Estratégia MED

14º SIMULADO

RESIDÊNCIA MÉDICA

ENAMED/ENARE 2025 | **ACESSO DIRETO**

CADERNO DE RESPOSTAS

med.estrategia.com

CLÍNICA MÉDICA

1. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Isabella Parente)** Homem de 46 anos, previamente hígido, dá entrada na emergência com dor epigástrica de início súbito há 10 horas, irradiada para dorso, associada a náuseas e vômitos. Refere etilismo crônico. Ao exame, está taquicárdico (FC: 112 bpm), febril (38,3 °C) e com dor à palpação epigástrica, sem sinais de peritonite. Os exames laboratoriais revelam:

LEUCÓCITOS: 15.800/MM³ (VR: 4.000–11.000)
AMILASE: 830 U/L (VR: 30–110)
LIPASE: 2.560 U/L (VR: 10–140)
AST: 42 U/L (VR: 10–40)
ALT: 36 U/L (VR: 10–40)
DHL: 190 U/L (VR: 120–246)
GLICEMIA: 138 MG/DL (VR: 70–99)

QUAL É A CONDUTA INICIAL MAIS ADEQUADA?

A) Internação, jejum, hidratação vigorosa com cristaloides e analgesia

B) Início imediato de antibiótico de amplo espectro e CPRE de urgência.

C) Alta hospitalar com prescrição de enzimas pancreáticas e dieta branda.

D) Início de nutrição parenteral total e cirurgia exploradora precoce.

COMENTÁRIOS:

Estrategista,

Estamos diante de um caso clássico de pancreatite aguda, uma vez que o paciente tem sintomas típicos e aumento expressivo de amilase e lipase (acima de 3x o limite superior da normalidade).

A pancreatite aguda é uma inflamação súbita do pâncreas, com intensidade variável. O diagnóstico é feito com dois dos três critérios de Atlanta:

(1) dor abdominal típica;

(2) elevação de amilase/lipase > 3x o valor de referência; e

(3) alterações em imagem compatível.

A maioria dos casos é leve e autolimitada, com tratamento conservador baseado em hidratação vigorosa, analgesia e jejum inicial.

Vamos analisar as alternativas propostas?

Correta a alternativa A. Esse é o pilar do tratamento da pancreatite aguda leve. A hidratação vigorosa com solução de ringer lactato nas primeiras 24-48h reduz complicações. O jejum é mantido até a melhora dos sintomas, embora se evite jejum prolongado, e a analgesia é essencial para o conforto do paciente.

Incorreta a alternativa B. Antibióticos não são indicados rotineiramente na pancreatite aguda, exceto se houver infecção documentada (ex.: necrose infectada). A CPRE (colangiopancreatografia retrógrada endoscópica) só é indicada se houver obstrução biliar com colangite ou icterícia progressiva, o que não ocorre aqui.

Incorreta a alternativa C. O paciente apresenta dor intensa, hiperglicemia leve e leucocitose, indicando necessidade de internação hospitalar. Alta ambulatorial precoce com enzimas pancreáticas não é apropriada e enzimas não têm papel no tratamento da pancreatite aguda.

Incorreta a alternativa D. A nutrição parenteral está reservada para casos muito graves em que não se pode usar nutrição enteral. Cirurgia precoce é contraindicada na pancreatite aguda sem complicações, como necrose infectada ou abscessos.

Gabarito: A

2. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia – Prof. Rodrigo Frezatti) Homem, 58 anos, comparece ao atendimento por queixa de fraqueza. Ao exame físico, apresenta tetraparesia, fasciculações em língua, deltoide e quadríceps, além de reflexo cutâneo-plantar em extensão bilateralmente. Não há alteração de sensibilidade ou sinais de ataxia. O exame de TC de crânio é normal. Quais são a principal hipótese diagnóstica e um exame indicado na propedêutica desse paciente?

A) Mielopatia espondilótica cervical e ressonância magnética de coluna cervical.

B) Poliomielite e eletroneuromiografia.

C) Esclerose lateral amiotrófica e eletroneuromiografia.

D) Esclerose múltipla e ressonância magnética do encéfalo e coluna total.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, para definir o melhor método de investigação do quadro em questão, precisamos reconhecer qual é a principal hipótese diagnóstica.

Pois bem, o quadro clínico descrito é típico de esclerose lateral amiotrófica (ELA).

A ELA é uma doença degenerativa que envolve o sistema nervoso central e periférico. É causada pela degeneração tanto do neurônio motor superior quanto do inferior, o que leva a quadro de fraqueza progressiva que apresenta a peculiar associação de sintomas sugestivos de síndrome do neurônio motor inferior, como atrofia e miofasciculações, e síndrome do neurônio motor superior, como hiperreflexia, espasticidade e sinal de Babinski. Destaca-se que, para o diagnóstico, os achados devem acometer ao menos 3 de 4 segmentos (craniano, cervical, torácico e lombo sacro).

Infelizmente, não há cura para a doença e o prognóstico é ruim, com média de sobrevida de cerca de 3 a 5 anos. Existem dois tratamentos (riluzol e edaravone) que conseguem, no máximo, aumentar em alguns meses a sobrevida dos pacientes. Com a progressão da doença, o paciente perde a capacidade de se movimentar sozinho, bem como de se alimentar e respirar, evoluindo para óbito, na maioria das vezes, por insuficiência respiratória ou infecções sobrepostas.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Estrategista, preste muita atenção nesse item. A RM de coluna cervical deve ser feita em todos os pacientes com ELA. Contudo, não para investigar a doença propriamente dita e sim para afastar um importante diagnóstico diferencial, a mielopatia

espondilótica cervical (MEC). Nessa doença, ocorre a compressão da medula cervical por doença degenerativa da coluna, o que pode levar à disfunção do neurônio motor superior da lesão para baixo e, eventualmente, ao aparecimento de sinais compatíveis com a síndrome do neurônio motor inferior no nível da lesão. O caso descrito não é sugestivo de MEC, sobretudo pela descrição de fasciculações em língua, que sugere envolvimento de nervo craniano, o que não ocorre em uma compressão cervical.

Incorreta a alternativa B. A poliomielite, embora erradicada do Brasil desde 1989, poderia explicar os sinais de disfunção do neurônio motor inferior como as fasciculações e fraqueza, contudo, não explicaria os sinais de disfunção piramidal.

Correta a alternativa C. A eletroneuromiografia é o exame de escolha na investigação de um quadro suspeito de ELA. É um exame capaz de definir o acometimento do neurônio motor inferior. A avaliação do neurônio motor superior é clínica e soma-se aos achados da eletroneuromiografia na definição diagnóstica.

Incorreta a alternativa D. A associação de disfunção de neurónio motor inferior e superior não seria explicada pela EM que cursa com déficit neurológico focal e que pode ser remitente ou mesmo progressivo.

Gabarito: C

3. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia – Prof. Rodrigo Frezatti) Mulher, 75 anos, previamente hígida, é levada ao serviço de emergência por quadro súbito de hemiplegia direita associada a desvio conjugado do olhar para a direita. Os sintomas iniciaram-se há cerca de 2 horas e, ao exame físico, a paciente apresenta pressão arterial de 160 x 80 mmHg, pulso regular e eupneica.

Das condutas a seguir, qual delas não está adequada?

A) Realização de TC de crânio.

B) Teste terapêutico com diazepam endovenoso.

C) Aferição da glicosimetria.

D) Administrar AAS, clopidogrel e enalapril.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão pegadinha e que nos ajuda a relembrar os aspectos mais relevantes desse tópico. O enunciado descreve uma mulher de 75 anos que apresenta, de forma súbita, hemiplegia à direita e desvio do olhar. Em um caso de AVC, o desvio conjugado do olhar é direcionado para o lado contralateral à hemiplegia! Vamos analisar com calma... Em uma lesão no hemisfério cerebral esquerdo, ocorre o déficit motor à direita já que o controle motor é cruzado. O mesmo hemisfério cerebral esquerdo é responsável pelo movimento conjugado do olhar para o lado contralateral, ou seja, o hemisfério cerebral esquerdo empurra os olhos para o lado direito. Assim, em uma lesão no lado esquerdo, além da hemiplegia direita, teremos um desvio conjugado do olhar para o lado esquerdo, já que o lado direito, normofuncionante, empurra os olhos para o lado direito sem a contraposição do lado esquerdo.

Mas, no enunciado dessa questão, o paciente apresenta hemiplegia direita e desvio conjugado do olhar para a direita! Como isso é possível? Isso ocorre em um estado de mal epiléptico! Nessa situação, ocorre hiperatividade do hemisfério cerebral esquerdo, o que pode gerar, após a atividade clônica inicial, um quadro de hemiplegia à direita. É como se o córtex motor hibernasse após as crises (paralisia de Todd). Já a região responsável por desviar o olhar se mantém hiperfuncionante, empurrando o olhar para o lado contralateral, no caso, para o lado direito!

Estrategista, sei que é complexo, mas memorize o seguinte:

- em um paciente com hemiparesia e desvio do olhar causados por um AVC, o paciente “olha” para longe do lado fraco. AVC = *away* (longe);

- em um paciente com hemiparesia e desvio do olhar causados por *status epilepticus*, o paciente "olha" em direção ao lado fraco. Epilepsia = em direção.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A. Em uma emergência neurológica, a TC de crânio estará indicada! O quadro não descreve antecedente de epilepsia na paciente em questão, portanto, em paralelo ao tratamento do *status epilepticus*, sua causa deve ser investigada e, para isso, a TC de crânio é um exame fundamental.

Incorreta a alternativa B. No manejo agudo do estado de mal epiléptico, a primeira droga a ser administrada é o benzodiazepínico. Caso ocorra a reversão do quadro clínico, o diagnóstico de *status epilepticus* torna-se ainda mais provável.

Incorreta a alternativa C. A aferição de glicosimetria é uma extensão da avaliação neurológica na emergência, seja em casos de síndrome neurovascular, seja em casos de estado de mal epiléptico.

Correta a alternativa D. A administração de AAS e clopidogrel não está indicada nesse momento. Os sintomas sugerem um *status epilepticus* com origem no hemisfério cerebral esquerdo, contudo de causa ainda não definida.

Gabarito: D

4. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Ricardo Leal) Mulher de 24 anos, previamente hígida, procura atendimento em unidade básica de saúde com história de disúria, urgência e polaciúria há três dias. Nega febre, lombalgia, corrimento vaginal ou sintomas sistêmicos. Refere que é sexualmente ativa, sem uso recente de antibióticos. Ao exame físico, apresenta-se afebril, em bom estado geral, com abdome flácido e doloroso à palpação na região suprapúbica.

Qual é a conduta mais adequada para o caso?

A) Solicitar exame de urina para avaliar início de antibiótico.

B) Prescrever fosfomicina em dose única.

C) Não prescrever antibióticos, apenas sintomáticos.

D) Prescrever ciprofloxacino por 5 dias.

COMENTÁRIOS:

Fala, Estrategista!

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das condições infecciosas mais comuns na prática clínica, podendo se apresentar de diferentes formas conforme o local de acometimento. Quando a infecção está restrita à bexiga e uretra, falamos em **ITU baixa**, cujo exemplo clássico é a **cistite**. Já quando há comprometimento do parênquima renal, com febre e dor lombar, estamos diante de uma **ITU alta**, como a pielonefrite. Essa diferenciação é fundamental porque o manejo, a via e a duração do tratamento mudam de forma significativa.

Outro ponto importante é classificar a ITU como **complicada** ou **não complicada**. Chamamos de **não complicada** aquela que ocorre em mulheres jovens, previamente saudáveis, sem alterações anatômicas ou funcionais do trato urinário e sem dispositivos urológicos. Por outro lado, são consideradas **complicadas** as infecções em pacientes do sexo masculino, gestantes, imunossuprimidos, portadores de comorbidades relevantes (como diabetes descompensado) ou com alterações estruturais do trato urinário. A classificação impacta diretamente na escolha e duração da antibioticoterapia.

No caso clínico apresentado, temos uma mulher jovem, previamente hígida, com sintomas urinários baixos clássicos (disúria, urgência, polaciúria) há poucos dias, sem febre ou sinais sistêmicos e com dor suprapúbica no exame físico — achado típico da inflamação vesical. Não há fatores de risco para complicações, nem elementos que sugiram ITU alta. Assim, o diagnóstico final é de **cistite aguda não complicada**, quadro que deve receber tratamento empírico imediato com antibióticos de primeira linha, como a fosfomicina em dose única.

Vamos às alternativas:

Incorreta a alternativa A.

O exame de urina não é necessário de rotina em casos típicos de cistite não complicada. A conduta é iniciar tratamento empírico, reservando exames para casos atípicos, recorrentes ou complicados.

Correta a alternativa B.

É uma das drogas de primeira escolha para cistite não complicada, com posologia simples (3 g VO dose única) e boa cobertura para os principais patógenos urinários.

Incorreta a alternativa C.

Embora seja uma infecção de baixo risco, é bacteriana, e o tratamento com antibiótico reduz a duração dos sintomas e o risco de complicações. Sintomáticos podem ser associados, mas não substituem o antimicrobiano.

Incorreta a alternativa D.

Fluoroquinolonas devem ser evitadas como primeira linha na cistite não complicada devido ao risco de resistência e efeitos adversos importantes.

Gabarito: B

5. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Ricardo Leal)** Homem de 62 anos, tabagista de 40 maços-ano (parou há 5 anos), procura o pronto atendimento por edema de membros inferiores e periorbitário há 3 semanas, associado à urina espumosa. Refere perda ponderal de 8 kg em 3 meses, tosse seca persistente e dois episódios de hemoptise pequena no último mês. Nega febre ou dor lombar. Ao exame: PA de 140 × 85 mmHg, FC de 88 bpm, sem sinais de congestão pulmonar; presença de baqueteamento digital. Ausculta pulmonar com murmúrio vesicular diminuído no terço superior do hemitórax direito. Exames: creatinina = 1,0 mg/dL; albumina = 2,1 g/dL; colesterol total = 320 mg/dL; proteinúria de 24 horas = 7,6 g; EAS = proteinúria +++, hematúria ausente, cilindros hialinos esparsos; C3 e C4 normais; sorologias para hepatites e HIV negativas; FAN negativo. Radiografia de tórax mostra opacidade nodular periférica em lobo superior direito (4 cm).

Assinale a alternativa que contempla a provável etiologia do quadro renal apresentado pelo paciente.

A) Glomerulopatia membranosa.

B) Doença por lesões mínimas.

C) Glomeruloesclerose segmentar e focal.

D) Nefropatia por IgA.

COMENTÁRIOS:

Aqui, temos um tema muito cobrado de Nefrologia nas provas: **síndrome nefrótica** e suas etiologias. Síndrome nefrótica é definida por **proteinúria ≥ 3,5 g/24h**, **hipoalbuminemia** e **edema**. Em adultos, as principais causas primárias são glomerulopatia membranosa (GM), glomeruloesclerose segmentar e focal (GESF) e doença por lesões mínimas (DLM). Entretanto, sempre devemos lembrar das **formas secundárias**, especialmente quando o paciente tem pistas clínicas sistêmicas.

Mas que pistas? **ANOTE ESSA DICA DA CORUJA!!!**

- Doenças autoimunes
- Neoplasias
- Infecções

A **glomerulopatia membranosa** é causa frequente de síndrome nefrótica no adulto. Pode ser **primária** (geralmente associada a anticorpos anti-PLA2R) ou **secundária** a condições como drogas, infecções, doenças autoimunes e **neoplasias sólidas** (pulmão, cólon, estômago, entre outras). A presença de **perda ponderal, tosse, hemoptise, baqueteamento digital** e imagem torácica sugestiva orienta para **neoplasia pulmonar** como fonte paraneoplásica.

O reconhecimento da associação **síndrome nefrótica + provável diagnóstico de neoplasia sólida** direciona o raciocínio para **GM secundária a neoplasia**. Em provas, pistas como **idade > 50 anos**, **tabagismo importante**, **quadro constitucional** e **achado radiológico** pesam fortemente a favor desse vínculo.

O tratamento definitivo envolve **abordar o tumor de base**, além do manejo nefrológico da proteinúria e do edema (inibidores da ECA/BRA e diuréticos de alça).

Portanto, no caso apresentado — síndrome nefrótica franca, complemento normal, sorologias negativas e marcadores clínico-radiológicos sugestivos de neoplasia maligna de pulmão — o diagnóstico glomerular mais provável é **glomerulopatia membranosa** (secundária a neoplasia sólida).

Vamos às alternativas:

Correta a alternativa A. Compatível com síndrome nefrótica pura em adulto, complemento normal e forte evidência de neoplasia sólida pulmonar. É o padrão clássico de GM **secundária a câncer**.

Incorreta a alternativa B. Também cursa com síndrome nefrótica pura, mas é menos comum em idosos e não se associa tipicamente à neoplasia sólida pulmonar. Quero que você pense mais em DLM quando estivermos falando de síndrome nefrótica primária na infância!

Incorreta a alternativa C. Pode gerar síndrome nefrótica, mas costuma cursar com maior chance de **hematúria** e **hipertensão**; associação paraneoplásica com neoplasias é menos típica do que na GM. Pense mais em GESF como secundária a quadros de HIV, uso de anabolizantes, heroína, anemia falciforme, obesidade, nefropatia do refluxo, entre outras causas.

Incorreta a alternativa D. Geralmente se manifesta com **hematúria** (frequentemente macroscópica pós-IVAS) e proteinúria variável; não é uma causa típica de síndrome nefrótica.

Gabarito: A

6. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari) Homem de 68 anos, tabagista prévio (80 maços/ano), histórico de hipertensão arterial, internado devido a úlcera péptica complicada por sangramento digestivo alto. Ainda nesta internação, apresenta dispneia súbita, dor torácica pleurítica à direita e taquicardia (110 bpm). Ao exame físico, apresenta saturação de O_2 em ar ambiente de 87%, frequência respiratória de 26 irpm, pressão arterial de 110 x 70 mmHg e ausculta pulmonar com murmúrio vesicular reduzido na base direita. Angiotomografia de tórax evidencia tromboembolismo pulmonar em artéria pulmonar direita.

Considerando o caso clínico, assinale a alternativa correta.

A) Solicitar trombólise com alteplase.

B) Iniciar anticoagulação com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica.

C) Indicar colocação de filtro de veia cava inferior.

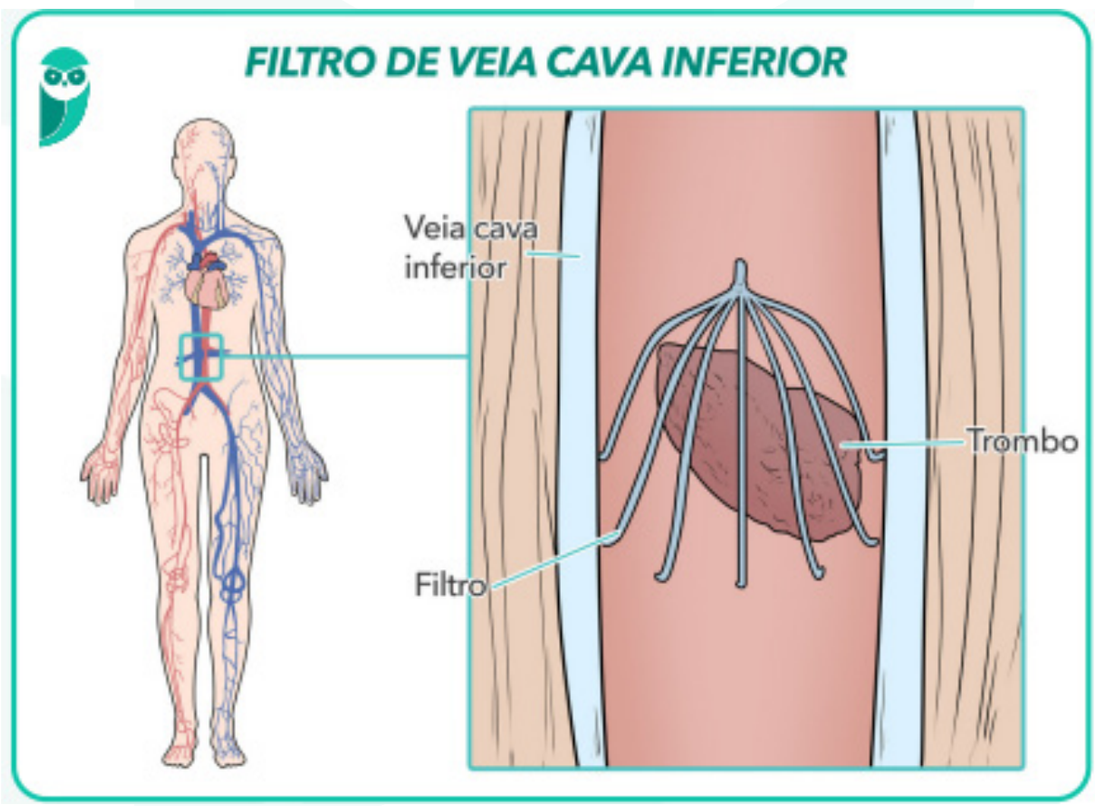
D) Realizar trombectomia cirúrgica.

COMENTÁRIOS:

A tromboembolia pulmonar (TEP) é uma condição de elevada morbimortalidade e que requer tratamento rápido. O manejo padrão envolve anticoagulação sistêmica, visando prevenir a progressão do trombo e novos eventos embólicos. Entretanto, quando há contraindicações absolutas à anticoagulação, como sangramento ativo ou recente hemorragia grave, a conduta muda. Nesses casos, o risco de morte por sangramento supera o risco de progressão do trombo sob anticoagulação.

A principal estratégia para prevenir novos episódios de embolia pulmonar nessa situação é a colocação de filtro de veia cava inferior (FVCI). Esse dispositivo mecânico atua como barreira física para trombos provenientes do sistema venoso profundo, evitando que atinjam a circulação pulmonar. As principais indicações formais para o uso de FVCI incluem:

- contraindicação absoluta à anticoagulação;
- complicação grave relacionada à anticoagulação (ex.: hemorragia intracraniana);
- recorrência de TEP/TVP mesmo sob anticoagulação adequada.



O quadro clínico do paciente (sangramento digestivo alto recente e TEP), enquadra-se perfeitamente nessa indicação. Uma vez resolvida a contraindicação, deve-se reavaliar a necessidade de manter o filtro, pois seu uso prolongado está associado a complicações como trombose de veia cava inferior e síndrome pós-trombótica.

Incorreta a alternativa A, já que a trombólise está indicada em TEP maciço com instabilidade hemodinâmica (choque ou hipotensão sustentada), não em pacientes hemodinamicamente estáveis. Além disso, o sangramento digestivo recente é contraindicação à trombólise, pois o risco de nova hemorragia grave é extremamente elevado.

Incorreta a alternativa B, já que a heparina geraria risco significativo de ressangramento gastrointestinal, uma vez que não há o relato de que o sangramento foi controlado. Caso houvesse relato na questão de que o sangramento já foi tratado, ainda assim seria uma contraindicação relativa à anticoagulação em até 14 dias, porém, nesses casos, é possível começar a anticoagulação após três dias de controle do sangramento desde que se pese o risco x benefício.

Correta a alternativa C, já que a colocação de filtro de veia cava inferior é a conduta indicada nos casos de TEP com contraindicação absoluta à anticoagulação, como no sangramento digestivo alto recente. Essa intervenção reduz o risco de novos êmbolos pulmonares provenientes de trombose venosa profunda até que seja seguro reiniciar a anticoagulação.

Incorreta a alternativa D, já que a trombectomia cirúrgica é um procedimento reservado para casos de TEP maciço com instabilidade hemodinâmica, quando a trombólise é contraindicada ou falhou. No paciente do caso, que está hemodinamicamente estável, a cirurgia traria riscos desproporcionais ao benefício, especialmente em cenário de comorbidades e recuperação recente de um sangramento grave.

Gabarito: C

7. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari) Homem de 32 anos, não tabagista, apresenta história de tosse seca crônica, sibilância e episódios recorrentes de dispneia desencadeada por poeira e pelo contato com gatos. Relata piora noturna dos sintomas e melhora significativa após uso de broncodilatador de resgate. Espirometria demonstra VEF_1/CVF de 0,68, com aumento do VEF_1 em 15% e 450 mL após broncodilatador. O médico assistente solicita avaliação de biomarcadores inflamatórios para caracterizar o fenótipo inflamatório da asma e auxiliar no manejo.

Assinale a alternativa que descreve corretamente o papel dos biomarcadores inflamatórios no diagnóstico e manejo da asma.

A) A eosinofilia periférica isolada, quando acima de 150 células/µL, é suficiente para confirmar o diagnóstico de asma, dispensando testes de função pulmonar.

B) A fração exalada de óxido nítrico (FeNO) elevada sugere inflamação do tipo 2 e pode apoiar o diagnóstico de asma quando a história clínica e a função pulmonar forem compatíveis.

C) Níveis séricos de IgE total acima de 100 UI/mL são específicos para asma e permitem confirmar o diagnóstico, mesmo sem demonstração de variabilidade da função pulmonar.

D) A contagem de eosinófilos no escarro induzido é o método de triagem de rotina recomendado para todos os pacientes com suspeita de asma.

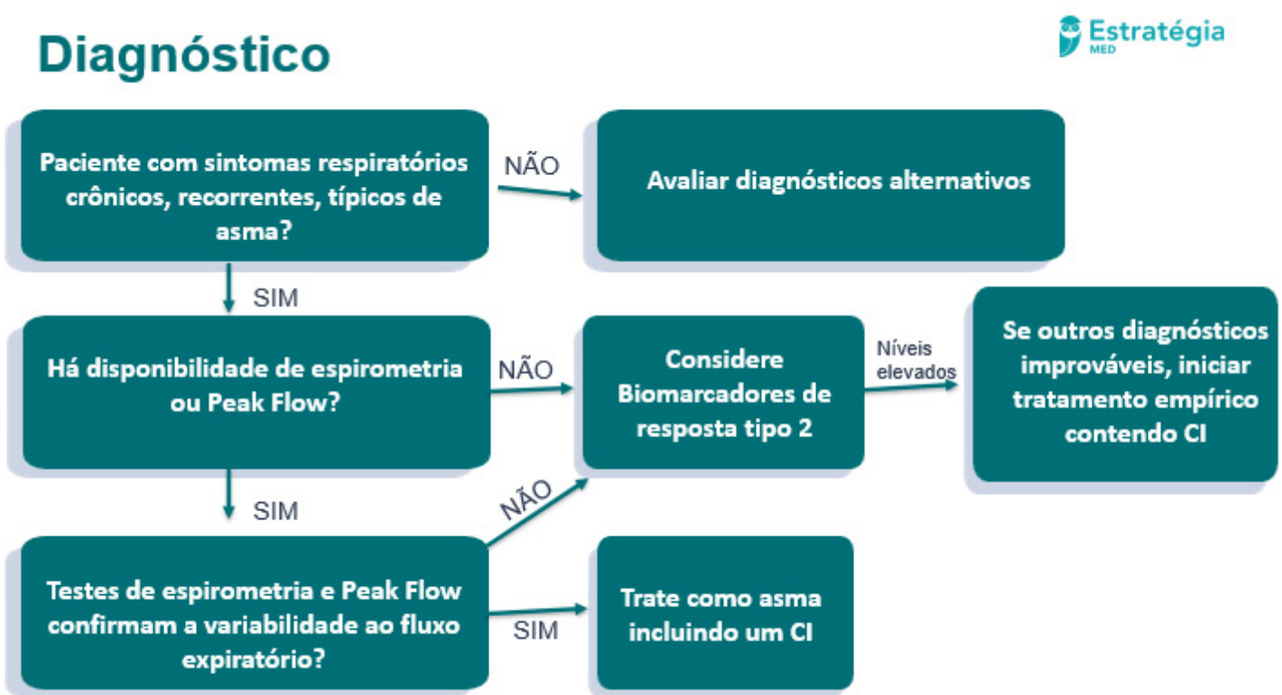
COMENTÁRIOS:

A asma brônquica é uma doença inflamatória crônica das vias aéreas, caracterizada por sintomas respiratórios variáveis e variabilidade do fluxo aéreo, geralmente associada à inflamação eosinofílica ou mista. O GINA reforça que o diagnóstico da doença é clínico, porém deve ser

apoiado em uma **demonstração de variabilidade na função pulmonar**, sendo os biomarcadores inflamatórios recursos adicionais que podem fortalecer a evidência diagnóstica, ser usados nos casos em que os testes de função pulmonar não sejam disponíveis ou conclusivos ou guiar decisões terapêuticas. Entre os principais biomarcadores citados pelo GINA, estão:

- **FeNO**: a fração exalada de óxido nítrico (FeNO) é um marcador não invasivo da inflamação eosinofílica das vias aéreas, com aplicação crescente no diagnóstico e manejo da asma brônquica, conforme destacado nas diretrizes mais recentes do GINA. O óxido nítrico (NO) é produzido naturalmente no trato respiratório, e seus níveis aumentam significativamente em presença de inflamação eosinofílica das vias aéreas – tipo de inflamação comum na asma alérgica e na asma do tipo 2 (Th2).
- **Eosinófilos no sangue periférico**: por ser de fácil execução e universalmente acessível, são utilizados como um marcador indireto para avaliar a inflamação eosinofílica das vias respiratórias. Entretanto, ainda não existe um consenso sobre o valor de corte e a real acurácia do método.
- **IgE total**: pode estar elevada na asma alérgica, mas é inespecífica e não substitui a confirmação funcional.
- **Eosinófilos no escarro induzido**: é um procedimento não invasivo, validado, confiável, de grande utilidade para o manejo de asma grave, para a monitorização de resposta ao tratamento e o ajuste de dose necessária de corticoide para adequado controle de doença. Contudo, ainda é um método pouco disponível, restrito a grandes centros de pesquisa.

Observe, a seguir, o fluxograma diagnóstico trazido pelo documento GINA:



No caso descrito, a história de sintomas episódicos relacionados a gatilhos ambientais, a melhora após broncodilatador e a espirometria com obstrução reversível já confirmam o diagnóstico funcional de asma. A espirometria do paciente mostra **$VEF_1/CVF = 0,68$**, o que está **abaixo do valor de corte 0,7** usado para adultos, caracterizando **distúrbio ventilatório obstrutivo**. Esse é o primeiro critério objetivo necessário para considerar asma ou DPOC no diagnóstico diferencial. Além disso, observa-se **aumento do VEF_1 em 15% e 450 mL** após broncodilatador. O GINA considera **resposta broncodilatadora significativa** quando há:

- **aumento ≥ 12% e ≥ 200 mL no VEF_1 ou na CVF** em relação ao basal.

Esse achado no paciente é bastante expressivo, com melhora percentual e absoluta acima do mínimo necessário, confirmando **variabilidade do fluxo aéreo**. Essa variabilidade é um dos pilares para confirmar o diagnóstico de asma, especialmente quando associada à clínica típica.

Incorreta a alternativa A, já que a eosinofilia periférica isolada não confirma o diagnóstico de asma. Ela pode ocorrer em diversas outras condições (rinite alérgica, parasitoses, doenças autoimunes), sendo apenas um marcador de possível inflamação tipo 2, apesar de ser útil, não dispensa a realização de uma espirometria.

Correta a alternativa B, já que a FeNO elevada é um marcador validado de inflamação tipo 2 e, conforme o GINA, pode apoiar o diagnóstico de asma especialmente quando a apresentação clínica e a função pulmonar forem compatíveis. Não substitui a espirometria, mas agrega valor, especialmente quando há dúvida diagnóstica ou na decisão de iniciar ou ajustar corticoides inalados.

Incorreta a alternativa C, já que a IgE total elevada não é específica para asma e pode estar aumentada em várias condições alérgicas e infecciosas.

Incorreta a alternativa D, já que a contagem de eosinófilos no escarro induzido não é recomendada como exame de rotina pelo GINA. É uma ferramenta útil, validada e confiável, porém restrita a centros de pesquisa ou de centros de referência, útil em casos graves para monitorar o controle da inflamação e guiar terapia, mas não indicada na prática diária para triagem diagnóstica.

Gabarito: B

8. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia – Prof. Thiago Peixoto) Homem de 28 anos, previamente hígido, inicia tratamento para profilaxia de *Pneumocystis jirovecii* com dapsona após diagnóstico de HIV. Três dias após o início da medicação, evolui com urina escura, fadiga intensa e dor lombar. Ao exame, apresenta-se ictérico e com frequência cardíaca de 110 bpm. Exames laboratoriais revelam: hemoglobina de 7,5 g/dL e bilirrubina indireta de 3,8 mg/dL (indireta de 3,0). No esfregaço sanguíneo, observam-se corpúsculos de Heinz e hemácias “mordidas”. O exame confirmatório mais apropriado para o diagnóstico dessa condição é:

A) teste de antiglobulina direta.

B) dosagem de G6PD.

C) eletroforese de hemoglobinas.

D) curva de fragilidade osmótica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de um paciente que iniciou dapsona e, após 3 dias, desenvolveu uma anemia hemolítica. No esfregaço periférico, temos a presença de corpúsculos de Heinz e hemácias “mordidas”. Esses achados indicam hemólise por estresse oxidativo em paciente com deficiência de G6PD, desencadeada pela dapsona. O exame confirmatório mais apropriado é a dosagem de G6PD. Vamos rever o assunto!

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 ou exposição a drogas como primaquinas, sulfas, nitrofurantoína, rasburicase e dapsona.

O quadro clínico é de típica anemia hemolítica aguda após 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, e suporte clínico.

Após essa revisão, vamos ver as alternativas!

Incorreta a alternativa A. Esse teste é utilizado para diagnosticar anemias hemolíticas imunomediadas, como a anemia hemolítica autoimune (AIHA). A deficiência de G6PD é uma anemia hemolítica não imune.

Correta a alternativa B. O diagnóstico de deficiência de G6PD é feito por meio da mensuração da atividade da enzima G6PD nas hemácias. É importante saber que testes realizados durante um episódio agudo de hemólise podem apresentar resultados falso-negativos, pois as células mais deficientes já foram destruídas e as células mais jovens (reticulócitos) podem ter atividade enzimática normal. Se o resultado inicial for negativo, recomenda-se repetir o teste após aproximadamente três meses da resolução do episódio hemolítico.

Incorreta a alternativa C. Esse teste é usado para diagnosticar hemoglobinopatias, como a doença falciforme ou talassemia.

Incorreta a alternativa D. Esse é o teste para diagnosticar a esferocitose hereditária, um distúrbio da membrana das hemácias caracterizado por esferócitos no esfregaço periférico e aumento da fragilidade osmótica.

Gabarito: B

9. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia – Prof. Thiago Peixoto) Paciente do sexo feminino, 27 anos, previamente hígida, procura atendimento ambulatorial por surgimento de petéquias e equimoses em membros inferiores há cerca de 10 dias. Nega febre, perda ponderal, uso de medicamentos ou infecções recentes. Ao exame físico, encontra-se estável, sem linfadenomegalia, hepatoesplenomegalia ou outros achados relevantes. Hemograma: hemoglobina = 13,2 g/dL, leucócitos = 6.300/mm³, plaquetas = 22.000/mm³. Coagulograma normal. Sorologias para hepatites B e C negativas. A conduta mais apropriada é:

A) realizar pulsoterapia com metilprednisolona.

B) iniciar prednisona e investigar infecções virais associadas, como HIV.

C) iniciar transfusão de plaquetas.

D) encaminhar para avaliação reumatológica.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de uma paciente previamente hígida que apresenta trombocitopenia isolada com plaquetas de 22.000/mm³ e MAIS NADA. Logo, temos um diagnóstico provável de púrpura trombocitopênica imune (PTI). Diante disso, a conduta adequada é iniciar corticoterapia com prednisona e investigar causas secundárias de PTI, principalmente infecções virais como HIV. Vamos aprender sobre o assunto!

Nessa condição, 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 outros. Os principais testes que devemos fazer para diagnosticar a PTI estão listados na imagem a seguir.

A PTI é um diagnóstico de exclusão! Diante de um quadro de trombocitopenia isolada, devemos buscar sinais clínicos e laboratoriais que indiquem outra causa da plaquetopenia.

Os exames básicos recomendados quando temos uma suspeita de PTI são:

- **Plaquetometria em tubo de citrato**: afastar a pseudoplaquetopenia, quando há formação de grumos plaquetários em exames colhidos em tubos de EDTA, como vimos no livro de Hemostasia I;
- **Esfregaço de sangue periférico**: confirmar a plaquetopenia e afastar achados que indiquem outras doenças (leucemias, microangiopatias);
- **Sorologias para HIV, HBV e HCV**: vírus associados a plaquetopenia;
- **Detecção de *H. pylori***; e
- **Dosagem de imunoglobulinas**: afastar imunodeficiências primárias.

Afastar infecções como hepatites e HIV é necessário para diagnosticarmos a PTI.

Após a revisão sobre o assunto, vamos analisar as alternativas!

Incorreta a alternativa A. A pulsoterapia com metilprednisolona (1 g IV por três dias) é uma opção de tratamento utilizada para sangramento grave ou crítico, e nossa paciente apresenta sangramento menor (petéquias e equimoses) e está clinicamente estável, não necessitando de uma pulsoterapia.

Correta a alternativa B. A paciente apresenta sangramento menor e uma contagem de plaquetas menor do que 20.000 – 30.000/mm³, o que a coloca na faixa de indicação para tratamento. Glicocorticoides, como a prednisona, são a terapia inicial para pacientes com sangramento menor ou trombocitopenia severa sem sangramento crítico. A dose usual de prednisona é de 1 mg/kg por dia, via oral, por uma a duas semanas, seguida por um desmame gradual. Todos os pacientes com suspeita ou diagnóstico de PTI devem ser testados para HIV e vírus da hepatite C (HCV), pois essas são infecções tratáveis que podem causar PTI secundária e cujo tratamento pode levar à melhora da contagem de plaquetas. Embora a sorologia para hepatite C seja negativa para a paciente, a investigação para HIV é um componente essencial da avaliação diagnóstica inicial e deve ser realizada.

Incorreta a alternativa C. A transfusão de plaquetas é geralmente reservada para sangramentos críticos quando há necessidade imediata de aumentar a contagem de plaquetas, pois as plaquetas transfundidas em pacientes com PTI são rapidamente destruídas devido ao mecanismo autoimune da doença.

Incorreta a alternativa D. A investigação de condições reumatológicas, como lúpus eritematoso sistêmico, pode ser razoável em pacientes com achados ou sintomas sugestivos (como outras citopenias, artralgias ou erupções cutâneas). No entanto, a paciente não apresenta sintomas que indiquem especificamente uma condição reumatológica.

Gabarito: B

10. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Hepatologia – Prof. Élio Castro)** Homem de 59 anos, obeso (IMC = 33), diabético e hipertenso, apresenta ultrassonografia com esteatose hepática difusa. Exames laboratoriais: transaminases discretamente elevadas, plaquetas normais, INR e albumina normais. FIB-4 calculado em 2,1.

Qual é a conduta mais adequada?

A) Reavaliar o FIB-4 em 6 meses, pois o valor atual é intermediário.

B) Iniciar biópsia hepática para diagnóstico e estadiamento.

C) Prosseguir com elastografia hepática (Fibroscan).

