incorreta a alternativa D: a **participação da comunidade** por meio dos conselhos de saúde e conferências de saúde **é obrigatória em todos os níveis de governo** (União, Estados, Distrito Federal e Municípios), **sem exceção quanto ao tamanho da população**. A lei não prevê qualquer dispensa ou exceção baseada no número de habitantes. Logo, essa alternativa está incorreta.

Gabarito: C

82. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Em uma comunidade indígena do DSEI Yanomami, a equipe multiprofissional de saúde detecta uma adolescente de 13 anos com atraso escolar, cefaleia frequente, irritabilidade e histórico de consumo diário de peixe de rios contaminados. A profissional suspeita de exposição crônica ao metilmercúrio.

Com base no fluxo de atendimento descrito no manual técnico e nas normas de vigilância em saúde, que ação a seguir corresponde ao protocolo correto para manejo desse caso?

- A) Encaminhar diretamente a adolescente para unidade hospitalar de alta complexidade antes de realizar qualquer notificação ou assistência, independentemente do grau de gravidade do caso.
- B) Realizar avaliação clínica e exposição ambiental, coletar amostras biológicas (cabelo e/ou urina) e notificar como caso suspeito no SINAN, independentemente da confirmação laboratorial.
- C) Aguardar resultado da dosagem de mercúrio no cabelo antes de preencher a notificação no SINAN, garantindo diagnóstico confirmado.
- D) Registrar o caso apenas na ficha clínica do serviço local, pois casos crônicos sem sintomas graves não são de notificação obrigatória.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia – Vigilância em saúde (SIS – Sistema de Informação em Saúde)

Fique de olho, Estrategista!

Saiu este ano um novo Manual de Atendimentos a Indígenas Expostos a Mercúrio. Portanto, é um tema quente. Segue o *link* para dar uma conferida!

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atendimento_indigenas_expostos_mercurio.pdf

Essa questão fala especificamente sobre o detalhe de notificação. Intoxicação exógena (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados) é um agravo de notificação compulsória semanal.

Responsáveis por estabelecimentos públicos ou privados educacionais, de cuidado coletivo, de serviços de hemoterapia, unidades laboratoriais e instituições de pesquisa devem comunicar o agravo à autoridade de saúde. A SMS do município que atendeu o caso faz o registro da ficha no Sinan e procede à investigação epidemiológica do caso. O Distrito Sanitário Indígena (Dsei) deve preencher e encaminhar a ficha à SMS e registrar a intoxicação no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi), no Módulo de morbidades, com o código CID 10 T56.1 - efeito tóxico do mercúrio e seus compostos. Então, notificamos os casos suspeitos já!

Portanto, no caso, já é para ser notificado, não precisa de nenhum tratamento ou exame complementar para a notificação.

Incorreta a alternativa A: encaminhamento direto ao hospital só é indicado de acordo com gravidade do quadro; o manejo inicial é na atenção primária com avaliação clínica e epidemiológica. As demandas que superam a capacidade de resolução no nível da Atenção Primária são direcionadas para outros estabelecimentos da rede de saúde do SUS, nos municípios do entorno do território ou onde haja a referência indicada para cada caso, seja em serviço especializado, hospital de pequeno porte ou hospitais de médio e grande porte, garantindo a integralidade do atendimento.

Correta a alternativa B: segundo o manual, a notificação no SINAN deve ser feita na suspeita, não se deve aguardar confirmação laboratorial. Avaliação clínica + histórico de exposição já são suficientes para iniciar a vigilância.

Incorreta a alternativa C: não se deve esperar resultado laboratorial para notificação. A vigilância epidemiológica preconiza notificação oportuna de casos suspeitos.

Incorreta a alternativa D: mesmo casos crônicos sem agravamento severo devem ser notificados, pois o risco coletivo e a exposição ambiental justificam a vigilância ativa.

Gabarito: B

83. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) A Medida Provisória nº 1.301/2025 acrescentou o inciso § 4º ao Art. 16 da Lei nº 8.080/1990. Considerando essa alteração, assinale a alternativa que aperfeiçoa a compreensão e os limites dessa nova previsão legal.

- A) Permite que a União preste serviços especializados apenas em municípios sem governo municipal constituído, sem considerar outros critérios de urgência.
- B) Estabelece que, em situações de urgência em saúde pública, a União pode atuar de forma direta em Estados, DF e Municípios, contratando serviços especializados por prazo determinado.
- C) Determina que a atuação da União será ilimitada no tempo, podendo suprimir competência estadual e municipal.
- D) Restringe a intervenção federal à abertura de unidades temporárias de saúde, não permitindo contratação de serviços especializados.

COMENTÁRIOS:

Tema: Sistema Único de Saúde (SUS) – Principais marcos legais do SUS

Fique de olho, Estrategista,

Os principais marcos legais do SUS é um tema importante dentro do Revalida INEP. A questão aborda a Lei 8.080/1990 e como a Medida Provisória afeta essa lei.

Vamos lembrar juntos a Lei 8.080/1990.

Lei nº 8.080/1990 – Principais aspectos

- **Instituição do SUS:** define o Sistema Único de Saúde, regulamentando ações e serviços de saúde públicos e privados em todo o Brasil (Art. 1º).
- **Estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS), com princípios de universalidade, integralidade e equidade.**
- Define a organização e competências **da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na gestão da saúde.**
- Disciplina o financiamento **tripartite:** União, Estados, DF e Municípios.
- Prevê participação complementar de entidades privadas via convênios e contratos.
- Reforça o papel da **vigilância em saúde** (sanitária, epidemiológica, do trabalho).

Alterações promovidas pela MP nº 1.301/2025 (publicada em 30 de maio de 2025)

A MP introduziu mudanças pontuais à Lei 8.080/1990 por meio de seu Art.16. As principais ações da MP são:

1. Inclusão do Programa "Agora Tem Especialistas"

- Institui um programa para fortalecer a oferta de atenção especializada, parte da organização da assistência no SUS.

2. Alteração pontual à Lei 8.080

- A MP insere dispositivos que permitem ao **Ministério da Saúde**, de forma extraordinária, **executar ou contratar serviços especializados** em municípios, estados ou no DF.
- Esse mecanismo visa **agilizar atendimentos em situações de urgência**, reduzindo tempos prolongados de espera – para acelerar a resposta a filas e demandas reprimidas.
- Implanta um sistema público de monitoramento do tempo de espera, visando mais transparência, controle social e critério regulatório para expansão de serviços especializados.

Art. 16 (sobre organização da assistência): (Alterado pela MP 1.301/2025):

Acrescentou-se o § 4º:

“Em casos de reconhecida urgência e de relevante interesse público, o Ministério da Saúde poderá executar ou contratar diretamente serviços de atenção especializada ambulatorial e hospitalar...” - Essa mudança permite à União agir diretamente para resolver problemas graves, como filas excessivas para consultas ou exames.

Inclusão do Art. 47-A (MP 1.301/2025)

Cria um **Sistema Nacional de Regulação do Acesso**, com foco na **transparência de filas e tempos de espera** no SUS. Segundo o novo artigo:

“O Ministério da Saúde manterá sistema público de dados sobre os tempos médios de espera...”

“Os entes federativos ficam obrigados a enviar informações...”

“Será vedada a habilitação de novos serviços especializados para entes inadimplentes...”

Esses trechos confirmam que:

- haverá **monitoramento nacional** das filas;
- **estados e municípios devem prestar contas** regularmente;
- **novas habilitações serão condicionadas à regularidade** nesse envio.

Fontes oficiais para consulta:

- Texto da Lei nº 8.080/1990: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- MP nº 1.301/2025: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/medpro/2025/medidaprovisoria-1301-30-maio-2025-797527-publicacaooriginal-175524-pe.html#:~:text=especializada%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.-,Art.,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.>

Agora que você já conhece os principais pontos da medida provisória, vamos avaliar cada alternativa!

Incorreta a alternativa A: o Art. 16, § 4º, exige a caracterização de urgência em saúde pública (alto tempo de espera, alta demanda, necessidade de atenção especializada), independentemente da existência de governo municipal.

Correta a alternativa B: conforme a alteração, a União (via Ministério da Saúde e entidades vinculadas) pode executar, contratar e prestar serviços especializados em outros entes federativos, por prazo determinado, quando reconhecida situação de urgência em saúde pública.

Incorreta a alternativa C: a lei estabelece atuação por tempo determinado e só em situações reconhecidas como urgência, sem conferir substituição constante ou ilimitada da competência dos entes federativos.

Incorreta a alternativa D: o dispositivo autoriza a União a executar e contratar serviços especializados, não se restringindo apenas à abertura de unidades temporárias.

Gabarito: B

84. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Em uma cidade da região Norte do Brasil, o número de casos de leishmaniose visceral manteve-se estável nos últimos 5 anos, com pequenas variações sazonais. No mesmo período, o município notificou um aumento inesperado de casos de febre *chikungunya* em número muito superior ao esperado para aquela localidade.

Considerando o comportamento dos agravos em saúde descritos, assinale a alternativa correta.

- A) Tanto a leishmaniose visceral quanto a febre *chikungunya* configuram processos endêmicos, pois ambas ocorrem repetidamente em um território.
- B) A febre *chikungunya* caracteriza um processo epidêmico, pois seu número de casos ultrapassou o esperado em curto período; já a leishmaniose visceral representa um processo endêmico na região.
- C) A leishmaniose visceral representa um processo epidêmico por sua permanência ao longo do tempo, enquanto a *chikungunya* é considerada endêmica por sua rápida disseminação.
- D) Ambas as doenças são consideradas pandemias, pois acometem diversas regiões do país simultaneamente.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia – Processos endêmicos e epidêmicos

Fique de olho, Estrategista!

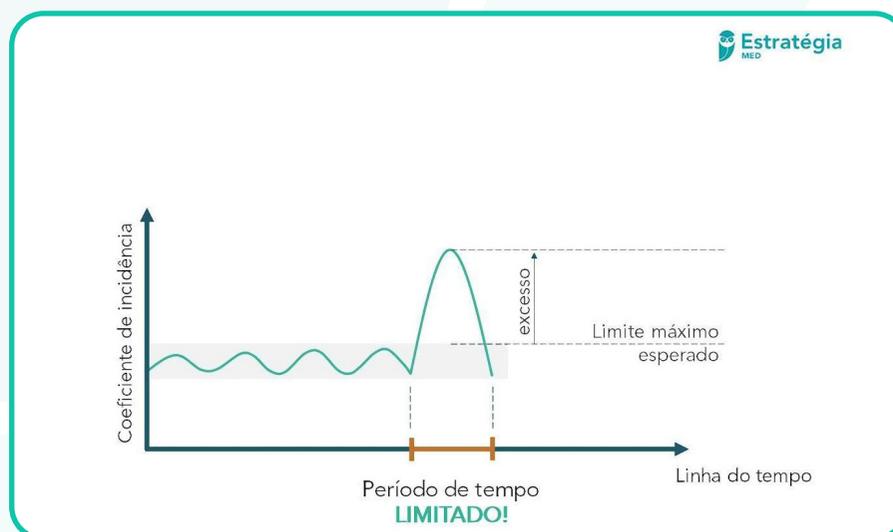
É um tema pouco frequente, mas já caiu, então resolvi trazer para abordarmos sobre endemia e epidemia.