D) Apenas orientar perda de peso e manter seguimento clínico anual.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o diagnóstico de MASLD (doença hepática esteatótica associada à disfunção metabólica) está consolidado quando há evidência de esteatose hepática associada a critérios metabólicos, como obesidade ou DM2. O principal determinante prognóstico na MASLD é o grau de fibrose hepática, e transaminases normais ou pouco elevadas não descartam doença avançada.

Por isso, as diretrizes da AASLD 2023 e da EASL 2024 recomendam o uso de algoritmos baseados em testes não invasivos sequenciais. O FIB-4 é o mais utilizado como primeira etapa. Em valores entre 1,3 e 2,67 (zona intermediária), deve-se prosseguir com elastografia hepática, sem aguardar meses para reavaliação ou recorrer diretamente à biópsia.

Incorreta a alternativa A. Apesar de estar em zona intermediária, o FIB-4 exige complementação com elastografia, não observação passiva. Esperar 6 meses compromete o diagnóstico precoce de fibrose avançada.

Incorreta a alternativa B. A biópsia não é indicada de imediato. A sequência correta exige primeiro um método não invasivo de segunda linha, como a elastografia.

Correta a alternativa C. É a conduta recomendada em pacientes com FIB-4 intermediário: realizar elastografia hepática para refinar o estadiamento da fibrose. Só se houver discordância ou dúvida, parte-se para biópsia.

Incorreta a alternativa D. A orientação clínica é fundamental, mas não substitui a estratificação de risco de fibrose, especialmente quando o FIB-4 sugere risco intermediário.

Gabarito: C

11. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho)** Paciente masculino, 45 anos, usuário de drogas injetáveis, dá entrada no pronto-socorro com febre diária há duas semanas, calafrios e dispneia progressiva. Ao exame físico, apresenta-se em regular estado geral, hipocorado, com sopro holossistólico em foco tricúspide. A radiografia de tórax revela múltiplos infiltrados nodulares bilaterais, alguns com cavitação.

Diante deste quadro clínico, qual é a principal hipótese diagnóstica e o agente etiológico mais provável?

A) Endocardite infecciosa por *Streptococcus viridans*, com êmbolos sépticos para o sistema nervoso central.

B) Endocardite infecciosa por *Staphylococcus aureus*, com êmbolos sépticos pulmonares.

C) Tuberculose miliar, considerando os fatores de risco e o quadro pulmonar.

D) Pneumonia adquirida na comunidade com bacteremia e focos metastáticos.

COMENTÁRIOS:

Endocardite é uma infecção que acomete a superfície endocárdica do coração, em especial as valvas cardíacas. Pense nesse tema em provas de Residência Médica sempre que houver um caso clínico envolvendo achados como febre prolongada, sopro cardíaco, crescimento bacteriano em hemocultura e/ou vegetação em ecocardiograma.

Usuários de drogas injetáveis apresentam risco aumentado para endocardite da valva tricúspide, com manifestações respiratórias devido a êmbolos sépticos para o pulmão. O agente mais frequentemente associado nesses casos é o *Staphylococcus aureus*, que pode causar quadros graves e fulminantes.

O quadro clínico apresentado é de um homem de 45 anos, usuário de drogas injetáveis, com febre, calafrios e dispneia. O exame físico revela um sopro cardíaco em foco tricúspide, indicando acometimento da valva direita do coração. A radiografia de tórax com múltiplos infiltrados nodulares e cavitações sugere a presença de êmbolos sépticos pulmonares, uma complicação decorrente da embolização de vegetações da valva tricúspide para os pulmões.

Incorreta a alternativa A. A endocardite por *Streptococcus viridans* está mais associada a procedimentos dentários e acomete tipicamente valvas previamente lesadas do lado esquerdo do coração (mitral e aórtica). A embolização para o sistema nervoso central seria uma complicação de endocardite em câmaras esquerdas. No caso descrito, o sopro em foco tricúspide e os êmbolos pulmonares apontam para uma infecção do lado direito do coração.

Correta a alternativa B. O S*taphylococcus aureus* é o principal agente etiológico da endocardite infecciosa em usuários de drogas injetáveis. Nesses casos, a valva tricúspide é a mais acometida, e o quadro clínico pode incluir febre, sopro cardíaco e sinais de embolização séptica pulmonar, como infiltrados cavitários múltiplos vistos na radiografia de tórax.

Incorreta a alternativa C. A tuberculose miliar pode causar febre, emagrecimento e alterações pulmonares difusas, mas não explica a presença de sopro tricúspide, lesões cutâneas vasculares e embolizações sépticas. A tuberculose miliar geralmente tem uma evolução mais subaguda ou crônica, e os achados de imagem pulmonar costumam ser de um padrão micronodular difuso, diferente dos infiltrados nodulares com cavitação descritos.

Incorreta a alternativa D. Uma pneumonia adquirida na comunidade poderia causar bacteremia, mas a presença de um sopro tricúspide e lesões de Janeway direciona o diagnóstico primário para endocardite infecciosa. O quadro pulmonar, nesse caso, é mais provavelmente uma consequência da endocardite (êmbolos sépticos), não a causa primária da doença. A endocardite explica de forma mais completa a combinação de achados cardíacos, pulmonares e cutâneos do paciente.

Gabarito: B

12. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho)** Uma família de 6 pessoas, residente em área urbana no estado do Pará, procura atendimento médico com quadro súbito e simultâneo de febre alta, mialgia e hepatoesplenomegalia. A investigação epidemiológica revela o consumo de açaí artesanal, não pasteurizado, adquirido de um vendedor ambulante uma semana antes do início dos sintomas.

Qual é a principal hipótese diagnóstica e o exame confirmatório mais adequado?

A) Doença de Chagas aguda; pesquisa direta de tripanossomas em sangue periférico.

B) Malária; esfregaço de gota espessa.

C) Febre tifoide; hemocultura.

D) Leptospirose; sorologia por ELISA IgM.

COMENTÁRIOS:

A doença de Chagas, causada pelo protozoário *Trypanosoma cruzi*, apresenta diferentes formas de transmissão. Além da via vetorial clássica, pela picada do inseto "barbeiro", a transmissão oral tem ganhado destaque epidemiológico, especialmente na região amazônica. A ingestão de alimentos contaminados com o parasita, como açaí ou caldo de cana moídos de forma artesanal, pode levar a surtos da forma aguda da doença. Nesses casos, o parasita ou os dejetos de barbeiros infectados são triturados junto com o alimento. A doença de Chagas aguda de transmissão oral costuma se manifestar de forma súbita, com febre alta, mialgia, cefaleia e, frequentemente, hepatoesplenomegalia.

No caso descrito, uma família inteira no Pará desenvolve um quadro agudo e simultâneo de febre, mialgia e hepatoesplenomegalia após consumir açaí artesanal. A epidemiologia (localização na Amazônia Legal), a fonte de exposição (açaí não industrializado) e a apresentação clínica coletiva são sugestivas de um surto de doença de Chagas aguda por transmissão oral.

Correta a alternativa A. A hipótese de doença de Chagas aguda é a mais provável devido à forte associação epidemiológica com o consumo de açaí artesanal na região amazônica, modo de transmissão oral bem documentado. O quadro clínico de febre, mialgia e hepatoesplenomegalia é compatível com a fase aguda da infecção. Nessa fase, a parasitemia (quantidade de parasitas no sangue) é elevada, tornando a pesquisa direta do *Trypanosoma cruzi* em uma amostra de sangue periférico o método diagnóstico de escolha.

Incorreta a alternativa B. A malária é uma doença endêmica no Pará e também causa febre e hepatoesplenomegalia. No entanto, a ocorrência simultânea em seis pessoas da mesma família aponta para uma fonte comum de infecção, como um alimento contaminado, o que é atípico para a malária, que é transmitida pela picada de mosquitos. Seria improvável que todos os membros da família fossem picados e desenvolvessem a doença exatamente ao mesmo tempo.

Incorreta a alternativa C. A febre tifoide, causada pela bactéria *Salmonella typhi*, é transmitida por água e alimentos contaminados e também pode se manifestar com febre e hepatoesplenomegalia. Contudo, não possui uma associação epidemiológica tão forte com o consumo de açaí quanto a doença de Chagas. Além disso, o quadro clínico da febre tifoide frequentemente inclui outros sinais, como a dissociação pulso-temperatura (sinal de Faget) e manchas rosadas no tronco (roséolas tíficas), que não foram descritos no caso.

Incorreta a alternativa D. A leptospirose é uma zoonose associada principalmente ao contato com água ou solo contaminados pela urina de animais infectados, como roedores. A transmissão por ingestão de açaí não é uma via epidemiológica conhecida para essa doença. Além disso, o quadro clínico descrito não apresenta sinais mais específicos que poderiam sugerir leptospirose. Embora cause febre e mialgia, a doença frequentemente se manifesta com dor muito intensa em panturrilhas e sufusão conjuntival (olhos vermelhos, sem secreção), achados que não foram mencionados no caso. A epidemiologia do surto, ligada a um alimento específico, torna a leptospirose uma hipótese improvável.

Gabarito: A

13. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho)** Paciente de 72 anos, internado em enfermaria clínica, evolui com diarreia após 07 dias de antibioticoterapia com ceftriaxona por pneumonia. Apresenta diarreia aquosa de grande volume, dor abdominal difusa e leucocitose de 22.000/mm³. No exame físico, encontra-se em regular estado geral, com dor difusa à palpação abdominal, sem sinais de irritação peritoneal.

Qual é a conduta diagnóstica inicial mais apropriada nesse caso?

A) Solicitar colonoscopia com biópsia para confirmação histológica.

B) Solicitar pesquisa de toxina de *C. difficile* em amostra de fezes.

C) Solicitar hemoculturas para investigar a bacteremia associada.

D) Solicitar coprocultura para *Salmonella* e *Shigella*.

COMENTÁRIOS:

A colite por *Clostridioides difficile* deve sempre ser lembrada em pacientes hospitalizados e que tenham utilizado recentemente antimicrobianos. O desequilíbrio da microbiota intestinal permite a proliferação do *C. difficile* toxigênico, levando ao quadro de diarreia aquosa de grande volume, dor abdominal, febre e leucocitose, como descrito nesse caso.

Veja, a seguir, os principais exames disponíveis para diagnóstico dessa doença:

- **Pesquisa de toxina A e B:** é exame de execução rápida e barata e que apresenta alta especificidade, mas resultado falso-negativo não é incomum, pois sua sensibilidade é relativamente baixa (recomenda-se que seja utilizado com outro teste, como pesquisa de GDH).
- **Pesquisa de glutamato desidrogenase (GDH):** é um teste de elevada sensibilidade, mas incapaz de diferenciar entre cepas toxigênicas e não toxigênicas (deve ser utilizado em associação com outro teste, como pesquisa de toxina A e B).
- **Testes de biologia molecular (NAAT ou PCR):** são testes que apresentam alta sensibilidade e especificidade, mas menos disponíveis devido ao custo elevado de execução.

A colite pseudomembranosa pode ser classificada em:

1. leve a moderada: leucócitos ≤ 15000/mm³ e creatinina ≤ 1,5 mg/dL;

2. grave: leucócitos > 15000/mm³ ou creatinina > 1,5mg/dL;

3. fulminante: hipotensão ou choque, íleo paralítico ou megacólon tóxico;

O tratamento da colite pseudomembranosa varia conforme a gravidade do acometimento:

1. Leve a moderada:
    1. vancomicina 125 mg VO 6/6h ou
    2. fidaxomicina 200 mg VO 12/12h ou
    3. metronidazol 500 mg VO 8/8h.

2. Grave:
    1. vancomicina 125 mg VO 6/6h ou
    2. fidaxomicina 200 mg VO 12/12h.

3. Fulminante: vancomicina 500 mg VO (ou via sonda enteral) 6/6h. Recomenda-se a associação de metronidazol 500 mg IV 8/8h, especialmente na presença de íleo paralítico. A via retal para vancomicina também pode ser utilizada em caso de íleo paralítico.

O tempo mínimo de tratamento é de dez dias.

Incorreta a alternativa A. A colonoscopia com biópsia pode revelar as clássicas placas esbranquiçadas de colite pseudomembranosa, mas não é indicada como exame inicial. É invasiva, tem risco de complicações em um paciente debilitado e não é necessária para confirmar o diagnóstico, já que há métodos laboratoriais mais rápidos e seguros.

Correta a alternativa B. O exame inicial mais apropriado é a pesquisa da toxina de *C. difficile* em amostra de fezes, frequentemente associada a outros testes como a pesquisa de GDH ou PCR para aumentar a acurácia. Esses exames são rápidos, específicos e permitem a confirmação do diagnóstico antes de iniciar o tratamento específico.

Incorreta a alternativa C. As hemoculturas não têm papel no diagnóstico da colite por *C. difficile*.

Incorreta a alternativa D. A coprocultura para agentes como *Salmonella* e *Shigella* é útil na investigação de diarreias adquiridas na comunidade. No entanto, em um paciente hospitalizado que desenvolve diarreia após antibioticoterapia, esses patógenos são causas menos prováveis. O quadro clínico-epidemiológico aponta fortemente para *C. difficile*, tornando a pesquisa de suas toxinas o passo diagnóstico mais lógico e com maior probabilidade de confirmação.

Gabarito: B

14. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho)** Homem de 72 anos, tabagista e diabético, é atendido no pronto-socorro com quadro de tosse produtiva há 7 dias, febre de 38,7 °C, dispneia aos mínimos esforços e dor torácica ventilatório-dependente. Ao exame físico, encontra-se taquipneico (FR de 32 irpm), com saturação de 88% em ar ambiente, pressão arterial de 90 x 60 mmHg e crepitações difusas em hemitórax direito. A radiografia de tórax mostra consolidação no lobo inferior direito.

Considerando o quadro clínico e a gravidade da apresentação, que exames microbiológicos estão indicados de forma prioritária para orientar a antibioticoterapia?

A) Reação de cadeia de polimerase (PCR) para *Streptococcus pneumoniae* em amostra de sangue.

B) Teste rápido para *influenza* e sorologia para *Mycoplasma pneumoniae*.

C) Pesquisa direta de BAAR e teste rápido molecular para tuberculose em escarro.

D) Hemocultura e cultura de escarro ou aspirado traqueal, coletadas antes do início dos antibióticos.

COMENTÁRIOS:

A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é causada por uma variedade de agentes, sendo o *Streptococcus pneumoniae* o mais comum. O diagnóstico é clínico-radiológico, mas a investigação microbiológica tem papel importante em pacientes hospitalizados, especialmente naqueles com pneumonia grave, pois permite direcionar a antibioticoterapia e reduzir o uso desnecessário de antimicrobianos de amplo espectro. Entre os exames disponíveis, destacam-se: **hemoculturas**, indicadas em casos graves ou com risco de bacteremia; **cultura de escarro ou aspirado traqueal**, que pode identificar o agente etiológico quando a amostra é de boa qualidade; **antígeno urinário para pneumococo e *Legionella pneumophila***, que são rápidos e úteis mesmo após o início dos antibióticos; e os **painéis moleculares (PCR multiplex)**, que têm alta sensibilidade para detectar patógenos respiratórios, mas ainda apresentam limitações de custo e disponibilidade. Em resumo, a pesquisa

microbiológica é recomendada prioritariamente em pacientes internados, não sendo necessária para pacientes tratados ambulatorialmente.

Incorreta a alternativa A. Embora o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo) seja o agente bacteriano mais comum na PAC, a realização de um PCR sanguíneo para esse patógeno específico não é o exame de primeira linha. A hemocultura é o método padrão para detectar bacteremia, pois permite o isolamento de diversas bactérias e a realização do teste de sensibilidade aos antimicrobianos (antibiograma), o que o PCR não oferece.

Incorreta a alternativa B. O teste rápido para *influenza* seria considerado em casos de síndrome gripal. A sorologia para *Mycoplasma pneumoniae* é indicada quando há suspeita de pneumonia atípica, geralmente em pacientes jovens, com quadro mais arrastado, tosse seca e sem sinais de gravidade. No caso descrito, trata-se de um idoso com febre alta, consolidação lobar e sinais de instabilidade clínica, quadro mais compatível com pneumonia bacteriana grave que requer hospitalização. Por isso, esses exames não são prioritários.

Incorreta a alternativa C. A pesquisa direta de BAAR e o teste rápido molecular para tuberculose estão indicados quando há suspeita clínica e epidemiológica de tuberculose, como em quadros subagudos ou crônicos com tosse prolongada e emagrecimento. Nesse caso, trata-se de um quadro agudo de pneumonia bacteriana, sem características compatíveis com tuberculose.

Correta a alternativa D. Em pacientes hospitalizados com PAC grave, está indicada a coleta de amostras de sangue para hemoculturas, sempre que possível antes do início da antibioticoterapia empírica. A cultura do escarro, se a amostra for de boa qualidade, pode identificar o agente causador diretamente no trato respiratório. Esses exames aumentam a chance de identificar o agente etiológico e permitem ajustar o esquema antimicrobiano conforme os resultados.

Gabarito: D

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia – Prof. Taysa Moreira) Um homem de 24 anos procura atendimento por dor lombar há 6 meses. Nota que a dor é pior durante a noite e que, pela manhã, tem dificuldade em movimentar a região com melhora em torno da hora do almoço. Desde então, apresentou dois episódios de olho vermelho com diagnóstico de uveíte e melhora após uso de colírio. Ao exame físico, apresenta limitação à flexão de coluna lombar e manobra de Patrick com dor em topografia de sacroilíaca. Assinale a alternativa correta sobre o caso clínico acima.

A) O padrão de acometimento de esqueleto periférico mais típico é a oligoartrite assimétrica de membros inferiores.

B) A uveíte é, classicamente, anterior e crônica.

C) A ausência do alelo HLA-B27 descarta o diagnóstico.

D) Na radiografia, são esperadas esclerose subcondral e irregularidade nas sacroilíacas, além de osteófitos na coluna lombar.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, nosso caso clínico envolve um paciente jovem com dor lombar inflamatória (duração superior a 3 meses, dor noturna com rigidez matinal prolongada) e dois episódios de uveíte. Diante desse quadro clínico, nossa principal hipótese diagnóstica deve ser espondilite anquilosante. Para discutirmos um pouco mais sobre essa espondiloartrite, vamos às alternativas:

Correta a alternativa A: o envolvimento inflamatório do esqueleto axial (sacroilíacas, coluna vertebral e articulações da caixa torácica) sob as formas, principalmente, de sacroiliíte e/ou espondilite é o acometimento padrão da espondilite anquilosante. No entanto, ela também pode cursar com acometimento de articulações periféricas e, quando o faz, envolve uma oligoartrite assimétrica com predomínio de grandes articulações de membros inferiores, como joelho e tornozelo.

Incorreta a alternativa B: a manifestação extra-articular mais comum da espondilite anquilosante é a uveíte anterior aguda. Em geral, os pacientes apresentam queixa unilateral abrupta de dor, hiperemia e borramento visual. Os sintomas costumam melhorar em poucos dias ou semanas e, na maioria dos casos, evoluem sem complicações. No entanto, caso a doença não seja tratada adequadamente e os episódios se tornem recorrentes, complicações podem surgir. Entre as doenças reumatológicas, aquela que, classicamente, cursa com uveíte anterior crônica é a artrite idiopática juvenil forma oligoartrite.

Incorreta a alternativa C: o HLA-B27 é o fator de risco, isoladamente, mais importante para a espondilite anquilosante, mas não é o único. Diversos outros genes não associados ao HLA também estão envolvidos, além de fatores de risco ambientais. Por isso, ainda que esteja presente na maioria dos pacientes com espondilite anquilosante, sua ausência não descarta o diagnóstico.

Incorreta a alternativa D: em uma sacroilíaca normal, o espaço articular é bem visível e as bordas tanto do sacro quanto do ilíaco são regulares. Já em casos de sacroiliíte, temos o surgimento de alterações decorrentes do processo inflamatório local, como esclerose e irregularidade nas bordas da articulação, além de alteração no espaço articular. O estágio final da doença é a perda completa do espaço articular ou anquilose. As alterações na coluna vertebral são mais tardias e, assim como ocorre nas sacroilíacas, as lesões inflamatórias iniciais não são visualizadas na radiografia convencional. Os primeiros achados são decorrentes da erosão nos ângulos das vértebras, seguidos por uma esclerose reativa. As vértebras assumem um formato mais quadrado e inicia-se a ossificação do ânulo fibroso dos discos intervertebrais e dos ligamentos longitudinais, formando os sindesmófitos que, ao unirem as vértebras, geram a famosa coluna em bambu. Os osteófitos são formações presentes na osteoartrite. Não confunda!

Gabarito: A

16. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ortopedia – Prof. David Nordon)** O tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais frequente é:

A) condrossarcoma.

B) sarcoma de Ewing.

C) osteossarcoma.

D) mieloma múltiplo.

COMENTÁRIOS:

Discussão sobre a questão

O que o examinador deseja saber com essa questão?

Essa questão requer conhecimentos variados sobre diversos tumores. Vamos revê-los em detalhes.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Epidemiologia clássica de tumores ósseos

A frase que você precisa lembrar é: comeu **M**uito **MM OCE?** Ela mostra a sequência, em ordem decrescente, dos tumores ósseos malignos mais frequentes. São eles:

Metástases.

Mieloma **M**últiplo.

Osteossarcoma.

Condrossarcoma

Sarcoma de **E**wing.

Tumores malignos mais comuns após os 40 anos: **MMM**

Primários: **M**ieloma **M**últiplo.

Secundários: **M**etástases.

Tumores malignos ósseos primários não hematológicos: **OCE**

Primeiro mais comum: **O**steossarcoma.

Segundo mais comum: **C**ondrossarcoma.

Terceiro mais comum: sarcoma de **E**wing (só é o mais comum na primeira infância, até 10 anos).

Discussão das alternativas:

Incorreta a alternativa A. O condrossarcoma é o 4° tumor ósseo maligno mais comum; o 3° tumor ósseo maligno primário mais comum; o 2° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum; e o 1° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum naqueles acima de 40 anos.

Incorreta a alternativa B. O sarcoma de Ewing é o 5° tumor ósseo maligno mais comum; o 4° tumor ósseo maligno primário mais comum; o 3° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum; o 2° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum naqueles abaixo de 20 anos; e o 1° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum naqueles abaixo de 10 anos.

Correta a alternativa C. O osteossarcoma é o 3° tumor ósseo maligno mais comum; o 2° tumor ósseo maligno primário mais comum; e o 1° tumor ósseo maligno primário não hematogênico mais comum.

Incorreta a alternativa D. O mieloma múltiplo é o segundo tumor ósseo maligno mais comum, sendo o primeiro tumor ósseo maligno primário mais comum.

Gabarito: C

17. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ortopedia – Prof. David Nordon)** Paciente de 21 anos estava andando na garupa de uma moto de aplicativo quando caiu em zona rural, sofrendo fratura exposta de ossos da perna, com lesão puntiforme. Pela classificação de Gustilo e Anderson, trata-se de uma fratura exposta grau:

A) I

B) II

C) IIIA

D) IIIB

COMENTÁRIOS:

Discussão da questão

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

É uma pergunta direta sobre a classificação de Gustilo e Anderson.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Fratura exposta:

A fratura exposta é uma fratura (descontinuidade do tecido ósseo) em que há conexão entre o hematoma fraturário e o meio externo. Não é necessário que o osso tenha contato com o meio externo, ou esteja evidentemente exposto; muitas vezes, há um ferimento cortocontuso algo distante da fratura, mas o hematoma conecta-os.

Ela é classificada conforme Gustilo e Anderson, que é uma classificação bastante simples de se compreender:

Tipo	Tamanho	Grau de contaminação	Lesão de partes moles	Lesão óssea
I	< 1 cm	Limpa	Mínimo	Simples, cominuição mínima (baixa energia)
II	> 1 cm	Moderada	Moderada, com alguma lesão muscular	Cominuição moderada (energia moderada)
IIIA	> 10 cm	Alto	Grave, com esmagamento	Cominuição grave (alta energia); há cobertura de estruturas nobres (osso)
IIIB			Importante perda de cobertura	Cominuição grave (alta energia); sem cobertura de estruturas nobres (osso), geralmente necessita de reconstrução
IIIC			Importante perda de cobertura Lesão vascular que necessita de reparo	

Deve-se sempre considerar o fator mais grave; por exemplo, um ferimento por arma de fogo, ainda que puntiforme, será considerado sempre grau III.

Discussão das alternativas

Incorreta a alternativa A, pois, embora a lesão seja puntiforme, trata-se de alta contaminação.

Incorreta a alternativa B, pois não se enquadra em nenhuma característica.

Correta a alternativa C, pois o ambiente rural é considerado como altamente contaminado, e a lesão puntiforme denota que há cobertura óssea.

Incorreta a alternativa D, pois não há evidências de que não haja cobertura óssea, o que configuraria o IIIB.

Gabarito: C

18. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia – Prof. Bruno Souza)** Mulher de 28 anos, previamente hígida, é atendida com queixa de dor em ambas as pernas, iniciada há cerca de uma semana. Refere febre baixa diária, mal-estar e lesões avermelhadas dolorosas em ambas as pernas, que dificultam a caminhada. Nega lesões em mucosa, perda de peso ou tosse. Ao exame, apresenta nódulos subcutâneos eritematosos, mal definidos, de 1 a 5 cm, dolorosos à palpação, localizados em terços médios das pernas, bilateralmente. Sem linfadenomegalia. Radiografia de tórax solicitado na triagem mostrou linfadenopatia hilar bilateral. Sem história medicamentosa recente.

Com base no quadro clínico e nos dados complementares, qual é a principal hipótese diagnóstica e a conduta inicial mais apropriada?

A) Eritema nodoso secundário à sarcoidose; solicitar dosagem de ECA sérica e realizar TC de tórax.

B) Eritema multiforme; iniciar aciclovir e suspender alimentos com corantes artificiais.

C) Eritema nodoso por doença de Behçet; iniciar prednisona.

D) Paniculite infecciosa bacteriana; coletar hemoculturas e iniciar cefalosporina de 3ª geração.

COMENTÁRIOS:

Essa paciente apresenta nódulos subcutâneos recidivantes nos terços médios das pernas. Isso é típico de eritema nodoso. Vamos revisar essa condição.

O eritema nodoso é a forma mais comum de paniculite. É reconhecido como uma reação de hipersensibilidade tardia a vários estímulos antigênicos. É mais comum nas **mulheres entre a segunda e quarta década de vida.**

Clinicamente se apresenta como vários **nódulos eritematosos, dolorosos, bilaterais e simétricos.** O local mais comum é a **região pré-tibial.** Raramente acometem outros sítios, como coxas, antebraços, tronco, região cervical e até face. O quadro pode ser recorrente e evoluir em surtos e remissões! Na remissão dos nódulos, eles podem adquirir um **aspecto de hematoma.**

O diagnóstico de eritema nodoso na maioria das vezes não é difícil. Porém, quando realizamos esse diagnóstico, devemos buscar a causa dessa inflamação!! Existem várias condições que podem desencadear um quadro de eritema nodoso.

Observe o esquema a seguir para melhor memorização.

Veja que a paciente apresenta adenopatia hilar e, que dentro das causas de eritema nodoso, a que cursa com esse achado é a sarcoidose!

Correta a alternativa A. Como vimos, realmente temos uma clínica de eritema nodoso em um paciente com sarcoidose. A ECA sérica (enzima conversora de angiotensina) pode estar elevada em cerca de 60% dos casos de sarcoidose. A TC de tórax é o próximo exame para avaliar o padrão de acometimento pulmonar e linfonodal.

Incorreta a alternativa B. É caracterizado por lesões em alvo, com centro eritematoso ou bolhoso, geralmente em face e dorso das mãos, e associado à infecção por herpes simples. Não cursa com nódulos subcutâneos profundos como o eritema nodoso.

Incorreta a alternativa C. Realmente a paciente tem uma clínica compatível com eritema nodoso e a doença de Behçet é uma das possíveis causas. Porém, nesse paciente específico, não há qualquer sinal que nos faça pensar em Behçet (como úlceras mucosas).

Incorreta a alternativa D. Paniculite bacteriana seria a infecção bacteriana do tecido celular subcutâneo. Muitas vezes, ocorre por disseminação hematogênica, então os pacientes costumam apresentar sintomas sistêmicos, com febre e queda do estado geral.

Gabarito: A

19. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Paulo Dalto)** Um homem de 34 anos é trazido ao pronto-socorro pelo SAMU após parada cardiorrespiratória presenciada na rua. Após o atendimento pela unidade avançada do SAMU, chega ao pronto-socorro com tempo total de reanimação cardiopulmonar de 20 minutos, com retorno à circulação espontânea, via aérea assegurada, sem resposta a estímulos dolorosos e pupilas médias. Eletrocardiograma da admissão sem alteração do segmento ST.

O tratamento inicial deve incluir:

A) manter PAM 80-90 mmHg e hipotermia terapêutica.

B) manter PAM 80-90 mmHg e anticonvulsivantes profiláticos.

C) evitar PAM < 65 mmHg e iniciar infusão de trombolítico.

D) evitar PAM < 65 mmHg e manter a normotermia.

COMENTÁRIOS:

Um erro comum no atendimento à parada cardiorrespiratória é negligenciar o período imediatamente após o retorno à circulação espontânea. O manejo correto do paciente pode propiciar menores danos neurológicos e evitar novos episódios de parada cardiorrespiratória (PCR).

Existe uma síndrome descrita nos pacientes que retornam da PCR chamada de **síndrome pós-parada**, que envolve lesão cerebral, disfunção miocárdica e isquemia sistêmica provocadas pelo evento. A gravidade dessa síndrome depende da causa da PCR, do local em que ocorreu, do tempo de parada, das condições pregressas do paciente e dos cuidados pós-PCR.

Sendo assim, a *American Heart Association* fornece orientações claras, e recém-atualizadas, sobre essa abordagem:

Cuidados pós-PCR	
Modulação terapêutica de temperatura	A medida mais importante quanto à temperatura é evitar a febre, mantendo temperatura ≤ 37,5 °C em pacientes que permanecem em coma após o retorno à circulação espontânea (RCE). Sobretudo no período de 36-72 horas pós-RCE. Não está claro se há benefício em direcionar a temperatura de alguns pacientes para valores entre 32 e 34 ºC. Pacientes comatosos e com hipotermia leve após a RCE não devem ser aquecidos ativamente. A monitorização de temperatura deve ser central, ou seja, por meio de termômetros no esôfago, bexiga ou em cateteres de artéria pulmonar.
Otimização hemodinâmica e da ventilação	Quadros de hipotensão no pós-PCR devem ser tratados com ressuscitação volêmica e, quando necessário, noradrenalina ou outras drogas vasoativas, a depender do caso clínico específico. O objetivo é manter a PAS ≥ 90 ou PAM ≥ 60 ou 65 mmHg. A ventilação deve objetivar saturação de O^2 ≥ 94% a 98% ou uma pressão parcial de oxigênio arterial de 75 a 100 mmHg, sem, no entanto, haver hiperóxia. Recomenda-se o uso de 100% de oxigênio inspirado até que a saturação de oxigênio no sangue arterial ou a pressão parcial de oxigênio no sangue arterial possam ser medidas de forma confiável em adultos com retorno da circulação espontânea. A PCO^2 deve ser mantida entre 35–45 mmHg, ou seja, normocapnia.
Reperfusão coronária imediata	Reservada para os pacientes que apresentem evidências de que a causa da PCR foi um IAM com supra de ST, por exemplo, quando há supra de ST no ECG após o retorno da PCR.
Controle glicêmico e metabólico	Considerar estratégias visando um controle glicêmico moderado (140 a 180 mg/dL). Evitar a hipoglicemia (< 70 mg/dL). Corrigir distúrbios hidroeletrolíticos, atenção especial às alterações de potássio para evitar recidiva de arritmias.
Controle neurológico	Deve-se incluir o eletroencefalograma contínuo como ferramenta essencial no manejo pós-PCR para monitorar convulsões subclínicas e atividade elétrica cerebral, especialmente em pacientes em coma induzido por controle terapêutico de temperatura. Não se recomenda o uso rotineiro de anticonvulsivantes profiláticos.

O tratamento pós-PCR inclui a **modulação terapêutica da temperatura** (antes chamada de controle direcionado de temperatura) para pacientes comatosos e a otimização hemodinâmica (manter PAS ≥ 90 mmHg ou PAM ≥ 65 mmHg) e da ventilação **(alternativa D).**

Incorreta a alternativa A: pois a PAM pode ficar em níveis menores, desde que ≥ 65 mmHg. O termo hipotermia terapêutica não é mais utilizado, já que o recomendado é manter a normotermia (temperatura ≤ 37,5 ºC) e evitar febre. Conforme a atualização do ACLS 2025, **o benefício da hipotermia é duvidoso**.

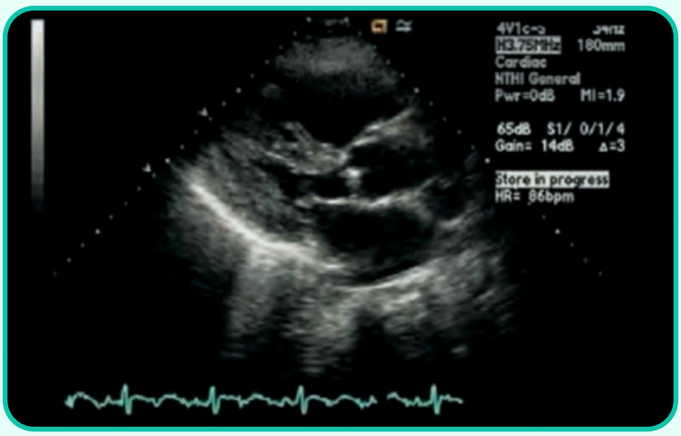
Incorreta a alternativa B: o uso rotineiro de anticonvulsivantes profiláticos não é recomendado.

Incorreta a alternativa C: não há indicação de fibrinolítico nesse primeiro momento. Lembre-se de que temos a informação de que o ECG está sem alteração do segmento ST, o que torna o diagnóstico de infarto com supra pouco provável.

Correta a alternativa D: conforme discutido.

Gabarito: D

20. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Paulo Dalto)** Homem de 41 anos foi trazido por colegas à unidade de emergência após episódio de síncope. À entrada, realizou ecocardiograma beira-leito que mostrou a imagem a seguir:



O diagnóstico mais provável é:

A) tromboembolismo pulmonar.

B) miocardite aguda.

C) tamponamento cardíaco.

D) dissecção aórtica aguda.

COMENTÁRIOS:

A síncope é definida como uma perda transitória, súbita e total da consciência secundária a uma baixa perfusão cerebral global, com retorno rápido e espontâneo. Ela é dividida em causas cardíacas, neuromediadas/reflexas e hipotensão ortostática.

Entre as síncopes por causas cardíacas temos (mnemônico **PAVE**):

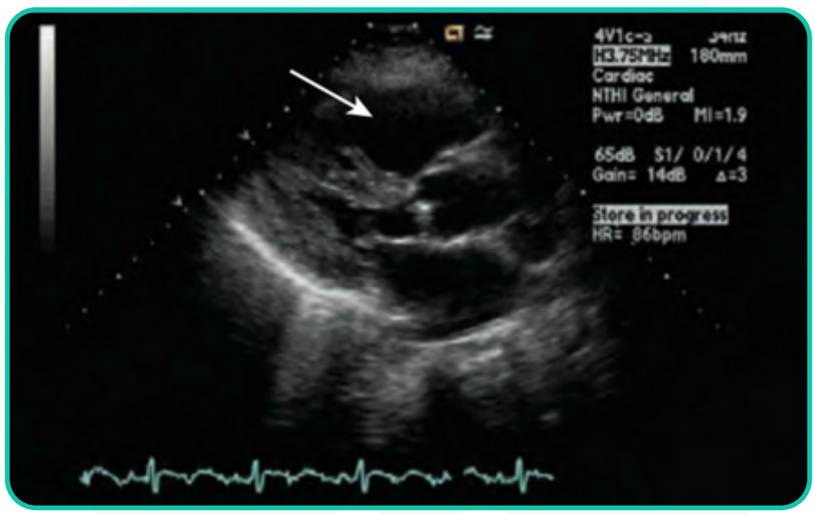
P: cardiopulmonares (TEP e hipertensão pulmonar).

A: arritmias (taqui e bradiarritmias).

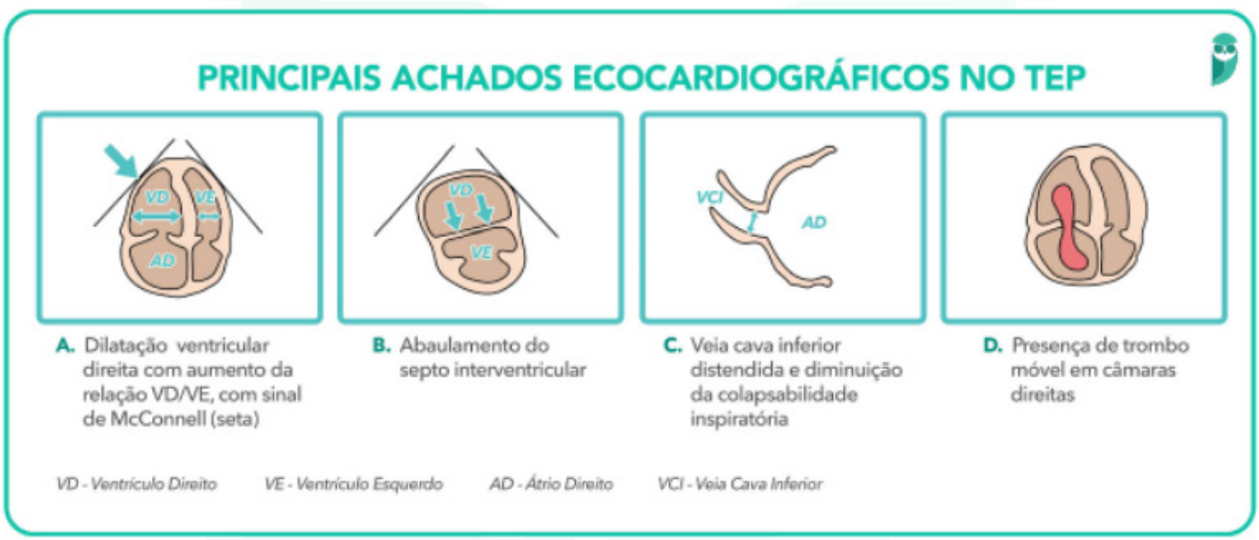
V: grandes vasos (dissecção de aorta e ruptura de aorta).

E: estruturais (estenose aórtica, cardiomiopatia hipertrófica etc).

A imagem do ecocardiograma mostra um **aumento importante do ventrículo direito (seta branca)**, o que levanta a suspeita de **tromboembolismo pulmonar** como a principal causa da síncope (alternativa C).