Vamos às definições!

O padrão de distribuição de uma doença (ou agravo) é a descrição de sua variabilidade de frequência (diferenças em relação à prevalência/incidência/mortalidade) ao longo de um determinado espaço geográfico, grupo humano ou intervalo de tempo.

O PROCESSO EPIDÊMICO pode possuir diversas definições, mas podemos considerar esta:

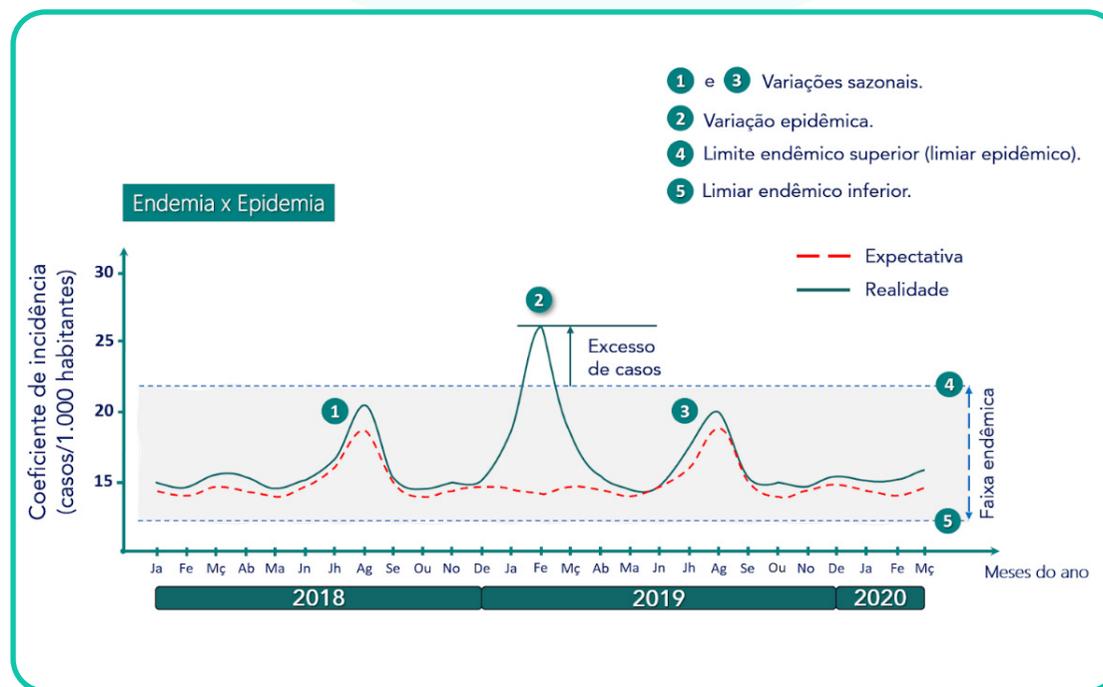
É todo aumento repentino da **incidência** de uma doença (ou agravo), em um curto espaço de tempo, ultrapassando o número máximo de casos que era esperado para aquela época do ano. Esse aumento ocorre por um intervalo de tempo **limitado**, retornando à normalidade em seguida. Em outras palavras, é uma **variação da incidência** que foge ao padrão normal (**variação temporal atípica**), levando a um excesso de casos. Sendo, de acordo com a descrição dos casos de *chikungunya*, que ocorreu “**um aumento INESPERADO de casos de febre *chikungunya* em número muito superior ao esperado**”. Como mostra o gráfico a seguir:



Os processos epidêmicos podem ser classificados em três tipos fundamentais, a depender da **extensão geográfica** que alcançam: surtos (área restrita), epidemias (limites imprecisos, ou para áreas intermediárias, termo “mais genérico) e pandemias (uma área geográfica mais extensa, contendo diversas nações).

Agora, vamos para a definição de ENDESMIA. **Endemia** é uma doença que ocorre de forma habitual (ou usual) em uma determinada região, acometendo a população de forma contínua ao longo do tempo. É como se fosse um prato típico daquela localidade, sendo congruente com a descrição dos casos de leishmaniose no enunciado, que “**manteve-se ESTÁVEL nos últimos 5 anos, com pequenas variações sazonais**”.

Segue um gráfico para diferenciarmos endemia de epidemia. Observe que a endemia pode ter certas variações ao longo do tempo, mas seriam variações ESPERADAS e não atípicas de acordo com a sazonalidade da doença.



Agora, voltamos ao enunciado.

Incorreta a alternativa A. A leishmaniose é endêmica no local, mas o comportamento da *chikungunya*, com aumento abrupto de casos além do esperado, caracteriza um processo epidêmico, não endêmico.

Correta a alternativa B. Esse é o conceito clássico:

- **Endemia:** doença presente de forma constante em determinada região (leishmaniose).
- **Epidemia:** aumento súbito e inesperado no número de casos em uma população ou território (*chikungunya*).

Incorreta a alternativa C. A definição está trocada: epidemia não se refere à permanência no tempo, e endemia não está relacionada à disseminação rápida.

Incorreta a alternativa D. Pandemia refere-se à disseminação mundial ou multinacional, o que não é o caso descrito.

Gabarito: B

85. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Na Atenção Primária à Saúde, a avaliação multidimensional da pessoa idosa (AMPI) é uma ferramenta que permite:

- A) diagnosticar exclusivamente doenças crônicas degenerativas, como osteoporose e diabetes.
- B) definir a necessidade de prescrição automática de medicamentos polivitamínicos para prevenção de fragilidade.
- C) realizar triagem para encaminhamento imediato ao serviço hospitalar, independentemente de achados clínicos.
- D) avaliar aspectos clínicos, funcionais, cognitivos, emocionais e sociais da pessoa idosa para estimar sua vulnerabilidade e definir o plano de cuidado individualizado.

COMENTÁRIOS:

Tema: Medicina de Família e Comunidade – Saúde do Idoso (Avaliação Funcional)

Calma, Estrategista!

Saúde do Idoso é um tema importante dentro do Revalida INEP. Aqui, temos uma questão direta sobre uma ferramenta de avaliação de funcionalidade. AMPI não é um tema específico que cai muito, mas caiu recentemente em 2021 em uma alternativa junto com escalas de avaliação do idoso. Ademais, é um tema importante dentro da Atenção Básica, então pode ser um tema interessante para as provas! Essa questão é para sensibilizá-lo sobre a ferramenta e relembrar outras escalas, não se preocupe se nunca ouviu falar, os simulados também servem como local para conseguirmos aprender mais.

Uma tabelinha para dar uma breve relembração em diversas escalas de avaliações relacionadas ao cuidado do idoso.

Funcionalidade	Katz	Atividades básicas de vida diária
	Lawton	Atividades instrumentais de vida diária
	Karnofsky	Avaliação da performance
Cognição	Miniexame do estado mental (MEEM)	Triagem de funções cognitivas básicas
	MoCA	Triagem geral de funções cognitivas (para pacientes com melhor cognição)
	Teste do desenho do relógio	Avaliação de função executiva e visuoespacial
Humor	Escala de depressão geriátrica (GDS)	Avaliação de depressão
Sensorial	Teste do Sussuro	Audição
	Escala de Snellen	Visão
Mobilidade	Teste cronometrado do levantar e andar	Mobilidade e equilíbrio
Estado nutricional	Miniavaliação nutricional	Avaliação de risco nutricional
Suporte social	APGAR de família	Avaliação do suporte social
	Zarit	Estresse do cuidador

Agora, vamos focar um pouco mais o AMPI, que não é apenas uma escala, mas uma ferramenta. O AMPI-AB (avaliação multidimensional da pessoa idosa na atenção básica) é um instrumento estruturado e padronizado, utilizado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) para avaliar a saúde das pessoas idosas de forma ampla, considerando aspectos físicos, funcionais, psicológicos e sociais. Permite identificar

as necessidades, vulnerabilidades e habilidades da pessoa idosa, com base em 17 parâmetros multidimensionais (como cognição, humor, funcionalidade, suporte social, quedas, entre outros).

A pontuação obtida permite classificar o idoso em três categorias:

- idoso saudável (0–5 pontos);
- idoso pré-frágil (6–10 pontos);
- idoso frágil (≥ 11 pontos).

Para que serve o AMPI-AB?

O instrumento tem como objetivos principais:

- avaliar e estratificar a condição funcional da pessoa idosa;
- direcionar intervenções adequadas conforme o grau de fragilidade identificado;
- elaborar o Projeto Terapêutico Singular (PTS), ou seja, um plano de cuidado individualizado;
- apoiar o planejamento e a gestão do cuidado nas redes de atenção à saúde;
- prevenir agravos, promover saúde e reabilitação, mantendo ou recuperando a capacidade funcional da pessoa idosa.

Ele também permite rastreamentos adicionais, como testes de cognição, acuidade visual e auditiva, equilíbrio, humor, entre outros.

Quem pode aplicar?

A aplicação pode ser feita por qualquer profissional da equipe de saúde da UBS, de nível médio ou superior, desde que esteja capacitado para essa finalidade. Isso inclui médicos, enfermeiros, agentes comunitários, fisioterapeutas, entre outros.

A aplicação pode ser:

- presencialmente;
- por telefone;
- respondida pelo cuidador/responsável quando o idoso não puder responder.

Componentes do AMPI-AB

1. Questionário multidimensional – avalia 17 parâmetros clínicos, funcionais e psicossociais.
2. Questionário de dados sociais – detecta situações de vulnerabilidade social e encaminha, se necessário, para serviços sociais.
3. Testes de rastreamento – são aplicados conforme os riscos identificados no questionário.
4. Projeto Terapêutico Singular (PTS) – plano de cuidado individualizado baseado nos resultados da avaliação.

Agora que aprendemos sobre o AMPI-AB, vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: a AMPI não tem como foco exclusivo doenças crônicas específicas. Ela não é um protocolo diagnóstico isolado para enfermidades como osteoporose ou diabetes, mas, sim, uma avaliação ampla da situação geral do idoso.

Incorreta a alternativa B: a AMPI não é instrumento para prescrição automática de medicamentos, inclusive polivitamínicos, sem avaliação criteriosa de necessidade real.

Incorreta a alternativa C: a AMPI não serve para encaminhamento automático ao hospital. A ideia central é a avaliação e o manejo na Atenção Primária, buscando autonomia e cuidado no território.

Correta a alternativa D: a AMPI considera o idoso em sua totalidade: clínica, funcional, cognitiva, emocional e social.

Gabarito: D

86. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Uma médica da Estratégia de Saúde da Família atende uma criança de 3 anos, que veio por quadro de diarreia que está presente há alguns dias, trazida pela avó e pais, a mãe não sabe precisar ao certo a duração, pois foi apenas a avó visitar a criança e ela estava reclamando de dor de barriga, pais referem não ter percebido. A criança apresenta sinais de desnutrição, com baixo peso para a idade, atraso no desenvolvimento e higiene precária. Durante a consulta, os pais demonstram desinteresse pelas orientações de cuidado e não compareceram a consultas anteriores, mesmo sendo convocados. A profissional suspeita de negligência parental.

De acordo com o Código de Ética Médica, qual é a conduta correta diante desta situação?

- A) Registrar o caso no prontuário e aguardar novas evidências, respeitando o sigilo médico.
- B) Manter sigilo absoluto, pois denunciar os pais violaria a confiança médico-paciente.
- C) Comunicar imediatamente ao Conselho Tutelar ou autoridade competente, por se tratar de suspeita de violação dos direitos da criança, sem que isso configure infração ética de quebra de sigilo.
- D) Informar aos pais que, caso não melhorem o cuidado com a criança, a situação será comunicada às autoridades, mas sem realizar notificação oficial antes de nova consulta.

COMENTÁRIOS:

Tema: Ética médica – Código de Ética Médica

Estrategista,

Questão de Ética Médica. Quebra de sigilo é um tema frequente no Revalida INEP. Algumas situações que justificam a quebra do sigilo médico, de acordo com código de ética médica:

- por **dever legal** (ex.: **violência/negligência infantil, doenças de notificação compulsória**);
- por **justa causa** (ex.: **proteção à vida, riscos à saúde pública**) - quando o **sigilo coloca o próprio paciente ou terceiros em risco**;
- por consentimento por escrito do paciente.

A situação apresentada envolve **possível negligência contra uma criança**, o que exige do médico uma **postura ativa**, pautada não apenas na ética médica, mas também na legislação de proteção à infância.

De acordo com o **Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 2.217/2018)**, o médico tem o dever de **zelar pela saúde e segurança do paciente**, especialmente quando se trata de **pessoas vulneráveis**, como crianças. O sigilo profissional, embora seja um princípio fundamental da ética médica, **não é absoluto** quando há risco de **violação de direitos ou de vida**.

Trechos relevantes do Código de Ética Médica:

Capítulo I – Princípios Fundamentais

“Princípio IX. *A Medicina será exercida com a utilização dos meios técnicos e científicos disponíveis para o tratamento adequado do paciente, para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças e de outros agravos à sua saúde.*”

→ A omissão diante de sinais de negligência **viola esse princípio**.

Capítulo IX – Sigilo Profissional

“É vedado ao médico:

Art. 73. Revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, **salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente**.

Parágrafo único. Permanece essa proibição:

- a) mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido;
- b) quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento);
- c) na investigação de suspeita de crime, o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal.

Art. 74. Revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, **salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente.**

Art. 75. Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, **mesmo com autorização do paciente**”

Trecho do Estatuto da Criança e do Adolescente indicando o dever legal de quebra do sigilo.

Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Lei nº 8.069/1990)

“Art. 13. Os casos de **suspeita ou confirmação** de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar.”

→ O médico, como profissional da saúde, **tem o dever legal de notificar.**

Portanto, a conduta ética, legal e tecnicamente adequada diante da **suspeita de negligência parental** é a **notificação imediata ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente**. Essa ação **não configura quebra de sigilo médico indevida**, pois está respaldada tanto no Código de Ética quanto na legislação brasileira. A omissão, por outro lado, **pode configurar negligência por parte do profissional**.

Incorreta a alternativa A: o médico tem a obrigação ética e legal de não se omitir diante de suspeita de maus-tratos ou negligência infantil. Apenas registrar e aguardar é considerado omissão grave.

Incorreta a alternativa B: o sigilo profissional não é absoluto em casos que envolvam risco ou violação de direitos da criança ou adolescente (ECA, Art. 245). A denúncia é obrigatória e respaldada pelo Código de Ética Médica (Art. 73 e Art. 74).

Correta a alternativa C: é dever do médico comunicar imediatamente às autoridades competentes (como o Conselho Tutelar) casos suspeitos de maus-tratos, negligência ou abuso. Essa comunicação não configura infração ética ou quebra de sigilo injustificada, sendo obrigatória pela legislação brasileira e pela ética médica.

Incorreta a alternativa D: o médico não deve condicionar a notificação a uma promessa de mudança dos pais nem esperar evolução do caso. A notificação deve ser imediata diante da suspeita.

Gabarito: C

87. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Um teste de rastreamento para determinada doença tem **90% de sensibilidade** e **90% de especificidade**. Quando aplicado em uma população com **prevalência da doença de 8%**, qual é a **probabilidade de um resultado negativo indicar corretamente que o indivíduo está saudável?**

- A) 99%.
- B) 90%, indicando a sensibilidade.
- C) 90%, indicando a especificidade.
- D) 44%.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Testes diagnósticos (Medidas de desempenho de Testes Diagnósticos)

Estrategista,

No Revalida INEP, caem medidas de desempenho de testes diagnósticos, como especificidade, sensibilidade e valor preditivo. Nessa questão, foi pedido para calcular o valor preditivo negativo, que seria a descrição da última frase do enunciado: a probabilidade de um resultado negativo indicar corretamente que o indivíduo está saudável, ou seja, a probabilidade de o resultado negativo realmente indicar ser negativo, não um falso-negativo.

Lembrando que o valor preditivo é **a probabilidade pós-teste**.

O cálculo do valor preditivo negativo, pode ser dado por:

$$VPN = \frac{\text{Verdadeiro-negativos(VN)}}{\text{Número total de resultados negativos (VN+FN)}} \times 100\%$$

Ou, quando ajustamos pela prevalência, sensibilidade e especificidade:

$$VPN = \frac{\text{Especificidade} \times (1 - \text{Prevalência})}{\text{Especificidade} \times (1 - \text{Prevalência}) + (1 - \text{Sensibilidade}) \times \text{Prevalência}}$$

Mas, assim, para resolver as questões, não precisa decorar essa fórmula enorme, apenas entender o conceito que é a probabilidade de um exame que é negativo realmente ser verdadeiro-negativo. Assim, para isso, eu gosto de montar uma tabela hipotética para 1.000 pessoas, pois facilita o cálculo de preditivo.

De acordo com os dados do enunciado, ficaria:

- prevalência = 8% → 80 pessoas com a doença; 920 sem a doença;
- sensibilidade (a porcentagem de pessoas doentes que são detectadas) = 90% → detecta 90% dos doentes = $0,9 \times 80 = 72$ VP (**verdadeiros positivos**);
- falsos negativos (teste negativo, mas possui a doença) = 10% dos doentes (100%-90%) = 8 pessoas (é a porcentagem de pessoas não “cobertas” pela sensibilidade, ou seja, o teste detectou 90% dos doentes, então 10% vão “escapar” e ter o teste negativo). Portanto, também vale lembrar que, se a sensibilidade aumenta, diminuem os falsos negativos;
- especificidade (quantos dos não doentes realmente têm o teste negativo) = 90% → 90% dos não doentes têm resultado negativo = $0,90 \times 920 = 828$ VN (**verdadeiros negativos**);
- falsos-positivos (testes positivos, mas que **não** possuem a doença) = 10% de 920 = **92 FP** (é a porcentagem de pessoas que acabam sendo uma falha da especificidade, ou seja, o teste dos não doentes, mas que acabam recebendo o teste positivo, então o teste consegue ver que 90% não tem a doença, 10% dos não doentes vão “escapar” e ter o teste positivo). Portanto, também vale lembrar que, se a especificidade aumenta, diminuem os falsos positivos.

	DOENTES	NÃO DOENTES	TOTAL
TESTE POSITIVO	72	92	164
TESTE NEGATIVO	8	828	836
TOTAL	80	920	1000

Cálculo do VPN:

$$VPN = \frac{\text{Verdadeiro-negativos(VN)}}{\text{Número total de resultados negativos (VN+FN)}} \times 100\% = \frac{828}{836} \times 100\% \cong 99\%$$

Interpretação:

Esse exemplo é muito bom para pensar que, mesmo que o teste **não seja 100% perfeito**, o **VPN é muito alto** (99%), ou seja, consegue-se uma noção com alta probabilidade de que a pessoa realmente não tenha uma doença. O VPN, nesse caso, veio bem alto porque a **prevalência da doença é baixa**, então o peso dos doentes que têm o teste negativo é muito baixo perto dos verdadeiros negativos.

Vamos, agora, relembrar o valor preditivo positivo, que seria **a probabilidade de um resultado positivo pertencer, de fato, a um indivíduo doente**:

$$VPP = \frac{\text{Verdadeiro-positivos (VP)}}{\text{Número total de resultados positivos (VP+FP)}} \times 100\% = \frac{72}{164} \times 100\% \cong 44\%$$

Isso acontece por dois motivos, a prevalência ser muito baixa junto com a especificidade não ser uma das melhores, os dois fatores para que o valor preditivo positivo seja menor.

Vamos aproveitar para relembrar como a sensibilidade e especificidade alteram o valor preditivo negativo e positivo, respectivamente:

- **o aumento da sensibilidade implica a diminuição do número de falso-negativos**, assim diminui o denominador da divisão, portanto aumenta o VPN;
- **o aumento da especificidade implica a diminuição do número de falso-positivos**, assim diminui o denominador da divisão, portanto aumenta o VPP.

Correta a alternativa A: exatamente, é o resultado do cálculo do valor preditivo negativo (veja acima o cálculo). O **VPN** é a probabilidade de um indivíduo estar saudável **dado que** o resultado de seu exame foi negativo. Aqui, ocorre o oposto do que vimos para a especificidade: nós desconhecemos o estado de saúde do indivíduo (isto é, não sabemos se ele está saudável ou doente), mas conhecemos o resultado do teste diagnóstico (negativo) e é justamente a probabilidade de o indivíduo estar saudável que queremos calcular.

Incorreta a alternativa B: a **sensibilidade** é a proporção de verdadeiro-positivos no **grupo dos doentes**, ou seja, sendo uma pessoa doente, qual é a probabilidade de ter o teste positivo?! Por sua vez, nesse grupo, todos estão doentes, mas nem todos apresentaram um resultado positivo.

Incorreta a alternativa C: a **especificidade** é a probabilidade de o resultado ser negativo **dado que** o indivíduo está saudável. Veja que interessante: na especificidade, nós conhecemos o estado de saúde do indivíduo (ele está saudável), mas desconhecemos o resultado do teste diagnóstico (isto é, não sabemos se foi positivo ou negativo) e é justamente a probabilidade de o resultado vir negativo que queremos calcular. **Especificidade é a probabilidade de um indivíduo saudável apresentar um resultado negativo.**

Incorreta a alternativa D: é o resultado do cálculo de VPP. O **VPP** é a proporção de verdadeiro-positivos, só que no **grupo dos resultados positivos!**

Gabarito: A

88. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Mulher de 24 anos, primigesta com 38 semanas de gestação, é internada em maternidade por trabalho de parto. Após parto cesáreo, evolui com hemorragia pós-parto, vindo a óbito 30h após o parto com choque hipovolêmico. Segundo a definição da OMS, esse óbito deve ser classificado como:

- A) morte materna tardia.
- B) morte materna direta.
- C) morte materna indireta.
- D) não entra como morte materna, pois foi mais de 24h após o parto.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Medidas de saúde coletiva (Indicadores especiais de mortalidade – Mortalidade Materna)

Fique de olho, Estrategista,

Mortalidade materna é um tema que cai, e já caiu mais de uma vez a classificação de mortalidade materna. Vamos primeiro relembrar os conceitos básicos de mortalidade materna.