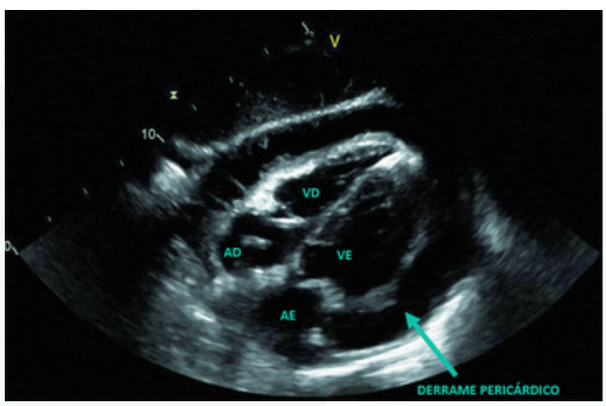


Correta a alternativa A: o tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo pode levar ao aumento da pós-carga ventricular direita e, consequentemente, à **disfunção de VD**, achado que pode ser observado ao ecocardiograma. Outros achados encontrados no ecocardiograma estão representados na figura a seguir:

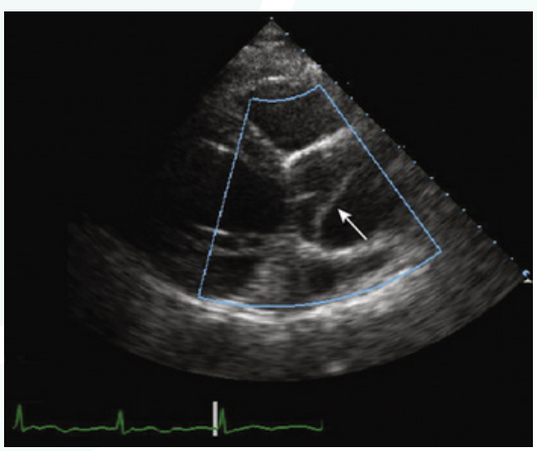


Incorreta a alternativa B: na miocardite, o ecocardiograma pode ser normal ou mostrar alteração da contratilidade segmentar do ventrículo esquerdo (VE). Nos casos mais graves, a disfunção e dilatação do VE estão presentes.

Incorreta a alternativa C: achados de ecocardiograma no tamponamento cardíaco são derrame pericárdico importante (seta), **colabamento sistólico do átrio direito e diastólico do ventrículo direito**, variações de fluxo pelas valvas atrioventriculares, dilatação da veia cava inferior e *swinging heart* (movimento oscilante do coração dentro do derrame).



Incorreta a alternativa D: o ecocardiograma da dissecção é caracterizado pela visualização do *flap* de dissecção (seta) e dilatação da aorta. Derrame pericárdico, tamponamento cardíaco e insuficiência da valva aórtica podem estar presentes.



Gabarito: A

CIRURGIA

21. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher, 61 anos, busca atendimento hospitalar com relato de dor abdominal súbita em região epigástrica, com rápida evolução, estendendo-se por todo abdome e com piora de intensidade. Associado, apresenta náuseas, vômitos e hiporexia. Relata uso crônico de anti-inflamatórios devido à artrose de quadril. Ao exame físico, apresenta dor abdominal difusa à palpação com rigidez da musculatura abdominal. Realizada a rotina radiológica de abdome agudo com achado de pneumoperitônio. Sobre o quadro apresentado, assinale a alternativa correta.

A) A paciente apresenta a complicação mais frequente da doença ulcerosa péptica.

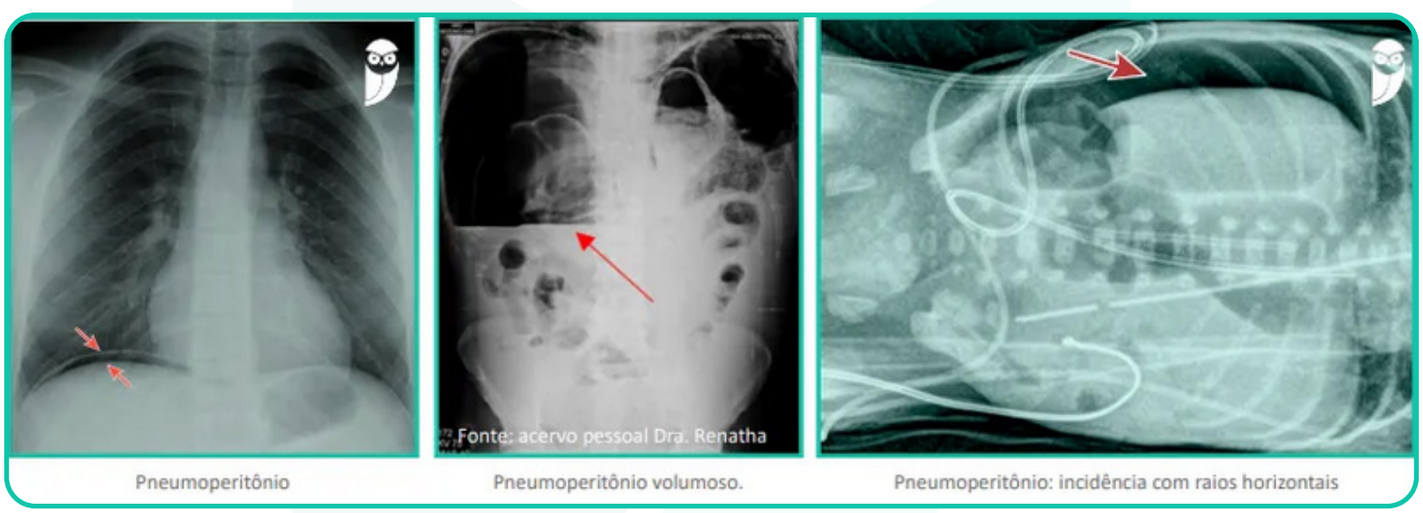
B) Durante o intraoperatório, é mais esperado o achado de lesão em parede anterior do bulbo duodenal ou em região pré-pilórica.

C) Todas as úlceras devem ter suas bordas ressecadas e enviadas para o anatomopatológico antes de proceder com a rafia, independentemente de a úlcera ser gástrica ou duodenal.

D) Caso a paciente esteja estável, ela iria se beneficiar com a realização de uma gastrectomia parcial e vagotomia troncular.

COMENTÁRIOS:

Paciente com quadro clínico clássico de abdome agudo perfurativo, apresentando dor abdominal súbita, intensa, com sinais de irritação peritoneal. Além disso, possui um importante fator de risco, pelo uso crônico de AINE. O diagnóstico é confirmado com a rotina de abdome agudo evidenciando pneumoperitônio.



Pneumoperitônio | Pneumoperitônio volumoso. | Pneumoperitônio: incidência com raios horizontais

A úlcera péptica perfurada é a causa mais comum de abdome agudo perfurativo.

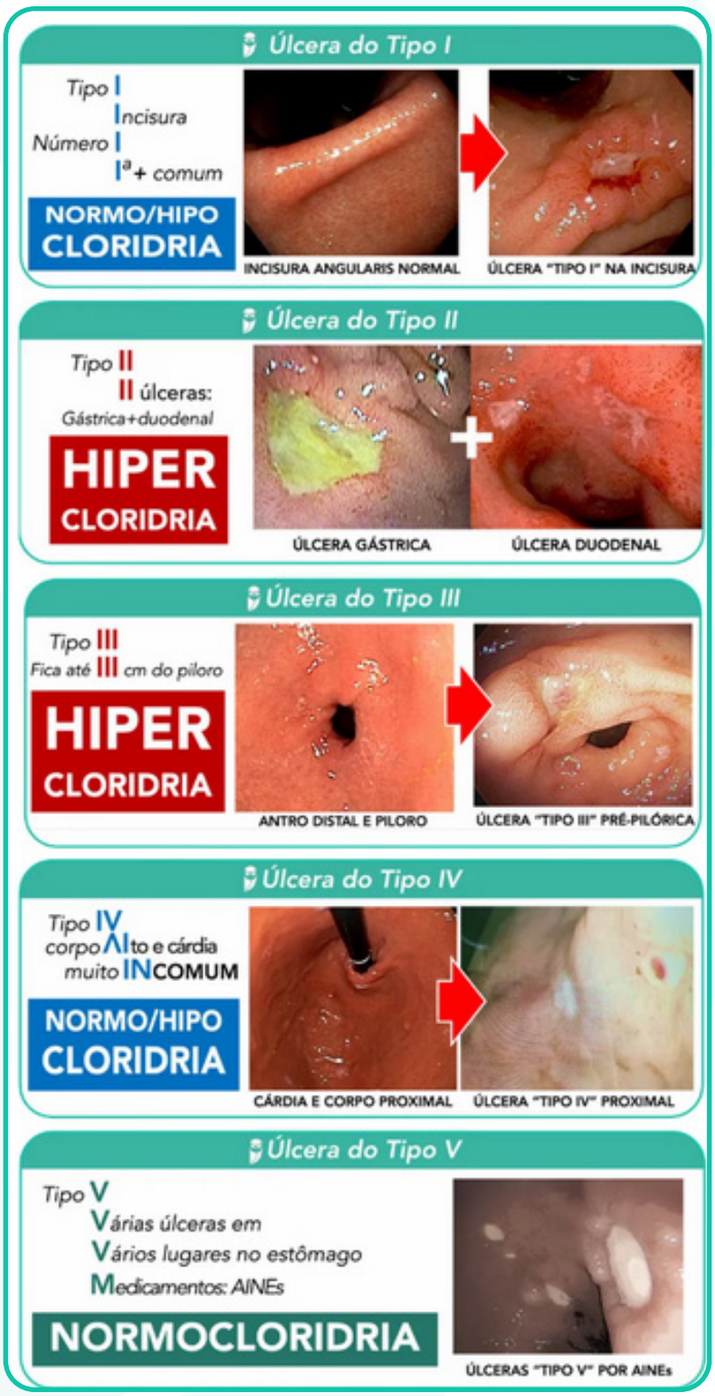
O paciente tem indicação de cirurgia de urgência, podendo ser por laparoscopia, se houver estabilidade hemodinâmica, ou laparotomia.

Incorreta a alternativa A. A complicação mais frequente da úlcera péptica é o sangramento. A perfuração é a segunda complicação mais comum.

Correta a alternativa B. Os locais mais comuns de perfuração são a parede anterior do bulbo duodenal e, no estômago, a região pré-pilórica.

Incorreta a alternativa C. Apenas as úlceras gástricas devem ser obrigatoriamente ressecadas e enviadas para a biópsia, para diagnóstico diferencial de neoplasia de estômago. As úlceras duodenais não possuem essa obrigatoriedade, exceto se sinais macroscópicos sugestivos ou atípicos.

Incorreta a alternativa D. Devido ao histórico de uso de AINE, é esperado uma úlcera tipo V, não associada à hipercloridria. O mecanismo fisiopatológico envolve o bloqueio da COX-1, que compromete a produção do muco protetor no epitélio gástrico pelo PGE1 e PGE2. Por isso, a realização de uma gastrectomia e vagotomia, com objetivo de reduzir a secreção gástrica, não traria benefícios ao caso da paciente.



Gabarito: B

22. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Criança de 7 meses é levada ao pronto-socorro pelos pais com relato de dor abdominal aguda, intensa, intermitente, com períodos de acalmia e piora. Além disso, a mãe relata ter notado alteração do aspecto das fezes, com aspecto em geleia de morango. Durante o exame físico, o médico nota abdome doloroso com massa alongada palpável no quadrante superior direito e fezes com muco e sangue. Sobre a principal hipótese diagnóstica, é correto afirmar que:

A) o tratamento cirúrgico é a primeira opção terapêutica nessa faixa etária.

B) o mais comum nesse caso é que haja uma lesão mecânica que atue como cabeça da invaginação.

C) a massa alongada palpável pode ser a oliva pilórica, devendo-se levantar a suspeita de uma estenose hipertrófica de piloro.

D) o diagnóstico pode ser confirmado com ultrassom de abdome evidenciado uma imagem de um pseudorrim.

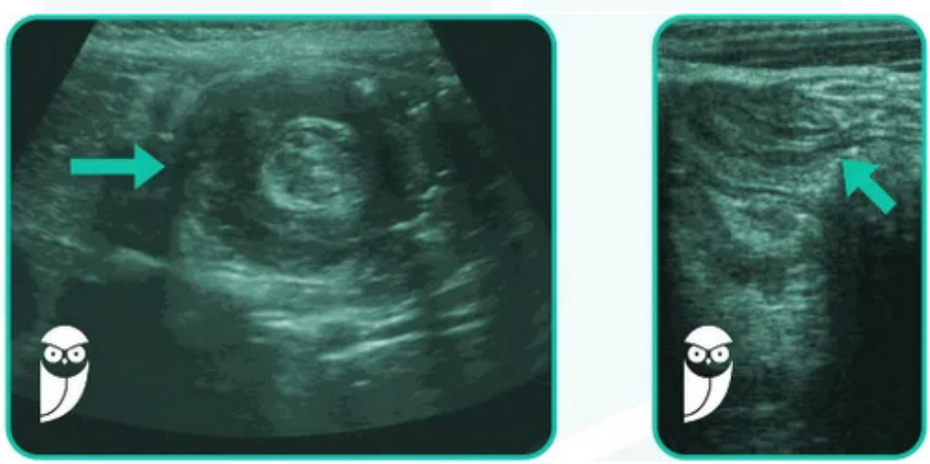
COMENTÁRIOS:

A intussuscepção intestinal é uma patologia em que o segmento proximal de alça intestinal penetra em um segmento distal, podendo evoluir com isquemia, necrose e perfuração da alça devido à compressão vascular do mesentério. Apesar de poder ocorrer em qualquer idade, é mais comum em crianças < 2 anos, com pico de incidência entre o quinto e nono mês de vida.

Em crianças menores de 2 anos, geralmente é idiopática, sem ponto de condução anatômico. Entretanto, em crianças maiores de 2 anos e adultos, é frequente a presença de uma lesão mecânica que atue como cabeça de invaginação, como divertículos, pólipos, corpo estranho ou neoplasia.

O quadro clínico é apresentado com dor abdominal aguda, intensa e intermitente. Cursa com fezes com muco e sangue, gerando um aspecto em geleia de morango. Pode complicar com obstrução intestinal, distensão, necrose e perfuração de alça, e evolução para choque séptico. Durante o exame físico, é possível palpar uma massa tubuliforme alongada em QSD ou epigástrio, além de percepção da fossa ilíaca direita escafoide (sinal de Dance).

O diagnóstico é confirmado com ultrassom de abdome evidenciando o sinal do alvo (camadas concêntricas de ecogenicidade diferente) ou pseudorrim (imagem da secção longitudinal da intussuscepção).



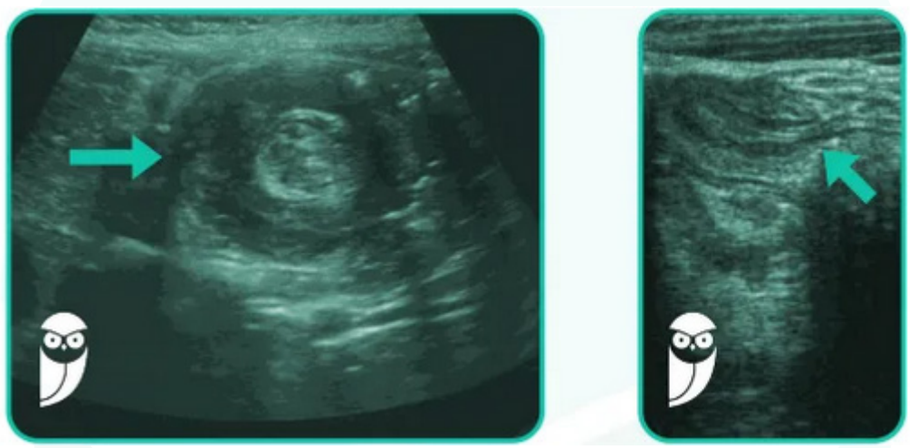
O tratamento inicial indicado é a redução hidrostática com enema contrastado. A cirurgia é indicada se houver falha terapêutica com redução hidrostática, peritonite, instabilidade hemodinâmica ou alta suspeita de causa anatômica da invaginação.

Incorreta a alternativa A. O tratamento de eleição é a redução hidrostática por enema contrastado, exceto em pacientes com sinais de peritonite ou instabilidade hemodinâmica.

Incorreta a alternativa B. Em crianças < 2 anos, o mais comum é uma intussuscepção idiopática, sem causa anatômica.

Incorreta a alternativa C. A estenose hipertrófica de piloro (EHP) de fato cursa com a oliva pilórica, que consiste em uma massa palpável em formato de azeitona em QSD ou epigástrio, sendo patognomônico da doença. Entretanto, o quadro clínico não é compatível. A EHP geralmente acomete recém-nascidos entre 2-8 semanas de vida, cursando com vômitos em jato, pós-alimentar, com piora progressiva.

Correta a alternativa D. O diagnóstico é confirmado com o ultrassom de abdome evidenciando o sinal do alvo (camadas concêntricas de ecogenicidade diferente) ou pseudorrim (imagem da secção longitudinal da intussuscepção).



Gabarito: D

23. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 56 anos, é acompanhado no ambulatório de cirurgia geral, em programação cirúrgica eletiva de hernioplastia inguinal direita devido à hérnia inguinal sintomática. O paciente nega comorbidades, medicações de uso contínuo e possui todos os exames pré-operatórios sem alterações. Comparece na consulta para agendamento do procedimento. De acordo com os protocolos ACERTO e ERAS, que orientação a seguir está correta para o procedimento proposto?

A) Orientar que o paciente pode se alimentar no pós-operatório imediato conforme aceitação.

B) Orientar jejum para sólidos e líquidos de no mínimo 8 horas antes da cirurgia.

C) Orientar repouso absoluto no leito após a cirurgia.

D) Orientar que a dieta após a cirurgia só será iniciada se, durante o exame físico, houver ruídos hidroaéreos audíveis.

COMENTÁRIOS:

Os protocolos ACERTO e ERAS têm como objetivo orientar condutas no pré e pós-operatório que abreviem o tempo de recuperação e possibilitem alta precoce dos pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos.

MEDIDA	RECOMENDAÇÃO
Abreviação de jejum	200 mL de líquido claro acrescido de 12 g de maltodextrina 6h e 2h antes da cirurgia.
Realimentação precoce	**NÃO** é necessário aguardar o retorno dos ruídos hidroaéreos. Nas cirurgias sem manipulação do trato gastrointestinal, iniciar dieta via oral no mesmo dia da cirurgia (de preferência, dieta leve). Nas cirurgias com anastomose (gastrointestinal, enteroentérica, enterocólica ou colorretal), iniciar dieta líquida no mesmo dia ou no 1º dia pós-op. Nas cirurgias com anastomose esofágica, iniciar dieta com 12-24h de pós-op. por sonda nasoenteral ou jejunostomia.
Hidratação venosa	**NÃO** hiper-hidratar o paciente. Evitar hidratação venosa de rotina. Caso necessário, 30 mL/kg em 24h.
Sondas nasogástricas	**NÃO** utilizar sonda nasogástrica aberta em drenagem de rotina.
Drenagem da cavidade	**NÃO** utilizar drenos cavitários sem necessidade.
Analgesia pós-operatória	Uso escalonado da analgesia. **NÃO** utilizar indiscriminadamente opioides. **NÃO** prescrever medicação de resgate como primeira opção de analgesia. O uso de cateter peridural é uma opção para evitar o uso excessivo dos opioides.
Preparo colônico	**NÃO** prescrever preparo colônico de rotina. No ACERTO, indicado para pacientes que serão submetidos a ressecções colorretais baixas.
Deambulação precoce	Estimular deambulação precoce. Meta: 2h fora do leito no dia da operação e 6h nos dias subsequentes.

Correta a alternativa A. De forma geral, em cirurgias sem manipulação do trato gastrointestinal, é indicado iniciar dieta via oral no mesmo dia, conforme aceitação do paciente.

Incorreta a alternativa B. O tempo necessário é de 6 a 8 horas de jejum para sólidos e 2 horas de jejum para líquidos. Além disso, é indicada a abreviação do jejum com a administração de 200 mL de bebida líquida sem resíduos acrescida de maltodextrina 12%, 6h e 2h antes do procedimento. A abreviação do jejum tem como benefícios a redução da ansiedade no pré-operatória, da resistência insulínica no pós-operatório, diminuição de náuseas e vômitos, prevenção de perda de massa magra e redução do tempo de internação.

Incorreta a alternativa C. É indicada a mobilização precoce, sendo recomendado permanecer 2 horas fora do leito no pós-operatório imediato e 6 horas nos dias subsequentes.

Incorreta a alternativa D. Os ruídos hidroaéreos não devem servir como parâmetro para início da dieta, pois não estão diretamente relacionados com a capacidade de digestão TGI.

Gabarito: A

24. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 28 anos, hígido, busca atendimento com relato de dor abdominal difusa há 3 dias, que há 1 dia está localizada em fossa ilíaca direita, com piora da intensidade. Associado, relata náuseas, vômitos, hiporexia e febre. Ao exame físico, paciente apresenta dor abdominal em fossa ilíaca direita com defesa da parede e Blumberg positivo. Quanto ao quadro clínico apresentado, assinale a conduta correta.

A) Solicitar tomografia de abdome total com contraste.

B) Prescrever sintomáticos para casa e orientar retorno se persistência ou piora dos sintomas.

C) Solicitar exames laboratoriais, se vierem normais, liberar paciente com sintomáticos.

D) **Indicar abordagem cirúrgica via aberta ou laparoscópica**.

COMENTÁRIOS:

Homem jovem e hígido, com quadro clínico clássico de apendicite aguda e escore de Alvarado = 7 (alto risco de apendicite).

ESCORE DE ALVARADO		
	CARACTERÍSTICA	**PONTUAÇÃO**
Sintomas	Dor migratória	1
	Anorexia	1
	Náusea e/ou vômito	1
Sinais	Defesa da parede no quadrante inferior direito	2
	Descompressão brusca no quadrante inferior direito	1
	Febre > 37,5 ° C	1
Laboratório	Leucocitose da contagem de glóbulos brancos > 10 x 10 ⁹/ litro	2
	Desvio à esquerda	1
	Total	**10**

- 0-3 pontos: apendicite pouco provável, investigar outras patologias.

- 4-6 pontos: provável apendicite, solicitar exame de imagem.

- 7-10 pontos: alto risco de apendicite, indicar cirurgia. Solicitar exame de imagem em mulheres, gestantes, idosos ou imunocomprometidos devido à maior probabilidade de diagnósticos diferenciais.

Incorreta a alternativa A. Homem jovem, hígido, com quadro clínico característico, Alvarado alto, dispensa a realização de exames de imagem para diagnóstico. Sendo assim, o exame está indicado para casos duvidosos, com tempo de evolução arrastada, quadros atípicos e em população especial como crianças, idosos, imunocomprometidos, obesos, gestantes e mulheres.

Incorreta a alternativa B. Paciente com quadro de abdome agudo não deve ser liberado para casa sem antes descartar patologias cirúrgicas de urgência.

Incorreta a alternativa C. Mesmo que os exames laboratoriais não evidenciem alterações, o quadro clínico ainda é altamente sugestivo de apendicite aguda, não sendo indicado liberar o paciente com sintomáticos.

Correta a alternativa D. Paciente jovem, sexo masculino, hígido, com quadro típico de apendicite, apresentando um Alvarado de alto risco, tem indicação de apendicectomia sem necessidade de exames complementares. A via laparoscópica é padrão-ouro, porém a cirurgia aberta com incisão de McBurney ou Davis também pode ser realizada.

Gabarito: D

25. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 36 anos, pesando 85 kg, foi trazido pelo Corpo de Bombeiros com relato de ter sofrido queimaduras em incêndio acidental ocorrido em seu trabalho. Durante avaliação, são vistas áreas de queimadura com hiperemia e flictenas em face, couro cabeludo, tronco anterior, todo membro superior esquerdo e região anterior de membro inferior esquerdo. De acordo com o ATLS 11ª edição, assinale a alternativa correta.

A) Realizar reposição volêmica com a fórmula de 4 mL/kg/% de área queimada, administrando metade nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas subsequentes.

B) As queimaduras descritas são de primeiro grau, não sendo contabilizadas para o cálculo de superfície corporal queimada e reposição volêmica.

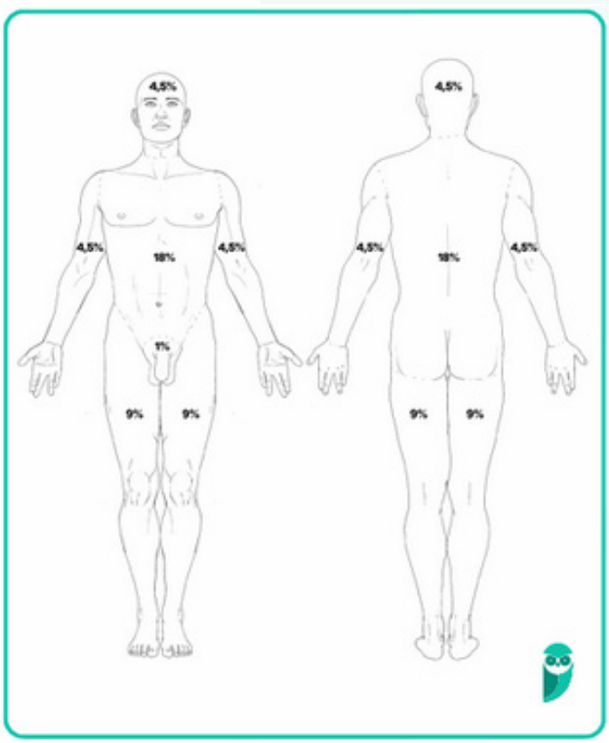
C) Iniciar reposição volêmica com a fórmula de 2 mL/kg/% de área queimada, com taxa de infusão inicial dividindo o volume total da fórmula por 16. A taxa de infusão deve ser reavaliada periodicamente de acordo com o débito urinário (correta).

D) As queimaduras por choque elétrico são manejadas da mesma forma que os demais tipos de queimadura.

COMENTÁRIOS:

Para uma correta avaliação das queimaduras, é necessário saber identificar a profundidade da lesão e a superfície corpórea queimada pela inspeção visual.

PROFUNDIDADE	APARÊNCIA	SENSIBILIDADE	CURA
Superficial (epiderme – 1º grau)	Hiperêmica, sem bolhas, empalidece à digitopressão.	Dolorosa	Regeneração completa em 6 a 7 dias. **Tratamento com sintomáticos e hidratação.**
Espessura parcial superficial (derme papilar – 2º grau superficial)	Hiperêmica, presença de bolhas, empalidece à digitopressão.	Extremamente dolorosa	Restauração completa em até 21 dias. **Tratamento com curativos.**
Espessura parcial profunda (derme reticular – 2º grau profundo)	Presença de bolhas, cor vermelho desbotado, empalidece pouco ou não empalidece à digitopressão.	Moderadamente dolorosa (dor à pressão)	Geralmente, cicatriza em semanas a meses, com sequelas. **Necessita de tratamento cirúrgico.**
Espessura total (toda a derme – 3º grau)	Pele seca e inelástica, lembrando couro, cor esbranquiçada, nacarada, de aspecto céreo, presença de vasos trombosados, sem bolhas.	Indolor ou pouco dolorosa (dor à pressão profunda)	Em geral, não evolui, espontaneamente, para a cura. **Necessita de tratamento cirúrgico.**
*Extensão para planos profundos (4º grau)	*Acomete fáscia, músculo ou ossos.	*Indolor ou pouco dolorosa (dor à pressão profunda)	*Em geral, não evolui, espontaneamente, para a cura. **Necessita de tratamento cirúrgico.**



O paciente da questão aparenta ter lesões de 2º grau superficial devido à descrição de áreas de hiperemia com bolhas. Ele apresenta queimaduras em face (4,5%), couro cabeludo (4,5%), tronco anterior (18%), todo membro superior esquerdo (9%) e região anterior de membro inferior esquerdo (9%), totalizando uma superfície corporal queimada de 45%.

O ATLS 11ª edição trouxe novidades quanto à reposição volêmica desses pacientes. Agora a taxa de infusão (mL/h) inicial dos cristaloides deve ser calculada dividindo o volume total dado pela fórmula de acordo com a idade por 16. Essa taxa de infusão deve ser reavaliada periodicamente, usando como principal parâmetro o débito urinário. Quando o paciente apresentar um débito urinário acima da meta, a infusão deve ser reduzida em 10-30%.

Category of Burn	Age and Weight	Adjusted Hourly Fluid Rate (ml/hr)	Urine Output Goal
Thermal or Chemical Burn	Adults and Older Children ≥13 years old	$\frac{2 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$	0.5 ml/kg/hr (30–50 ml/hr)
	Children <13 years old	$\frac{3 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$	1 ml/kg/hr
	Infants and young children ≤ 30 kg	$\frac{3 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$ Plus D5LR at maintenance rate	1 ml/kg/hr
Electrical Injury	All ages	$\frac{4 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$ Children <13 years old require D5LR at maintenance rate	1–1.5 ml/kg/hr until urine is clear of pigment

Incorreta a alternativa A. Essa é a fórmula de Parkland, que, apesar de não estar errada, encontra-se ultrapassada. O novo ATLS enfatiza a necessidade de reavaliação do volume ofertado para esse paciente com base em parâmetros clínicos, especialmente de acordo com o débito urinário, deixando para trás as fórmulas rígidas de prescrição de volume.

Incorreta a alternativa B. A presença de flictenas (bolhas) indica uma lesão de segundo grau. De fato, as lesões de primeiro grau não são contabilizadas nas fórmulas de reposição volêmica.

Correta a alternativa C. Essa alternativa coloca exatamente a conduta proposta pelo ATLS 11ª edição. No caso de pacientes adultos e crianças > 13 anos, a fórmula é de 2 mL/kg/%SCQ dividido por 16 para dar a taxa de infusão inicial, que deve ser reavaliada periodicamente, utilizando como parâmetro o débito urinário.

Incorreta a alternativa D. A reposição volêmica no caso de queimadura por choque elétrico deve ser mais agressiva, sendo que o ATLS recomenda um volume de 4 mL/kg/%SCQ (o dobro das demais lesões térmicas em adultos). Além disso, outros parâmetros devem ser avaliados devido ao risco de arritmias, rabdomiólise e síndrome compartimental.

Gabarito: C

26. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher de 37 anos, é atendida em pronto-socorro com queixa de dor contínua em quadrante superior direito do abdome há 3 dias, associado a náuseas e vômitos. Ela relata ser sabidamente portadora de colelitíase, com internação prévia devido complicações do quadro. Ao exame físico, está ictérica, afebril, eupneica, sinais vitais estáveis, com abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito e sinal de Murphy ausente. Realizados exames laboratoriais com bilirrubina total de 2,3 com predomínio da fração direta e aumento de enzimas canaliculares. Ultrassom de abdome evidencia apenas colelitíase. Que exame seria mais indicado para auxiliar esse diagnóstico?

A) Colangiorressonância magnética.

B) Ressonância de abdome superior com contraste.

C) Tomografia computadorizada de abdome superior com contraste.

D) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.

COMENTÁRIOS:

Paciente com quadro clínico altamente sugestivo de uma coledocolitíase, apresentando dor em hipocôndrio direito, náuseas, vômitos e icterícia por hiperbilirrubinemia direta. O exame inicial que deve ser solicitado para síndromes colestáticas no geral é a ultrassonografia de abdome, que, apesar de sua baixa sensibilidade para o diagnóstico de coledocolitíase, é altamente específica. Em outras palavras, o ultrassom não é capaz de descartar o diagnóstico se vier normal, porém, se alterado, pode concluir a investigação e fechar o diagnóstico.

Caso o ultrassom já evidencie a obstrução do colédoco por um cálculo, o paciente pode seguir direto para a realização da CPRE. Entretanto, se o cálculo não for identificado, é indicado realizar outros exames para investigação do quadro.

- Colangiorressonância magnética (CLRM): alta sensibilidade (95%) e especificidade (89%) para cálculos no colédoco > 5 mm. Tem como vantagem a não utilização de contraste e elevada acurácia, sendo geralmente o exame mais indicado para complementar a investigação.

- Ultrassonografia endoscópica: apresenta sensibilidade e especificidade similar à CLRM, com a vantagem de melhor visualização de microcálculos < 5 mm. Entretanto, devido a seu alto custo e menor disponibilidade, geralmente é indicado em casos altamente suspeitos com alteração persistente de exames laboratoriais (bilirrubina, fosfatase alcalina e gama-GT) e colangiorressonância normal.

- Colangiografia intraoperatória: possui menor sensibilidade e especificidade do que os demais exames. Tem como desvantagem a dificuldade de realização do exame, sendo necessário ser realizado por cirurgião experiente. Dessa maneira, está indicado em hospitais que não dispõem de colangiorressonância.

Outra maneira de avaliar a indicação de exames para esses pacientes é a partir da classificação de risco da Sociedade Americana de Gastroenterologia Endoscópica (ASGE).

Preditor muito forte

- Presença de coledocolitíase no USG
- Colangite aguda clínica
- Bilirrubina sérica >4 mg/dl

Preditor forte

- Colédoco dilatado na USG (>6 mm)
- Bilirrubina sérica de 1,8 a 4 mg/dL

Preditor moderado

- Teste bioquímico hepático anormal que não bilirrubina (F.A., GGT, TGO, TGO)
- Idade superior a 55 anos
- Pancreatite

O paciente do quadro apresenta aumento de bilirrubina e enzimas canaliculares, porém com ultrassom de abdome sem alterações. Devido à suspeita clínica-laboratorial, estaria indicado complementar investigação com uma colangiorressonância magnética.

Correta a alternativa A. A colangiorressonância é um exame altamente sensível e específico para o diagnóstico de coledocolitíase, além de ser não invasivo e dispensar o uso de contraste. Na suspeita diagnóstica, com ultrassom sem evidência de cálculo no colédoco, o exame mais indicado para seguir investigação é a colangiorressonância.

Incorreta a alternativa B. Para visualização das vias biliares, não é necessário a realização de ressonância de abdome superior com contraste.

Incorreta a alternativa C. A tomografia tem baixa acurácia para visualização do colédoco e cálculos.

Incorreta a alternativa D. Como é um exame invasivo, com risco de complicações, geralmente é indicado quando há outro exame já confirmando o quadro de coledocolitíase, ou altamente suspeitos.

Gabarito: A

27. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 40 anos, comparece ao pronto atendimento no 8° dia de pós-operatório de uma apendicectomia videolaparoscópica por apendicite aguda complicada com abscesso local, com relato de febre e dor abdominal há 1 dia. Ao exame físico, ele está taquicárdico, febril, com abdome doloroso à palpação de quadrante inferior direito, sem sinais de irritação peritoneal, ferida operatória limpa e sem sinais flogísticos. Sobre febre no pós-operatório e complicações da cirurgia realizada, assinale a alternativa correta.

A) A presença de apendicite aguda complicada com abscesso local contraindica a realização de laparoscopia, devendo ser realizada cirurgia aberta.

B) **A cirurgia aberta tem menor risco de complicação com abscesso intracavitário no pós-operatório**.

C) Apesar de tardio, não é possível excluir como causa da febre a atelectasia e resposta inflamatória ao trauma cirúrgico (REMIT).

D) A cirurgia realizada pode ser classificada como contaminada, sendo indicado antibioticoterapia no pós-operatório.

COMENTÁRIOS:

A questão apresenta um paciente em pós-operatório de uma apendicite complicada, que evoluiu com febre e dor abdominal.

A partir da evolução em dias de pós-operatório, é possível inferir quais são as possíveis complicações em um paciente que se apresenta com febre.

De maneira geral, até as primeiras 48-72 horas, é esperado que a febre não esteja associada a uma infecção, e sim a uma resposta inflamatória sistêmica ao trauma cirúrgico (REMIT) ou atelectasia. Entretanto, após 72 horas, é necessário investigar infecções associadas, como pneumonia, ITU e ISC. Por fim, outras causas de febre no pós-operatório são a deiscência e fístula.

Como prevenção dessa complicação pós-operatória, devemos ponderar o uso de antibióticos a depender da classificação de contaminação da cirurgia.

- Limpa: sem violação de cavidades (ex.: oftalmológica, neurocirurgia, hérnia). Não há

indicação de antibióticos.

- Limpa contaminada: com violação de cavidade, mas sem contaminação (ex.: colecistectomia e enterectomia eletiva). Indicada antibioticoprofilaxia.

- Contaminada: com contaminação da cavidade (ex.: enterectomia com extravasamento fecal). Indicada antibioticoprofilaxia.

- Infectada: com sinais de infecção ativa como peritonite purulenta ou abscesso. Indicada antibioticoterapia.

Incorreta a alternativa A. A única contraindicação formal à realização da apendicectomia por laparoscopia é a instabilidade hemodinâmica. Alguns fluxogramas de apendicite aguda complicada com abscesso não indicam a cirurgia de imediato, e sim a drenagem guiada, antibioticoterapia e apendicectomia de intervalo após 6-8 semanas. Entretanto, especialmente em locais com dificuldade de acesso à radiologia intervencionista e a procedimentos guiados, a realização da apendicectomia não está incorreta e seria bem indicada.

Correta a alternativa B. A laparoscopia é superior ao procedimento aberto, apresentando menor risco de infecção de ferida operatória, menor dor pós-operatória, tempo de internação e menos morbidade. Entretanto, a única desvantagem dessa via de acesso se comparada à cirurgia aberta é o maior risco de evolução com abscesso intracavitário.

CARACTERÍSTICAS	LAPAROSCOPIA	LAPAROTOMIA
Infecção de ferida operatória		✓
Abscesso intracavitário	✓	
Maior dor pós-operatória		✓
Obstrução tardia por aderências		✓
Formação de hérnia incisional		✓
Maior tempo cirúrgico	✓	
Retorno precoce às atividades habituais	✓	
Maior tempo de internação		✓

Incorreta a alternativa C. Paciente em 8° dia de pós-operatório, é improvável que a causa da febre seja justificada por uma atelectasia ou REMIT. Com esse tempo de evolução, o mais provável é que o paciente tenha um abscesso intracavitário, sendo indicada a realização de exames de imagem para investigação.

Incorreta a alternativa D. Havia sinais de infecção ativa com abscesso local, sendo a cirurgia classificada como infectada. Há indicação de antibioticoterapia.

Gabarito: B

28. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 40 anos, vítima de acidente motociclístico, chega à unidade hospitalar com traumatismo cranioencefálico grave, Glasgow 8, com fratura de calota craniana. Durante exame clínico, apresenta sangramento ativo abundante em couro cabeludo e em lesão profunda em perna direita, sua pele está pálida e fria, pressão arterial de 80 x 55 mmHg, frequência cardíaca de 140 bpm e saturação de oxigênio de 89% em ar ambiente. Com base no protocolo de avaliação inicial do ATLS 11ª edição, qual é a intervenção prioritária no atendimento desse paciente?

A) Proceder com intubação orotraqueal.

B) Manter estabilização da coluna cervical.

C) **Controle dos locais de sangramento inicialmente com compressão direita.**

D) Iniciar transfusão de hemoderivados.

COMENTÁRIOS:

A partir do ATLS 11ª edição, o controle de sangramento passou a ser prioritário também na avaliação inicial intra-hospitalar, com o novo xABCDE.

X – Controle de sangramento exsanguinante:

O paciente apresenta duas lesões com sangramento ativo e abundante. O controle inicial deve ser realizado com compressão direta com curativo com gaze. Caso o sangramento seja controlado com a compressão, é realizado curativo compressivo e segue-se para as outras etapas de intervenção. Caso o sangramento seja de extremidades, como a lesão da perna do paciente em questão, é possível aplicação de torniquetes caso o sangramento não cesse com compressão direta. O torniquete é aplicado diretamente sobre a pele cerca de 5-8 cm proximal ao local do sangramento, com pressão suficiente para que o pulso distal não seja palpável após a aplicação. Um segundo torniquete pode ser aplicado se o sangramento continuar.