Morte materna é a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, causada por fatores relacionados ou agravados pela gestação. Não inclui mortes por causas acidentais ou incidentais nem tardias no cálculo da razão de morte materna.

Morte relacionada à gravidez é toda morte de mulher durante a gestação ou até 42 dias após, independentemente da causa, englobando as mortes obstétricas e não obstétricas. Corresponde, portanto, à soma total das mortes obstétricas e não obstétricas.

Causas maternas são aquelas descritas no Capítulo XV da CID-10 e podem originar mortes até 42 dias após a gestação ou após esse período, recebendo códigos específicos (O96 para mortes de 42 dias a 1 ano e O97 para após 1 ano).

- **Obstétrica DIRETA:** causada por complicações durante a gestação, parto ou puerpério, devido a intervenções, omissões ou tratamentos inadequados ou a uma cadeia de eventos, resultantes de qualquer uma dessas causas. Por exemplo, eclâmpsia, complicações de um aborto e hemorragia pós-parto como na questão.
- **Obstétrica INDIRETA:** decorrente de doenças pré-existentes ou adquiridas na gestação, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez. Por exemplo, uma mulher que era previamente diabética e cujo controle glicêmico piorou na gestação, ou uma gestante que contraiu H1N1 e evoluiu desfavoravelmente, e assim por diante.
- **NÃO obstétrica:** causada por fatores incidentais ou acidentais, não relacionados à gestação, e não entra no cálculo da razão de mortalidade materna. Por exemplo, uma gestante que falece em virtude de um atropelamento.
- **Morte materna tardia:** ocorre após 42 dias e antes de 1 ano do fim da gestação, por causas obstétricas diretas ou indiretas (CID O96).

Também podemos classificar segundo a declaração de óbito, em que o conceito mais importante é **MORTE MATERNA PRESUMÍVEL OU MASCARADA**. Essa ocorre quando o estado gestacional não é mencionado, ocultando a causa básica da morte, muitas vezes por erro no preenchimento da declaração.

A RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA (RMM) não inclui mortes por causas acidentais ou incidentais (morte não obstétrica) nem a tardia. Relaciona apenas as mortes maternas obstétricas diretas e indiretas com o número de nascidos vivos e é expressa por 100.000 nascidos vivos.

$$RMM = \frac{\text{Número de mortes maternas obstétricas}}{\text{Número de nascidos vivos}} \times 100.000$$

Portanto, no caso da paciente da questão, houve uma morte por complicação obstétrica direta (hemorragia pós-parto), ocorrida durante a gravidez ou até 42 dias após o término.

Incorreta a alternativa A: a morte materna tardia ocorre após 42 dias e antes de 1 ano após o término da gestação. Neste caso, o óbito ocorreu 30 horas após o parto, ou seja, dentro do puerpério imediato. Assim, não é considerado tardio, mas, sim, morte materna dentro do período padrão.

Correta a alternativa B: a morte decorreu de complicações da própria gravidez (pré-eclâmpsia e HELLP) e também de complicações de intervenções no parto (hemorragia pós-parto, após um parto cesárea). Portanto, configura uma morte materna obstétrica direta.

Incorreta a alternativa C: a morte materna indireta ocorre quando a causa é uma doença preexistente ou desenvolvida na gestação, que foi agravada pelos efeitos fisiológicos da gravidez, mas não causada diretamente por complicações obstétricas. Nesse caso, a síndrome HELLP e a hemorragia pós-parto são complicações obstétricas diretas. Por isso, não é indireta.

Incorreta a alternativa D: morte materna corresponde à morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gravidez, causada por fatores relacionados ou agravados pela gestação. Portanto, no caso da questão, cumpre todos os quesitos para ser considerada como morte materna obstétrica.

Gabarito: B

89. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Em uma cidade do interior de São Paulo, um paciente de 80 anos, hipertenso e diabético, procura a Unidade Básica de Saúde solicitando avaliação médica para renovação de receita e vacinação de influenza anual. A profissional da enfermagem que a acolhe identifica que, nos últimos exames realizados, a diabetes não estava bem controlada, apesar de boa adesão medicamentosa, e que estava com lesão renal. Diante disso, ela encaminha o usuário ao atendimento médico e propõe a inclusão em grupo educativo sobre alimentação saudável e no grupo de idosos para fortalecimento de rede. Na avaliação médica, foi identificado paciente com necessidade de encaminhamento em serviço ambulatorial especializado da região em uma cidade próxima, sendo encaminhado para acompanhamento, exames laboratoriais e de imagem necessário e tratamento, recebendo medicações e serviço com equipe multiprofissional.

Esse caso ilustra a aplicação de que princípio doutrinário do SUS?

- A) Equidade.
- B) Universalidade.
- C) Regionalização.
- D) Integralidade.

COMENTÁRIOS:

Tema: SUS -> Princípios e Diretrizes do SUS na Constituição federal

Estrategista,

A banca da Revalida INEP costuma cobrar questões que envolvam princípios doutrinários do SUS.

São PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS do SUS:

- **Universalidade:** todos têm direito à saúde, independentemente de cor, raça, classe social, sexo ou qualquer outro fator. A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Nas questões, aparece com a pessoa conseguindo acesso à saúde, tendo o atendimento que precisa. Muitas vezes, toca no tema de que não precisa ser do país para conseguir atendimento, pois qualquer um tem direito.

- **Integralidade:** o cuidado deve ser completo, considerando o ser humano em sua totalidade — biológica, psicológica e social. Envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Nas questões, vem com o tema de conseguir uma medicação cara, ou um tratamento diferente... conseguir as terapêuticas necessárias para sua questão de saúde.

- **Equidade:** trata-se de oferecer mais a quem mais precisa, ou seja, reduzir desigualdades no acesso e nas condições de saúde. Não é tratar todos iguais, mas tratar com justiça. Nas questões, aparece muitas vezes relacionada a pessoas que tendem não ter acesso fácil, conseguindo-o. Por exemplo, territórios mais distantes tendo atendimento no território, ações para evitar racismo, atendimentos mais graves serem atendidos mais rapidamente, entre outros exemplos.

São DIRETRIZES DO SUS:

- **Descentralização:** a gestão do SUS é compartilhada entre os três níveis de governo (União, estados e municípios). Os municípios têm autonomia para organizar os serviços de acordo com as realidades locais.

- **Hierarquização:** organização dos serviços de saúde por níveis de complexidade: atenção primária, secundária e terciária. Os serviços devem ser acessados conforme a necessidade do cuidado, em uma rede articulada.

- **Regionalização:** os serviços são organizados em regiões de saúde, integrando os municípios para garantir acesso à atenção em todos os níveis. Promove o cuidado em rede, com referência e contrarreferência.

- **Participação social:** a comunidade tem direito de participar da formulação e controle das ações de saúde, por meio de Conselhos de Saúde (municipais, estaduais, nacional).

Na questão, o paciente foi: acolhido na atenção primária (UBS), recebeu vacina para *influenza*, foi avaliado quanto ao uso da medicação, inserido em ações educativas em saúde (grupo de alimentação e grupo de idosos para fortalecimento de rede de apoio) e, quando detectado um caso de disfunção renal com necessidade de atenção especializada, foi encaminhado. Também faz exames laboratoriais, pega medicações e recebe assistência multiprofissional. Isso tudo mostra que o cuidado ao paciente foi integral, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, o que caracteriza perfeitamente o princípio da integralidade. Ele conseguiu preencher diversas necessidades de saúde.

Incorreta a alternativa A: apesar de o paciente estar recebendo acompanhamento conforme sua necessidade, o **foco** do caso **não** está na diferenciação do cuidado para **reduzir desigualdades sociais**, e sim na continuidade e articulação do cuidado entre níveis de atenção.

Incorreta a alternativa B: o paciente ser atendido na UBS faz parte desse princípio, mas o que a questão descreve é o cuidado coordenado e contínuo, típico da integralidade, **não apenas o direito de acesso**. O principal princípio abordado não é o acesso.

Incorreta a alternativa C: embora o caso mencione o encaminhamento para outro município, o destaque principal da questão não está na organização territorial dos serviços, mas na resposta articulada às necessidades da paciente ao longo de sua jornada de cuidado. A regionalização é importante, mas não é o foco central aqui. ADEMAIS, regionalização não é um princípio DOUTRINÁRIO do SUS.

Correta a alternativa D: o princípio da integralidade refere-se ao **atendimento completo às necessidades de saúde do usuário**, levando em conta o cuidado contínuo e coordenado entre os diferentes níveis de atenção (atenção básica, especializada, hospitalar etc.). No caso apresentado, o paciente foi: acolhido na atenção primária (UBS), recebeu vacina para *influenza*, foi avaliado quanto ao uso da medicação, inserido em ações educativas em saúde (grupo de alimentação e grupo de idosos para fortalecimento de rede de apoio) e, quando detectado um caso de disfunção renal com necessidade de atenção especializada, foi encaminhado. Também faz exames laboratoriais, pega medicações e recebe assistência multiprofissional. Isso tudo mostra que o cuidado ao paciente foi integral, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, o que caracteriza perfeitamente o princípio da integralidade. Ele conseguiu preencher diversas necessidades de saúde.

Gabarito: D

90. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Preventiva - Prof. Lais Parada) Uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, atuante em uma cidade de grande porte, observou que diversas mulheres residentes em uma microárea mais afastada da UBS passaram a buscar atendimento com diferentes demandas, muitas delas relacionadas à saúde mental, como sintomas de esgotamento. Essas mulheres costumam ser orientadas a retornar, porém frequentemente não comparecem às consultas agendadas, voltando apenas após longos períodos, ainda apresentando múltiplas queixas ligadas ao sofrimento psíquico. Esse padrão tem sido recorrente ao longo dos anos, dificultando o manejo clínico. Em atendimentos mais recentes, após fortalecimento do vínculo com a equipe, passaram a relatar questões associadas ao gênero. Diante disso, a equipe demonstra preocupação e começa a refletir sobre estratégias para aprofundar o vínculo com essas mulheres e alcançar outras com demandas semelhantes.

Com base nesse contexto, assinale que atributo essencial da Atenção Primária à Saúde permitiu a identificação desse padrão no território e qual seria uma intervenção adequada.

- A) O acesso permitiu identificar o padrão de sofrimento das mulheres. Distribuir panfletos com orientações sobre saúde na entrada da UBS seria uma intervenção eficaz para fortalecer o vínculo.
- B) A longitudinalidade foi o que possibilitou compreender o padrão de sofrimento mental na área. Uma possível intervenção seria realizar ações comunitárias com escuta ativa, troca de vivências, fortalecimento de redes de apoio e disponibilidade da equipe às demandas apresentadas.
- C) A universalidade foi fundamental para reconhecer as queixas de sofrimento na população feminina da área. Criar um grupo de apoio para mulheres na UBS seria uma intervenção pertinente.
- D) A longitudinalidade permitiu identificar o padrão de sofrimento mental na comunidade. Encaminhar todas as pacientes para serviços especializados seria a estratégia mais eficaz para o cuidado.

COMENTÁRIOS:

Tema: Sistema Único de Saúde (SUS) -> Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS) - PNAB.

Estrategista,

Na banca da Revalida INEP, atributo da APS também é um tema frequente.

Temos que correlacionar com o PRINCIPAL assunto que tende a passar o texto INTEIRO OU que é o que mais chama atenção no problema de saúde da pessoa. Essa questão foca bastante a história das mulheres, o processo de cuidado ao longo do tempo, como conhecer o passado interfere no funcionamento do problema atual. Ademais, traz que se formou um vínculo e que, após esse vínculo, obteve-se mais informações. Logo, é a carinha da longitudinalidade.

A questão também aborda uma possível ação comunitária, tendo em vista um problema prevalente e compartilhado em um território específico (uma microárea). Em ação comunitária, educação popular é um tema muito importante. São preceitos da educação popular: **diálogo com construção compartilhada do conhecimento, problematização, emancipação, escuta ativa, entre outros**). Assim, a alternativa que compreende isso muitas vezes aborda rodas de conversa para abrir um espaço de escuta, com problematização com uma construção compartilhada. Vamos lembrar quais são os atributos da APS, guiado pelos preceitos de Barbara Starfield?

ATRIBUTOS ESSENCIAIS:

- **Acesso/primeiro contato:** a APS é a porta de entrada. Nas questões, está relacionado à pessoa conseguir um acolhimento/atendimento médico/algum serviço de saúde quando há uma demanda e busca o serviço.

- **Longitudinalidade:** a continuidade da relação de cuidado e o vínculo criado com o usuário. Nas questões, cai como estar atendendo uma pessoa há muito tempo, entendendo seu contexto, seus processos de saúde e adoecimentos.

- **Integralidade:** quando falamos de integralidade dentro da atenção primária, isso se relaciona a ter disponível, na UBS, as principais necessidades em saúde, mais relacionado à carteira de serviço, como vacina, pré-natal, fisioterapia, psicologia, farmácia, exames laboratoriais, garantir encaminhamento... Nas provas, acaba caindo mais como um paciente que consegue resolver diversas demandas de saúde dentro da UBS.

- **Coordenar o cuidado:** coloca a Atenção Básica como o centro do cuidado, elaborando, acompanhando e organizando o fluxo do usuário na rede de saúde. Nas provas, tende a cair como um paciente que faz acompanhamento com diversos profissionais diferentes, e o médico da UBS consegue juntar todo o cuidado dele.

ATRIBUTOS DERIVADOS

- **Orientação familiar:** entender como a família se organiza no cuidado, os padrões de adoecimento dentro dos familiares, como articular redes de apoio. Como ferramentas, temos familiograma e visita domiciliar. Nas provas, costuma cair citando diversos membros da família, com dificuldade de cuidado, questões de interações como um problema.

- **Orientação comunitária:** saber quais são as articulações da rede na comunidade, atuar dentro das demandas e do contexto da população, fatores de potência, estimular a participação da comunidade em atividades de promoção da saúde, construir parcerias com a comunidade, envolver a comunidade nas decisões sobre saúde.

- **Competência cultural:** entender como fatores culturais podem afetar o processo-saúde-cuidado, entender como trabalhar dentro das potencialidades culturais, entender as palavras. Na prova, pode cair como uma barreira em que o médico tem uma comunicação truncada por não ter conhecimento cultural, ou usar uma potencialidade dentro da cultura para o cuidado.

Vamos às alternativas.

Incorreta a alternativa A: porque, embora o acesso seja um atributo essencial, não é ele que permite identificar padrões, uma vez que eles ocorreram ao longo do tempo, cujo problema, inclusive, contém as faltas nos retornos. Além disso, a distribuição de folhetos é uma ação pontual e pouco resolutiva diante de um sofrimento complexo e contínuo como o descrito. Não promove vínculo efetivo.

Correta a alternativa B: porque a longitudinalidade é o atributo da atenção primária que permite o acompanhamento contínuo ao longo do tempo. É por meio desse vínculo duradouro que a equipe pode perceber o padrão repetitivo de sofrimento. A intervenção sugerida é adequada: escuta ativa e ações coletivas no território fortalecem o vínculo e o cuidado integral, indo além do modelo biomédico e considerando aspectos psicossociais.

Incorreta a alternativa C: **ATENÇÃO PARA O ENUNCIADO, A PERGUNTA DA QUESTÃO, PEDIU ATRIBUTOS ESSENCIAIS DA APS.** Primeiramente, a universalidade é um princípio do SUS, está contido na APS, mas não entra no conceito de um atributo ESSENCIAL da Atenção Primária. Ademais, também não seria a universalidade a principal característica do serviço que permitiu a análise da situação. Portanto, não corresponde ao que o enunciado está pedindo. A intervenção em grupo é pertinente, poderia ser uma opção.

Incorreta a alternativa D: apesar de identificar corretamente a longitudinalidade, a proposta de intervenção é limitada. **Encaminhar todas as pacientes para rede especializada ignora o papel central da APS** no cuidado longitudinal e integral, com resolutividade, e **reforça a fragmentação** do cuidado, que o SUS busca evitar.

Gabarito: B

91. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Ao assumir um concurso como clínico em uma UBS de uma pequena cidade, você observa que parte considerável dos problemas de saúde da população adscrita têm relação com o tabagismo. Diante dessa constatação, aponte, entre as opções, qual é a medida mais adequada para redução da dependência de tabaco em sua comunidade.

- A) Consultas individuais semanais para todos os fumantes com comorbidades
- B) Sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro quinzenal no primeiro mês.
- C) Sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro semanal no primeiro mês.
- D) Realizar visitas domiciliares para distribuir medicamentos para cessação do tabagismo.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, a **dependência de tabaco** é uma das mais prevalentes de todo o mundo, sendo a principal causa de morte evitável do mundo. Além disso, o tabagismo passivo é a terceira causa de morte evitável no planeta. Segundo o III, LNUD, cerca de 3,2% dos brasileiros são dependentes do tabaco, o que representa, aproximadamente, 5 milhões de pessoas.

O estudo também estima que um terço da população já tenha consumido cigarros industrializados. No Brasil, em 2017, segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde, houve um déficit de 57 bilhões de reais entre o que foi arrecadado com os impostos da venda de cigarros e produtos derivados do tabaco e o que foi gasto com os cuidados médicos e hospitalares causados pelas consequências do fumo.

O tabagismo está relacionado ao surgimento de mais de 50 outras doenças, entre elas, inúmeros tipos de neoplasias, doenças respiratórias crônicas e agudas, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas dentários e diversas outras patologias, além de aumentar significativamente o risco do desenvolvimento de tuberculose.

A principal substância psicoativa do tabaco é a nicotina. Inalada durante o fumo, atinge o SNC em 15 segundos, com uma meia-vida de 2 horas. Ela atua como agonista em receptores de acetilcolina nicotínicos, que se encontram espalhados por diversas áreas do cérebro, ativando o centro de recompensa cerebral, por meio da liberação de dopamina, além de causar a liberação de noradrenalina e endorfinas.

Estrategista, de acordo com o atual o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Tabagismo (PCDT)** do Ministério da Saúde, de 2020, os pacientes que desejam abandonar o tabagismo participarão de aconselhamento para compreender a dependência e a abstinência. **Também realizarão sessões de terapia cognitivo-comportamental individuais ou coletivas (4 semanais, 2 quinzenais e, posteriormente, mensais, até completar 1 ano)** e receberão fármacos específicos para o abandono do tabagismo, pois a associação dos métodos farmacológico e não farmacológico aumenta as chances de sucesso.

Apesar disso, para aqueles com 1 ou mais condições a seguir, podem ser empregadas apenas as medidas não farmacológicas:

- relato de ausência de sintomas de abstinência;
- número de cigarros consumidos diariamente igual ou inferior a 5;
- consumo do primeiro cigarro do dia igual ou superior a 1 hora após acordar;
- Fagerström igual ou inferior a 4;
- contraindicações clínicas;
- preferência do paciente por método não medicamentoso.

Com relação às drogas para esse tratamento, o SUS oferece 2 medicações: nicotina (em adesivo transdérmico ou goma/pastilha via oral) e bupropiona.

Observe, a seguir, as principais contraindicações.

- **Bupropiona:** história de convulsão ou traumatismo craniano, neoplasia cerebral, anorexia nervosa.
- **Reposição de nicotina:** infarto agudo do miocárdio há menos de 15 dias, doença vascular isquêmica periférica, lesões dermatológicas no local da aplicação do adesivo, úlcera péptica ativa.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A, visto que tal estratégia não está prevista no PCDT. Além disso, seria inviável sua realização pela médica.

Incorreta a alternativa B. Como discutido na introdução, o PCDT preconiza a realização de sessões de terapia cognitivo-comportamental individuais ou coletivas (4 semanais, 2 quinzenais e, posteriormente, mensais, até completar 1 ano).

Correta a alternativa C, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa D, visto que a prescrição de um tratamento psicofarmacológico não deve ocorrer de forma indiscriminada, e sim fazendo parte de um tratamento amplo e personalizado, destinado àqueles pacientes motivados e preparados.

Gabarito: C

92. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) É considerado um sintoma obrigatório para diagnóstico do transtorno de ansiedade generalizada:

- A) ansiedade proporcional.
- B) inquietação motora.
- C) ansiedade excessiva.
- D) tensão muscular.

COMENTÁRIOS:

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado como preocupação excessiva, prolongada, difusa e de difícil controle. O indivíduo ansioso demonstra apreensão e expectativa em relação ao futuro, como seus compromissos e atividades, antecipando mentalmente tais eventos, avaliando hipóteses e pensando em possíveis desfechos. Concomitantemente aos sintomas psíquicos, ocorrem sintomas somáticos, como tensão ou dor muscular, bruxismo, cefaleia, cansaço, inquietação e insônia. Também são observados frequentemente prejuízos de concentração, atenção ou memória, além de alterações no humor.

Observe, a seguir, os critérios diagnósticos do TAG, segundo o DSM-5-TR:

Critérios para o diagnóstico do TAG, adaptados do DSM-5	
A	Ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias por pelo menos 6 meses consecutivos.
B	O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.