A – Via aérea:

O paciente apresenta um TCE grave, com Glasgow de 8, sendo uma indicação de via aérea definitiva. Com a reformulação do atendimento inicial no novo ATLS, essa passa a ser a segunda medida prioritária, após controle de sangramento.

INDICAÇÕES DE VIA AÉREA DEFINITIVA SEGUNDO O ATLS
1. Risco iminente de comprometimento da via aérea, como, por exemplo, lesão térmica inalatória, fraturas de face com comprometimento de via aérea ou hematoma cervical em expansão.
2. Apneia ou incapacidade de manter oxigenação adequada mesmo com a suplementação de oxigênio sob máscara.
3. Paciente inconsciente: traumatismo cranioencefálico grave (Glasgow menor ou igual a 8) ou quadro convulsivo reentrante.
4. Risco de aspiração de sangue ou vômito.
5. Paciente combativo, podendo representar risco para si ou para outros membros da equipe. Atenção: agitação psicomotora pode ser um sinal precoce de hipoxemia.

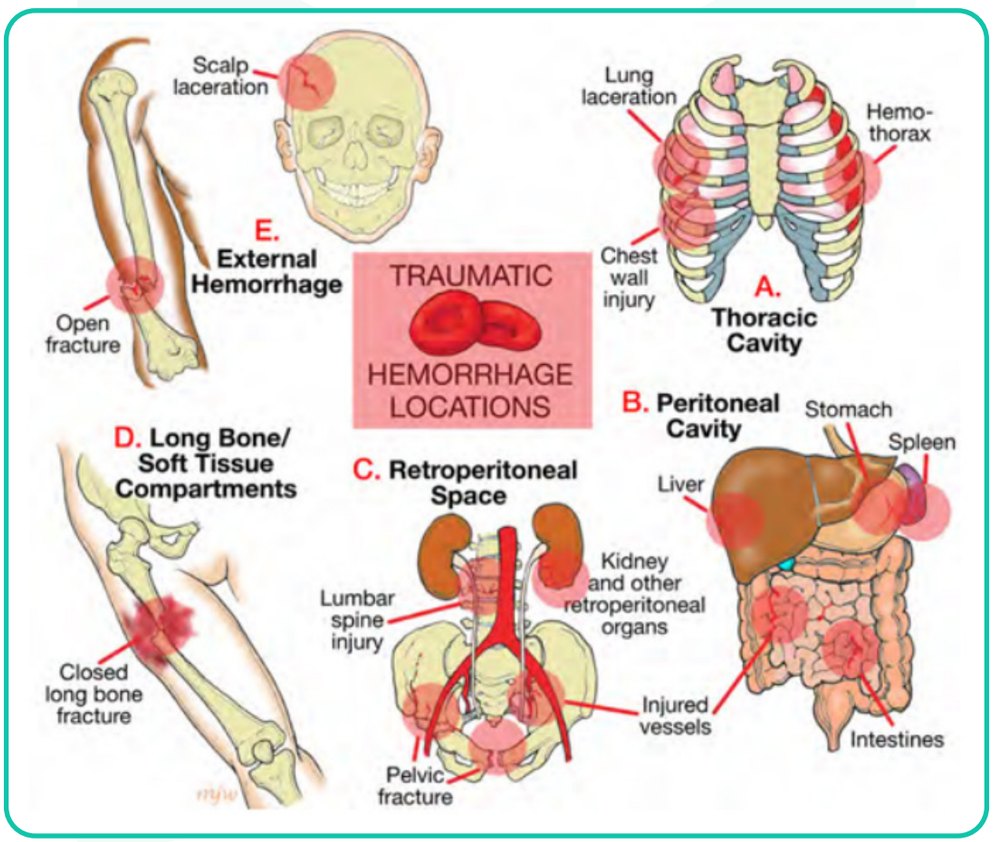
B – Respiração:

Todo paciente vítima de trauma tem indicação de oxigenoterapia com máscara não reinalante. Nessa etapa, deve-se pesquisar lesões que possam comprometer a ventilação e tenham risco imediato à vida, como pneumotórax hipertensivo, hemotórax maciço, pneumotórax aberto, contusão pulmonar e lesões traqueais ou brônquicas.

C – Circulação:

O paciente apresenta sinais de choque classe IV. A avaliação de circulação tem como foco a detecção de sinais de choque e identificação de locais de sangramento. As medidas iniciais incluem controle de hemorragia e reposição volêmica. Hemoderivados são os fluidos ideais, entretanto, enquanto não disponíveis, a reposição é realizada com 250-500 mL de cristaloides aquecidos. A transfusão deve ser realizada com proporção de 1:1:1 (hemácias, plasma e plaquetas). Durante a ressuscitação volêmica, é importante realizar reavaliações seriadas, observando a resposta às medidas realizadas a partir do nível de consciência, pele, débito urinário e sinais vitais.

	HEMORRHAGE SEVERITY →			
PARAMETER	MINOR		MODERATE	MAJOR
Heart Rate (beats/min)	Unchanged	Unchanged to Increased	Increased (>100)	Markedly Increased (>120)
Systolic Pressure (mm Hg)	Unchanged	Unchanged	Unchanged to Decreased	Markedly Decreased (<90)
Pulse Pressure	Unchanged	Decreased	Decreased	Decreased
Respiratory Rate	Unchanged	Unchanged to Increased	Increased	Increased
Level of Consciousness	Unchanged	Unchanged	Decreased	Markedly Decreased
Base Deficit (meq/L)	0 to -2	-2 to -6	-6 to -10	-10 and less
Blood Products	Unlikely	Possibly	Likely	Massive Transfusion Protocol
Response to Resuscitation	Rapid and Sustained	Fairly Rapid and Sustained	Transient	Minimal to None
Operative Hemorrhage Control	Unlikely	Possibly	Likely	Extremely Likely



D – Avaliação neurológica.

A avaliação neurológica inicial é rápida e deve estabelecer nível de consciência, avaliação pupilar, sinais de lateralização e evidência de lesão medular.

E – Exposição e controle de temperatura.

É necessária a remoção de todas as roupas e adornos para avaliação completa. Nessa etapa, é importante manter o paciente aquecido usando cobertores, manter térmicas, temperatura ambiente e uso de fluidos aquecidos.

Incorreta a alternativa A. A partir do ATLS 11ª edição, a medida prioritária é o controle de hemorragias exsanguinantes.

Incorreta a alternativa B. Essa é uma medida realizada juntamente com o manejo da via aérea, na etapa A.

Correta a alternativa C. O paciente apresenta dois focos de sangramento com potencial de exsanguinação que devem ser prioritariamente avaliados e manejados inicialmente com compressão direta.

Incorreta a alternativa D. O paciente apresenta sinais de choque classe IV, com indicação de transfusão de hemoderivados, entretanto isso é avaliado e realizado na etapa de circulação.

Gabarito: C

29. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 24 anos, vítima de trauma de face por arma de fogo, com orifício de entrada em região de zigomático esquerdo e com projétil alojado em região lateral cervical direito. Ao exame físico, está desperto, emitindo sons, com sangramento profuso de vias aéreas, respiração ruidosa e extenso enfisema subcutâneo onde projétil está alojado. Nesse momento, qual é a conduta adequada?

A) Cricotireoidostomia.

B) Traqueostomia.

C) Intubação orotraqueal.

D) Máscara laríngea.

COMENTÁRIOS:

Paciente apresenta trauma de face penetrante grave, com hemorragia profusa e risco iminente de comprometimento de via aérea. Com isso, o paciente tem indicação de uma via aérea cirúrgica definitiva.

São **indicações clássicas de obtenção de via aérea cirúrgica no trauma**:

- **Edema de glote**
- **Hemorragia profusa das vias aéreas**
- **Trauma maxilofacial extenso**
- **Distorção da anatomia cervical**
- **Qualquer outra condição que impossibilite a visualização e/ou a transposição da laringe**

- Cricotireoidostomia: via aérea cirúrgica de escolha no trauma devido a sua rapidez de obtenção. É contraindicada em casos de fratura de laringe ou crianças < 12 anos.

- Traqueostomia: procedimento de exceção no trauma, se houver contraindicação à cricotireoidostomia.

VIA AÉREA DEFINITIVA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
TUBO OROTRAQUEAL	• Via aérea definitiva de eleição, desde que não haja contraindicações.	• Impossibilidade de visualizar ou transpor as estruturas da laringe. Exemplos: 1. Sangramento profuso de via aérea 2. Trauma maxilofacial extenso 3. Edema de glote
TUBO NASOTRAQUEAL	• Indicado para pacientes em ventilação espontânea. • Depende da experiência da equipe	• Apneia • Suspeita de fratura de base do crânio • Impossibilidade de visualizar ou transpor as estruturas da laringe
CRICOTIREOIDOSTOMIA	• Via aérea cirúrgica de escolha no trauma • Indicada sempre que houver contraindicações ou impossibilidade de intubação orotraqueal	• Fratura de laringe • Crianças com idade inferior a 12 anos

VIA AÉREA DEFINITIVA	INDICAÇÃO	CONTRAINDICAÇÃO
TRAQUEOSTOMIA	• Fratura de laringe • Crianças com idade inferior a 12 anos	• Via aérea de exceção (O ATLS não menciona contraindicações, à exceção de traqueostomia pela técnica percutânea, que é proscrita nas vítimas de trauma)

Correta a alternativa A. Paciente com hemorragia profusa das vias aéreas e provável distorção da anatomia devido a ferimento por arma de fogo, sendo indicado uma via aérea cirúrgica, sendo a via de escolha a cricotireoidostomia.

Incorreta a alternativa B. A traqueostomia é uma via aérea cirúrgica de exceção.

Incorreta a alternativa C. O paciente tem indicação de via aérea cirúrgica devido ao sangramento de vias aéreas e possível distorção da anatomia.

Incorreta a alternativa D. A máscara laríngea é um dispositivo extraglótico que não caracteriza uma via aérea definitiva, sendo indicado principalmente quando há falha de intubação.

Gabarito: A

30. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 30 anos, vítima de acidente automobilístico, é trazido a unidade hospitalar pelo SAMU. Queixa de dor em hemitórax esquerdo. Ao exame físico, está desperto e comunicativo, apresenta escoriações e crepitação em parede torácica esquerda, ausculta respiratória reduzida à esquerda, com macicez à percussão, sinais vitais estáveis, sem demais alterações. Baseado nos achados descritos, quais são a hipótese diagnóstica e o tratamento indicados?

A) Pneumotórax simples, realizar drenagem de tórax em quinto espaço intercostal esquerdo na linha axilar anterior.

B) Hemotórax, realizar drenagem de tórax em quinto espaço intercostal esquerdo entre a linha axilar anterior e média.

C) Hemotórax maciço, realizar punção com agulha no segundo espaço intercostal esquerdo.

D) Contusão pulmonar, fornecer oxigenoterapia, analgesia, fisioterapia respiratória e manter paciente em observação.

COMENTÁRIOS:

Paciente apresenta estigmas de trauma torácico, com provável hemotórax associado devido à descrição de redução do murmúrio vesicular e macicez à percussão. Entretanto, não há sinais de choque ou insuficiência respiratória, não caracterizando um hemotórax maciço. O ATLS afirma que um hemotórax com volume > 300 mL deve ser drenado com toracostomia e drenagem em selo d'água. Entretanto, ele advoga que a quantificação do volume do hemotórax é difícil na emergência, sendo indicada a drenagem para a maioria dos casos. O tratamento é realizado da mesma forma que o pneumotórax, com drenagem em selo d'água no 5º espaço intercostal, entre linha axilar anterior e média.

Incorreta a alternativa A. O pneumotórax também se apresenta com redução do murmúrio vesicular, entretanto, o detalhe para a diferenciação do caso é a percussão, que, no pneumotórax, seria evidenciada como um som timpânico.

CARACTERÍSTICA	HEMOTÓRAX	PNEUMOTÓRAX	PNEUMOTÓRAX HIPERTENSIVO
AUSCULTA PULMONAR	MV diminuído	MV diminuído	MV diminuído
PERCUSSÃO	Macicez à percussão	Timpanismo à percussão	Timpanismo à percussão
DESVIO DE TRAQUEIA	Ausente	Ausente	Pode estar presente
TURGÊNCIA JUGULAR	Ausente	Ausente	Pode estar presente
REPERCUSSÃO HEMODINÂMICA	Presente se maciço, ausente se pequeno	Ausente	Presente

Correta a alternativa B. Os achados de redução do murmúrio vesicular e macicez à percussão no contexto de trauma torácico sugerem o diagnóstico de um hemotórax. O tratamento indicado é a toracostomia com drenagem em selo d'água no quinto espaço intercostal esquerdo entre a linha axilar anterior e média.

Incorreta a alternativa C. Para definir um hemotórax maciço, é necessário que haja repercussão hemodinâmica, que não é o caso do paciente em questão. O tratamento do hemotórax é feito com drenagem torácica.

Incorreta a alternativa D. A contusão pulmonar é um infiltrado pulmonar não restrito pelos lobos ou segmentos anatômicos, visualizado em exame de imagem, não sendo possível seu diagnóstico apenas com dados clínicos. Pela radiografia de tórax, geralmente surge após 6 horas do trauma, já na tomografia, é visualizada imediatamente após a lesão. Geralmente, está associado à fratura de costela, mas não obrigatoriamente. O tratamento é baseado em suporte clínico, com analgesia, oxigenioterapia e fisioterapia respiratória. A observação em ambiente hospitalar é recomendada devido ao risco de piora do infiltrado pulmonar nas primeiras 24-72 horas após o trauma.

Gabarito: B

31. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 28 anos, vítima de atropelamento por um carro que ultrapassou a sinalização semafórica em faixa de pedestre. Durante atendimento, paciente queixa-se de dor intensa na pelve e apresenta escoriações no quadril. Não há evidências de trauma craniano, torácico ou abdominal. Ao exame físico, há instabilidade do anel pélvico à palpação, pressão arterial de 85 x 60 mmHg, frequência cardíaca de 120 bpm, tempo de enchimento capilar prolongado, pele fria e pegajosa. Com base no quadro clínico apresentando, qual é a conduta recomendada?

A) Radiografia de pelve anteroposterior.

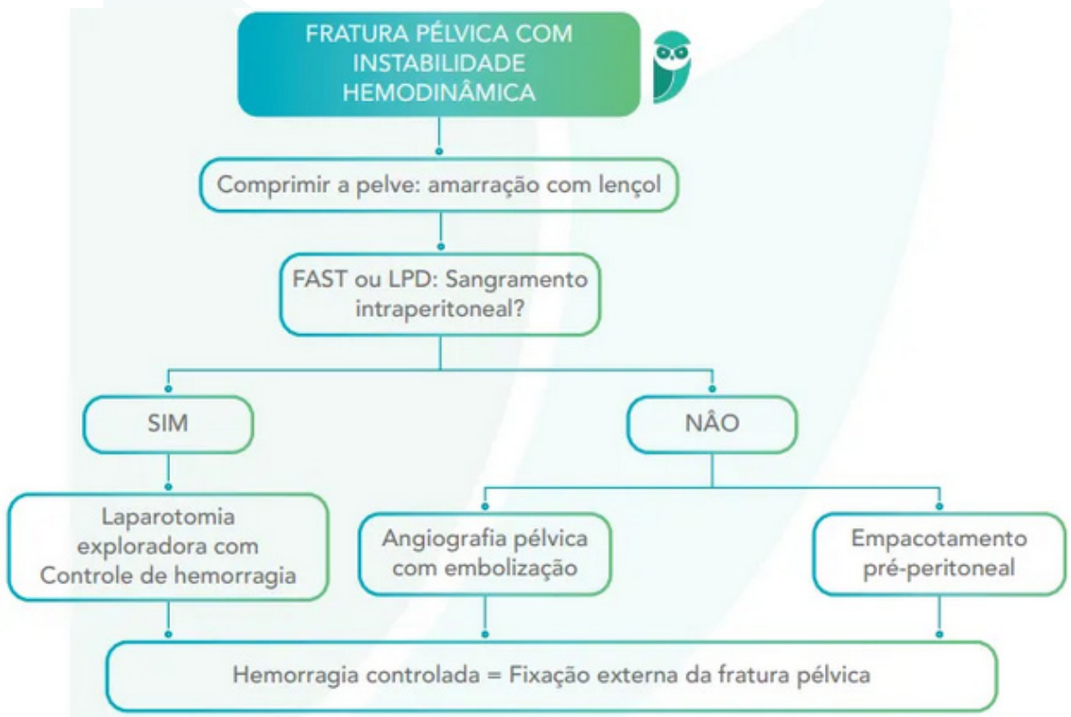
B) Reposição volêmica e avaliação da ortopedia.

C) Tomografia de pelve.

D) Estabilização com cinta pélvica e avaliação com FAST.

COMENTÁRIOS:

A questão apresenta um paciente vítima de atropelamento, com evidência de fratura pélvica com instabilidade hemodinâmica. Nesse contexto, a medida inicial prioritária é a estabilização da pelve com cinta ou lençol, além de reposição volêmica. Após isso, é recomendável a realização de um FAST para identificação de sangramento intraperitoneal. Caso haja líquido livre pelo exame, está indicada laparotomia exploradora para controle da hemorragia. Se o FAST for negativo, o sangramento deve ser abordado por meio do empacotamento pré-peritoneal ou angioembolização pélvica.



Incorreta a alternativa A. A radiografia é um exame complementar que pode ser utilizado como auxiliar na avaliação inicial dos pacientes, porém não deve retardar a realização de medidas prioritárias como o controle de sangramento da pelve.

Incorreta a alternativa B. A reposição volêmica é essencial no paciente com choque hemorrágico, inclusive com indicação de transfusão de hemoderivados, entretanto deve ser realizada em conjunto com outras medidas de controle de hemorragia.

Incorreta a alternativa C. A realização de tomografia está contraindicada em pacientes instáveis hemodinamicamente.

Correta a alternativa D. Pacientes com fratura pélvica e instabilidade hemodinâmica têm como medida prioritária a estabilização com cinta ou lençol pélvico. Após isso, é necessário investigar se o sangramento é intra ou extra-peritoneal com o FAST. Caso FAST seja positivo, isso indica um sangramento intraperitoneal, com indicação de laparotomia exploradora. Caso contrário, o sangramento extra-peritoneal é tratado com empacotamento ou angioembolização (caso o empacotamento não seja eficaz e suspeite-se de sangramento arterial).

Gabarito: D

32. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 40 anos é vítima de ferimento por arma branca no 10° espaço intercostal à esquerda, próximo à linha axilar anterior. Apresenta-se estável hemodinamicamente, com exame físico alterado apenas por redução do murmúrio vesicular à esquerda na ausculta pulmonar, com demais sistemas sem alterações. Após medidas iniciais, paciente realiza tomografia computadorizada de tórax e abdome com contraste, com única alteração evidenciada por hemotórax pequeno à esquerda, sem demais achados. Além da drenagem torácica, alguma outra intervenção é indicada para esse paciente?

A) Laparoscopia diagnóstica.

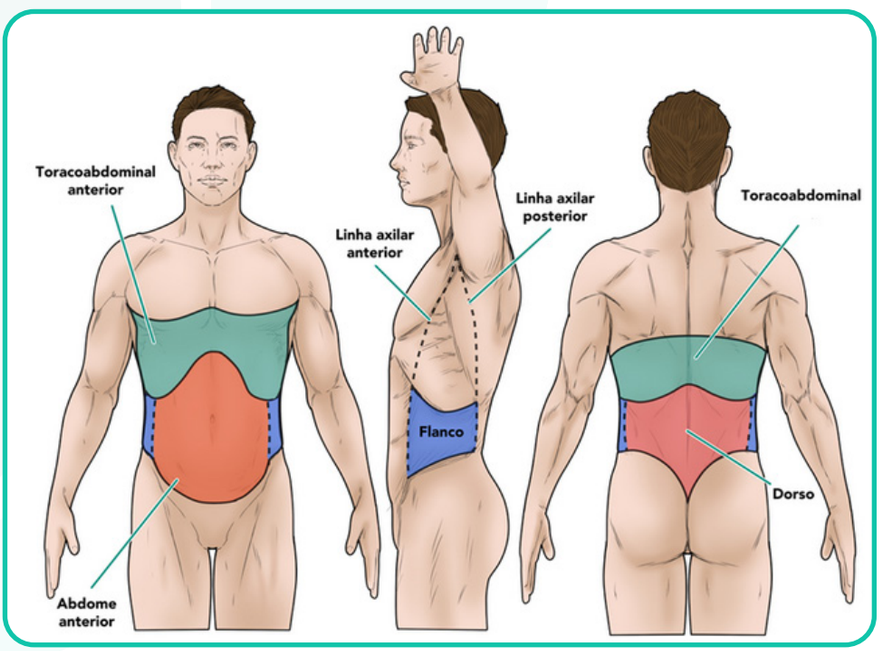
B) Manter paciente em observação com exame físico seriado.

C) Repetir tomografia de abdome após 24 horas do trauma.

D) Laparotomia exploradora.

COMENTÁRIOS:

A questão apresenta um paciente com lesão penetrante em transição toracoabdominal. A transição toracoabdominal corresponde à área abaixo da linha do mamilo anteriormente e da linha infraescapular posteriormente e acima do rebordo costal. Esse local tem importância no trauma, pois pode gerar lesões tanto torácicas como abdominais, devendo sempre ser avaliadas em conjunto. Além disso, há risco importante de lesão diafragmática, que pode passar despercebida na tomografia de abdome com contraste. Devido à baixa sensibilidade da tomografia para avaliação do diafragma, todos os pacientes vítimas de ferimento penetrante em transição toracoabdominal têm indicação de laparoscopia diagnóstica, mesmo na ausência de sintomas ou evidência radiológica de lesão.



Correta a alternativa A. Paciente com ferimento penetrante abaixo da linha do mamilo e acima do rebordo costal, tem indicação de laparoscopia diagnóstica para investigação de lesão diafragmática.

Incorreta a alternativa B. Quando não avaliada precocemente, a lesão no diafragma pode evoluir com uma hérnia diafragmática e apresentar maior dificuldade de correção cirúrgica.

Incorreta a alternativa C. A tomografia de abdome tem baixa sensibilidade para avaliação do diafragma, não existindo essa recomendação de reavaliação com exame de imagem, e sim de laparoscopia.

Incorreta a alternativa D. Paciente está estável hemodinamicamente, sendo mais recomendável a realização de uma laparoscopia.

Gabarito: A

33. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher de 39 anos apresenta trauma abdominal contuso após ser vítima de agressão física. Chega ao pronto-socorro com sinais vitais sem alterações, via aérea pérvia, ausculta respiratória normal, pele quente e com tempo de enchimento capilar menor do que 2 segundos, abdome doloroso à palpação em hipocôndrio direito sem sinais de irritação peritoneal. Realizada tomografia computadorizada de abdome com contraste com achado de lesão hepática e extravasamento de contraste na fase arterial, sem demais alterações. A partir dos dados apresentados, qual é a conduta correta?

A) Observação com exame físico seriado.

B) Laparotomia exploradora.

C) Complementar investigação com angiotomografia de abdome.

D) Embolização hepática.

COMENTÁRIOS:

Paciente estável hemodinamicamente, com trauma abdominal contuso, sem indicação de laparotomia exploradora de urgência. Realizou tomografia de abdome com achado de extravasamento de contraste na fase arterial (*blush* arterial). Cada vez mais, o tratamento conservador das lesões traumáticas de vísceras maciças está ganhando força. No caso do trauma hepático, há indicação de laparotomia exploradora nos pacientes instáveis, com peritonite, outras lesões abdominais cirúrgicas ou falha/indisponibilidade do tratamento conservador. Caso o paciente não tenha critérios para cirurgia, é indicada internação em UTI, repouso e reavaliação clínica-laboratorial seriada. Entretanto, uma outra opção terapêutica nos pacientes com indicação de tratamento conservador é a realização de embolização hepática, se houver achado de extravasamento de contraste na tomografia.

Incorreta a alternativa A. O tratamento conservador envolve a realização de exame físico seriado, entretanto, como a tomografia evidencia *blush* arterial, a paciente tem indicação de embolização hepática.

Incorreta a alternativa B. Paciente com trauma grau III, estável, sem sinais de irritação peritoneal, sem demais lesões abdominais cirúrgicas, pode ser realizado tratamento conservador.

Incorreta a alternativa C. A realização de uma angiotomografia não mudaria a conduta, sendo desnecessária.

Correta a alternativa D. Paciente estável com lesão grau III evidenciando extravasamento de contraste tem indicação de embolização hepática.

Gabarito: D

34. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 74 anos, comparece à unidade básica de saúde com relato de esvaziamento vesical incompleto, jato urinário fraco e noctúria. Nega histórico familiar de câncer de próstata. Realizado toque real com evidência de próstata aumentada, fibroelástica, sem nódulos palpáveis. Trouxe exames complementares com dosagem de PSA de 2,9 ng/mL, creatinina de 1,4 mg/dL, exame de urina sem alterações e ultrassonografia com próstata de 47 gramas sem nodulações. Baseado no caso clínico, qual é a conduta mais indicada?

A) Encaminhar para realização de biópsia de próstata.

B) Orientar apenas mudanças comportamentais.

C) Iniciar tratamento medicamentoso com antagonistas alfa-1-adrenérgicos.

D) Indicar ressecção transuretral prostática.

COMENTÁRIOS:

Paciente idoso, com sintomas de prostatismo, relatando esvaziamento vesical incompleto, jato urinário fraco e noctúria, sugerindo o diagnóstico de hiperplasia prostática benigna. Apesar de o diagnóstico ser clínico, é indicada a realização de exames complementares, como o PSA, EAS e ultrassom de próstata, para exclusão de neoplasia e outros diagnósticos diferenciais.

Para avaliação da intensidade dos sintomas, foi desenvolvido um escore IPSS, que classifica os sintomas em leve (0-7 pontos), moderado (8-19 pontos) e grave (20-35 pontos).

PERGUNTAS	Nenhuma vez	Menos que 1 vez a cada 5	Menos que a metade das vezes	Cerca de metade das vezes	Mais que a metade das vezes	Quase sempre
No último mês, quantas vezes você teve a sensação de não esvaziar completamente a bexiga após terminar de urinar?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve de urinar novamente em menos de 2 horas após ter urinado?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que, ao urinar, parou e recomeçou várias vezes?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que foi difícil conter a urina?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você observou que o jato urinário estava fraco?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes você teve de fazer força para começar a urinar?	0	1	2	3	4	5
No último mês, quantas vezes em média você teve de se levantar à noite para urinar?	0 (nenhuma vez)	1 (1 vez)	2 (2 vezes)	3 (3 vezes)	4 (4 vezes)	5 (5 vezes ou mais)

A partir do diagnóstico, o tratamento é baseado na intensidade dos sintomas. Pacientes assintomáticos ou com sintomas leves (IPSS < 8) podem ser submetidos a tratamento expectante com orientação de mudanças comportamentais, como evitar ingesta hídrica noturna e suspensão de diuréticos. Se o paciente apresenta sintomas moderados a graves (IPSS ≥ 8) ou com impacto na qualidade de vida, é indicado iniciar tratamento medicamentoso.

- Antagonistas alfa-1-adrenérgicos (doxazosina, tansulosina e alfuzosina): redução do tônus constritivo sobre a uretra. Primeira escolha de tratamento medicamentoso.

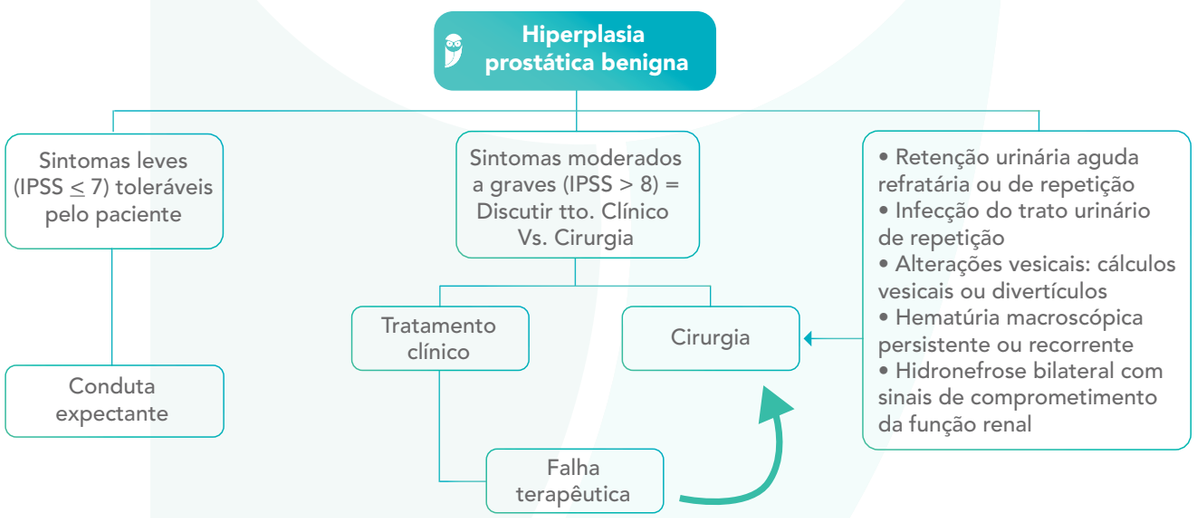
- Inibidores 5-alfarredutase (finasterida e dutasterida): redução da conversão da testosterona em DHT na estrutura prostática. Indicado como tratamento adjuvante. Apresenta início de efeito após 6-12 meses de uso.

- Agentes anticolinérgicos (oxibutinina e tolterodina): indicado em pacientes com sintomas irritativos.

- Inibidores da fosfodiesterase-5 (tadalafila): indicado se associado à disfunção erétil, não sendo recomendado uso com antagonistas alfa-adrenérgicos.

De forma geral, o tratamento é iniciado com um antagonista alfa-1-adrenérgico. Caso sintomas graves (IPSS > 20) ou refratários, associa-se o inibidor da 5-alfarredutase. Se sintomas irritativos, recomenda-se associar um anticolinérgico. Se disfunção erétil, associar o inibidor da fosfodiesterase 5.

Já o tratamento cirúrgico é indicado para pacientes com sintomas moderados ou graves sem resposta ao tratamento clínico ou com alguma complicação, como retenção urinária aguda de repetição, hidronefrose, hematúria persistente, litíase vesical, ITU de repetição, divertículos vesicais ou incontinência urinária por transbordamento. De forma geral, a ressecção transuretral (RTU) é o tratamento padrão-ouro para próstatas < 80 gramas. Já a prostatectomia subtotal abdominal está indicada para próstatas > 80 gramas ou com divertículo ou litíase vesical.



Incorreta a alternativa A. A biópsia está indicada quando há suspeita de câncer de bexiga, especialmente com PSA > 4 ng/mL, toque retal com nodulações prostáticas, perda de peso ou histórico familiar importante associado a sintomas refratários.

Incorreta a alternativa B. Paciente apresenta sintomas moderados (IPSS > 8), com indicação de tratamento medicamentoso.

Correta a alternativa C. Paciente com sintomas moderados tem indicação de iniciar tratamento medicamentoso. A primeira opção terapêutica é um antagonista alfa-1-adrenérgico.

Incorreta a alternativa D. Tratamento cirúrgico é indicado em casos graves refratários ao tratamento medicamentoso ou com complicações.

Gabarito: C

35. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher de 89 anos, hipertensa, cardiopata e com histórico prévio de AVE isquêmico, chega ao pronto-socorro com dor abdominal difusa há 4 dias, com piora progressiva de intensidade, apresentando intensidade máxima há 1 dia. Relata quadro prévio de cólicas abdominais após ingesta alimentar há cerca de 2 anos, mas nunca de intensidade similar ao atual. Ao exame físico, paciente está taquicárdica, com abdome distendido e doloroso à palpação difusamente, com defesa muscular e sinais de irritação peritoneal. Realizada radiografia de abdome com achado de distensão de alças de delgado, espessamento da parede e pneumatose. A partir dos dados clínicos, qual é a hipótese diagnóstica e conduta?

A) Trombose arterial mesentérica, indicar laparotomia exploradora.

B) Embolia arterial mesentérica, realizar angiotomografia e embolectomia.

C) Úlcera péptica perfurada, indicar laparotomia exploradora.

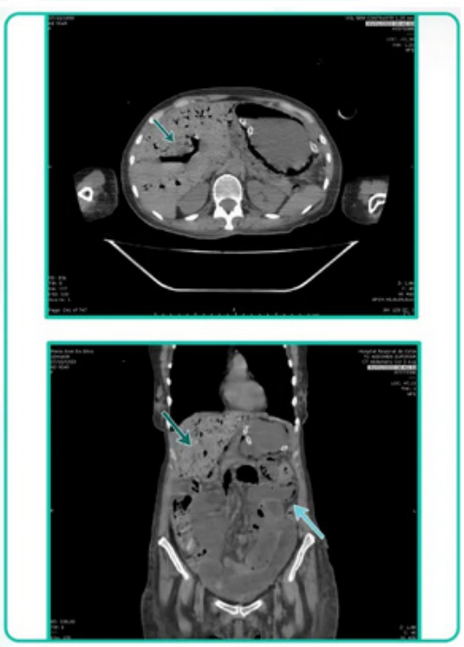
D) Obstrução intestinal, passagem de sonda nasogástrica e dieta zero.

COMENTÁRIOS:

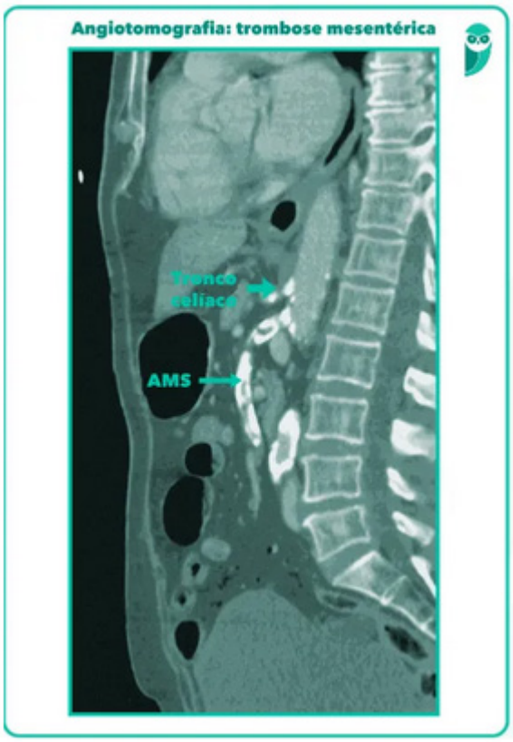
Paciente idosa, com múltiplos fatores de risco para doença aterosclerótica, apresentando dor abdominal difusa, progressiva e intensa, sendo sugestivo de trombose arterial mesentérica.

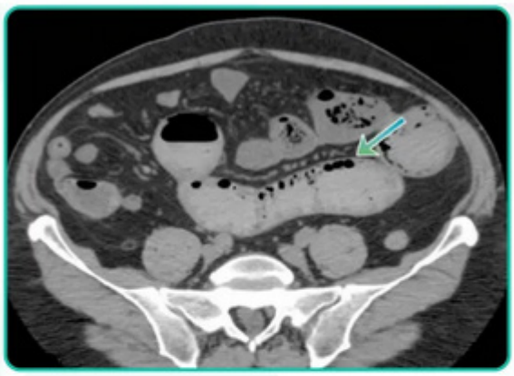
A isquemia mesentérica aguda geralmente ocorre em mulheres idosas, com fatores de risco para aterosclerose. Sua apresentação clínica característica é uma dor abdominal intensa, geralmente desproporcional ao exame físico. No caso da origem embólica, o quadro é mais súbito. Já na etiologia trombótica, os sintomas são progressivos e geralmente há relato prévio de dor abdominal em cólica crônica pós-prandial (angina mesentérica).

Dos exames laboratoriais, é possível a presença de leucocitose com desvio à esquerda, aumento de proteína C reativa, lactato, DHL e acidose metabólica. Na radiografia de abdome, os achados já são sugestivos de complicação, como distensão de alças, espessamento de parede, pneumatose e pneumoperitônio. O exame de escolha para definição diagnóstica é a angiotomografia, que permite a visualização da falha de enchimento arterial por embolia (sinal do menisco) ou por trombose (calcificação).



Isquemia intestinal: Distensão de alças, pneumatose intestinal (seta azul) e gás portal (seta verde).





Isquemia mesentérica (pneumatose intestinal).
Fonte: Prova de acesso direto HSJC - SP 2019

Além das medidas de suporte, anticoagulação plena e antibioticoterapia, é necessário avaliar se há indicações de laparotomia imediata:

- peritonite;

- instabilidade hemodinâmica;

- pneumoperitônio;

- pneumatose;

- gás venoso portal.

Se houver ausência de indicações de laparotomia, é possível indicar o tratamento endovascular para resolução do quadro.

Correta a alternativa A. Paciente idosa, com fatores de risco para doença aterosclerótica, histórico de angina mesentérica, evoluindo com dor abdominal intensa e difusa, sugestivo de trombose arterial mesentérica. Na radiografia de abdome, há descrição de pneumatose intestinal e, no exame físico, a paciente tem sinais de irritação peritoneal, sendo duas indicações de laparotomia exploradora.

Incorreta a alternativa B. O pulo do gato para diferenciação entre origem embólica e trombótica para a isquemia mesentérica da paciente está no tempo de evolução mais arrastado e no relato prévio de angina mesentérica. Além disso, a paciente possui indicação de laparotomia exploradora.

Incorreta a alternativa C. Apesar de também poder cursar com histórico de dor abdominal pós-prandial e, na complicação, evoluir com um quadro agudo de dor abdominal difusa intensa, a radiografia de abdome evidenciaria pneumoperitônio.

Incorreta a alternativa D. A paciente não apresenta sintomas de abdome agudo obstrutivo, pois não há relato de parada de eliminação de fezes e flatos. A distensão abdominal ocorre devido ao edema de alças secundário à isquemia.

Gabarito: A

36. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher de 45 anos, com IMC de 38 kg/m², busca o cirurgião com o desejo de realizar cirurgia bariátrica. Durante anamnese, a paciente relata ser sabidamente portadora de colelitíase com ultrassom recente evidenciando cálculos na vesícula biliar, apresentando cólica biliar frequentemente. Nega demais queixas e comorbidades. Qual seria a conduta correta, de acordo com a nova resolução do CFM n° 2.429/25?

A) Solicitar exames para investigar comorbidades que indiquem realização da cirurgia bariátrica.

B) Solicitar exames pré-operatórios e indicar a cirurgia bariátrica.

C) Contraindicar a cirurgia para a paciente, já que ela não possui critérios para sua realização.

D) Independentemente dos critérios para indicação da cirurgia, o médico deve respeitar sua vontade e realizar o procedimento após orientação sobre seus riscos e benefícios.

COMENTÁRIOS:

A resolução n° 2.429/25 do CFM atualiza os critérios de indicação para a cirurgia bariátrica e metabólica, revogando as resoluções prévias 2.131/15 e 2.172/17.

Agora, são indicações de cirurgia bariátrica ou metabólica em adultos:

- pacientes com índice de massa corpórea (IMC) igual ou superior a 40 kg/m² (obesidade classe 3), independentemente da presença de comorbidade associada;

- pacientes com IMC igual ou superior a 35 kg/m² (obesidade classe 2) e inferior a 40 kg/m², quando associado a pelo menos uma doença agravada pela obesidade e que melhore com a perda ponderal.

- pacientes com IMC igual ou superior a 30 kg/m² e inferior a 35 kg/m² (obesidade classe 1) na presença de:

- diabetes *mellitus* tipo 2;
- doença cardiovascular grave com lesão em órgão alvo;
- doença renal crônica precoce em pacientes com diabetes tipo 2;
- apneia do sono grave;
- doença gordurosa hepática não alcoólica com fibrose;
- afecções com indicação de transplante;
- refluxo gastroesofágico com indicação cirúrgica;
- osteoartrose grave.

De forma geral, as principais atualizações envolvem os pacientes com IMC 35-40 kg/m², que anteriormente requeriam mais de uma comorbidade associada à obesidade e, agora, necessitam apenas uma, e os pacientes com IMC 30-35 kg/m², em que apenas era indicado para aqueles com DM2, agora, outras comorbidades são aceitas para indicação de cirurgia nessa população.

Entre as comorbidades consideradas agravadas pela obesidade ou que melhoram com a obesidade, está a colecistopatia calculosa. Dessa maneira, a paciente possui obesidade grau II e colelitíase sintomática, possuindo critérios pela atualização da resolução do CFM para realização da cirurgia bariátrica.

Incorreta a alternativa A. Paciente já possui uma doença documentada que é aceita como comorbidade agravada pela obesidade para a realização da cirurgia.

Correta a alternativa B. Paciente com indicação de cirurgia pelo IMC 35-40 kg/m² + comorbidade agravada pela obesidade. Caso não haja contraindicações ao procedimento, a paciente pode ser submetida à cirurgia.

Incorreta a alternativa C. Como vimos, a paciente possui uma doença reconhecida pelo CFM como agravada pela obesidade. Com a atualização da resolução, apenas uma comorbidade já é suficiente para a indicação cirúrgica.

Incorreta a alternativa D. Apesar de o desejo da paciente ser levado em consideração na tomada de decisão, é necessário um respaldo para indicação de um procedimento que não é isento de riscos e complicações.

Gabarito: B

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Um paciente de 59 anos é admitido para realização de uma hernioplastia inguinal à direita eletiva, devido a quadro de hérnia inguinal sintomática. Durante a admissão do paciente e antes da indução anestésica, que etapa faz parte do *checklist* visando à segurança do paciente?

A) Apresentação dos membros da equipe.

B) Identificação de amostras e materiais coletados.

C) Confirmação da aplicação de antibioticoprofilaxia.

D) Marcação do sítio cirúrgico com local e lateralidade.

COMENTÁRIOS:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece algumas orientações que devem ser seguidas para a segurança em cirurgia. São divididas em três momentos:

SIGN IN: antes do início da anestesia (a checagem deve ser feita pelo enfermeiro e o anestesista).

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E PRESENÇA DE ALERGIAS.
2. MARCAÇÃO DO SÍTIO CIRÚRGICO (LOCAL E LATERALIDADE) - idealmente realizada pelo cirurgião antes de o paciente ser levado ao centro cirúrgico.
3. ASSINATURA DO TERMO DE CONSENTIMENTO.
4. CONFORMIDADE DOS MATERIAIS SOLICITADOS (ANESTESIA E CIRURGIA).
5. CHECAR DIFICULDADE DE VIA AÉREA E RISCO DE ASPIRAÇÃO.
6. CHECAR RISCO DE SANGRAMENTO (> 500 mL ou 7 mL/kg nas crianças) e disponibilidade de hemotransfusão prevista (tipagem sanguínea e reserva de sangue).

TIME OUT: antes da incisão na pele (deverá ser verbal e conduzida pelo cirurgião).

1. APRESENTAÇÃO DOS MEMBROS DA EQUIPE CIRÚRGICA, ANESTESISTA E ENFERMEIROS.
2. CONFIRMAÇÃO VERBAL DO NOME DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO A SER REALIZADO.
3. CONFIRMAÇÃO DA APLICAÇÃO DE ANTIMICROBIANOS, QUANDO INDICADOS.
4. DISPONIBILIDADE DOS EXAMES DE IMAGEM.
5. MATERIAIS (FUNCIONAMENTO E ESTERILIZAÇÃO).

SIGN OUT: antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

1. CONFERÊNCIA DE MATERIAIS UTILIZADOS (contagem de materiais como gazes, compressas).
2. IDENTIFICAÇÃO DE AMOSTRAS E MATERIAIS COLETADOS (por exemplo: anatomopatológico).

Incorreta a alternativa A. Essa verificação ocorre na etapa de *time out*, antes da incisão da pele.

Incorreta a alternativa B. Essa verificação ocorre na etapa de *sign out*, antes da saída do paciente da sala de cirurgia.

Incorreta a alternativa C. Essa verificação ocorre na etapa de *time out*, antes da incisão da pele.

Correta a alternativa D. Essa verificação ocorre na etapa de *sign in*, antes do início da anestesia.

Gabarito: D

38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia) Homem de 29 anos foi submetido a uma apendicectomia aberta devido ao diagnóstico clínico e radiológico de apendicite aguda complicada com abscesso local. Apresentou boa evolução clínica, recebendo alta hospitalar após 48 horas de observação e antibioticoterapia endovenosa. No quinto dia de pós-operatório, busca novamente a unidade hospitalar devido à saída de secreção purulenta pela ferida operatória. Ao exame físico, há eritema e rubor na cicatriz cirúrgica, sem dor abdominal à palpação. Diante do caso apresentado, é correto afirmar que o diagnóstico mais provável é de:

A) infecção superficial de sítio cirúrgico, sendo indicada abertura dos pontos e lavagem com soro fisiológico.

B) infecção profunda de sítio cirúrgico, sendo indicada abertura dos pontos e antibioticoterapia.

C) infecção superficial de sítio cirúrgico, sendo indicadas antibioticoterapia e reavaliação.

D) infecção intracavitária, sendo indicadas reabordagem cirúrgica e antibioticoterapia.

COMENTÁRIOS:

A questão apresenta um paciente em pós-operatório de apendicectomia aberta por apendicite aguda complicada, sendo considerada uma cirurgia infectada. No 5º dia de pós-operatório, ele evolui com pus e sinais flogísticos na incisão cirúrgica, típico de uma infecção de ferida operatória. Como não há dor abdominal e outros achados, é provável que a infecção esteja limitada à pele e ao subcutâneo (ISC superficial). Essa é a complicação mais comum no pós-operatório de apendicectomia, principalmente nas apendicites agudas complicadas e realizadas por via aberta convencional.

Sobre a apresentação dos níveis de infecção de sítio cirúrgico (ISC):

- Superficial (pele e subcutâneo): dor, endurecimento, hiperemia, drenagem purulenta.

- Profunda (fáscia e músculo): drenagem purulenta, deiscência, febre, dor ou tumefação local, abscesso.

- Órgão e cavidade: drenagem purulenta, abscesso, toxemia, sepse, eventração e evisceração.

Nas infecções de feridas superficiais e profundas, a conduta envolve abertura da ferida com a retirada dos pontos, lavagem e avaliar necessidade de desbridamento. Antibióticos estão indicados se celulite, uso de aloplástico ou sinais sistêmicos como febre e taquicardia.

Nas infecções de órgão e cavidade, geralmente está indicada a reabordagem cirúrgica.

Correta a alternativa A. Paciente em pós-operatório de uma cirurgia considerada infectada, apresentando pus, eritema e rubor no local de ferida operatória, sugerindo o diagnóstico de uma infecção superficial de sítio cirúrgico. O tratamento principal é a abertura da ferida e lavagem.

Incorreta a alternativa B. Uma infecção profunda geraria sinais inflamatórios mais intensos, edema, abscesso local e sinais sistêmicos como febre.

Incorreta a alternativa C. O pilar do tratamento é a abertura da ferida para realização de lavagem exaustiva do sítio cirúrgico.

Incorreta a alternativa D. É esperado que um paciente com infecção intracavitária apresente febre e dor abdominal. O diagnóstico deve ser confirmado com exames de imagem.

Gabarito: A

39. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Homem de 66 anos procurou atendimento por dor em fossa ilíaca esquerda e febre há 2 dias. Ao exame físico, estava em bom estado geral, hemodinamicamente estável e com dor à palpação abdominal em fossa ilíaca esquerda. Realizada tomografia de abdome com contraste que evidenciou espessamento de sigmoide, diverticulose e abscesso pericólico de 6 cm. Nesse caso, qual é a melhor conduta?

A) Antibioticoterapia domiciliar e programação de realização de colonoscopia após 6 semanas.

B) Laparotomia exploradora e cirurgia de Hartmann.

C) Antibioticoterapia venosa e drenagem de abscesso percutânea.

D) Antibioticoterapia venosa e observação hospitalar.

COMENTÁRIOS:

Paciente idoso e com dor súbita em fossa ilíaca esquerda associada à febre é bastante sugestivo de diverticulite aguda. O diagnóstico foi confirmado com a tomografia de abdome com contraste, sendo o exame padrão-ouro para essa situação.

Baseado nos achados do exame de imagem, classificamos a doença de acordo com a classificação de Hinchey, que também orienta o tratamento.

- Estágio I: abscesso mesentérico ou pericólico pequeno confinado.

- Estágio II: abscesso pélvico bloqueado.

- Estágio III: peritonite purulenta generalizada.

- Estágio IV: peritonite fecal generalizada.

Em casos de diverticulite aguda não complicada com abscesso ou peritonite em paciente sem fatores de risco (como imunossupressão), podemos liberar com antibióticos orais, orientação de mudança de hábitos de vida e indicação de colonoscopia 6-8 semanas após.

Os casos de diverticulite aguda complicada devem ser internados com antibioticoterapia venosa. O manejo complementar depende da classificação. Hinchey I e II devem ser submetidos à drenagem percutânea do abscesso (se abscesso > 4 cm). Para Hinchey III, pode ser realizada cirurgia de Hartmann ou laparoscopia com irrigação da cavidade (alternativa). Para Hinchey IV, deve-se realizar cirurgia de Hartmann.

O paciente apresenta uma diverticulite aguda Hinchey I (abscesso pericólico > 4 cm), com indicação de internação, antibiótico venoso e drenagem percutânea guiada.

Incorreta a alternativa A. Essa é uma conduta possível em pacientes com diverticulite aguda sem complicações e sem fatores de risco, como imunossupressão ou comorbidades graves.

Incorreta a alternativa B. Essa conduta está indicada em pacientes com peritonite fecal ou purulenta.

Correta a alternativa C. Em pacientes com diverticulite aguda complicada com abscesso, a melhor conduta é antibioticoterapia e drenagem percutânea guiada.

Incorreta a alternativa D. Essa conduta poderia ser realizada em pacientes com diverticulite aguda complicada com abscesso não passível de drenagem, como aqueles menores de 4 cm.

Gabarito: C

40. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia)** Mulher de 37 anos busca unidade de pronto-socorro com queixa de abdome abdominal em cólica, vômitos e parada de eliminação de fezes e flatos há 1 dia. Relata cirurgia prévia abdominal por apendicite aguda há 3 anos. Ao exame físico, possui cicatriz infraumbilical mediana, abdome distendido e doloroso à palpação, sem sinais de irritação peritoneal. Realizada rotina radiológica de abdome agudo com achado de níveis hidroaéreos e empilhamento de moedas. Baseado no quadro clínico, assinale a alternativa correta.

A) A descrição radiológica é compatível com obstrução intestinal baixa.

B) A paciente apresenta a principal causa de abdome agudo obstrutivo alto.

C) O tratamento do quadro apresentado pela paciente é invariavelmente cirúrgico.

D) O diagnóstico ainda está indefinido, sendo necessária a realização de uma tomografia de abdome total com contraste.

COMENTÁRIOS:

A questão apresenta uma mulher jovem, com abdome agudo obstrutivo e histórico de cirurgia abdominal prévia (apendicectomia laparotômica), sugerindo o diagnóstico de brida.

A brida (aderências intestinais) é a principal causa de abdome agudo obstrutivo alto. Os achados do exame de imagem são de um padrão obstrutivo alto, com níveis hidroaéreos, distribuição centralizada e empilhamento de moedas.

Seu tratamento inicialmente é clínico, com dieta oral zero e sonda gástrica. O tratamento cirúrgico é indicado apenas em casos refratários (sem melhora após 24-48 horas) ou complicado.

Incorreta a alternativa A. A descrição de níveis hidroaéreos e empilhamento de moedas é sugestiva de obstrução alta. O padrão radiológico de obstrução baixa é com distensão colônica, haustrações colônicas, distribuição periférica e ausência de ar na ampola retal.

Correta a alternativa B. Entre as causas de abdome agudo obstrutivo alto, a principal causa é a brida, seguida de neoplasias extraintestinais em segundo lugar e hérnia encarcerada em terceiro lugar.

Incorreta a alternativa C. O tratamento da obstrução por bridas é inicialmente clínico, com medidas de suporte, dieta zero e sonda gástrica. O tratamento cirúrgico é indicado nos casos sem melhora após 24-48 horas ou com alguma complicação.

Incorreta a alternativa D. A história clínica e a rotina radiológica são bastante sugestivas do quadro de obstrução por bridas. Caso haja persistência do quadro ou surjam outros sinais clínicos, a tomografia de abdome é o exame indicado para elucidação diagnóstica.

Gabarito: B

41. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 54 anos de idade, menopausa há 4 anos, queixa-se de calores que a fazem acordar no meio da noite. Refere também secura vaginal que está gerando dor no momento da relação sexual. Refere que sua mãe morreu de câncer de mama. Nega comorbidades. Refere histerectomia por mioma há 10 anos.

Considerando o caso acima, assinale a alternativa que descreve a melhor conduta para aliviar os sintomas dessa paciente.

A) Prescrever terapia hormonal combinada estroprogestativa.

B) Prescrever terapia hormonal estrogênio exclusiva.

C) Prescrever estrógeno via vaginal.

D) Prescrever venlafaxina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, temos, nesse caso, uma paciente na transição menopáusica, com queixa de fogacho e secura vaginal. Os sintomas vasomotores são a principal indicação da terapia hormonal pós-menopausa. Ela tem menos de 60 anos e teve a menopausa há menos de 10 anos, portanto está dentro da janela de oportunidade para a TH. A paciente tem um antecedente familiar de câncer de mama, mas isso não é uma contraindicação para a terapia hormonal. Veja a tabela a seguir:

Contraindicações (segundo a SOBRAC 2024)
sangramento vaginal inexplicável
doença hepática
histórico de câncer sensível ao estrogênio (incluindo câncer de mama)
doença coronariana (DC)
acidente vascular cerebral (AVC)
infarto do miocárdio (IAM)
tromboembolismo venoso (TEV) prévio, história pessoal ou alto risco de doença tromboembólica hereditária

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente é histerectomizada, não sendo necessária a terapia combinada com progesterona para proteção endometrial.

Correta a alternativa B: a paciente tem indicação de terapia hormonal e não tem contraindicações, sendo indicada a prescrição de estrogênio exclusivo, já que a paciente não tem útero.

Incorreta a alternativa C, porque o estrógeno via vaginal é indicado para o tratamento da secura vaginal (atrofia genital), mas não é muito eficaz para o tratamento dos sintomas vasomotores.

Incorreta a alternativa D, porque a venlafaxina seria indicada caso a paciente tivesse contraindicação para o uso de terapia hormonal.

Gabarito: B

42. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 53 anos de idade, comparece ao serviço de Ginecologia referindo aparecimento de nódulo doloroso na mama direita há 1 mês. Ao exame físico, mamário foi palpado nódulo de 2 cm, doloroso, amolecido, localizado no quadrante superolateral da mama direita. Foi realizada mamografia e ultrassonografia complementar, que mostrou uma imagem anecoica, com reforço acústico posterior, medindo 1,8 cm de diâmetro, localizada no quadrante superolateral da mama direita. Assinale a alternativa que descreve a categoria BI-RADS da ultrassonografia dessa paciente.

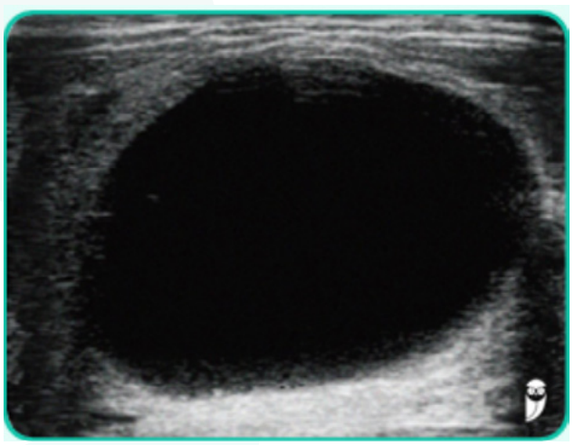
A) BI-RADS 0

B) BI-RADS 1

C) BI-RADS 2

D) BI-RADS 3

COMENTÁRIOS:



Estrategista, essa paciente apresenta um nódulo mamário doloroso na mama direita, de consistência amolecida. A ultrassonografia mostrou uma lesão anecoica, com reforço acústico posterior, como mostrado na imagem a seguir:

Essa imagem é característica de um cisto simples mamário, que é uma lesão absolutamente benigna, considerada BI-RADS 2. Veja, a seguir, a classificação BI-RADS:

BI-RADS (breast imaging-reporting and data system)		
Categoria	**Chance de câncer (VPP)**	**Interpretação / Conduta**
BI-RADS 0	N/A	Exame inconclusivo / Necessita exame complementar para conclusão diagnóstica
B-RADS 1	0	Exame normal / Seguimento de Rotina
BI-RADS 2	0	Alterações benignas / Seguimento de Rotina
BI-RADS 3	< 2%	Alterações provavelmente benignas / Repetir exame em 6 meses
BI-RADS 4	> 2% a < 95%	Alterações suspeitas / Indicar biópsia
	BI-RADS 4A > 2% a < 10%	
	BI-RADS 4B >10% a < 50%	
	BI-RADS 4C >50% a < 95%	
BI-RADS 5	> 95%	Alterações provavelmente malignas / Biópsia
BI-RADS 6	100%	Malignidade comprovada / Acompanhamento durante o tratamento

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o BI-RADS 0 se refere a achados inconclusivos e essa paciente apresenta um achado ultrassonográfico conclusivo (cisto simples mamário).

Incorreta a alternativa B, porque o BI-RADS 1 se refere a um exame sem alterações.

Correta a alternativa C: trata-se de lesão anecóica, com reforço acústico posterior, característico de cisto simples, considerada categoria BI-RADS 2.

Incorreta a alternativa D, porque a categoria BI-RADS 3 se refere a achados provavelmente benignos e nesse caso temos um achado absolutamente benigno.

Gabarito: C

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 25 anos de idade queixa-se de dismenorreia incapacitante e dor pélvica há cerca de 3 anos. Refere também dor para ter relação sexual e que está tentando engravidar há 2 anos sem sucesso. Nega uso de método anticoncepcional. Ao exame físico ginecológico, foi observado útero retrovertido fixo e dor à palpação dos ligamentos uterossacros. Presença de lesão arroxeada no fundo de saco vaginal posterior. Foi realizada ultrassonografia transvaginal: observado cisto em ovário esquerdo, medindo 3,9 x 3,8 x 3,7 cm, com conteúdo homogêneo hipoecogênico em "vidro fosco".

Considerando o caso descrito acima, seu quadro clínico e imagiológico, qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

A) Cisto hemorrágico.

B) Cisto de corpo lúteo.

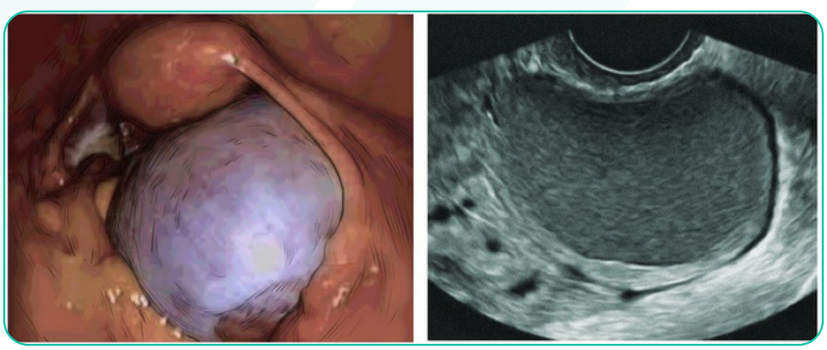
C) Endometrioma.

D) Cistoadenoma mucinoso.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dismenorreia, dor pélvica crônica, dispareunia e infertilidade, com útero retrovertido fixo, dor à palpação de ligamentos uterossacros e lesão arroxeada no fundo de saco vaginal. Esse quadro é muito característico da endometriose.

Os endometriomas de ovário apresentam-se como formações císticas hipoecogênicas e homogêneas (conteúdo em vidro fosco ou vidro moído). Mas os endometriomas são chamados de "os grandes imitadores" porque também podem se apresentar com outras características ultrassonográficas, tais como septações e paredes espessadas com focos hiperecogênicos, sendo importante fazer o diagnóstico diferencial com os cistos funcionais (hemorrágicos) e outros tumores anexiais. O Doppler colorido mostra fluxo ao redor do cisto, não dentro do cisto.



Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque o cisto hemorrágico costuma se apresentar na ultrassonografia com paredes regulares, com conteúdo heterogêneo, presença de debris e septos. Pode ter líquido livre na cavidade pélvica, quando há ruptura.

Incorreta a alternativa B, porque, no cisto de corpo lúteo, o conteúdo pode ser cístico ou espesso, se houver sangue; ao Doppler, há grande vascularização periférica em formato de anel.

Correta a alternativa C: a paciente apresenta quadro característico de endometriose e a descrição ultrassonográfica é típica de um endometrioma de ovário.

Incorreta a alternativa D, porque o cistoadenoma mucinoso costuma ser maior (podendo ser gigante) e multiloculado.

Gabarito: C

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 21 anos refere aparecimento de úlceras vulvares dolorosas, há 5 dias. Refere que primeiro apareceram "bolhas que estouraram" e, depois, as úlceras. De acordo com o fluxograma do Ministério da Saúde, assinale a alternativa que descreve a conduta indicada.

A) Tratar sífilis.

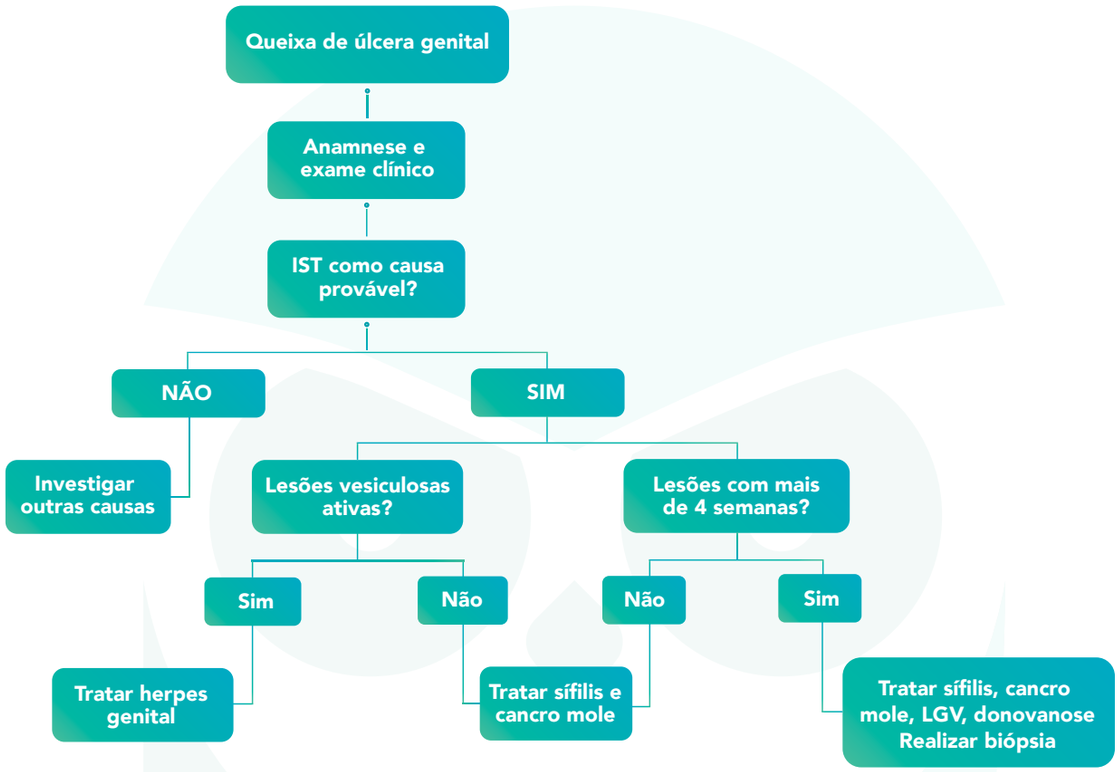
B) Tratar cancro mole.

C) Tratar herpes genital.

D) Realizar biópsia e tratar donovanose.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente está no menacme e é portadora de úlceras genitais. Em pacientes no menacme, as infecções sexualmente transmissíveis são responsáveis pela maioria das úlceras genitais. Essa questão tem uma peculiaridade: pede a abordagem sindrômica do Ministério da Saúde. Por esse método, você deve tratar o paciente não só baseado nas características da lesão, mas também na prevalência local dos agentes etiológicos. As principais vantagens são o tratamento rápido e eficaz e a quebra da cadeia de transmissão. Segue o fluxograma de investigação:



Repare que essa paciente refere “bolhas que estouraram”, ou seja, vesículas sugestivas de herpes genital, sendo assim, deve ser iniciado o tratamento da herpes. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a sífilis se manifesta com úlcera única, indolor, bem delimitada, com bordas sobrelevadas e fundo limpo.

Incorreta a alternativa B, porque o cancro mole se manifesta com úlceras múltiplas, dolorosas, geralmente “em espelho”, mas sem presença de vesículas.

Correta a alternativa C: trata-se de quadro característico de herpes genital com lesões vesiculosas que evoluem para exulcerações dolorosas múltiplas.

Incorreta a alternativa D, porque a donovanose se manifesta com úlceras genitais extensas, sanguinolentas com história mais “arrastada”, superior a 4 semanas.

Gabarito: C

45. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 36 anos de idade, G2P2A0, procura pronto-socorro com quadro de sangramento genital importante há 2 dias. Apresenta-se descorada e com sudorese, PA: 85 x 63 mmHg e pulso de 105 bpm. Ao exame especular, foi visualizado sangramento em grande quantidade de sangue se exteriorizando pelo orifício externo do colo. Ao toque vaginal, útero de volume normal, colo impérvio. Beta-hCG negativo. Assinale a alternativa que descreve a conduta indicada para esse caso.

A) Estabilização hemodinâmica e prescrever anti-inflamatório.

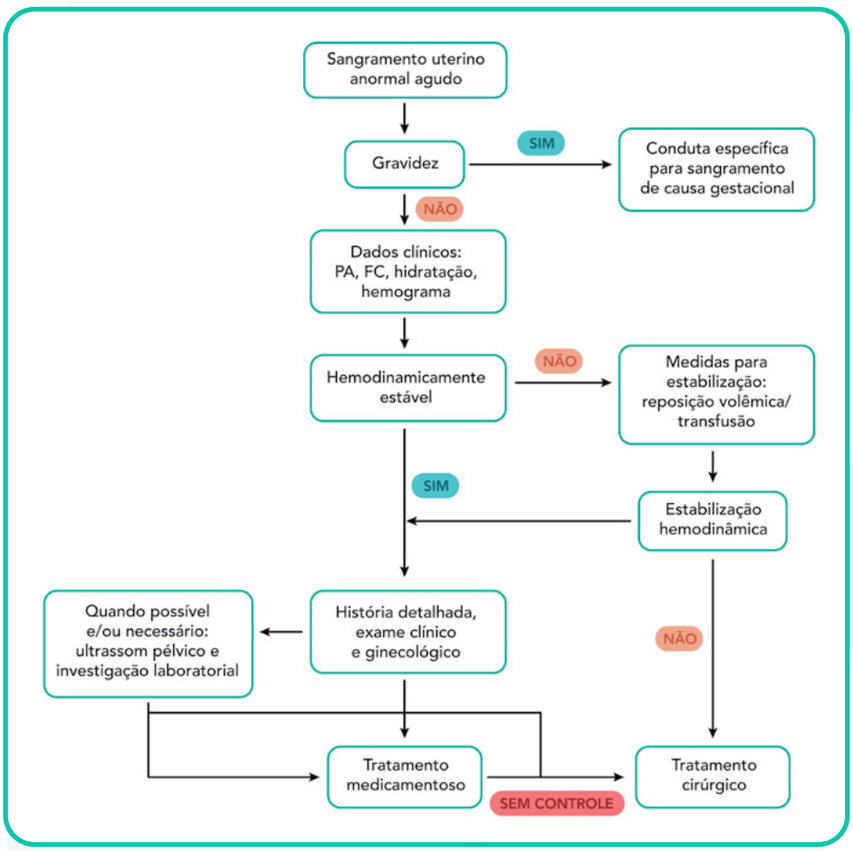
B) Estabilização hemodinâmica e prescrever pílula combinada.

C) Curetagem uterina.

D) Histerectomia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal agudo. Vamos ver qual é o fluxograma de atendimento para esses casos:



Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque os anti-inflamatórios não são opções de tratamento para o sangramento uterino anormal agudo. Veja a tabela a seguir:

Esquemas de tratamento medicamentoso para o sangramento uterino anormal agudo	
Contraceptivo oral combinado (30 µg de EE)	Um comprimido, três vezes ao dia, até parar o sangramento (pelo menos dois dias). Após, um comprimido/dia, durante três a seis semanas
Contraceptivo oral combinado (30 µg de EE)	Um comprimido, a cada seis horas, até parar o sangramento Um comprimido, a cada oito horas, durante dois a sete dias Um comprimido, a cada 12 horas, durante dois a sete dias, seguido por um comprimido ao dia
Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 60 a 120 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos dois dias), seguido por 20 a 40 mg/dia, durante três a seis semanas

Progestagênio isolado: medroxiprogesterona	Medroxiprogesterona 10 mg, a cada quatro horas (máximo de 80 mg), até parar o sangramento. Após, a cada seis horas, durante quatro dias. Após, a cada oito horas, durante três dias. Após, a cada 12 horas, durante dois dias, por duas semanas, e, então, diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	Noretisterona 5 a 10 mg, cada quatro horas, até parar o sangramento Após a cada seis horas, durante quatro dias. Após cada oito horas, durante três dias Após a cada 12 horas, durante dois dias, seguida por um comprimido diariamente
Progestagênio isolado: noretisterona	5 a 15 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), seguidos por 5 a 10 mg/dia por 3 a 6 semanas
Progestagênio isolado: megestrol	80 a 160 mg/dia até parar o sangramento (pelo menos 2 dias), depois 40 a 80 mg/dia por 3 a 6 semanas
Ácido tranexâmico	Ácido tranexâmico oral (comprimidos de 250 mg), 15 a 25 mg/kg (dose usual de 500 mg, de 8/8 h), por, no máximo, sete dias. Ácido tranexâmico endovenoso (50 mg/mL), em doses de 500 a 1.000 mg, de 8/8 h, por, no máximo, três dias. Se mais de três dias, passar para o oral (total máximo de sete dias)
Ácido épsilon-aminocaproico	Ácido épsilon-aminocaproico oral (comprimidos de 500 mg), dois a quatro comprimidos, de 8/8 h ou de 6/6 h, por até sete dias. Ácido épsilon-aminocaproico endovenoso 1 g, de 8/8 h ou 6/6 h (dose máxima: 4 g/dose).

Tabela: tratamento medicamentoso para o SUA agudo. Fonte: traduzido e adaptado de Munro MG; Southern California Permanente Medical Group's Ab-normal Uterine Bleeding Working Group. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013;17(3):43-56.

Correta a alternativa B: deve-se proceder com a estabilização hemodinâmica por meio da infusão de volume e transfusão, se necessário, e prescrever pílula combinada em altas doses, como tratamento clínico do sangramento uterino anormal agudo dessa paciente.

Incorreta a alternativa C, porque a paciente não tem indicação de tratamento cirúrgico para seu quadro de SUA agudo.

Incorreta a alternativa D, porque a histerectomia seria indicada somente nos casos de sangramento uterino anormal agudo incoercível, que não respondeu ao tratamento clínico nem a outras formas de tratamento cirúrgico, sendo uma última opção para esses casos.

Gabarito: B

46. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Uma mulher de 17 anos de idade comparece à UBS referindo nunca ter menstruado. Ao exame físico, foi observado desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários normais. O cariótipo é 46XY. A ultrassonografia mostrou ausência de útero.

Considerando esse caso, assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica.

A) Disgenesia gonadal.

B) Síndrome de Swyer.

C) Síndrome de Rokitansky.

D) Síndrome de Morris.

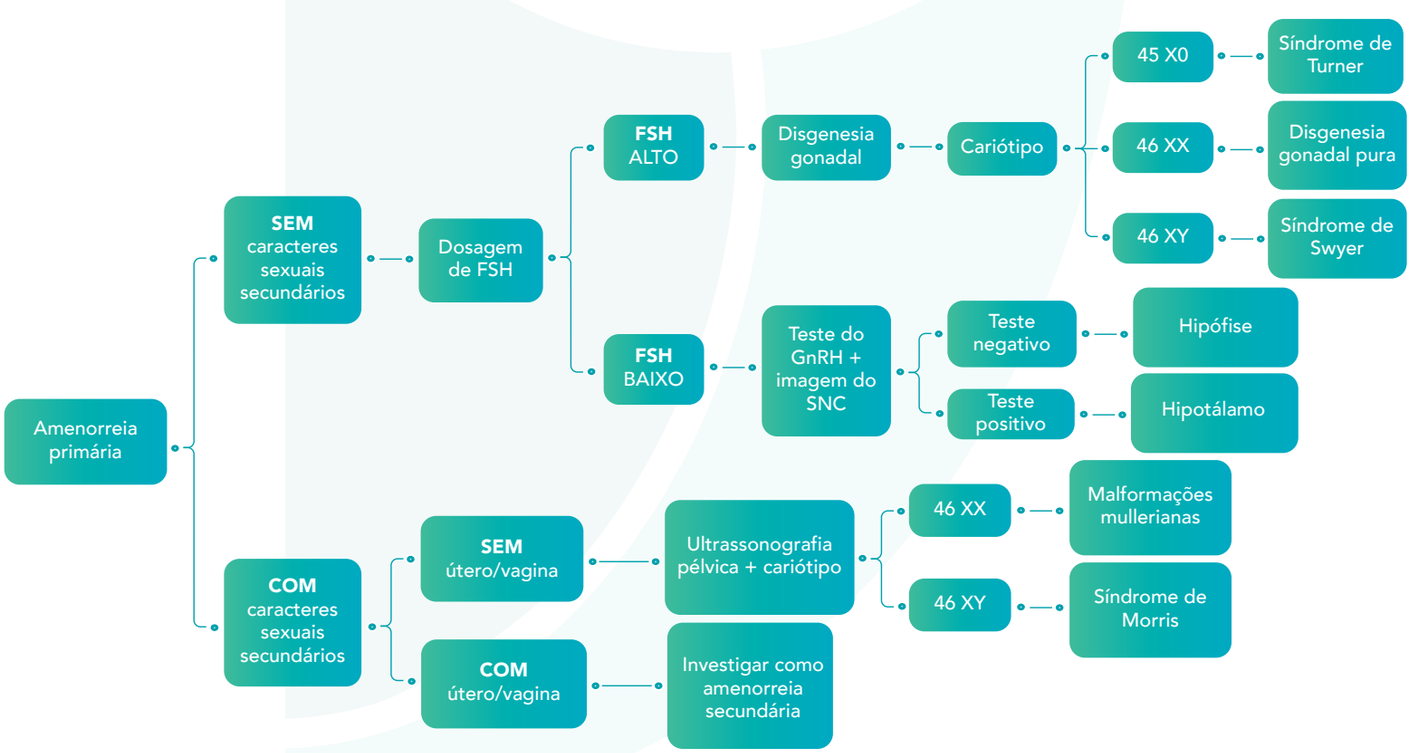
COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de uma paciente de 20 anos que nunca menstrua. Vamos relembrar a definição de amenorreia primária? Considera-se amenorreia primária quando nunca ocorreu a menarca (primeira menstruação):

• aos 14 anos, na ausência de caracteres sexuais secundários;

• aos 16 anos, mesmo na presença de caracteres sexuais secundários.

Nossa paciente tem 17 anos e caracteres sexuais secundários normais, logo merece ser investigada. Na amenorreia primária, o ponto-chave do roteiro diagnóstico é avaliar a presença ou ausência dos caracteres secundários. Segue o roteiro diagnóstico:



Na presença de caracteres sexuais secundários normais e cariótipo 46XY, nosso principal diagnóstico é a síndrome de Morris. Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque, na disgenesia gonadal, não ocorre desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

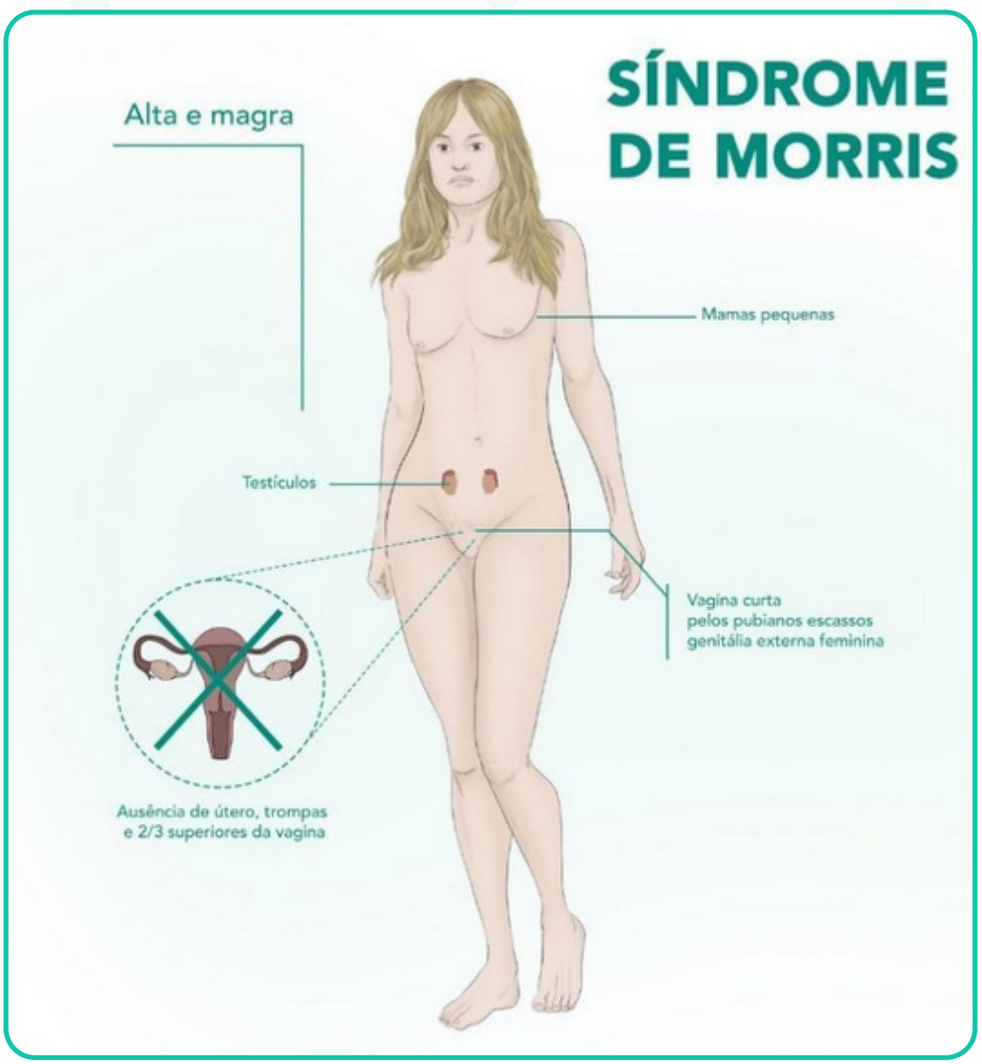
Incorreta a alternativa B, porque, na síndrome de Swyer, também não há desenvolvimento de caracteres sexuais secundários.