Critérios para o diagnóstico do TAG, adaptados do DSM-5

A ansiedade e a preocupação estão associadas a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas, ou apenas a um sintoma para crianças:

- C**
- 1 - Inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”.
 - 2 - Cansaço fácil.
 - 3 - Dificuldade em concentrar-se ou sensações de falhas ou “brancos” na mente.
 - 4 - Irritabilidade.
 - 5 - Tensão muscular.
 - 6 - Perturbação do sono, seja insônia ou sonolência excessiva.

D A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento.

Estimativas indicam que o TAG afeta entre 5% e 10% da população. O sexo feminino, assim como nos transtornos do humor, é cerca de 2 a 3 vezes mais afetado. A presença de história familiar de ansiedade em parentes de primeiro grau pode aumentar em 6 vezes a chance do desenvolvimento de TAG. Além disso, ao menos uma outra comorbidade psiquiátrica é diagnosticada em até 90% dos pacientes.

O início é variável, contudo, normalmente, ocorre no final da adolescência em grande parte dos pacientes. Seu curso costuma ser crônico, com períodos de melhora e piora, que acompanham e se misturam com a história de vida do indivíduo.

A combinação de psicoterapia cognitivo-comportamental e terapia psicofarmacológica é o método mais eficaz de tratamento. Os inibidores da recaptção de serotonina (ISRS) são considerados como primeira linha no tratamento de manutenção, devido a seu perfil de efeitos colaterais brandos e à menor interação medicamentosa.

Outras classes de antidepressivos, pregabalina ou buspirona (agente ansiolítico com ação serotoninérgica) são consideradas opções para o tratamento, especialmente se houver falha com a abordagem inicial.

O uso de benzodiazepínicos pode ocorrer no início do tratamento, preferencialmente em doses baixas, enquanto se estabelecem os efeitos das medicações do tratamento de manutenção. Depois disso, devem ser retirados gradualmente do esquema terapêutico.

Incorreta a alternativa A. Ansiedade está no critério A, contudo não se trata de ansiedade proporcional, e sim excessiva e normalmente desproporcional.

Incorreta a alternativa B. Inquietação motora é considerada critério C (pode ou não estar presente).

Correta a alternativa C, conforme já mencionado.

Incorreta a alternativa D. Tensão muscular é critério C (pode ou não estar presente).

Gabarito: C

93. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Paciente é atendido na UBS com queixa de insônia, preocupação constante, ansiedade exagerada, cefaleia, fadiga e irritabilidade. Quadro iniciou-se há 8 meses, após falência de seu comércio, e os sintomas ocorrem diariamente. Diante dessa descrição, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Depressão maior.
- B) Transtorno de ansiedade social.
- C) Transtorno de ansiedade generalizada.
- D) Transtorno do pânico.

COMENTÁRIOS:

Incorreta a alternativa A. Para o diagnóstico de um quadro depressivo, seria necessário observarmos a presença de humor deprimido ou anedonia, por mais de 14 dias consecutivos, na maior parte do tempo.

Incorreta a alternativa B. O transtorno de ansiedade social (TAS) trata-se da ocorrência desproporcional de medo ou ansiedade, na maior parte das vezes em que há exposição a situações do convívio social, em que o indivíduo sinta que possa ser avaliado, criticado, observado por terceiros. Dessa forma, o medo que ocorre nesse transtorno é do julgamento social e de suas possíveis repercussões.

O diagnóstico de TAS é obtido quando se observam repetidas reações de ansiedade ou medo diante de situações sociais, como conversar ou alimentar-se em ambientes públicos, ou um padrão de comportamento de evitação de tais eventos, por mais de 6 meses. Esse diagnóstico também deve levar em conta situações de desempenho, como dar uma aula ou fazer uma apresentação para uma plateia, se percebido que tais circunstâncias são vivenciadas com ansiedade ou medo, desproporcionais ao evento ou, ainda, evitadas consistentemente.

Correta a alternativa C. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado como preocupação excessiva, prolongada, difusa e de difícil controle, durando mais de 6 meses consecutivos.

Observe, a seguir, os critérios diagnósticos do TAG, segundo o DSM-5-TR:

Critérios para o diagnóstico do TAG, adaptados do DSM-5	
A	Ansiedade e preocupação excessivas, na maioria dos dias por pelo menos 6 meses consecutivos.
B	O indivíduo considera difícil controlar a preocupação.
C	A ansiedade e a preocupação estão associadas a 3 (ou mais) dos seguintes sintomas, ou apenas a um sintoma para crianças: 1 - Inquietação ou sensação de “nervos à flor da pele”. 2 - Cansaço fácil. 3 - Dificuldade em concentrar-se ou sensações de falhas ou “brancos” na mente. 4 - Irritabilidade. 5 - Tensão muscular. 6 - Perturbação do sono, seja insônia ou sonolência excessiva.
D	A ansiedade, a preocupação ou os sintomas físicos causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento.

Incorreta a alternativa D. Estrategista, o transtorno de pânico refere-se à ocorrência repetida de ataques de pânico, que geram apreensão e mudanças desadaptativas ao indivíduo. Esses ataques são surtos de medo intensos, fugazes e inesperados, que envolvem uma combinação de sintomas psíquicos e somáticos.

Para o diagnóstico da síndrome, é necessário que, durante, no mínimo, 1 mês, ocorram pelo menos 2 ataques de pânico; e, após um dos eventos, é preciso constatar que o paciente desenvolveu apreensão ou preocupação com possíveis novas ocorrências, ou realizou mudanças em sua rotina e comportamento para tentar evitar novos ataques.

Critérios para diagnóstico de transtorno de pânico, adaptado do DSM-5	
A	Ataques de pânico recorrentes e inesperados. 1. Palpitações, coração acelerado, taquicardia. 2. sudorese. 3. tremores ou abalos. 4. Sensações de falta de ar ou sufocamento. 5. Sensações de asfixia. 6. Dor ou desconforto torácico. 7. Náusea ou desconforto abdominal. 8. Sensação de tontura, instabilidade, vertigem ou desmaio. 9. Calafrios ou ondas de calor. 10. Parestesias (anestesia ou sensações de formigamento). 11. Desrealização (sensações de irrealidade) ou despersonalização (sensação de estar distanciado de si mesmo). 12. Medo de perder o controle ou “enlouquecer”. 13. Medo de morrer.
B	Pelo menos um dos ataques foi seguido de um mês (ou mais) de uma ou de ambas as seguintes características: 1. Apreensão ou preocupação persistente acerca de ataques de pânico adicionais ou sobre suas consequências. 2. Uma mudança significativa no comportamento relacionada aos ataques.

Gabarito: C

94. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria - Prof. Thales Thaumaturgo) Para o diagnóstico de um episódio de transtorno depressivo maior, é obrigatória a presença de:

- A) perda de peso.
- B) cansaço.
- C) perda de interesse.
- D) insônia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o transtorno depressivo maior (TDM) é um transtorno psiquiátrico que prejudica, principalmente, o humor e a capacidade de sentir prazer, mas também causa prejuízos cognitivos, alteração da energia e sintomas neurovegetativos. Esse quadro causa importante sofrimento ao paciente, reduzindo sua capacidade de executar as tarefas do cotidiano e cumprir suas responsabilidades, gerando o chamado “prejuízo funcional”.

No Brasil, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão maior afeta cerca de 6% da população, sendo 2 a 3 vezes mais recorrente na população feminina. Ao longo da vida, sua prevalência é estimada entre 15 e 17%.

CID-11

DSM-5-TR

CID-11 – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:	DSM-5-TR – 5 critérios durando ao menos 2 semanas, na maior parte do tempo:
Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.	Depressão = 1 ou 2 critérios principais + critérios acessórios. Total de 5 critérios no mínimo.
Critérios principais	Critérios principais
1 - Humor deprimido	1 - Humor deprimido
1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)	1.1 - Humor irritável (crianças e adolescentes)
2 - Anedonia	2 - Anedonia
Critérios acessórios	Critérios acessórios
3 - Alteração de peso ou apetite	3 - Alteração de peso ou apetite
4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)	4 - Alteração do sono (insônia ou sono excessivo)
5 - Agitação ou retardo psicomotor	5 - Agitação ou retardo psicomotor
6 - Redução da energia ou sensação de fadiga	6 - Redução da energia ou sensação de fadiga
7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade	7 - Sentimentos de culpa ou de inutilidade
8 - Indecisão ou redução da concentração	8 - Indecisão ou redução da concentração
9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida	9 - Pensamentos de morte ou ideação suicida
10 – Desesperança em relação ao futuro	

Um episódio depressivo maior pode surgir em qualquer momento da vida, contudo o pico de sua incidência ocorre entre a terceira e quarta década de vida. E, justamente por surgir de maneira precoce e apresentar uma alta taxa de recorrência, deve ser considerada uma doença crônica. Estima-se que, após o segundo episódio de depressão, a chance de novos episódios depressivos recorrerem atinja os 80%. Por isso, em média, um paciente com depressão recorrente apresentará entre 4 e 6 episódios depressivos durante a vida.

O tratamento do transtorno depressivo maior é realizado com antidepressivos, preferencialmente associados a abordagens psicoterápicas, pois a combinação de ambos os métodos é mais eficiente para a remissão completa dos sintomas. Os antidepressivos inibidores da recaptção da serotonina (ISRS) são o tratamento psicofarmacológico de escolha para os pacientes com depressão maior, especialmente para aqueles com quadros mais intensos, em que há maior prejuízo funcional.

Incorreta a alternativa A. Perda de peso é um sintoma comum, contudo não obrigatório.

Incorreta a alternativa B. Cansaço acomete grande parte dos pacientes deprimidos, contudo é possível o diagnóstico sem sua ocorrência.

Correta a alternativa C. Como discutido, é necessária a presença de anedonia (perda de interesse) ou humor deprimido, ou ambos, para o diagnóstico de episódio depressivo maior.

Incorreta a alternativa D. Insônia, sobretudo intermediária ou terminal, é um achado comum, porém não obrigatório para esse diagnóstico.

Gabarito: C

95. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Adolescente de 17 anos refere aparecimento de manchas hipocrômicas em tronco, principalmente após exposição solar. As lesões são discretamente escamosas, sem prurido. Ao estiramento da pele, nota-se descamação fina.

Qual é o agente causador e o tratamento indicado?

- A) *Candida albicans*.
- B) *Malassezia furfur*.
- C) *Trichophyton rubrum*.
- D) *Staphylococcus aureus*.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa descrição de manchas hipocrômicas no tronco, em adolescente, que surgem ou pioram após exposição solar, com descamação fina ao estiramento da pele (sinal de Zileri), é típica de pitíriase versicolor.

Essa condição é causada por um fungo da flora normal da pele chamado *Malassezia furfur* (antigo *Pityrosporum ovale*), que, em determinadas condições — calor, oleosidade, suor, imunossupressão —, transforma-se na forma filamentosa e provoca a infecção superficial. Dessa forma, o gabarito é a alternativa B.