Incorreta a alternativa C, porque, na síndrome de Rokitansky, o cariótipo seria 46 XX. É uma malformação congênita que ocorre devido a um defeito no desenvolvimento dos ductos de Müller (ductos paramesonéfricos). As pacientes apresentam cariótipo 46XX e caracteres sexuais secundários normais, uma vez que os ovários estão presentes e funcionantes (já que eles não têm origem dos ductos de Müller), porém não há menstruação. Não ocorre a formação do útero, trompas e 2/3 superiores da vagina.

Correta a alternativa D: a síndrome de Morris é um **distúrbio recessivo ligado ao X** em que há um **defeito no receptor de androgênios**, provocando resistência à ação da testosterona. Assim, o sexo genético é masculino (**cariótipo 46XY**), mas o **fenótipo é feminino**.

A presença do cromossomo Y provoca o desenvolvimento dos testículos e a produção de HAM, ou seja, **não há útero, trompas e 2/3 superiores da vagina**. Como não há ação da testosterona, desenvolve-se **genitália externa feminina**. Também devido à ausência da ação da testosterona, não ocorre desenvolvimento dos ductos de Wolff, ou seja, **não há formação de epidídimo, vesículas seminais e ductos deferentes**.

As pacientes geralmente são **magras, altas, com quadril estreito**. Ocorre o desenvolvimento das mamas devido à conversão periférica da testosterona, mas são de pequeno volume. Como o desenvolvimento adequado dos pelos depende da ação periférica da testosterona, **os pelos pubianos e axilares são ausentes ou escassos** (figura).



O diagnóstico baseia-se no exame físico e na ultrassonografia, que mostram a ausência dos derivados müllerianos e a presença de testículos, assim como no cariótipo masculino (46XY).

O tratamento consiste em reposição hormonal com estrogênio, para o término do desenvolvimento dos caracteres secundários e a criação de neovagina. Além disso, **os testículos devem ser excisados cirurgicamente após a puberdade**, por causa do risco aumentado de malignização.

Gabarito: D

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher de 37 anos de idade, realizou colpocitologia oncótica com resultado de lesão intraepitelial escamosa de alto grau (LIEAG). Foi encaminhada para colposcopia, que apresentou epitélio acetobranco espesso. O exame foi satisfatório com visibilização da JEC, a lesão é totalmente visível e não há sinais de invasão.

Assinale a alternativa que descreve a conduta indicada para esse caso.

A) Seguimento com nova colpocitologia em 6 meses.

B) Seguimento com nova colpocitologia e colposcopia em 6 meses

C) Conização.

D) Histerectomia total.

COMENTÁRIOS:

Paciente com laudo citológico de lesão de alto grau/NIC III. (LIEAG). Nesses casos, há 70% de chance de lesão histológica de alto grau e 1-2% de chance de câncer invasor. Por isso, todas as pacientes devem ser encaminhadas para a colposcopia.

Na colposcopia da paciente com citologia LIEAG, se forem encontrados:

• achados menores → realizar biópsia;

• achados maiores e ZT tipo 1 ou 2 → realizar "ver e tratar", ou seja, procedimento excisional ANTES do resultado histológico;

• achados suspeitos de invasão → realizar a biópsia.

Nesse caso, temos achados colposcópicos maiores com JEC (junção escamocolunar) e limites da lesão completamente visualizados, o que indica que devemos fazer a conduta do "ver e tratar"!

Vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque se deve prosseguir com o tratamento (exérese) da lesão.

Incorreta a alternativa B, porque a paciente tem indicação de prosseguir com o tratamento da lesão, não seu seguimento.

Correta a alternativa C: a paciente tem indicação de exérese da lesão por meio da realização de conização.

A concordância de citologia de alto grau + colposcopia com achados maiores é indicação para o "ver e tratar". O "ver e tratar" nada mais é do que a realização de um tratamento excisional (retirar a lesão por meio da exérese de zona de transformação) sem ter o resultado do anatomopatológico, devido à grande suspeita de lesão de alto grau. É uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS) para agilizar o tratamento das pacientes.

Para isso, precisa haver concordância citocolposcópica, ou seja, a paciente deve ter **citologia de lesão intraepitelial de alto grau e colposcopia com achados maiores** (achados sugestivos de lesão de alto grau). Outros critérios também devem ser preenchidos:

• colposcopia adequada;

• junção escamocolunar (JEC) visível: zona de transformação (ZT) tipos 1 ou 2;

• lesão restrita ao colo;

• ausência de suspeita de invasão ou doença glandular.

Incorreta a alternativa D, porque não há indicação de histerectomia total para o tratamento das lesões precursoras do câncer de colo uterino.

Gabarito: C

48. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 36 anos de idade comparece à UBS desejando um método anticoncepcional. Refere enxaqueca sem aura há 3 anos. Nega outras comorbidades. Exame físico sem alterações. Assinale a alternativa que descreve a melhor opção de método anticoncepcional a ser indicado para essa paciente.

A) Pílula combinada.

B) Anel vaginal.

C) Adesivo transdérmico.

D) SIU de levonorgestrel.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre as contraindicações dos anticoncepcionais hormonais combinados. Veja a tabela a seguir:

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS
< 6 semanas pós-parto em lactantes
< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP
TVP/TEP atual ou pregressa, independentemente do uso de anticoagulante
Trombofilia conhecida
Cirurgia maior com imobilização prolongada
Lúpus eritematoso sistêmico com anticorpos antifosfolipídeos positivos ou desconhecido
Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite
Tabagismo (≥ 15 cigarros/dia + idade ≥ 35 anos)
Enxaqueca com aura
Doença cardíaca isquêmica atual ou pregressa
Acidente vascular cerebral (atual ou pregresso)

Hipertensão arterial sistêmica descompensada (sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg)
Hipertensão arterial sistêmica associada à doença vascular
Múltiplos fatores de risco para DCV (idade avançada, tabagismo, DM, HAS)
Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia, ou diabetes há mais de 20 anos
Câncer de mama atual
Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos
Cirrose descompensada ou hepatite aguda
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS
≥ 6 semanas e < 6 meses pós-parto em lactantes
< 21 dias pós-parto em não lactantes, mas sem fatores de risco para TVP
21 a 42 dias pós-parto em não lactantes, mas com fatores de risco para TVP
Tabagismo (< 15 cigarros/dia + idade ≥ 35 anos)
Hipertensão controlada
Hipertensão arterial sistêmica compensada (sistólica entre 140-159 ou diastólica entre 90-99 mmHg)
Enxaqueca sem aura (> 35 anos)
Câncer de mama prévio sem evidência da doença nos últimos 5 anos
Doença da vesícula biliar atual ou em tratamento medicamentoso
Passado de colestase
Alguns anticonvulsivantes, rifampicina e rifabutina (veja na tabela de interações medicamentosas)

Legenda: TVP - trombose venosa profunda/TEP - tromboembolismo pulmonar/FA - fibrilação atrial/DCV - doença cardiovascular.

Repare que essa paciente apresenta enxaqueca sem aura e tem mais de 35 anos de idade, o que é uma contraindicação relativa (categoria 3) para o uso de métodos anticoncepcionais hormonais combinados.

Agora vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque a paciente apresenta contraindicação para o uso de método hormonal combinado.

Incorreta a alternativa B, porque o anel vaginal também é um método anticoncepcional hormonal combinado, composto de etinilestradiol e etonogestrel.

Incorreta a alternativa C, porque o adesivo transdérmico também é um método anticoncepcional hormonal combinado, composto de etinilestradiol e norelgestromina.

Correta a alternativa D: a paciente não apresenta contraindicação para o uso de SIU de levonorgestrel. Veja a tabela a seguir:

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
Gravidez
Sepse puerperal
Imediatamente após aborto séptico
Doença trofoblástica gestacional com níveis elevados de beta-hCG ou com malignidade
Câncer de colo uterino
Câncer de mama atual
Câncer de endométrio
Anormalidades que distorcem a cavidade uterina
Sangramento transvaginal inexplicado
Doença inflamatória pélvica (DIP) atual
Cervicite purulenta ou infecção ativa por clamídia ou gonococo
Tuberculose pélvica
CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS (CATEGORIA 3) AO DIU/SIU LIBERADOR DE LEVONORGESTREL
48 horas a 4 semanas pós-parto (pelo risco de expulsão)
TVP/TEP aguda
Lúpus com anticorpos antifosfolipídeos positivos ou desconhecidos
Doença trofoblástica gestacional com níveis de beta-hCG decrescentes ou indetectáveis
Câncer de mama prévio e sem evidência da doença nos últimos 5 anos
Câncer de ovário
HIV avançado
Cirrose descompensada
Adenoma hepatocelular e tumores hepáticos malignos
Doença cardíaca isquêmica atual ou prévia (para continuação do método)

Legenda: TVP - trombose venosa profunda/TEP - tromboembolismo pulmonar.

Gabarito: D

49. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Mulher de 22 anos de idade procura atendimento na UBS queixando-se de dor pélvica há 3 dias. Refere também corrimento vaginal acinzentado associado ao quadro. Ao exame físico especular, foi observado conteúdo vaginal branco acinzentado com mal odor. Ao toque vaginal: dor à mobilização do colo e à palpação anexial. Assinale a alternativa que descreve o(s) provável(is) agente(s) etiológico(s) e o tratamento indicado.

A) Clamídia e gonococo; ceftriaxone, doxiciclina e metronidazol.

B) Clamídia e *Staphylococcus*; oxacilina e ciprofloxacina.

C) *E. coli* e gonococo; ciprofloxacina e metronidazol.

D) *Streptococcus* e *Staphylococcus*; cefalotina e garamicina.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dor pélvica associada à dor à mobilização do colo uterino e dor à palpação anexial, além de conteúdo vaginal sugestivo de vaginose bacteriana. Esse quadro preenche os critérios diagnósticos para a doença inflamatória pélvica (DIP). Veja a tabela a seguir:

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE DIP		
MAIORES	MENORES	ELABORADOS
Dor abdominal ou infraumbilical. **Dor à palpação anexial.** **Dor à mobilização do colo uterino.**	**Temperatura axilar maior do que 38,3 ºC.** **Conteúdo cervical ou vaginal anormal.** **Massa pélvica.** **Leucocitose em sangue periférico.** **Proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação aumentadas.** **Mais de cinco leucócitos por campo de imersão em secreção de endocérvice.** **Comprovação laboratorial de infecção por clamídia, gonococo ou micoplasma.**	**Evidência histopatológica de endometrite.** **Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem (USG pélvica ou ressonância magnética).** **Videolaparoscopia com evidências de DIP.**
DIAGNÓSTICO: TRÊS CRITÉRIOS MAIORES + UM CRITÉRIO MENOR OU UM CRITÉRIO ELABORADO ISOLADAMENTE		

Os principais agentes etiológicos da DIP são a *Neisseria gonorrhoeae* e a *Chlamydia trachomatis.*

A tabela a seguir mostra os esquemas de tratamento indicado para essa doença:

Tratamento da DIP (Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - Ministério da Saúde, 2022)			
Tratamento	**Primeira opção**	**Segunda opção**	**Terceira opção**
Ambulatorial	**Ceftriaxona 500 mg, IM, dose única** **MAIS** **Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias** **MAIS** **Metronidazol 500 mg 12/12 h, por 14 dias**	**Cefotaxima 500 mg, IM, dose única** **MAIS** **Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias** **MAIS** **Metronidazol 500 mg, 12/12 h, por 14 dias**	
Hospitalar	**Ceftriaxona 1 g IV 1x/dia, por 14 dias 14 dias** **MAIS** **Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12 h, por 14 dias** **MAIS** **Metronidazol 400 mg IV 12/12h**	**Clindamicina 900 mg, IV, 8/8h, por 14 dias** **MAIS** **Gentamicina (IV ou IM): dose de ataque 2 mg/kg; dose de manutenção: 3-5 mg/kg/dia, por 14 dias**	**Ampicilina/sulbactam 3 g, IV, 6/6h, por 14 dias** **MAIS** **Doxiciclina 100 mg, VO, 12/12h, por 14 dias**

Agora, vamos analisar as alternativas:

Correta a alternativa A: trata-se de quadro de DIP, sendo os principais agentes etiológicos a clamídia e o gonococo. O esquema de tratamento preconizado é a antibioticoterapia com ceftriaxone, doxiciclina e metronidazol.

Incorreta a alternativa B, porque o *Staphylococcus* não é um dos principais agentes etiológicos da DIP e o esquema antibiótico não é o recomendado para o tratamento da doença.

Incorreta a alternativa C, porque a *E. coli* não é um dos principais agentes etiológicos da DIP e esse não é o esquema antibiótico recomendado para o tratamento da doença.

Incorreta a alternativa D, porque esses não são os principais agentes etiológicos da DIP e esse não é o tratamento preconizado para a doença.

Gabarito: A

50. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto)** Uma mulher de 54 anos de idade, menopausada há 3 anos, comparece à UBS referindo que uma vizinha "acabou de descobrir que está com câncer de mama". A paciente refere que está com a mamografia "em dia" e que o último resultado foi "normal", mas deseja saber formas de prevenção para a doença. Ao exame físico mamário, não foram observados nódulos nem espessamentos e as axilas estavam livres. Expressão mamária negativa bilateralmente. Mamografia de 1 mês atrás com laudo BI-RADS 2.

Assinale a alternativa que descreve um fator de risco para o câncer de mama que pode ser evitado para diminuir a chance do

desenvolvimento da doença.

A) Mamas lipossubstituídas.

B) Idade abaixo de 50 anos.

C) Obesidade.

D) Hiperplasia sem atipia.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa é uma questão sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Veja a seguir:

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE MAMA		
Fatores pessoais, ambientais e comportamentais	**Fatores da história reprodutiva e hormonal**	**Fatores genéticos e hereditários**
Idade > 50 anos	Primeira menstruação antes dos 12 anos de idade	História familiar de câncer de ovário
Obesidade e sobrepeso após a menopausa	Nuliparidade	Casos de câncer de mama na família, principalmente antes do 50 anos de idade
Sedentarismo	Primeira gravidez após os 30 anos de idade	História familiar de câncer de mama em homens
Consumo de bebidas alcoólicas	Menopausa após os 55 anos	Alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2
Exposição frequente a radiações ionizantes (radiografia), radioterapia prévia	Uso de contraceptivos hormonais (estrogênio-progesterona)	-----
Biópsia prévia com resultado de atipia	Terapia de reposição hormonal pós-menopausa por mais de 5 anos	
Densidade mamária ≥ 75%	-	

Agora, vamos analisar as alternativas:

Incorreta a alternativa A, porque as mamas lipossubstituídas não são um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e sim as mamas densas.

Incorreta a alternativa B, porque a idade abaixo de 50 anos não é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e sim a idade acima de 50 anos.

Correta a alternativa C: a obesidade após a menopausa é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, de tal forma que a prática de exercícios físicos e uma dieta equilibrada para evitar a obesidade leva à diminuição do risco de desenvolver a doença.

Incorreta a alternativa D, porque a hiperplasia sem atipia não é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, e sim a hiperplasia com atipia. Além disso, não haveria uma forma de evitar o desenvolvimento da hiperplasia com atipia, e sim diagnosticá-la de forma precoce e proceder com sua exérese, antes que haja progressão para a malignidade.

Gabarito: C

51. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento) Primigesta com 37 semanas e 2 dias dá entrada no pronto-socorro com queixa de perda de líquido há 2 horas e contrações regulares. Ao exame físico, apresenta 2 contrações em 10 minutos, feto em apresentação cefálica, colo dilatado para 4 cm, com saída de líquido claro com grumos pelo colo. Diante do quadro, qual é a conduta adequada para prevenção da infecção por estreptococo do grupo B, considerando que a paciente não realizou a pesquisa?

A) Realizar coleta anal e vaginal e aguardar resultado para iniciar antibioticoterapia.

B) Iniciar ampicilina 2 g imediatamente e repetir 1 g a cada 4 horas.

C) Manter assistência ao trabalho de parto sem uso de antibioticoterapia.

D) Iniciar antibioticoterapia caso o nascimento não ocorra em até 4 horas.

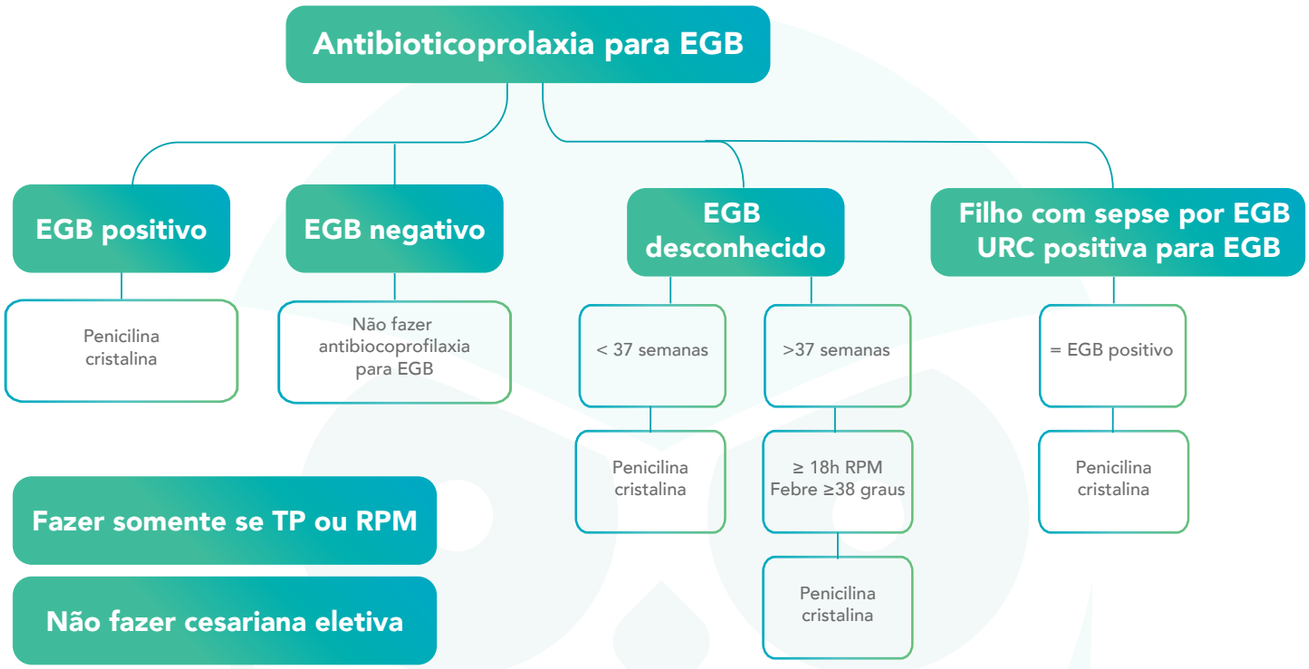
COMENTÁRIOS:

O estreptococo do grupo B (EGB) é um coco Gram-positivo que coloniza o trato gastrintestinal, mas está presente no trato geniturinário em 10 a 30% das mulheres. Quando presente no momento do parto, é um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença estreptocócica neonatal.

No recém-nascido, podem ocorrer dois tipos de manifestações: de início precoce (< 7 dias após o nascimento) e tardia (entre 7 e 90 dias). Os principais acometimentos são: sepse, pneumonia, meningite, osteomielite, artrite séptica e celulite. Apesar da transmissão vertical ocorrer em 50% das vezes, ao redor de 1 a 2% dos recém-nascidos de mães colonizadas irão desenvolver infecção de início precoce.

O método de rastreamento é baseado na cultura de secreção vaginal e retal para EGB entre 35-37 semanas de gestação para todas as gestantes. Cultura para EGB também deve ser colhida para todas as gestantes internadas em trabalho de parto prematuro ou com rotura prematura de membranas ovulares. Não há necessidade de colher cultura quando a gestante apresentar urocultura positiva para EGB durante a gestação ou tiver um filho com sepse neonatal por EGB, pois ela deverá receber profilaxia antibiótica intraparto independentemente do resultado da cultura.

No momento do parto ou na rotura de membranas, a profilaxia antibiótica intraparto deve ser dada a todas as mulheres com cultura positiva para EGB, exceto no caso de cesariana antes do início do trabalho de parto e com bolsa íntegra. Deve haver no mínimo 4 horas de intervalo entre o início da profilaxia e o parto, sendo realizadas no mínimo 2 doses dos antibióticos, respeitando os intervalos recomendados entre as doses.



Incorreta a alternativa A, pois não há indicação de coletar a pesquisa nesse momento.

Incorreta a alternativa B, pois não há indicação de profilaxia, uma vez que a gestante tem mais de 37 semanas.

Correta a alternativa C, pois deve ser realizada assistência ao parto sem uso de antibioticoterapia.

Incorreta a alternativa D, pois apenas após 18 horas de bolsa rota é que haveria indicação de antibioticoterapia.

Gabarito: C

52. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Gestante de 37 semanas vem para sua consulta de pré-natal. Ela nega queixas e refere boa movimentação fetal. No exame físico, apresenta pressão arterial de 110 x 80 mmHg. Na palpação obstétrica, você verifica que o feto está em situação longitudinal, posição direita, com escava ocupada pelo polo cefálico. Diante dessa situação, em que local do abdome deve ser realizada a ausculta do batimento fetal?

A) Quadrante inferior direito.

B) Quadrante superior esquerdo.

C) Quadrante inferior esquerdo.

D) Quadrante superior esquerdo.

COMENTÁRIOS:

A possibilidade de auscultar o BCF depende tanto da idade gestacional quanto do instrumento utilizado para realizar essa ausculta, e esse costuma ser um tema explorado pelos examinadores ao apresentarem esse conceito na prova.

Entre as ferramentas que podem ser utilizadas para a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, estão:

- ultrassonografia;
- sonar;
- estetoscópio de Pinard;
- cardiotocografia.

Por volta da **9ª** e da **12ª semana** de gestação, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais passa a ser possível utilizando-se o **sonar Doppler**, método mais amplamente utilizado na prática clínica atual.

É importante salientar que, tanto na ausculta com o sonar Doppler quanto com o estetoscópio de Pinard, os batimentos do feto são audíveis com mais facilidade onde se percebeu o **dorso fetal** durante a palpação obstétrica e na topografia mais próxima ao coração fetal, isto é, próximo de onde se estima estar a **quarta vértebra dorsal do feto**.

A partir da segunda metade da gestação, quando o feto estiver em apresentação cefálica, o ponto mais fácil de ausculta fetal será na região central do quadrante inferior do abdômen, compatível com o lado para o qual o feto está voltado. Caso a apresentação seja pélvica, há maiores chances de a ausculta fetal ser facilitada nos quadrantes superiores do abdômen materno na lateralidade compatível com a posição fetal.

No caso dessa gestante, como o feto está cefálico e com o dorso voltado para a direita da mãe, o local onde mais facilmente encontraremos o batimento fetal será no quadrante inferior direito. Portanto, está correta a alternativa A.

Gabarito: A

53. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Gestante de 18 semanas de gestação vem para sua primeira consulta de pré-natal trazendo exames coletados há duas semanas. O médico analisa os exames e nota que a paciente apresenta sorologia IgM positiva e IgG negativa para toxoplasmose, com demais exames dentro da normalidade. Diante do achado, qual é a conduta preconizada pelo Ministério da Saúde?

A) Solicitar teste de avidez e iniciar esquema tríplice até o resultado.

B) Iniciar esquema tríplice e manter até o final da gestação.

C) Iniciar espiramicina e repetir sorologia.

D) Indicar amniocentese e manter esquema tríplice até o resultado.

COMENTÁRIOS:

Como a maioria das gestantes é assintomática, o diagnóstico da toxoplasmose é feito pela sorologia materna, com avaliação dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose, solicitada no rastreamento de rotina durante o pré-natal.

Gestantes suscetíveis (podem adquirir a infecção na gestação) têm resultados negativos para os anticorpos IgG e IgM específicos para toxoplasmose e o acompanhamento deve ser feito com sorologia seriada (1-2 meses) e orientações preventivas, a depender do perfil epidemiológico da região.

Se a gestante apresentar IgG positiva e IgM negativa, elas são consideradas imunes e não precisam repetir a sorologia durante o pré-natal, a não ser que sejam imunocomprometidas.

Por outro lado, quando a gestante apresenta IgM positiva e IgG negativa, pode ser toxoplasmose aguda ou um caso de falso-positivo. Por isso, deve-se introduzir espiramicina e repetir a sorologia em 2 semanas. Se a IgM se mantiver positiva com IgG também positiva, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se a IgG não positivar, trata-se de IgM falso-positivo e deve-se suspender a espiramicina.

Se a gestante apresentar IgM e IgG positivas no primeiro trimestre, deve-se introduzir espiramicina e realizar o teste de avidez para IgG, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avidez) ou tardia (alta avidez), uma vez que os títulos de IgM podem permanecer positivos por até 1 ano e os de IgG por vários anos. Sabe-se que a capacidade de ligação e avidez da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avidez baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avidez alta sugere infecção há mais de 4 m.

A toxoplasmose materna aguda pode levar à transmissão vertical, causando toxoplasmose congênita. Por isso, o tratamento da toxoplasmose deve ser instituído se há suspeita ou confirmação de infecção aguda na gestação. O tratamento precoce em até 3 semanas da infecção materna diminui os riscos de infecção fetal.

Portanto, a principal conduta diante de um caso de suspeita de infecção aguda é a profilaxia para toxoplasmose congênita, com a administração materna de espiramicina na dose de 3 g/dia via oral. Isso é aplicado para todas as gestantes que apresentam sorologia IgM + e IgG – ou sorologia IgM + e IgG +. A espiramicina não ultrapassa a barreira placentária, mas tem como objetivo reduzir o risco de passagem transplacentária do parasita, impedindo a infecção fetal.

Nos casos confirmados ou prováveis de infecção aguda, isto é, se houver

soroconversão, avidez para IgG baixa ou intermediária ou ascensão dos valores de IgG em amostra seriada, deve-se fazer a pesquisa de infecção fetal a partir de 18 semanas.

Nos casos em que há dúvida se a infecção é recente ou antiga, como quando a primeira sorologia com IgG e IgM positiva é realizada após 16 semanas e o teste de avidez já não é mais fidedigno, deve-se considerar a gestante como infecção aguda e investigar infecção fetal.

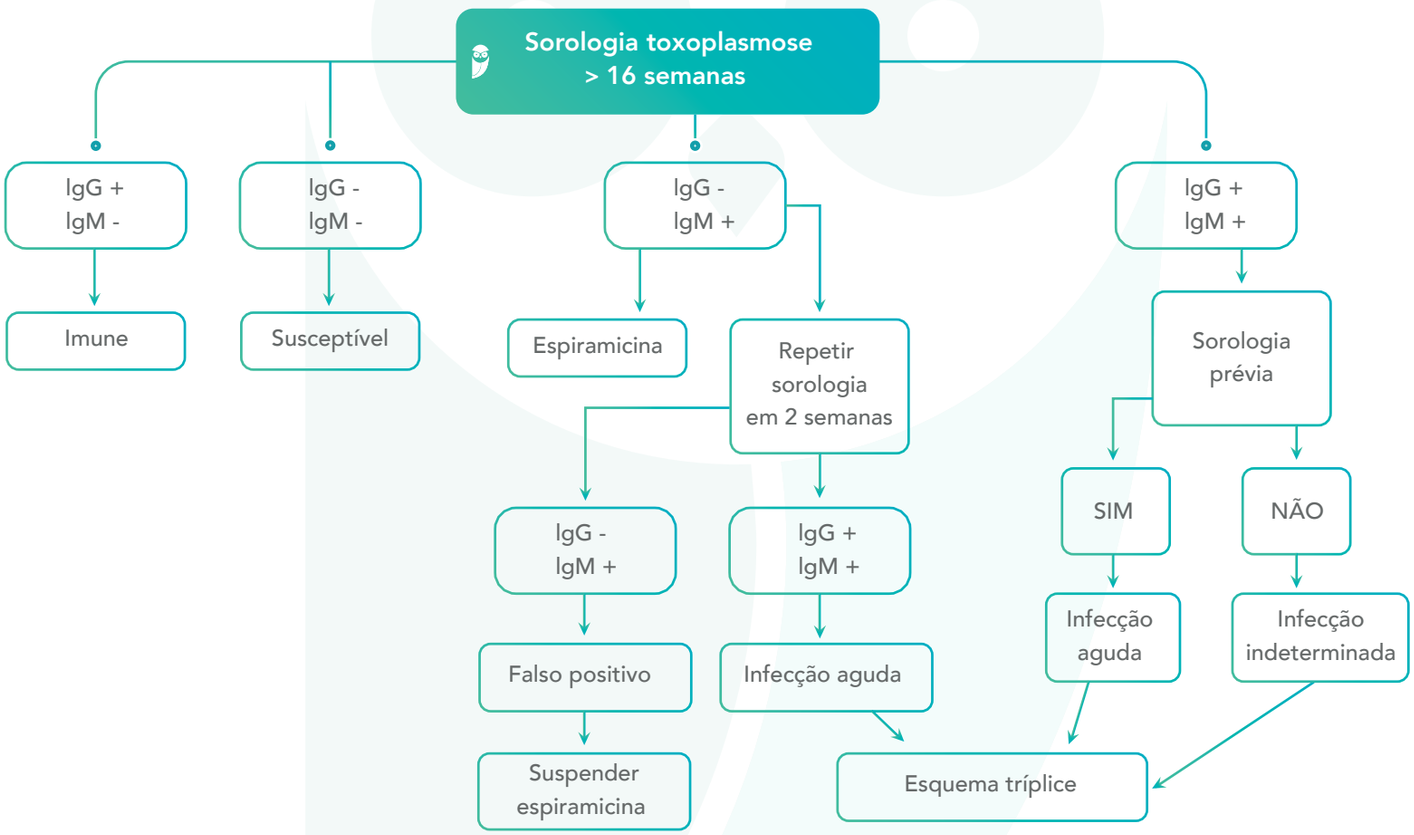
Atualmente, orienta-se utilizar espiramicina até 16 semanas e, a partir de 16 semanas, trocar para o esquema tríplice até realizar a pesquisa de infecção fetal.

A pesquisa de infecção fetal é realizada por meio da amniocentese, com coleta de líquido amniótico e pesquisa do DNA do *Toxoplasma gondii* por PCR. Caso a pesquisa venha positiva, estamos diante de um feto com toxoplasmose congênita (infecção fetal). Se a pesquisa de infecção fetal vier negativa, trocar por espiramicina e até o parto. Se a infecção fetal for confirmada, manter tratamento com sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico até o fim da gestação.

Lembre-se de não iniciar o esquema tríplice no primeiro trimestre, pelo risco de teratogenicidade dessas medicações.

Quando a gestante apresenta **IgM e IgG positivas após 16 semanas, sem sorologia prévia**, o teste de avidez para IgG não distingue de maneira segura se a infecção foi adquirida antes da gestação ou durante a gestação, isto é, não dá para ter certeza se a infecção é recente ou antiga. Por isso, considera-se infecção indeterminada e deve-se iniciar o esquema tríplice após 16 semanas e fazer investigação fetal, independentemente do teste de avidez.

Entretanto, se a gestante apresenta **IgM e IgG positivas após 16 semanas, com sorologia no primeiro trimestre IgM e IgG negativas**, considera-se **infecção aguda/recente com soroconversão materna.**



Incorreta a alternativa A, pois o teste de avidez não tem papel após 16 semanas.

Incorreta a alternativa B, pois, apesar de estar com mais de 16 semanas, no caso de IgM positivo com IgG negativo, a conduta é iniciar espiramicina.

Correta a alternativa C, conforme explicado acima.

Incorreta a alternativa D, pois não devemos fazer amniocentese antes da confirmação da infecção aguda.

Gabarito: C

54. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Secundigesta, com idade gestacional de 15 semanas e 2 dias, comparece à consulta com relato de febre há cerca de 5 dias e dor no corpo. Refere dor na região dos olhos e aparecimento de manchas na pele há 1 dia. Nega dor abdominal ou sintomas respiratórios. Nega queixas obstétricas. Ao exame físico, apresenta temperatura de 38,1 graus, pressão arterial de 122 x 80 mmHg, abdome flácido e indolor, BCF presente. Considerando a principal hipótese diagnóstica, qual é a conduta mais adequada?

A) Internação hospitalar com expansão volêmica com 10 mL/kg e reavaliar em uma hora.

B) Solicitar hemograma e orientar hidratação por via oral.

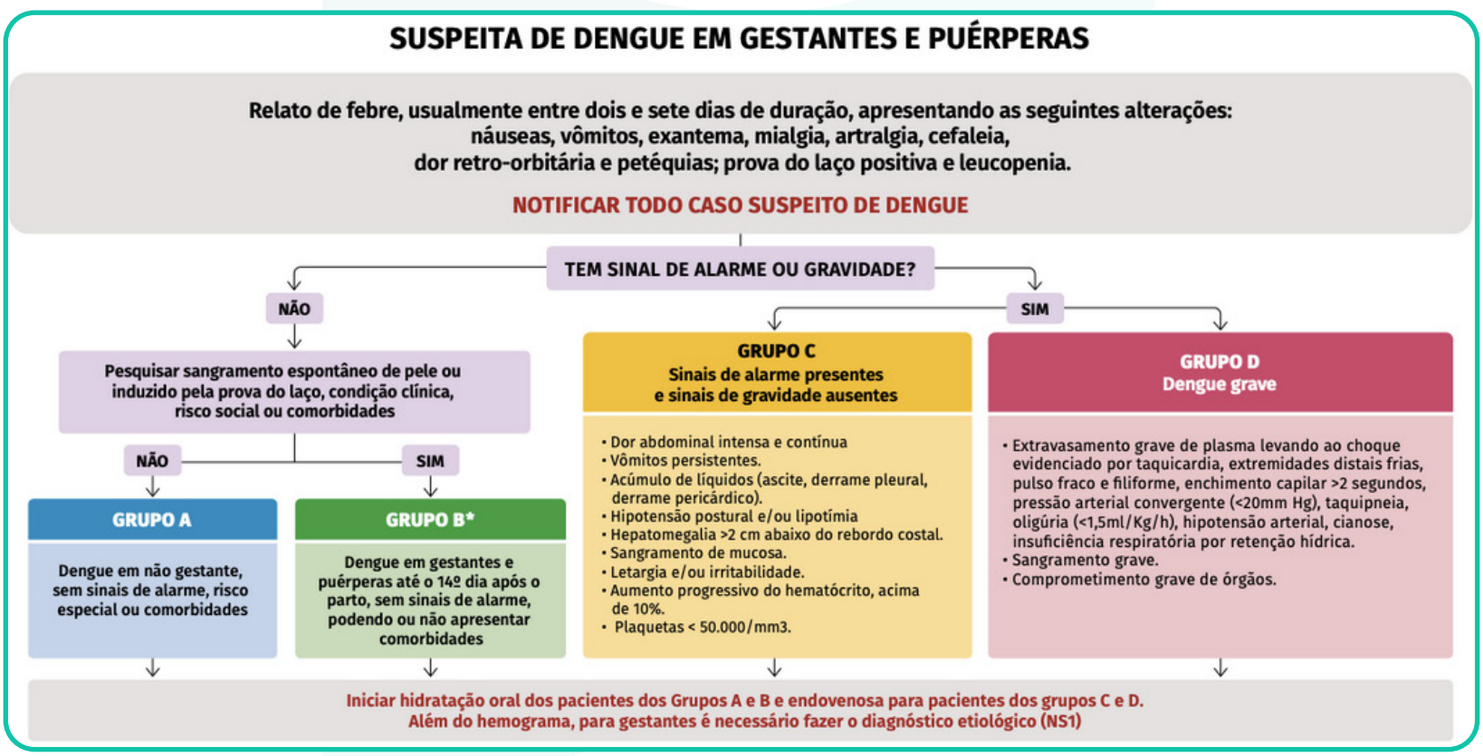
C) Orientar sinais de alarme e hidratação por via oral.

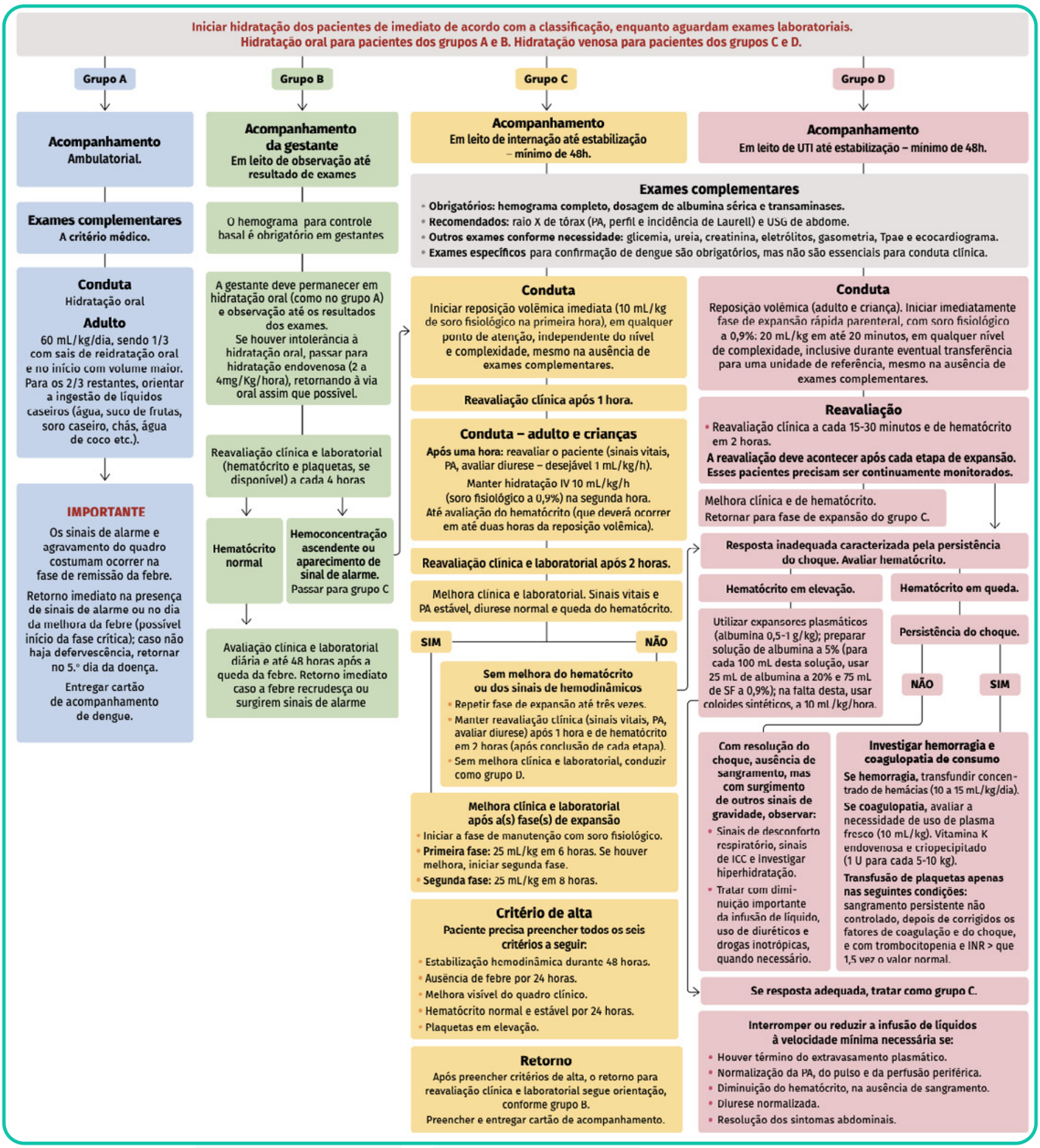
D) Solicitar ultrassonografia obstétrica de urgência e iniciar expansão volêmica com 20 mL/kg.