Gabarito: B

96. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia - Prof. Bruno Souza) Lactente de 1 ano é trazido ao pronto-atendimento com lesões bolhosas flácidas, de conteúdo turvo, que se rompem formando crostas melicéricas em região perioral e pescoço. Está em bom estado geral. A mãe refere que a lesão “espalhou rápido”.

Sobre essa condição, assinale a alternativa correta.

- A) A doença é causada por vírus herpes simples tipo 1, devendo-se iniciar aciclovir oral imediatamente.
- B) O agente etiológico é o *Staphylococcus aureus*, e o tratamento de escolha é com antibiótico tópico ou sistêmico.
- C) Trata-se de dermatite atópica superinfectada, e a conduta é apenas com emolientes e higiene local.
- D) O quadro sugere síndrome de Stevens-Johnson, devendo-se internar o paciente na UTI pediátrica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa descrição de bolhas flácidas com conteúdo turvo que se rompem formando crostas melicéricas, especialmente em região perioral e pescoço de lactente, é típica de impetigo bolhoso.

O impetigo bolhoso é uma infecção superficial da pele, causada principalmente por *Staphylococcus aureus*, que produz toxinas esfoliativas. Essas toxinas agem na camada granulosa da epiderme, causando a formação das bolhas flácidas que se rompem com facilidade. Por isso, o quadro clínico costuma ser rápido e chamativo, mas o paciente permanece em bom estado geral.

Incorreta a alternativa A. Apesar de estar na região perioral, herpes em crianças pequenas costuma causar gengivoestomatite herpética, com lesões ulceradas dolorosas, febre e prostração. Não tem bolhas com pus e crostas melicéricas.

Correta a alternativa B. O impetigo bolhoso sempre é causado pelo *S. aureus*. O tratamento é feito com antibiótico tópico ou sistêmico dependendo da extensão do quadro.

Incorreta a alternativa C. Não há qualquer indicativo de que o paciente apresenta dermatite atópica (quadro eczematoso pruriginoso e recorrente).

Incorreta a alternativa D. A síndrome de Stevens-Johnson é uma farmacodermia grave em que o paciente apresenta bolhas e necrose na pele e mucosas. Não há qualquer indicativo desse diagnóstico.

Gabarito: B

97. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia - Prof. Juan Demolinari) Durante o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, um estudante de medicina realiza a aferição da pressão arterial em um paciente de 65 anos, previamente saudável, e obtém 170 x 100 mmHg em membro superior direito. Ao revisar a técnica, o preceptor observa que o estudante: posicionou o braço do paciente abaixo do nível do coração, utilizou um manguito que cobre 60% da circunferência do braço, inflou o manguito rapidamente até 160 mmHg e realizou uma aferição imediata após o paciente caminhar até a sala de atendimento.

Considerando as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão sobre a técnica correta de aferição da pressão arterial, qual é o erro que mais impactou o valor aferido nesse caso?

- A) Uso de manguito de largura inadequada.
- B) Realização de apenas uma aferição.
- C) Posicionamento do braço abaixo do nível do coração.
- D) Inflar o manguito rapidamente.

COMENTÁRIOS:

A aferição correta da pressão arterial é fundamental para o diagnóstico preciso de hipertensão. Segundo a Diretriz Brasileira de Hipertensão, o paciente deve permanecer sentado em repouso por 5 minutos antes da medida, com costas apoiadas, pernas descruzadas e braço apoiado na altura do coração (nível do átrio direito). O uso de manguito de tamanho adequado (cobrindo 80% do braço) também é essencial. Quando o braço é posicionado abaixo do nível cardíaco, ocorre elevação falsa dos valores aferidos, pois há aumento da pressão hidrostática, podendo superestimar em até 10 mmHg, alterando significativamente a conduta médica.

Incorreta a alternativa A, já que o uso de manguito que cobre apenas 60% da circunferência do braço (menor do que o recomendado) também gera superestimação, porém seu impacto isolado tende a ser menor do que a alteração hidrostática causada pelo braço abaixo do coração.

Incorreta a alternativa B, já que realizar apenas uma aferição é técnica inadequada e não reflete a pressão real, porém não altera diretamente o valor da medida, apenas impede confirmação diagnóstica adequada.

Correta a alternativa C, já que o braço posicionado abaixo do nível do coração aumenta artificialmente os valores pressóricos aferidos, sendo o erro que mais impactou o resultado nesse caso.

Incorreta a alternativa D, já que inflar o manguito rapidamente não causa erro significativo no valor aferido, sendo recomendado inflar de modo contínuo até 20-30 mmHg acima do nível estimado de pressão sistólica.

Gabarito: C

98. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia - Prof. Juan Demolinari) Durante o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, um estudante de medicina realiza a aferição da pressão arterial de um paciente de 60 anos, previamente saudável. O estudante coloca o paciente sentado, com as costas apoiadas, posiciona o braço sem apoio e pendente ao lado do corpo. Utiliza um manguito largo para o tamanho do braço, realiza a aferição após 10 minutos de repouso e observa a pressão de 168 x 96 mmHg.

Com base na Diretriz Brasileira de Hipertensão, que erro técnico cometido nesse procedimento tende a provocar elevação *falsamente aumentada* da pressão arterial aferida?

- A) Realizar a aferição após 10 minutos de repouso.
- B) Não ter solicitado jejum antes do procedimento.
- C) Posicionar o braço sem apoio e abaixo do nível do coração.
- D) Utilizar manguito de largura maior do que o braço do paciente.

COMENTÁRIOS:

A pressão arterial deve ser aferida seguindo rigorosamente as recomendações técnicas para garantir um diagnóstico preciso de hipertensão arterial sistêmica. A Diretriz Brasileira de Hipertensão orienta que, antes de realizar a aferição da pressão arterial, deve-se realizar o preparo adequado do paciente, o que envolve as seguintes medidas:

explicar o procedimento ao paciente e deixá-lo em ambiente calmo e em repouso por 5 minutos;

confirmar que o paciente não esteja com a bexiga cheia, não tenha praticado atividade física ou ingerido bebidas alcoólicas, café ou alimentos há pelo menos 60 minutos e não tenha fumado nos últimos 30 minutos;

o paciente não deve conversar durante o exame;

realizar o posicionamento adequado do paciente: ele deve estar sentado, com os pés apoiados no chão e as pernas descruzadas; o braço deve estar na altura do coração, apoiado, com a palma da mão voltada para cima. Caso o braço do paciente esteja acima do nível do coração, pode haver subestimativa da PA. Por outro lado, o braço localizado abaixo do nível do precórdio pode superestimar a pressão arterial;

o manguito deve ter largura equivalente a 40% e comprimento de 80-100% da circunferência do braço.

Erros na técnica de aferição podem gerar medidas falsamente elevadas ou reduzidas, interferindo na conduta médica. Observe, a seguir, a descrição correta dessa técnica:

As etapas para realização da aferição da pressão arterial são:

1. Determinar a circunferência do braço no ponto médio entre o acrômio e o olécrano e selecionar o manguito de tamanho adequado conforme a tabela mostrada anteriormente, colocando-o cerca de 2 a 3 cm acima da fossa cubital;
2. Estimar o nível da PA sistólica por meio do método palpatório à insuflar o manguito enquanto se palpa o pulso radial até ocorrer seu desaparecimento, o que vai corresponder aproximadamente à PA sistólica;
3. Palpar a artéria braquial ao nível da fossa cubital e colocar sobre ela o estetoscópio, sem realizar compressão excessiva;
4. Insuflar o manguito até ultrapassar cerca de 30 mmHg o nível estimado da PA sistólica obtido pelo método palpatório;
5. Realizar a desinsuflação lenta do manguito (velocidade de 2 mmHg por segundo);
6. Determinar a PA sistólica pela ausculta do primeiro som na artéria braquial (fase I de Korotkoff);
7. Determinar a PA diastólica no momento do desaparecimento dos sons na artéria braquial (fase V de Korotkoff);
8. Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e, após, proceder à desinsuflação rápida e completa do manguito;
9. Caso os batimentos na artéria braquial persistam até o nível zero, a PA diastólica será determinada no momento do abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e deverá ser anotado o valor de PA sistólica / PA diastólica / zero; por exemplo: PA: 140/70/0.
10. Realizar pelo menos duas aferições em cada consulta (três na primeira consulta), com **intervalo mínimo de um minuto entre elas**, podendo-se considerar a média das aferições como referência;
11. Aferir a PA em ambos os braços pelo menos na primeira consulta e utilizar como referência o valor do braço em que foi obtida a maior pressão arterial.

Incorreta a alternativa A, já que realizar aferição após 10 minutos de repouso é excelente, uma vez que é acima do tempo recomendado de 5 minutos.

Incorreta a alternativa B, já que não há necessidade de jejum para aferição da pressão arterial. Embora cafeína, cigarro e refeições pesadas possam interferir nos níveis pressóricos, jejum não é pré-requisito técnico para a medida, deve-se aguardar apenas os tempos mencionados acima.

Correta a alternativa C, já que posicionar o braço sem apoio e abaixo do nível do coração aumenta artificialmente a pressão arterial aferida, devido ao efeito hidrostático. Estima-se que a cada 10 cm que o braço fique abaixo do nível do coração, ocorre elevação de até 7-10 mmHg na medida, podendo levar ao diagnóstico incorreto de hipertensão e uso desnecessário de medicamentos.

Incorreta a alternativa D, já que utilizar um manguito de largura maior do que o braço do paciente tende a subestimar, não a superestimar os valores aferidos, pois a compressão do braço ocorre de forma mais fácil e em menor pressão real.

Gabarito: C

99. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari) Homem de 35 anos, previamente hígido, comparece ao ambulatório com quadro de febre vespertina, sudorese noturna e perda ponderal de 5 kg nas últimas 4 semanas. Refere também dispneia progressiva e dor torácica ventilatório-dependente no hemitórax direito há 10 dias. Ao exame físico, apresenta frequência respiratória de 22 irpm, saturação de O₂ de 94% em ar ambiente, macicez à percussão e ausência de murmúrio vesicular na base pulmonar direita. Foi realizada toracocentese diagnóstica, obtendo-se líquido pleural com aspecto citrino, proteína pleural 5,1 g/dL, DHL pleural 410 U/L (sérica 700 U/L), contagem de células com 1200/mm³ (90% linfócitos), ADA 65 U/L, pH 7,3, glicose pleural 60 mg/dL. A pesquisa direta de BAAR no líquido pleural foi negativa.

Com base neste caso, qual é a conduta diagnóstica ou terapêutica mais adequada?

- A) Repetir toracocentese para nova análise microbiológica do líquido pleural.
- B) Iniciar tratamento empírico para tuberculose pleural.
- C) Solicitar biópsia pleural para confirmação histológica antes de iniciar tratamento.
- D) Iniciar antibioticoterapia para pneumonia comunitária com derrame parapneumônico.

COMENTÁRIOS:

A tuberculose pleural é uma manifestação comum de tuberculose extrapulmonar, especialmente em adultos jovens, resultante de reação de hipersensibilidade ao *Mycobacterium tuberculosis* no espaço pleural. O líquido pleural geralmente apresenta características de exsudato linfocitário, com nível de ADA elevado (> 40 U/L), sendo altamente sugestivo de tuberculose pleural em locais endêmicos, como o Brasil, onde a especificidade do ADA acima de 40 U/L ultrapassa 90%. A positividade da pesquisa direta de BAAR no líquido pleural é muito baixa nesse cenário (< 10%), bem como a cultura, sendo assim, o diagnóstico acaba sendo clínico-epidemiológico, laboratorial (ADA elevado, linfocitose). O diagnóstico de certeza pode ser feito a partir da biópsia pleural, porém é um exame que geralmente demora um tempo para ficar pronto. Sendo assim, o tratamento é iniciado empírico com esquema RIPE e deve ser iniciado precocemente para reduzir complicações como fibrotórax e restrição ventilatória.

	Tuberculose Pleural
Critérios de Light	Exsudato
Celularidade	Linfócito com raras cél. mesoteliais
Outras características	ADA elevado
Diagnóstico	Biópsia pleural
Cultura	Baixa sensibilidade
Diagnósticos diferenciais	Linfoma, AR

Incorreta a alternativa A, já que repetir toracocentese para nova pesquisa de BAAR não aumenta significativamente o rendimento diagnóstico, dado que a pesquisa direta no líquido pleural tem baixa sensibilidade (< 10%). O rendimento é maior na biópsia pleural, mas em locais endêmicos, com ADA elevado com linfocitose pleural, orienta-se o tratamento empírico.

Correta a alternativa B, já que o paciente apresenta quadro clínico compatível, nível de ADA pleural elevado (65 U/L), exsudato linfocitário e contexto epidemiológico sugestivo, sendo a conduta iniciar tratamento empírico para tuberculose pleural. A biópsia pode até ser feita nesse cenário para posterior confirmação diagnóstica.

Incorreta a alternativa C, já que a biópsia pleural pode ser feita, principalmente quando há dúvida diagnóstica, mas seu resultado não deve ser aguardado para iniciar tratamento.

Incorreta a alternativa D, já que não há sinais de infecção bacteriana pulmonar (ausência de tosse produtiva, infiltrado parenquimatoso ou febre aguda) e o líquido pleural apresenta linfocitose, nível de ADA alto e não neutrofilia, o que depõe contra derrame parapneumônico.

Gabarito: B

100. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia - Prof. Juan Demolinari) Homem de 66 anos, ex-tabagista de 40 maços/ano, diagnosticado com DPOC há 5 anos, procura o ambulatório de pneumologia para seguimento. Relata dispneia aos esforços moderados (mMRC 2) e duas exacerbações tratadas com antibióticos e corticoide oral no último ano, sendo a última há 3 meses. Está em uso regular de associação LAMA + LABA e realiza vacinação anual para *influenza*. Espirometria recente demonstrou VEF1/CVF 0,58 e VEF1 42% do previsto pós-broncodilatador. Gasometria arterial em ar ambiente mostrou PaO₂: 56 mmHg, PaCO₂: 46 mmHg, pH: 7,38, HCO₃⁻: 27 mEq/L e saturação de O₂ de 89%, e hemograma demonstra hematócrito: 58% e contagem de eosinófilos de 120 células/μL.

Com base nas diretrizes GOLD, que conduta a seguir tem comprovado impacto na redução de mortalidade nesse paciente?

- A) Adição de corticoide inalatório ao esquema broncodilatador.
- B) Realização de reabilitação pulmonar supervisionada.
- C) Uso domiciliar de oxigenoterapia domiciliar prolongada por mais de 15 horas/dia.
- D) Substituição do LABA pelo roflumilaste.

COMENTÁRIOS:

A doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) é caracterizada por limitação persistente ao fluxo aéreo, geralmente progressiva, e associada à resposta inflamatória crônica das vias aéreas a partículas ou gases nocivos, principalmente o tabaco. O manejo da DPOC inclui medidas que aliviam sintomas, reduzem exacerbações e melhoram qualidade de vida, e algumas poucas intervenções demonstraram reduzir a mortalidade.

Entre elas, estão:

- 1 - cessar tabagismo;
- 2 - oxigenoterapia domiciliar prolongada, quando bem indicada;
- 3 - cirurgia de redução volumétrica pulmonar (para pacientes refratários);
- 4 - reabilitação pulmonar (em pacientes hospitalizados ou que tiveram alta há menos de 4 semanas);
- 5- *bilevel* domiciliar (em pacientes com DPOC estável e que persistem com hipercapnia);
- 6- terapia tripla medicamentosa (LAMA + LABA + corticoide inalatório): em sintomáticos com exacerbações frequentes ou graves e eosinofilia > 300 células/ μ L.
- 7- vacinação anti-*influenza*.

Diante disso, vamos avaliar, no caso, cada uma das alternativas:

Incorreta a alternativa A, já que a adição de corticoide inalatório ao esquema LAMA + LABA reduz exacerbações e mortalidade em pacientes com eosinofilia maior ou igual a 300 células/ μ L. Neste caso, a contagem de eosinófilos é de 120 células/ μ L e a indicação até pode ser feita, mas não demonstrou reduzir a mortalidade.

Incorreta a alternativa B, já que a reabilitação pulmonar supervisionada melhora a mortalidade apenas em pacientes internados com DPOC ou que tiveram alta há menos de 4 semanas. No restante dos pacientes, ela também está indicada, mas para melhora de qualidade de vida e redução de exacerbações.

Correta a alternativa C, já que o uso domiciliar de oxigenoterapia prolongada (ODP) por mais de 15 horas/dia reduz mortalidade nos seguintes pacientes:

INDICAÇÕES DE OXIGENOTERAPIA DOMICILIAR PROLONGADA NA DPOC
<ul style="list-style-type: none"> • PaO₂ menor ou igual a 55 mmHg ou SatO₂ menor ou igual a 88%;
<ul style="list-style-type: none"> • PaO₂ entre 56-59 mmHg ou SatO₂ 89% COM Hipertensão Pulmonar, <i>cor pulmonale</i> ou poliglobulia (Hematócrito >55%).

Tabela 12. Adaptado, GOLD.

Para decorarmos esses valor de forma mais fácil, decore o número de telefone: 5588 - 5989+. Quem precisa de ODP na DPOC? Quem tem 5588 (PaO₂ e Saturação de O₂, respectivamente) ou quem tem 5989 + (PaO₂ e saturação de O₂ menores ou iguais a 59 e 89 associadas a MAIS hipertensão pulmonar, *cor pulmonale* ou poliglobulia).

Incorreta a alternativa D, já que o roflumilaste, inibidor de PDE4, é indicado para pacientes com VEF1 < 50% do previsto, fenótipo bronquite crônica e exacerbações frequentes, visando reduzir exacerbações. Apesar de seu efeito anti-inflamatório sistêmico, não demonstrou impacto na redução de mortalidade.

Gabarito: C



VEJA O RANKING



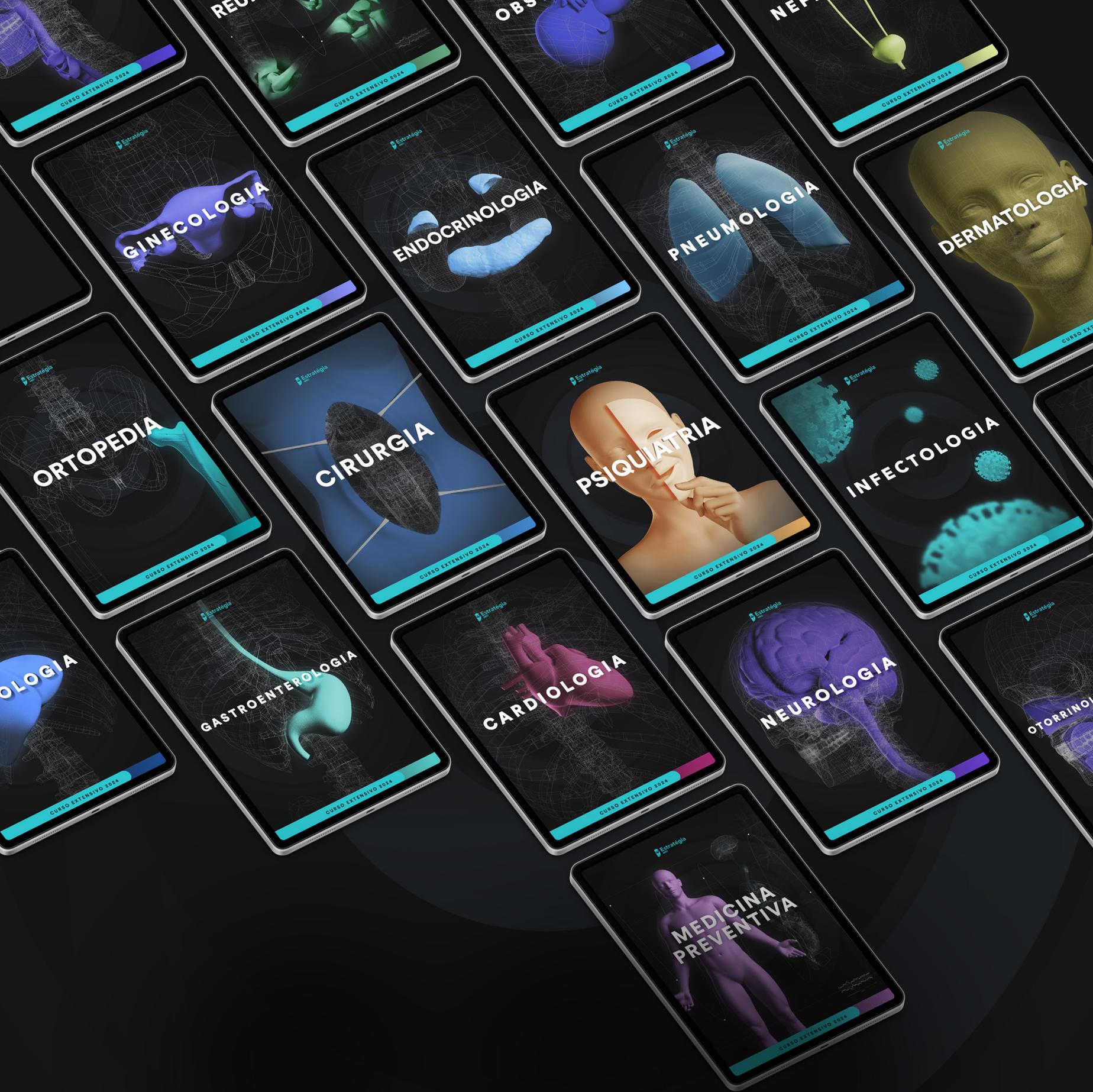
 Estratégia MED

 @estrategiamed

 @estrategiamed

 t.me/estrategiamed

 /estrategiamed



med.estrategia.com