COMENTÁRIOS:

O quadro clínico da gestante é compatível com dengue. Na fase inicial, as manifestações clínicas são dominadas por **febre, cefaleia, exantema maculopapular, mal-estar, astenia, mialgia, artralgia (normalmente de baixa intensidade) e dor retro-orbitária**. Nos casos mais graves, a febre tende a ceder entre o terceiro e o sétimo dia do início dos sintomas (período de defervescência), mas surgem outras complicações que devem alertar o obstetra para uma evolução mais grave. São os casos de **dor abdominal intensa, vômitos, derrames das cavidades virtuais, hipotensão, hepatomegalia, manifestações hemorrágicas e sinais de comprometimento do sistema nervoso central (letargia e/ou irritabilidade**).

As gestantes são consideradas categoria B, independentemente da presença de sinais de alarme e a condução dos casos deve ser feita conforme o fluxograma a seguir.





Incorreta a alternativa A, pois a paciente não tem critério de gravidade para ser internada.

Correta a alternativa B, conforme explicado acima.

Incorreta a alternativa C, pois a paciente deve ficar em observação até o resultado dos exames.

Incorreta a alternativa D, pois não há indicação de ultrassonografia nesse momento.

Gabarito: B

55. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Gestante de 34 semanas vem ao pronto-socorro com queixa de dor em abdome. Refere boa movimentação fetal e nega perdas vaginais. Ao exame físico, apresenta pressão arterial de 160 x 100 mmHg. Foram coletados exames que se encontram a seguir: Hb = 9,8; Ht = 32,0; plaquetas = 96 mil; TGO = 170; TGP = 190; DHL = 760; creatinina = 1,0; ureia = 40; proteinúria de fita 2+ 4+. Quais são o diagnóstico e a conduta imediata?

A) Iminência de eclâmpsia, hidralazina endovenosa e parto cesáreo.

B) HELLP, sulfato de magnésio, hidralazina endovenosa e resolução da gestação.

C) Eclâmpsia, sulfato de magnésio e cesariana de urgência.

D) Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, internação para compensação clínica e parto com 37 semanas.

COMENTÁRIOS:

Os principais sintomas da síndrome HELLP são: **dor em hipocôndrio direito e epigástrio, mal-estar geral, náuseas e vômitos.** É importante lembrar que a hipertensão e a proteinúria podem estar ausentes ou serem apenas ligeiramente anormais, por isso recomenda-se avaliação laboratorial para todas as gestantes com alguns desses sintomas.

O **diagnóstico da síndrome HELLP é laboratorial** e feito por meio dos seguintes critérios:

H — hemólise: DHL ≥ 600 UI/L ou 2x a referência, esquizócitos ou equinócitos em sangue periférico, bilirrubinas ≥ 1,2 mg/dL, haptoglobina < 25 mg/dL;

EL — elevação das enzimas hepáticas (*enzime of liver*): 2 vezes o nível superior ou ≥ 70 UI;
LP — plaquetopenia (*low platelets*): plaquetas < 100.000/mm^3.

Diante de uma paciente com síndrome HELLP, a **conduta inicial é semelhante ao tratamento da pré-eclâmpsia grave**, ou seja, deve-se internar e estabilizar hemodinamicamente a gestante, fazer a avaliação da vitalidade fetal, administrar sulfato de magnésio para prevenção de convulsões e anti-hipertensivo para controle da hipertensão arterial grave (PA ≥ 160/110 mmHg). Além disso, os **exames laboratoriais precisam ser realizados a cada 6 horas, até a estabilização do quadro.**

Caso haja **plaquetopenia abaixo de 50 mil**, alguns serviços indicam **transfusão de plaquetas e o uso de dexametasona**, na dose de 10 mg a cada 12h, até 36h após o parto, em **mulheres que serão submetidas à cesárea.**

A **resolução da gestação** é o tratamento definitivo da síndrome HELLP, por isso o parto deve ocorrer em **todos os casos,** após administração do sulfato de magnésio e estabilização clínica da gestante. Não é indicado manter a gestação, independentemente da idade gestacional, pois os riscos maternos são muito elevados. A administração de **corticoterapia abaixo de 34 semanas** pode ser realizada, mas o parto só deve ser adiado para a aplicação do ciclo completo de corticoide se houver estabilidade materna e fetal. A via de parto preferida é a vaginal para diminuir o sangramento. A cesárea está indicada nos casos de hematoma hepático.

Incorreta a alternativa A, pois a paciente não tem a tríade clássica da iminência de eclâmpsia (cefaleia, escotomas e epigastralgia).

Correta a alternativa B, conforme explicado na introdução.

Incorreta a alternativa C, pois a eclâmpsia consiste na convulsão tônico-clônica associada ao quadro hipertensivo.

Incorreta a alternativa D, pois até podemos considerar como uma pré-eclâmpsia com sinais de gravidade, mas a conduta é resolutiva.

Gabarito: B

56. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Gestante de 8 semanas vem ao pronto-socorro com queixa de sangramento vaginal há 2 horas. Refere que, associado ao quadro, tem cólica de moderada intensidade. Ao exame físico, apresenta sinais vitais normais, abdome flácido e levemente doloroso à palpação de hipogástrio. Ao toque vaginal, apresenta colo pérvio para 1 cm. Diante do quadro, quais são a principal hipótese diagnóstica e a conduta?

A) Ameaça de abortamento; solicitar ultrassonografia e tipagem sanguínea e orientar sinais de alarme.

B) Abortamento inevitável; orientar esvaziamento intrauterino imediato pelo risco de complicações.

C) Abortamento inevitável: orientar sobre o diagnóstico e possibilidade de conduta conservadora ou ativa.

D) Ameaça de abortamento; prescrever progesterona via vaginal e repouso relativo.

COMENTÁRIOS:

Considera-se um abortamento inevitável **aquele em que ainda não houve eliminação do material ovular ou do embrião pelo colo, porém o processo já é irreversível.** Em algumas questões, mesmo com a eliminação de restos, dá-se o nome de abortamento inevitável. A nomenclatura mais correta nesses casos é de **abortamento em curso**, porém podem ser empregados como sinônimos (em curso ou inevitável).

Como a paciente se apresenta?

Em geral, a paciente apresenta **sangramento em moderada a grande quantidade, associado à dor pélvica.** Ao exame ginecológico, há presença de sangue coletado, podendo haver sangramento ativo. Um ponto importante é que, ao toque vaginal, **o colo uterino geralmente está PÉRVIO**, podendo haver herniação da bolsa em gestações mais avançadas. Como já dissemos, as provas podem considerar que um abortamento em curso, com saída de restos no momento da avaliação, seja um abortamento inevitável.

Como é o achado ultrassonográfico?

Pode ser visualizado o saco gestacional ou o embrião com batimentos cardíacos ou não, pode haver descolamento ovular significativo, associado a coágulos ou a hematoma.

Em geral, o quadro evolui espontaneamente, podendo tornar-se um abortamento completo ou incompleto.

Como tratar a paciente?

A paciente deve ser internada para estabilização clínica e, sobretudo nos casos em que houver sangramento importante, deve ser realizada expansão volêmica. Caso não haja resolução espontânea, deve ser realizado o esvaziamento uterino.

Sempre se lembrar de realizar imunoglobulina anti-D nas pacientes Rh negativo.

Incorreta a alternativa A, pois, na ameaça de abortamento, o colo está impérvio.

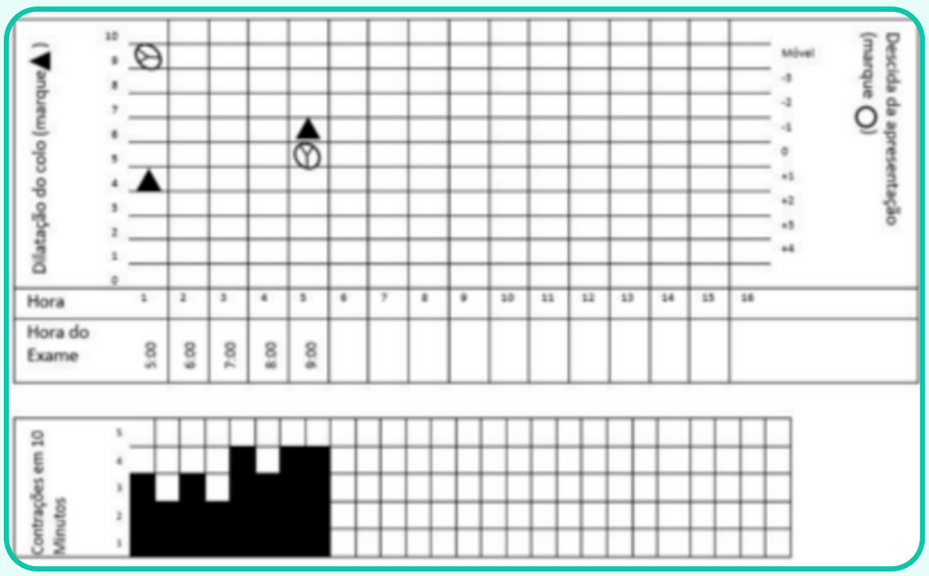
Incorreta a alternativa B, pois não há obrigatoriedade de conduta ativa.

Correta a alternativa C, pois podemos avaliar a possibilidade de eliminação espontânea do concepto ou realizar conduta ativa cirúrgica ou medicamentosa.

Incorreta a alternativa D, pois, além de o quadro não ser compatível, não há indicação de progesterona e repouso na ameaça de abortamento.

Gabarito: C

57. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Primigesta de 38 semanas de gestação deu entrada no pronto-socorro com quadro de contrações regulares. Foi diagnosticada com trabalho de parto e internada para assistência. A paciente evoluiu com o seguinte partograma:



Diante da evolução, qual é a conduta mais adequada?

A) Manter conduta expectante com assistência ao trabalho de parto.

B) Iniciar ocitocina endovenosa por fase ativa prolongada.

C) Indicar analgesia devido à hiperatividade uterina.

D) Encaminhar a paciente para cesariana por distocia de dilatação.

COMENTÁRIOS:

Temos uma gestante, primigesta, de 40 semanas de gestação, de risco habitual, que entrou em trabalho de parto espontâneo. A paciente foi avaliada às 5h e apresentava contrações efetivas, vitalidade fetal preservada e colo uterino com 4 cm de dilatação, com cabeça fetal móvel, segundo o partograma apresentado. Após 4 horas, foi realizado toque vaginal novamente e, nessa segunda avaliação, o colo estava com 6 cm de dilatação e a cabeça fetal estava no plano zero de De Lee. Os batimentos cardíacos fetais foram avaliados a cada 15 min durante essas 4 horas, mantendo-se a todo tempo normais.

Segundo as recomendações da OMS 2018, a evolução da fase ativa do trabalho de parto (a partir dos 5 cm de dilatação) é variável e não se deve considerar a necessidade de dilatação de 1 cm/hora. Além disso, a OMS (2018) orienta que o toque vaginal não seja realizado com intervalo menor do que 4 horas se gestante e feto estiverem bem. A OMS 2018 também não recomenda a realização de amniotomia ou ocitocina para encurtar a fase ativa do trabalho de parto se o parto está evoluindo e gestante e feto estão bem.

Sendo assim, o partograma apresentado mostra um trabalho de parto na fase ativa que está evoluindo de maneira fisiológica (parto eutócico), uma vez que houve progressão da dilatação de 4 para 6 cm e descida da cabeça fetal de móvel para o plano zero de De Lee, além de rotação interna para occipitopúbica. Como o parto está evoluindo de maneira fisiológica, não há necessidade de intervenções nesse momento, a não ser o controle da vitalidade fetal, que deve ser mantido de forma intermitente a cada 15 min, e oferecer opções de alívio de dor caso a gestante queira.

Correta a alternativa A, pois deve ser mantida a assistência ao parto.

Incorreta a alternativa B, pois a paciente já apresenta 5 contrações em 10 minutos, não havendo indicação de ocitocina.

Incorreta a alternativa C, pois há progressão normal do trabalho de parto e a analgesia, nesse caso, somente deve ser feita se solicitada pela parturiente.

Incorreta a alternativa D, pois não há distocia que indique cesariana.

Gabarito: A

58. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento) Paciente de 38 anos vem para sua primeira consulta de pré-natal trazendo os exames que foram solicitados pela equipe de enfermagem. Ela nega comorbidades prévias e queixas atuais. A glicemia de jejum veio com resultado de 94 mg/dL. Os demais exames estavam normais. Qual é a conduta adequada para essa paciente?

A) Realizar teste de tolerância oral à glicose entre 24 e 28 semanas para confirmar o diagnóstico.

B) Orientar o diagnóstico de diabetes *mellitus* prévio diagnosticado na gestação, uma vez que a alteração ocorreu no início da gestação

C) Iniciar insulina NPH devido aos riscos fetais associados ao diabetes na gestação.

D) Iniciar monitorização glicêmica diária e orientar dieta e atividade física para controle do diabetes gestacional.

COMENTÁRIOS:

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, pode-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:

1. DM prévio diagnosticado na gestação.

   Jejum ≥ 126 mg/dL

   ou

   Glicemia da 2ª hora ≥ 200 mg/dL.

2. DMG.

Jejum 92 – 125 mg/dL

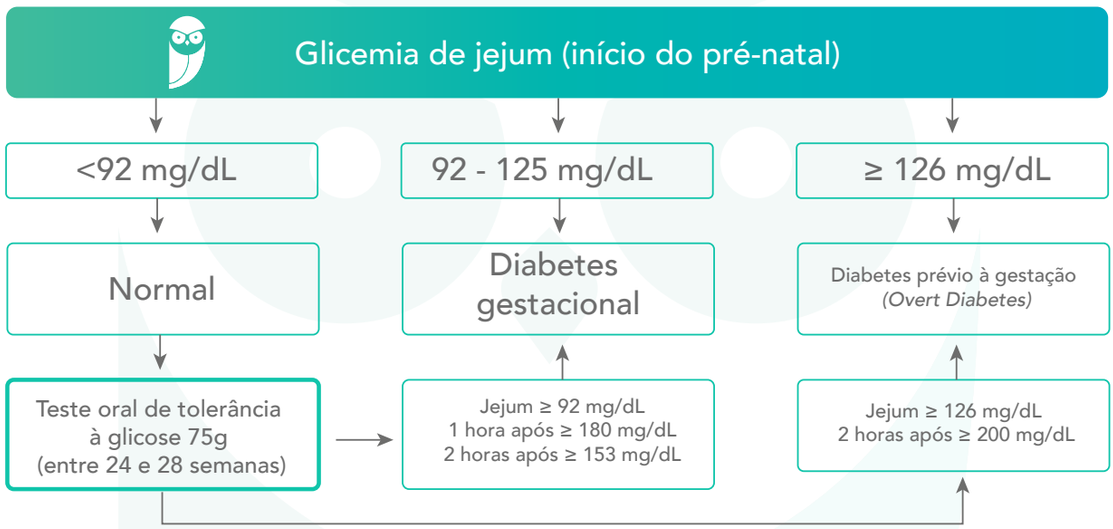
ou

Glicemia da 1ª hora ≥ 180 mg/dL

ou

Glicemia da 2ª hora 153 – 199 mg/dL.

3. TOTG normal (níveis glicêmicos inferiores aos limiares diagnósticos de DMG).



Incorreta a alternativa A, pois o exame alterado já confirma o diagnóstico de diabetes gestacional.

Incorreta a alternativa B, pois o diagnóstico é de diabetes gestacional.

Incorreta a alternativa C, pois, antes da introdução de insulina, devem ser orientadas mudanças de estilo de vida.

Correta a alternativa D, pois o diagnóstico é de diabetes gestacional e a conduta inicial está adequada.

Gabarito: D

59. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento) A prematuridade é a principal causa de morbimortalidade neonatal e o segundo principal motivo de morte em crianças menores de 5 anos, configurando um grave problema de saúde pública. Sendo assim, as intervenções obstétricas e neonatais que podem reduzir a prematuridade e/ou suas complicações são cada vez mais estudadas, por isso esse tema é de extrema relevância na obstetrícia. Em relação ao tema, assinale a alternativa correta.

A) A medida mais eficaz para a prevenção da prematuridade é o uso universal de progesterona por via vaginal a partir de 16 semanas de gestação.

B) A medida do colo uterino abaixo de 30 mm na ultrassonografia entre 18 e 24 semanas indica colo curto e maior risco de prematuridade.

C) O uso de sulfato de magnésio em trabalho de parto prematuro antes de 32 semanas é indicado para prevenção de eclâmpsia materna.

D) O nifedipino é a medicação mais utilizada para inibição de trabalho de parto prematuro por sua eficácia e baixo custo.

COMENTÁRIOS:

Parto prematuro é aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação (< 259 dias), lembrando que a contagem da idade gestacional deve ser iniciada no primeiro dia da última menstruação (DUM). O limite inferior para considerar parto prematuro é de 20 ou 22 semanas completas; antes disso, o desfecho da gestação é considerado aborto.

A prematuridade pode ser classificada como espontânea ou eletiva. A prematuridade espontânea corresponde a entre 70 e 80% dos casos, sendo 40 a 50% em decorrência do trabalho de parto prematuro (TPP), entre 20 a 30% por rotura prematura pré-termo de membranas (RPM pré-termo) e uma porcentagem pequena (1%) em decorrência da insuficiência istmocervical (IIC). Já a prematuridade eletiva corresponde a entre 20 e 30% dos casos e se refere à gestação interrompida precocemente por indicação médica devido à complicação materna ou fetal. As principais causas de prematuridade eletiva são os distúrbios hipertensivos da gestação.

Além disso, quanto à idade gestacional, a prematuridade também pode ser classificada em prematuridade precoce (antes de 34 semanas) e prematuridade tardia (a partir de 34 semanas). A OMS classifica o prematuro em prematuro extremo (< 28 semanas), muito prematuro (28-31 e 6/7 semanas), prematuro moderado (entre 32 e 33 6/7 semanas) e prematuro tardio (34 a 36 6/7 semanas), sendo que prematuridade tardia corresponde a 70% de todos os nascimentos prematuros.

Incorreta a alternativa A, pois a progesterona é indicada em pacientes com antecedente de prematuridade ou com colo curto.

Incorreta a alternativa B, pois o colo é considerado curto quando menor do que 25 mm.

Incorreta a alternativa C, pois o sulfato de magnésio antes de 32 semanas é empregado para neuroproteção fetal.

Correta a alternativa D, pois os **bloqueadores de canais de cálcio** inibem a entrada do cálcio na célula, levando ao relaxamento miometrial. Os efeitos colaterais maternos mais comuns são enrubescimento facial, náuseas, cefaleia e hipotensão arterial. Deve-se fazer o controle da frequência cardíaca e pressão arterial materna. O betabloqueador utilizado como tocolítico é a **nifedipina** e, apesar de essa medicação ser eficaz na inibição do trabalho de parto por 48 horas, seu uso ainda é *off-label*, isto é, essa droga não tem registro para ser utilizada como uterolítico, mas é uma das mais usadas devido à facilidade de administração e ao baixo custo.

Gabarito: D

60. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Carlos Eduardo Nascimento)** Paciente 3G2Pn, teve parto vaginal há cerca de 15 minutos. Após a dequitação placentária, iniciou sangramento por via vaginal em grande quantidade, com útero amolecido e acima da cicatriz umbilical. Apresenta pressão arterial de 80 x 40 mmHg e frequência cardíaca de 120 batimentos por minuto. A paciente recebeu 10 UI de ocitocina IM logo após a dequitação para a profilaxia de hemorragia. Nesse momento, qual é a conduta imediata mais adequada?

A) Iniciar massagem uterina, solicitar concentrado de hemácias e realizar expansão volêmica.

B) Encaminhar paciente para realização de laparotomia exploratória pela instabilidade hemodinâmica.

C) Administrar 800 µg de misoprostol via retal e aguardar a resposta.

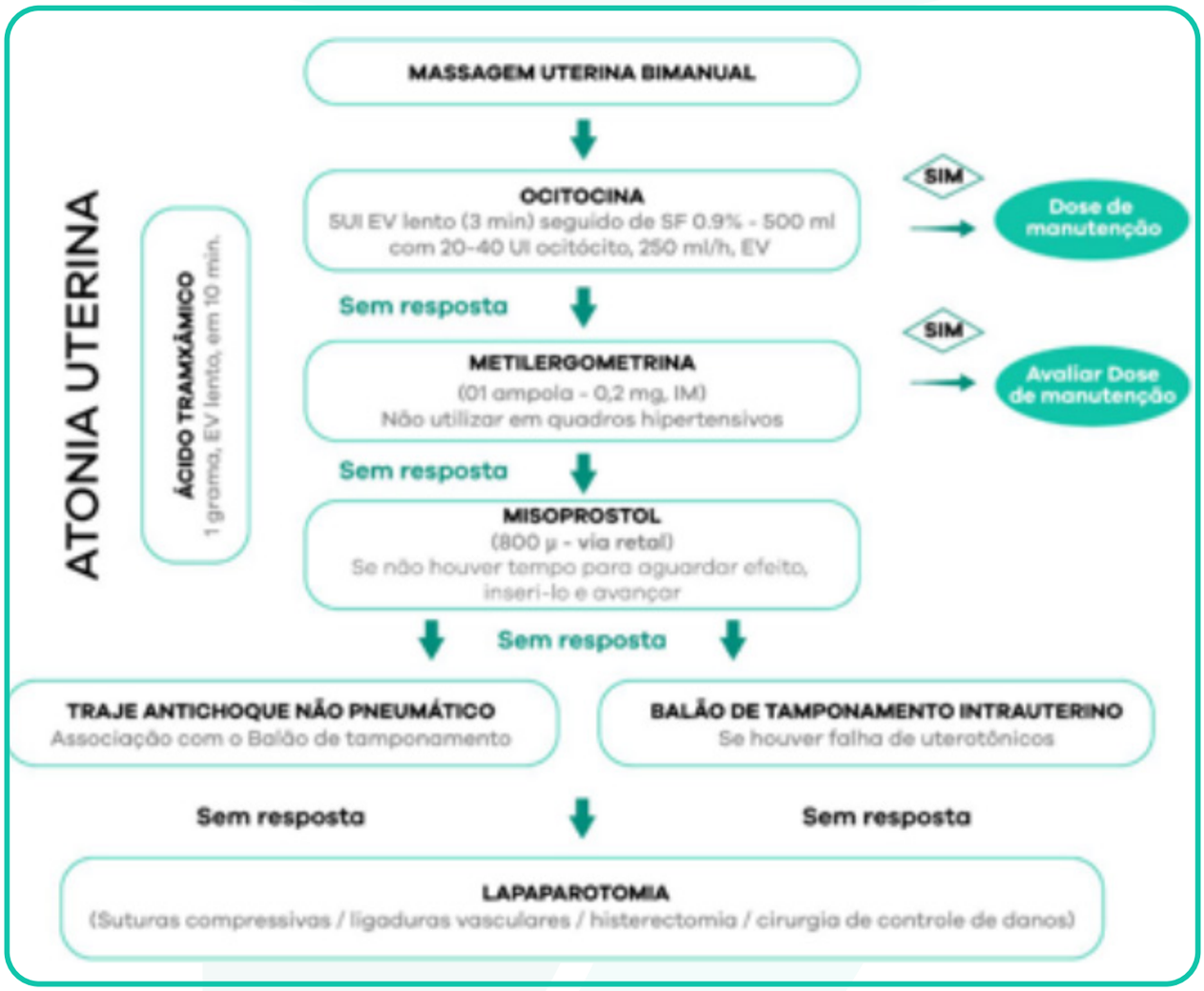
D) Administrar apenas ácido tranexâmico e expansão volêmica.

COMENTÁRIOS:

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.



Correta a alternativa A, pois essa é a primeira conduta a ser tomada.

Incorreta a alternativa B, pois devemos fazer todas as manobras não invasivas antes da abordagem cirúrgica.

Incorreta a alternativa C, pois o misoprostol não é a primeira conduta a ser realizada.

Incorreta a alternativa D, pois também devem ser administrados uterotônicos.

Gabarito: A

PEDIATRIA

61. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Renato, 4 anos, dá entrada em pronto-socorro com tosse seca, desconforto respiratório e sibilância há cerca de 12 horas. Já apresentou episódios prévios semelhantes, e faz uso de corticoide inalatório diariamente. Ao exame físico, constata-se agitação leve, SpO2 de 92% em ar ambiente, FR de 32 irpm com sibilância difusa à ausculta pulmonar, FC de 118 bpm. Qual é a conduta inicial adequada para esse paciente?

A) 4 *puffs* de salbutamol de 20 em 20 minutos por 1 hora; oferecer O2 suplementar em máscara de Venturi. Considerar corticoide sistêmico enteral e brometo de ipratrópio caso a resposta seja insatisfatória.

B) 6 *puffs* de salbutamol de 20 em 20 minutos por 1 hora; oferecer O2 suplementar em máscara não reinalante; corticoide sistêmico enteral; e brometo de ipratrópio. Considerar sulfato de magnésio caso a resposta seja insatisfatória.

C) 4 *puffs* de salbutamol de 20 em 20 minutos por 1 hora; oferecer O2 suplementar em máscara não reinalante; corticoide sistêmico parenteral. Considerar brometo de ipratrópio caso a resposta seja insatisfatória.

D) 6 *puffs* de salbutamol de 20 em 20 minutos por 1 hora; oferecer O2 suplementar em máscara de Venturi; e brometo de ipratrópio. Considerar corticoide sistêmico enteral caso a resposta seja insatisfatória.

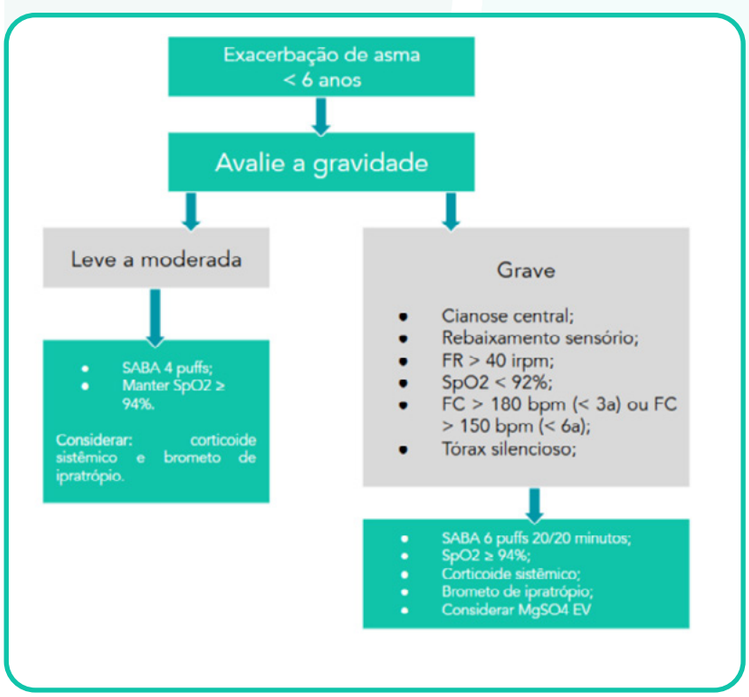
COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Questão de exacerbação de asma em crianças. Bora lá?

Antes de começar, é importante checar a idade do paciente. Lembre-se de que o manejo de asma, tanto manutenção quanto exacerbação, **muda para menores de 6 anos**, ok? Nessa questão, vou me ater às recomendações para **pacientes < 6 anos.**

Vamos começar com o fluxograma:



Note o seguinte: o primeiro passo é **avaliar a gravidade**. Na presença de um critério de gravidade, você deve manejar o paciente como **exacerbação grave:**

Sintoma ou sinal	Leve a moderada	Grave
Nível de consciência	Normal ou agitação leve	Confusão ou rebaixamento
SpO_2 na admissão	≥ 92%	< 92%
Fala	Frases	Palavras
Frequência cardíaca	< 100 bpm	> 180 bpm se < 3 anos > 150 bpm se 4 ou 5 anos
Frequência respiratória	≤ 40 irpm	> 40 irpm
Uso de musculatura acessória	Ausente	Presente
Cianose central	Ausente	Presente
Intensidade da sibilância	Variável	Tórax silencioso

Os parâmetros favoritos da maioria dos examinadores são: incapacidade de falar frases, uso de musculatura acessória e hipoxemia! Busque sinais de gravidade de forma direcionada.

Renato, apesar da frequência cardíaca discretamente aumentada, não preenche nenhum dos critérios de gravidade. Dessa forma, estamos diante de uma **crise leve a moderada**.

Definida a gravidade da exacerbação, vamos para o tratamento preconizado:

	Leve a moderada	Grave
SABA	4 *puffs* ATÉ 20 em 20 minutos	6 *puffs* de 20 em 20 minutos
Corticoide sistêmico	Somente se não melhorar em 1–2h	Na admissão
O_2 suplementar	Manter SpO_2 ≥ 94%	Manter SpO_2 ≥ 94%
Brometo de ipratrópio	Somente se não melhorar em 1–2h	Na admissão
$MgSO_4$ EV	Não é considerado	Considerar para > 2 anos

Como tratamento inicial para Renato, então, temos: SABA 4 *puffs* 20/20 minutos + O2 suplementar para atingir alvo de SpO2. Vamos considerar corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio.

O suporte de oxigênio que costuma ser mais adequado para o manejo **inicial** emergências pediátricas é a **máscara não reinalante**, que oferece uma FiO2 de praticamente 100%. Mas você também encontrará questões falando de **máscara de Venturi.**

Dê uma olhada em algumas considerações sobre os dispositivos:

- **Máscara não reinalante (MNRI)**: essa é ótima para cenários de emergência em que o paciente TEM *DRIVE* RESPIRATÓRIO. Oferece uma FiO2 próxima de 100%, mas depende de o paciente "puxar" o ar, ou seja, não oferece pressão positiva. Geralmente, só vamos manter a MNRI no atendimento inicial, e depois escalonamos o suporte de acordo com o que o paciente precisa! Lembre-se de que hiperóxia também faz mal.
- **Máscara de Venturi:** é uma máscara com uma válvula que pode ser trocada. Tem várias cores de válvulas, e cada cor de válvula oferecerá uma determinada FiO2 para um determinado fluxo de ar. A FiO2 geralmente vai de 24 até 50%! Ou seja, uma FiO2 menor do que a MNRI. Pode ser considerada como suporte inicial em pacientes com quadros mais leves em que a SpO2 está próxima do alvo. Ah, e claro: o paciente deve ter *drive* respiratório! Não fornece pressão positiva.

Beleza, sabemos que tanto a MNRI quanto a Venturi são adequadas para nosso paciente. Agora, sobre os medicamentos, alguns examinadores vão mais fundo e cobram as doses:

	Dosagem
SABA	4–6 *puffs* de 20 em 20 minutos na 1ª hora e 4 ou mais *puffs* por hora após a 1ª hora
Corticoide sistêmico	Prednisolona 1–2 mg/kg/dia *(máx. 20 mg se < 2 anos; 30 mg se < 6 anos)*
O_2 suplementar	Manter $SpO_2 \geq 94\%$
Brometo de ipratrópio	4 *puffs* de 20 µg de 20 em 20 minutos em 1 hora
$MgSO_4$ EV	40–50 mg/kg/dose durante 20 minutos, máximo de 2g *Usar somente se ≥ 2 anos*

Peço que você tenha atenção às doses de SABA, que estão fixas de acordo com a gravidade da crise.

Lembre-se de que o **corticoide via oral tem a mesma eficácia do endovenoso**. Sempre que possível, daremos preferência para a administração via oral, pois obter um acesso venoso em uma criança é sempre difícil (muito choro, agitação e pouca colaboração, que pioram o desconforto respiratório.

Beleza. Vamos ver qual é a melhor alternativa?

Correta a alternativa A. A crise é leve/moderada. Portanto, iniciamos com SABA + O2 suplementar. Na ausência de resposta, vamos iniciar corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio.

Incorreta a alternativa B. Seria a conduta se estivéssemos diante de uma crise grave.

Incorreta a alternativa C. O corticoide deve ser administrado, preferencialmente, por via oral. Além disso, como a crise é leve/moderada, reservamos essa medicação para uma situação em que o manejo com SABA + O2 não é eficaz.

Incorreta a alternativa D. A dose do SABA está muito alta! Além disso, vamos considerar o brometo de ipratrópio caso as medidas iniciais não sejam efetivas.

Gabarito: A

62. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Ângelo tem 7 meses, pesa 7,5 kg, hígido, nascido a termo. Há 4 dias, iniciou quadro de tosse e congestão nasal. Hoje, passou a apresentar desconforto respiratório e foi trazido ao PS infantil. Ao exame físico inicial, temos: paciente acordado e agitado, FR de 62 irpm, esforço respiratório moderado, SpO2 de 91% em ar ambiente, sibilos e estertores difusos, FC de 156 bpm, normotenso, TEC de 2 segundos e pulsos fortes. O painel viral isolou um vírus sincicial respiratório. Considerando que o paciente foi internado e já foi para a enfermaria, qual é o suporte ventilatório mais adequado para Ângelo?

A) Ventilação com bolsa-válvula-máscara.

B) Cânula nasal de alto fluxo.

C) Máscara não reinalante.

D) Ventilação mecânica não invasiva.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Ao que tudo indica, Ângelo está com uma bronquiolite viral aguda. O quadro é clássico: lactente que pega um resfriado comum e, por volta do 3 a 5º dia de sintoma, passa a apresentar desconforto respiratório com sibilância. O principal agente etiológico dessa doença é o vírus sincicial respiratório, que foi isolado em Ângelo.

Podemos notar que ele está hemodinamicamente estável, pois está normotenso, acordado e com tempo de enchimento capilar (TEC) dentro da normalidade. A FC elevada pode ser atribuída à hipoxemia e ao esforço respiratório, que parecem ser o principal problema em nosso paciente.

Para escolher o melhor suporte ventilatório para seu paciente em uma prova, gosto de analisar principalmente duas características: a FiO2 que o método oferece e a capacidade de oferecer pressão-positiva (isto é, "empurrar" o ar para os pulmões do paciente).

Geralmente, quadros mais graves de hipoxemia exigem métodos que forneçam uma FiO2 mais elevada; e, em cenários em que o paciente não respira, precisamos de métodos que forneçam pressão positiva de forma prática (pois você precisa "empurrar" o ar para dentro). Então, preste atenção nas seguintes características centrais dos diferentes tipos de suporte ventilatório:

- **Máscara não reinalante (MNRI)**: essa é ótima para cenários de emergência em que o paciente TEM *DRIVE* RESPIRATÓRIO. Oferta uma FiO2 próxima de 100%, mas depende de o paciente "puxar" o ar, ou seja, não oferece pressão positiva. Geralmente, só vamos manter a MNRI no atendimento inicial, e depois escalonamos o suporte de acordo com o que o paciente precisa! Lembre-se de que hiperóxia também faz mal.
- **Máscara de Venturi:** é uma máscara com uma válvula que pode ser trocada. Tem várias cores de válvulas, e cada cor de válvula oferecerá uma determinada FiO2 para um determinado fluxo de ar. A FiO2 geralmente vai de 25 até 50%! Ou seja, uma FiO2 menor do que a MNRI. Ah, e claro: o paciente deve ter *drive* respiratório! Não fornece pressão positiva.
- **Cânula nasal simples:** não podemos ultrapassar 2 ou 3 L/min, porque o O2 acaba sendo fornecido praticamente puro e isso pode queimar o nariz do paciente. Então, é um dispositivo de baixo fluxo que fornece baixas FiO2 (próximo de 30%). Não costuma ser adequado para cenários de emergência - é mais utilizado em pacientes em processo de desmame de O2, ou usuários crônicos de O2.
- **Cânula nasal de alto fluxo (CNAF):** grande estrela que salva muito bebê com bronquiolite do tubo. Ótima escolha para pacientes com bronquiolite moderada-grave sem sinais de insuficiência respiratória. Aquece e umidifica o ar, ajuda a lavar o CO2 do espaço morto. O fluxo de ar é titulado de 1,0-2,0 L/kg/min + FiO2 titulável até 100%, que varia de acordo com a necessidade do paciente. Para uma criança que pesa 4 kg, um fluxo de 8 L/min gera 2,0 L/kg/min, que é OK. Também exige que o paciente TENHA *DRIVE* RESPIRATÓRIO, pois não oferece pressão positiva de forma confiável.

- **Ventilação mecânica não invasiva (CPAP ou BIPAP):** aqui a conversa já começa a mudar. Conseguimos ofertar pressão positiva para o paciente, reduzindo o trabalho respiratório. É um degrau acima do CNAF em termos de suporte ventilatório. Temos várias interfaces diferentes - máscaras *full-face*, máscaras nasais, capacetes. No CPAP, setamos a FiO2 e a pressão contínua. No BIPAP, setamos a FiO2, *PEEP* e uma PRESSÃO DE SUPORTE, além da possibilidade de FR dependendo do modo de ventilação. Mas note o seguinte: apesar de oferecer pressão positiva, é imperativo que o paciente apresente um bom nível de consciência, estabilidade hemodinâmica e *drive* respiratório para a VNI funcionar, pois esse método exige uma sincronia entre o padrão respiratório do paciente e o ventilador para funcionar bem. Além disso, depende de uma vedação perfeita da interface com o paciente e é desconfortável. Por isso, muitas vezes precisamos sedar o paciente (sedação leve com dexmedetomidina, por exemplo) para termos um bom resultado. Ou seja: dificilmente é a primeira linha de suporte ventilatório no pronto-socorro! Mas é ótimo para fisioterapia respiratória e para quadros mais graves de desconforto respiratório que não respondem ao suporte inicial (com CNAF, por exemplo). Costuma ser a última linha antes do tubo.
- **Ventilação mecânica invasiva:** aí é tubo + ventilação mecânica. A depender do modo de ventilação, podemos controlar FR, Tinsp, PEEP, pressão inspiratória, FiO2...enfim, tudo na mão. **Descrição de sinais como:** bradicardia, instabilidade hemodinâmica, rebaixamento do nível de consciência, falência respiratória podem sugerir a necessidade de IOT. Mas lembre-se sempre de **ESTABILIZAR** o paciente antes do procedimento, ok?
- **Ventilação bolsa-válvula-máscara**: você conecta um AMBU em uma fonte de O2 (geralmente FiO2 100%) para ventilar o paciente sem *drive* respiratório. Oferece pressão e é usada em emergência: paciente que não respira, em parada cardiorrespiratória, e por aí vai... é utilizado como **resgate na emergência**. Veja os sinais vitais do paciente na questão: se ele está sem *drive*, a resposta imediata será BVM!

Bom, vemos que Ângelo apresenta um desconforto respiratório moderado e está bem acordado e estável hemodinamicamente. Para quadros moderados a graves de bronquiolite viral aguda, a grande estrela é a **cânula nasal de alto fluxo**.

Podemos deixar uma FiO2 de 40% e um fluxo de 15 L/min (2 L/kg/min) e ver como esse garoto responde. Caso a resposta seja insatisfatória, podemos considerar a transferência para UTI e uma ventilação mecânica não invasiva. Só a título de curiosidade: alguns serviços consideram que o paciente em CNAF já tem indicação de UTI.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Esse método é utilizado para emergências em que o paciente não respira (PCR, parada ou depressão respiratória).

Correta a alternativa B. Ângelo apresenta um desconforto respiratório moderado e está bem acordado e estável hemodinamicamente. Para quadros moderados a graves de bronquiolite viral aguda, a grande estrela é a **cânula nasal de alto fluxo**.

Podemos deixar uma FiO2 de 40% e um fluxo de 15 L/min (2 L/kg/min) e ver como esse garoto responde. Caso a resposta seja insatisfatória, podemos considerar a transferência para UTI e uma ventilação mecânica não invasiva.

Incorreta a alternativa C. Poderia até ser utilizada no atendimento inicial, mas note que nosso paciente já foi para a enfermaria. A FiO2 de 100% da MNRI não deve ser mantida por muito tempo - nada de ficar "largando" paciente com MNRI na internação! Enxergue esse suporte como uma "ponte" até o suporte mais adequado. Hiperóxia também faz mal.

Incorreta a alternativa D. Esse método depende de uma vedação perfeita da interface com o paciente e é desconfortável. Por isso, muitas vezes, precisamos sedar o paciente (sedação leve com dexmedetomidina, por exemplo) para termos um bom resultado. Ou seja: dificilmente é a primeira linha de suporte ventilatório no pronto socorro!

Mas é ótimo para fisioterapia respiratória e para quadros mais graves de desconforto respiratório que não respondem ao suporte inicial (com CNAF, por exemplo).

Gabarito: B

63. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Natália deu à luz um menino de 38 semanas de idade gestacional. A puérpera está tratando uma tuberculose pulmonar há 3 dias, e convive com o HIV. A profilaxia para HIV para o RN foi adequadamente iniciada, e ele é assintomático. Como devemos proceder com a vacinação e profilaxia de tuberculose?

A) Não vacinar com BCG ao nascimento, 4 meses de rifampicina. Não vacinar com BCG devido ao histórico materno de HIV.

B) Não vacinar com BCG ao nascimento, 3 meses de isoniazida. Realizar prova tuberculínica após término da quimioprofilaxia, vacinar com BCG caso seja não reagente.

C) Não vacinar com BCG ao nascimento, 3 meses de isoniazida. Não vacinar com BCG devido ao histórico materno de HIV.

D) Não vacinar com BCG ao nascimento, 4 meses de rifampicina. Vacinar com BCG após término da quimioprofilaxia, sem necessidade de prova tuberculínica.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

A quimioprofilaxia baseia-se no emprego de medicamentos para prevenir a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* em pessoas expostas, ou o desenvolvimento da doença nos indivíduos já infectados.

No primeiro caso, trata-se da **quimioprofilaxia primária** e, no segundo, da **quimioprofilaxia secundária**. A literatura vem adotando o termo tratamento da infecção latente por tuberculose (ILTB) para designar a quimioprofilaxia secundária, especialmente em grupos de maior risco de desenvolver a doença.

Os recém-nascidos expostos à tuberculose podem apresentar formas graves da doença e, por esse motivo, devem ser submetidos à profilaxia primária.

Se for constatado o contato, o recém-nascido (RN) não deve ser vacinado e deve receber rifampicina por quatro meses. Após esse período, é suspensa a profilaxia e ele é vacinado com a BCG.

Caso a criança tenha sido vacinada de forma inadvertida, devemos fazer os 4 meses de rifampicina.

Ah, e lembrando que a **amamentação é permitida**, desde que a mãe não tenha mastite tuberculosa. Mães com tuberculose pulmonar devem utilizar a máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança, enquanto a baciloscopia for positiva.

E só mais um detalhe: o fato de uma mãe ser HIV+ **não** contraindica a BCG, pois isso não significa que a criança é imunossuprimida. A criança vai passar pelo esquema de profilaxia contra o HIV e vamos acompanhá-la com pesquisas de carga viral e sorologias para descobrir se houve ou não a transmissão vertical. De toda forma, a criança não é imunossuprimida ao nascimento! Por isso, a BCG não é contraindicada.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. O fato de uma mãe ser HIV + **não** contraindica a BCG, pois isso não significa que a criança é imunossuprimida (desde que ela não seja sintomática, é claro). A criança vai passar pelo esquema de profilaxia contra o HIV e vamos acompanhá-la com pesquisas de carga viral e sorologias para descobrir se houve ou não a transmissão vertical. De toda forma, a criança não é imunossuprimida ao nascimento! Por isso, a BCG não é contraindicada.

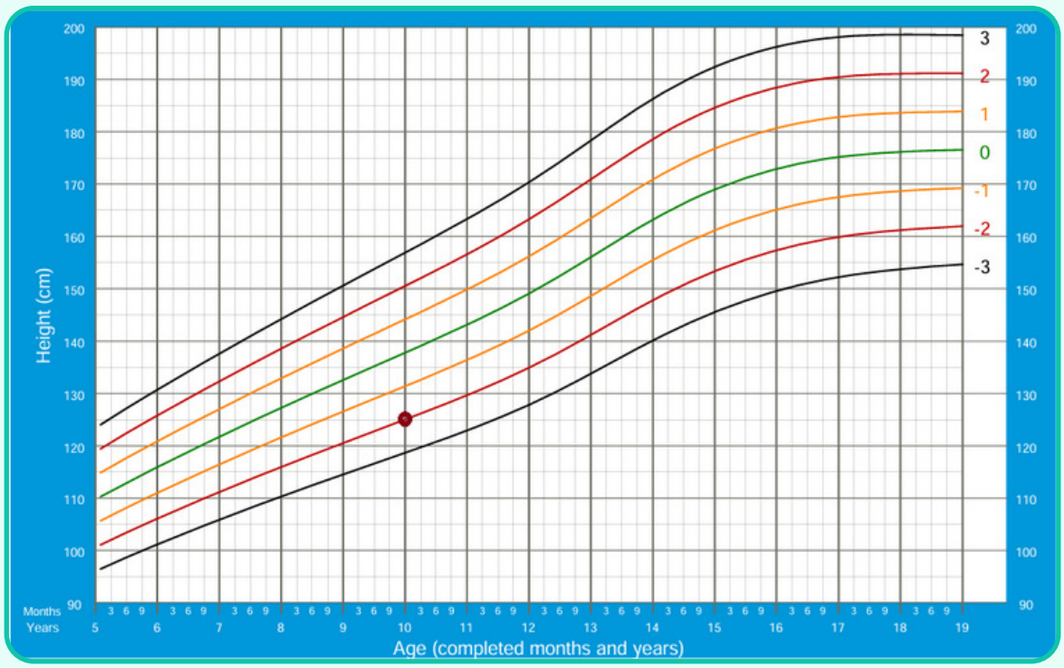
Incorreta a alternativa B. Utilizamos a rifampicina para a profilaxia primária. O esquema citado na alternativa é o antigo de profilaxia primária! Atualmente, não há necessidade de PPD no fim do curso da quimioprofilaxia para definir a vacinação.

Incorreta a alternativa C. Utilizamos a rifampicina para a profilaxia primária, e o histórico materno de HIV, por si só, não contraindica a BCG.

Correta a alternativa D. A princípio, seguiremos nosso esquema de quimioprofilaxia primária normalmente. Claro que vamos avaliar se a criança não foi infectada pelo HIV ao longo desse período ou se ela não desenvolve sintomas, mas, em um primeiro momento, não há contraindicação à BCG, pois não há evidência de imunossupressão.

Gabarito: D

64. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Renan tem 11 anos e vem em consulta com queixa de ser um dos menores alunos de sua sala. Seu pai mede 185 cm e sua mãe 169 cm. Hoje, Renan está com 128 cm. No gráfico estatura × idade, temos a seguinte evolução:



Exame físico sem alterações, estadiamento de Tanner G1P1. Conforme radiografia de mão e punho esquerdos, a idade óssea do paciente é de 8 anos. Entre as hipóteses diagnósticas, a mais provável é:

A) baixa estatura familiar.

B) atraso constitucional do crescimento e da puberdade.

C) hipotireoidismo adquirido.

D) estatura adequada para a idade.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Uma questão com queixa principal de baixa estatura.

Temos os seguintes dados:

- **paciente de 11 anos pré-púbere (G1P1):** até aí, tudo bem. A faixa normal de desenvolvimento puberal no sexo masculino é 9 a 14 anos;
- **estatura atual entre *Z-score* -2 e -3:** de fato, uma baixa estatura que destoa do alvo genético de cerca de 183 cm (próximo do *Z-score* +1);
- **velocidade de crescimento de 3 cm no último ano (125 para 128 cm):** está reduzida! Esperamos uma velocidade de 5 a 7 cm/ano em pré-púberes;
- **idade óssea de 8 anos**: está atrasada, pois a diferença é maior do que 2 anos em relação à cronológica.

Que conclusões podemos tirar? Vamos por partes.

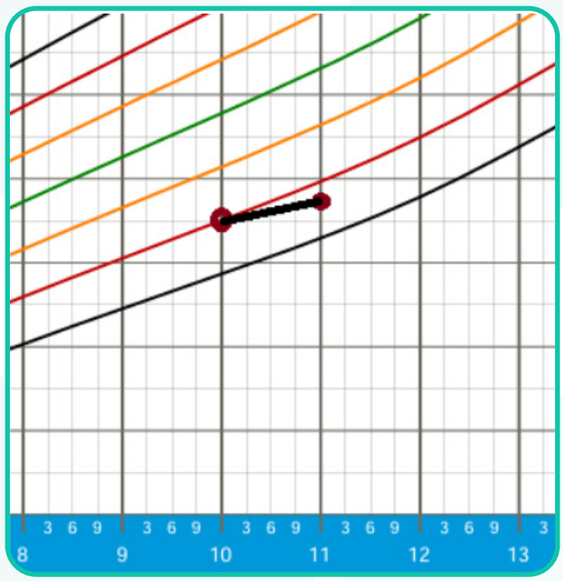
O que é baixa estatura/crescimento anormal?

A baixa estatura é definida quando o escore-Z é menor do que -2, ou seja, um desvio acima de 2 desvios-padrão da mediana de estatura de acordo com o sexo e idade.

Quando a criança se encontra abaixo de 2 desvios-padrão em relação a seu alvo genético, ela também necessita de investigação. Se a família, por exemplo, está no +3 e a criança no 0, há necessidade de investigação para baixa estatura.

Além disso, não se esqueça de que a avaliação da estatura é dinâmica, portanto uma criança que esteja "caindo" do percentil 50 para o percentil 25 pode não ter o diagnóstico de baixa estatura, mas apresenta um problema em seu crescimento.

Parece ser o caso de Renan! Além de a estatura estar < Z-score -2, note que houve uma queda de sua "linha de crescimento" ao longo do último ano.



Seria melhor se o paciente tivesse mantido seu canal de crescimento, mas note a tendência de retificação ao longo do último ano.

Como investigar um paciente com baixa estatura?

A baixa estatura é uma queixa razoavelmente frequente nos consultórios de pediatria. Seu papel como médico é diferenciar **variantes benignas** (chamados desvios da normalidade) das **causas patológicas de baixa estatura** (isto é, alguma doença que está impedindo o paciente de atingir seu potencial).

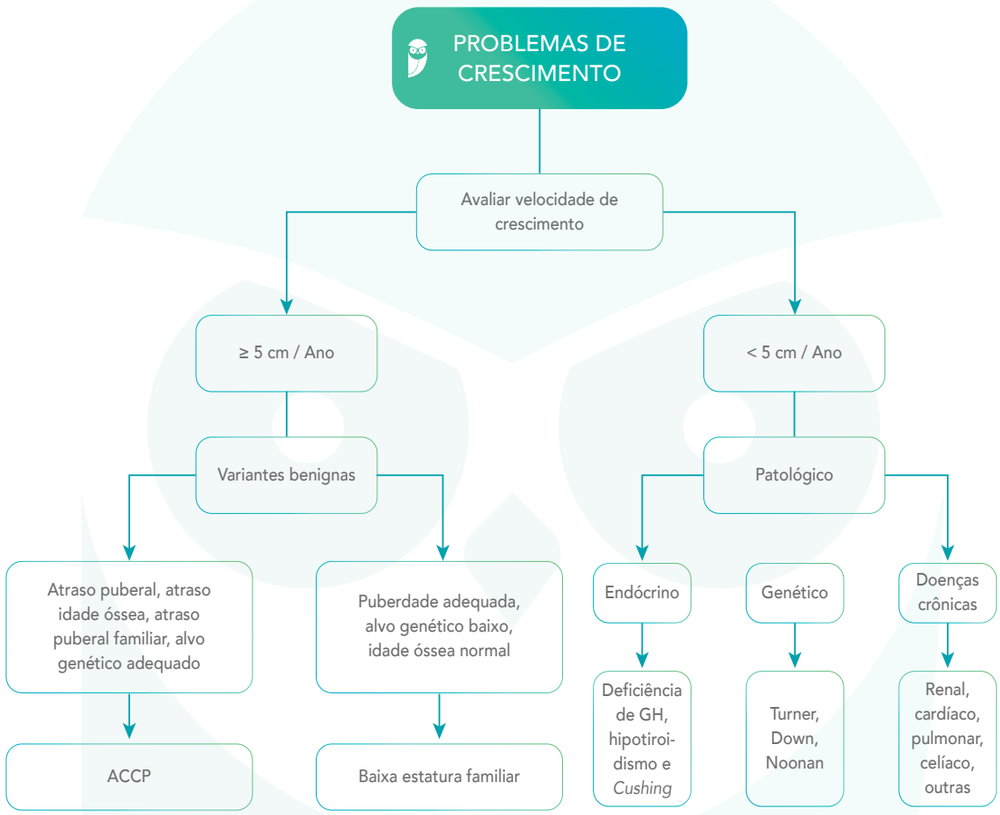
Para ajudá-lo a fazer essa distinção, são duas informações importantes que você deve buscar no enunciado: **velocidade de crescimento** e **idade óssea.**

A **velocidade de crescimento** nas crianças pré-púberes costuma estar em torno de 5 a 7 cm/ano (algumas referências falam de 4 a 7 cm/ano). Valores abaixo disso nos sugerem causas patológicas.

Aqui o raciocínio é simples: se seu corpo está enfrentando alguma doença que resulta no aumento da demanda metabólica (ou caso não haja substrato para tal), a primeira função "não vital" da qual ele irá abrir mão é do **crescimento e desenvolvimento puberal**. A "energia" do corpo é destinada para processos mais importantes para a sobrevivência. Por isso, doentes crônicos pediátricos são pequenos e costumam ter um atraso puberal. Assim sendo:

Se a velocidade de crescimento está **normal**, vamos pensar nas variantes benignas.

Se ela estiver **lentificada**, vamos pensar em causas patológicas de baixa estatura:



Já a avaliação da **idade óssea** é padronizada por meio da avaliação de **radiografia de punho esquerdo**. É considerada normal a idade óssea que está entre 2 desvios-padrão (DP) para cima ou para baixo em relação à idade cronológica. De uma forma geral, isso coincide com **até 2 anos de diferença entre IO e IC.**

Sabendo a velocidade de crescimento e a idade óssea, você já tem as ferramentas para chegar ao diagnóstico em quase todas as questões desse tema. Tenha em mente que a maioria delas explora as variantes benignas de baixa estatura. São suas condições principais:

- **baixa estatura familiar (BEF):** a família é "baixinha"! O potencial genético de crescimento da criança é limitado por isso;
- **atraso constitucional do crescimento e puberdade (ACCP):** chamado "maturador tardio", a criança simplesmente demora mais do que os outros para entrar na puberdade e crescer. O que mais chama a atenção aqui é a **idade óssea atrasada**! Mas, no final das contas, o estirão e a puberdade chegam e o prognóstico é normal.

	BEF	ACCP
Estatura	< escore-Z-2	< escore-Z-2
Velocidade de crescimento na puberdade	Normal	Normal
Estatura dos pais	Baixa estatura em um ou ambos	Normal
Idade óssea	Compatível com IC	Atrasada e compatível com a estatura
Previsão de estatura final	Baixa	Normal
Puberdade	Normal	Atrasada
História familiar de atraso puberal	Não	Sim

Já sobre as causas patológicas, temos causas endocrinológicas, genéticas e doenças crônicas. De uma forma geral, nesses quadros, temos **redução da velocidade de crescimento** e, habitualmente, **atraso na idade óssea**.

Dica importante: Quando a causa de baixa estatura é endocrinológica (hipotireoidismo e deficiência de GH), **ocorre diminuição da velocidade de crescimento e atraso na idade óssea.** Lembre-se disso nas provas!

Bom, parece ser o caso do Renan, concorda? Temos uma velocidade de crescimento reduzida e uma idade óssea atrasada.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Na BEF, temos uma estatura baixa (*Z-score* < -2), mas a velocidade de crescimento e a idade óssea ficam preservadas. Além disso, note a estatura-alvo da família de Renan ([estatura pai + estatura mãe + 13] / 2 = 183 cm).

Incorreta a alternativa B. Justifica a baixa estatura no momento e a idade óssea atrasada, mas não justifica a velocidade de crescimento reduzida! Lembre-se: as variantes benignas preservam a velocidade de crescimento entre 5 e 7 cm/ano.

Correta a alternativa C. Temos idade óssea atrasada e velocidade de crescimento reduzida. Devemos pensar em patologias. Entre as possibilidades, uma das mais frequentes é o hipotireoidismo adquirido.

Incorreta a alternativa A. Nosso paciente tem uma estatura no *Z-score* < -2! Isso configura uma baixa estatura para a idade.

Gabarito: C

65. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Luana tem 1 ano e 5 meses de idade. Sua família está preocupada, pois a menina apresentou um episódio de ITU febril aos 3 meses de idade, e a ultrassonografia de rins e vias urinárias evidenciou uma provável dilatação ureteral bilateral. Entre as alternativas a seguir, qual traz o melhor exame para dar refinar a investigação do que foi encontrado na ultrassonografia?

A) Cintilografia DTPA.

B) Urografia excretora.

C) A alteração é esperada para a idade da paciente.

D) Uretrocistografia miccional.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Questão de investigação por imagem de infecção de trato urinário em pediatria, bora lá?

Confesso que questões desse tema me dão um frio na espinha, pois costumam ser polêmicas. Temos vários *guidelines* internacionais sobre a investigação por imagem após uma ITU febril em pediatria (Academia Americana, Reino Unido, Tratado de Pediatria etc).

E a gente sabe que, quando muita gente fala coisas diferentes, é porque ninguém tem certeza de nada!

Por isso, tenha em mente que divergências nas respostas podem ser flagradas dentro desse tema, e eu garanto que isso não é confusão do Estratégia MED! O tema é controverso e complicado de ser cobrado em provas de acesso direto. Então, não fique aflito, e vamos revisar alguns conceitos que são consenso, ok?

Quando eu preciso investigar?

De acordo com o Tratado de Pediatria, temos: "a investigação por imagens do trato urinário está indicada após o primeiro episódio bem documentado de infecção urinária, **em qualquer idade e para ambos os sexos** e se justifica pela frequente associação de ITU a anomalias do trato urinário, principalmente o refluxo vesico-ureteral e os processos obstrutivos." Beleza. Essa é uma visão.

Agora, vendo a visão da Academia Americana de Pediatria (AAP): a ultrassonografia de trato urinário deve ser realizada entre 2 e 24 meses após o primeiro episódio de ITU febril.

Por fim, a visão do *United Kingdom's National Institute for Health and Care Excellence* (NICE): devemos solicitar o exame para crianças < 6 meses com ITU febril típica ou em qualquer idade com uma ITU febril atípica ou recorrente.

ITU atípica:

- ✓ Criança gravemente doente
- ✓ Fluxo urinário fraco
- ✓ Massa abdominal ou vesical
- ✓ Aumento da creatinina
- ✓ Falha de tratamento em 48 horas
- ✓ Sepse
- ✓ Infecção não *E. coli*

ITU recorrente:

- ✓ 2 ou mais episódios de pielonefrite
- ✓ 1 episódio de pielonefrite e 1 de cistite
- ✓ 3 ou mais episódios de cistite

Se juntarmos a base desses três *guidelines*, teremos uma recomendação unânime entre eles:

> A ultrassonografia de rins e vias urinárias deve ser realizada em todas as crianças abaixo de 2 anos com ITU febril ou pielonefrite.

Essa informação você pode guardar e levar para sua prova sem medo, ok?

Inclusive, a USG já foi até realizada por nossa paciente! E temos a descrição de uma provável dilatação ureteral. E agora?

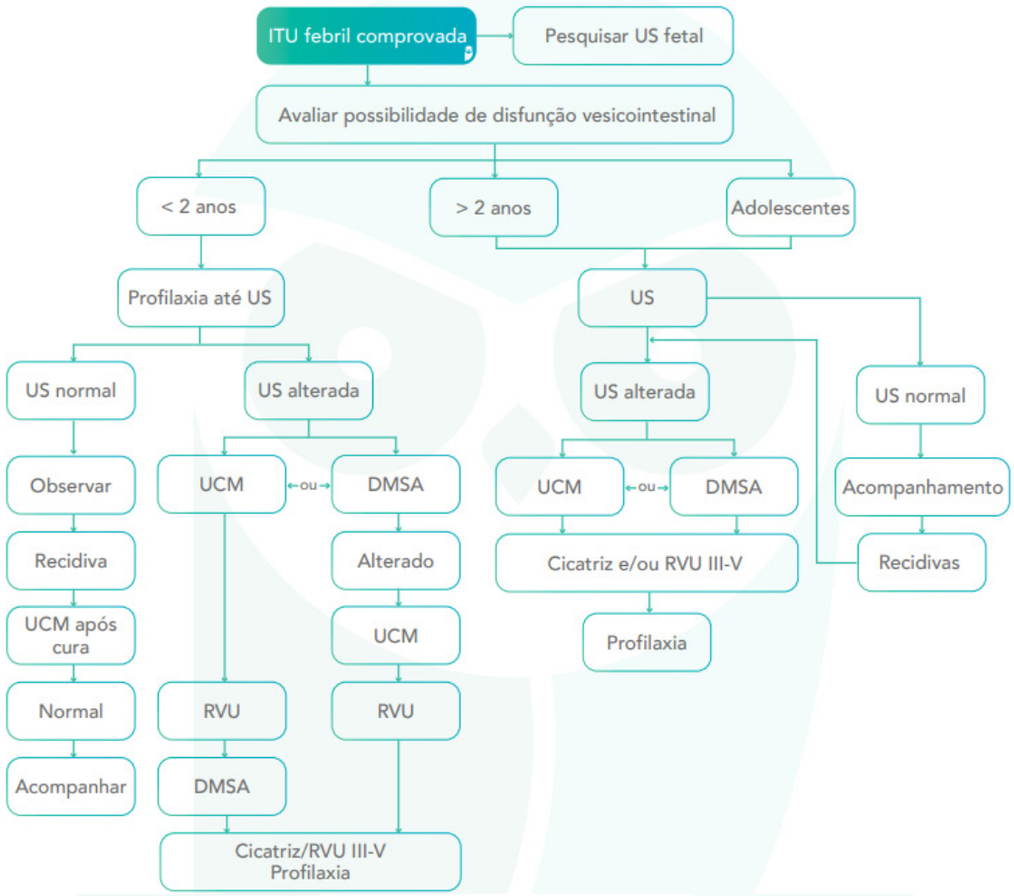
Para prosseguir, vamos entender quais são os exames que podem ser solicitados e a ordem em que vamos pedi-los:

EXAME	FUNÇÃO
Ultrassonografia de rins e vias urinárias	Avaliação da MORFOFUNCIONAL que não submete paciente à radiação. É SEMPRE O PRIMEIRO EXAME! Funciona como uma triagem. Feito de 4 a 6 semanas depois da infecção aguda OU na suspeita de complicações agudas.
Cintilografia DMSA (Estática)	Avaliação do PARÊNQUIMA RENAL. Ótimo para detectar cicatrizes renais OU diagnosticar uma infecção aguda. Pelo menos 3 meses após infecção para avaliar cicatrizes.
Uretrocistografia miccional (UCM)	Avalia ANATOMIA (da uretra até ureteres). Contraste injetado pela uretra. É ótimo para investigar Refluxo vesico-ureteral (RVU). Não pode ser feito se o paciente estiver infectado.
Urografia excretora	Não é mais usada de rotina devido exposição a radiação e contraste venoso. Contraste era venoso e se avaliava quanto tempo demorava para o rim filtrá-lo. Foi substituída pela cintilografia dinâmica (DTPA).

Esses são os exames principais. Memorize as palavras-chave que destaquei para se familiarizar. A dica que vou dar é: urografia excretora e cintilografia dinâmica DTPA raramente são a resposta correta nessas questões. Foque USG, DMSA e UCM.

Ok, e qual é a ordem em que devo solicitar os exames?

Veja, trarei o *guideline* mais recente do Tratado de Pediatria. Mas sempre vale lembrar que existem divergências entre as referências:



Solicitamos a UCM quando estamos desconfiando de refluxo vesicoureteral (geralmente quando temos uma USG alterada com dilatação de vias urinárias), e solicitamos a DMSA em quadros recorrentes (para avaliar cicatrizes renais).

Mas note que a **USG de rins e vias urinárias** é sempre o primeiro exame! Idealmente, fazemos de 4 a 6 semanas após a infecção aguda.

- Quando pedir USG em um quadro agudo? Diante de falha terapêutica (ausência de melhora em 72h de ATB), suspeita de complicações (abscessos, pielonefrite obstrutiva), ou em um paciente muito grave (p. ex., choque séptico de foco urinário).

O que eu quero que você leve dessa questão: mais importante do que ficar decorando fluxogramas, entenda a função de cada um dos exames!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Poderíamos considerar uma cintilografia estática DMSA para Luana segundo o Tratado de Pediatria. Mas cuidado! A cintilografia dinâmica DTPA é um exame diferente, mais focado em avaliar função glomerular e doenças obstrutivas do trato urinário. Raramente é a resposta correta em questões desse tema, cuidado!

Incorreta a alternativa B. Não confunda a urografia excretora com a uretrocistografia miccional. A urografia excretora é um exame em que o contraste é endovenoso e realizamos uma série de radiografias no paciente. Muita radiação e contraste! Hoje em dia, a DTPA cumpre esse papel melhor, e a urografia excretora caiu em desuso.

Incorreta a alternativa C. A alteração na USG não é normal e deve ser investigada.

Correta a alternativa D. Estamos diante de uma suspeita de refluxo vesico-ureteral. Um dos melhores exames para investigar essa condição é a uretrocistografia miccional.

Gabarito: D

66. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Jonas tem 9 anos, previamente hígido. Há 3 dias, iniciou quadro de tosse produtiva e febre. Hoje, foi trazido ao PS infantil por uma piora do estado geral. Ao exame físico, temos: paciente sonolento, vias aéreas pérvias, FR de 38 irpm, SpO2 de 88% em ar ambiente, desconforto respiratório grave, FC de 156 bpm, tempo de enchimento capilar menor do que 1 segundo, pulsos amplos, extremidades quentes, PA de 80 x 30 mmHg. Está anúrico há mais de 12 horas. Entre as drogas vasoativas apresentadas, qual seria a mais adequada para Jonas nesse momento?

A) Noradrenalina.

B) Adrenalina.

C) Milrinone.

D) Dobutamina.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Uma questão de choque séptico em pediatria que cobra a escolha da droga vasoativa. O cenário é o seguinte:

- paciente de 9 anos;
- história de 3 dias de tosse produtiva e febre: provável pneumonia;
- evolui com sinais de choque: rebaixamento do nível de consciência, taquicardia, desconforto respiratório com queda de SpO2, hipotensão, alterações em TEC e pulsos, oligoanúria.

É bem provável que seja uma sepse de foco pulmonar! Mais precisamente, um **choque séptico de foco pulmonar**. Mas vamos entender um pouco melhor essa conclusão:

Suspeitando de sepse

Não temos critérios objetivos para definir suspeita de sepse! Fica a cargo do médico que está atendendo. Podemos nos basear no triângulo de avaliação da criança gravemente enferma para levantar essa suspeita:

- **Aparência:** avaliar nível de consciência, capacidade de interagir, tônus, consolabilidade, olhar, fala/choro.
- **Respiração:** avaliar a presença de esforço respiratório, como presença de batimento de asa de nariz, retrações, uso de musculatura acessória, respiração anormal, sons, ruídos, gemidos.
- **Circulação (cor):** avaliar se a cor da pele está normal ou se há palidez, cianose, pele moteada. Observar se há petéquias, hemorragia, equimoses, púrpura.

Mas aqui vale a máxima: "alteração vital + suspeita de infecção = manejar como sepse!"

Diante da suspeita de sepse, não temos tempo a perder: INSTITUA O TRATAMENTO ADEQUADO!

O **escore de PHOENIX (PSS)** surgiu de um esforço para encontrar uma **ferramenta de diagnóstico e prognóstico** de sepse na criança que fosse aplicável a locais com poucos recursos, mas que também seriam utilizados por países desenvolvidos.

Para isso, uma força tarefa tem sido realizada desde 2019 com a finalidade de se encontrar variáveis de disfunção orgânica que sejam confiáveis para o diagnóstico da sepse e choque séptico. A partir de uma extensa análise estatística retrospectiva de bancos de pacientes de vários países, a inteligência artificial conseguiu elencar quais são os **preditores de pior prognóstico em crianças com sepse.**

Com isso, tiramos uma conclusão IMPORTANTÍSSIMA sobre o escore de Phoenix: ele permite-nos fazer o diagnóstico e avaliar o prognóstico do paciente, **MAS JAMAIS VAI DITAR A CONDUTA**. Guarde isso, Estrategista: **VOCÊ NÃO DEVE ESPERAR O PACIENTE PONTUAR NO ESCORE DE PHOENIX PARA MANEJÁ-LO COMO SÉPTICO OU CHOQUE SÉPTICO**. Você vai notar que, para pontuar no escore de Phoenix, o paciente tem que estar MUITO grave (lactato muito alto, hipotenso com droga vasoativa, com CIVD, péssima ventilação, etc.)... **você não vai esperar ele ficar assim para pensar "hmm, agora vou abrir o protocolo sepse!"**, não é?

O protocolo para manejo de sepse deve ser instituído assim que você tem a SUSPEITA de sepse. E aí encontramos um problema: critérios para definir uma SUSPEITA de sepse ainda não estão estabelecidos. Acaba sendo muito baseado na experiência do médico que está atendendo.

Feitas essas considerações, vamos voltar para o escore de Phoenix. Depois da análise estatística, o resultado foi o encontro de QUATRO TIPOS DE DISFUNÇÃO ORGÂNICA, que podem ser identificadas sem muitos recursos avançados, ou seja, podem ser detectadas por meio de parâmetros clínicos, facilitando o diagnóstico preciso e precoce, com sensibilidade adequada e boa aplicabilidade.

As variáveis são: disfunção respiratória, cardiovascular, de coagulação e neurológica. A disfunção orgânica caracteriza-se por variáveis fisiológicas e laboratoriais que se relacionam a um maior risco de mortalidade.

Mas, como eu comentei, veja que o paciente tem que estar **muito zoado** para pontuar. Observe:

Sistema / Pontuação	Zero	1 ponto	2 pontos	3 pontos
RESPIRATÓRIO (0-3 pontos)	PaO2/FiO2 ≥ 400 ou SpO2/FiO2 ≥ 292 (b)	PaO2/FiO2 < 400 e necessidade de qualquer suporte respiratório ou SpO2/FiO2 < 292 e necessidade de qualquer suporte respiratório (b, c)	PaO2/FiO2 entre 100-200 e VMI ou SpO2/FiO2 entre 148-220 e VMI (b)	PaO2/FiO2 < 100 e VMI ou SpO2/FiO2 < 148 e VMI (b)
CARDIOVASCULAR (0-6 pontos)	Sem drogas vasoativas (d) Lactato < 5 mmol/L	1 ponto para cada (máximo 3): 1 droga vasoativa (d) Lactato entre 5-10,9 mmol/L (e)	2 pontos para cada (máximo 6): ≥ 2 drogas vasoativas (d) Lactato ≥ 11 mmol/L (e)	
Idade (f)	Pressão arterial média por idade mmHg (g)	Pressão arterial média = (1/3x sistólica + 2/3x diastólica		
< 1 mês	> 30	17–30	< 17	
1 a 11 meses	> 38	25–38	< 25	
1 a < 2 anos	> 43	31–43	< 31	
2 a < 5 anos	> 44	32–44	< 32	
5 a < 12 anos	> 48	36–48	< 36	
12 a 17 anos	> 51	38–51	< 38	
COAGULAÇÃO (0–2 pontos) (h)	Plaquetas ≥ 100 x 10^3 INR ≤ 1,3 D-dímero ≤ 2 mg/L FEU Fibrinogênio ≥ 100 mg/dL	1 ponto cada (máximo 2 pontos): Plaquetas < 100 x 10^3 (d) INR > 1,3 D-dímero > 2 mg/L FEU Fibrinogênio < 100 mg/dL		
NEUROLÓGICO (0–2 pontos)(i)	Escala de coma de Glasgow (ECG) > 10; pupilas reativas (j)	ECG ≤ 10 (j)	Pupilas fixas bilateralmente	

Beleza! A partir do escore, teremos duas grandes definições:

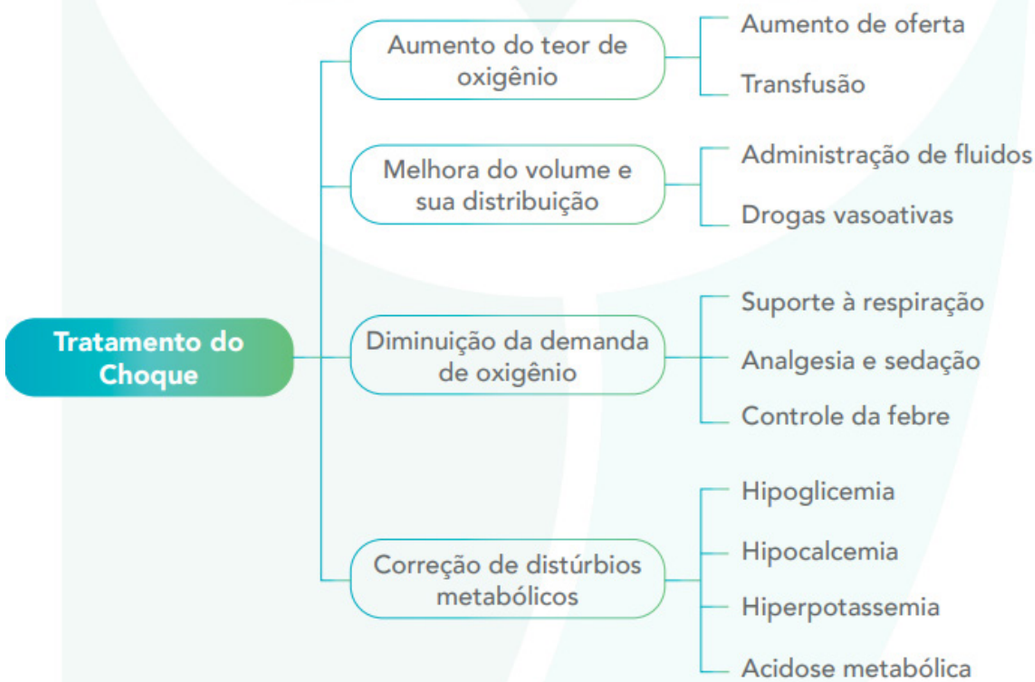
- **SEPSE:** o PSS define a sepse como disfunção orgânica ameaçadora da vida, no cenário de uma infecção confirmada ou suspeita, sendo definida como 2 pontos ou mais no escore de sepse de PHOENIX (PSS).
- **CHOQUE SÉPTICO:** a definição de CHOQUE SÉPTICO passa a ser sepse com pelo menos um ponto na categoria cardiovascular.

Parece ser o caso de Jonas, não é? **Temos alterações dos sinais vitais + foco suspeito de infecção.** Sem coletar exames, ele provavelmente já pontua o suficiente para choque séptico: temos rebaixamento do nível de consciência e hipotensão (no mínimo 2 pontos, e um deles é cardiovascular).

A partir dessa nova revisão, não são mais considerados os conceitos de SEPSE E SEPSE GRAVE, que foram baseados nos antigos critérios de SIRS. Além disso, antigamente, o diagnóstico de choque séptico dependia de **não observarmos resposta hemodinâmica do paciente** às medidas iniciais (expansão volêmica). Agora, podemos fechar o diagnóstico de choque séptico antes de checar se haverá resposta do paciente às medidas iniciais!

TRATAMENTO DA SEPSE

O tratamento inicial de todos os tipos de choque objetiva aumentar a oferta de oxigênio para os tecidos e restaurar o equilíbrio entre a perfusão tecidual e a demanda metabólica. Assim, as primeiras medidas devem ser:



Especificamente falando de choque séptico, recomenda-se que **crianças com diagnóstico de choque séptico e evidências clínicas de perfusão anormal devem ser submetidas a seis passos dentro de um intervalo de 1 hora:**

- monitorizar, oferecer O2, obter acesso venoso ou considerar intraósseo;
- idealmente coletar hemocultura antes de iniciar ATB de amplo espectro;
- considerar expansão volêmica com solução isotônica 10-20 mL/kg, que pode ser repetida;
- considerar iniciar precocemente drogas vasoativas (DVA), especialmente se houver presença de disfunção miocárdica e/ou choque persistente após expansão volêmica inicial (NÃO precisa esperar fazer 60 mL/kg de expansão antes de iniciar DVA);
- coletar exames pertinentes para o escore de Phoenix (plaquetas, INR, D-dímero, fibrinogênio, gasometria arterial, lactato sérico), bem como avaliação funcional renal e hepática.

Sempre que você for expandir um paciente com solução cristaloide, três perguntas precisam ser respondidas:

- O paciente precisa de volume?
- O paciente responde à reposição de volume?
- O paciente **tolera** a reposição de volume?

A resposta às três perguntas acontece "em tempo real", conforme você vai administrando o volume ao paciente e reavaliando a resposta. Nada de esperar 2 horas para reavaliar: isso deve ser feito de forma constante nos pacientes graves para evitar iatrogenia.

Hoje em dia, preconiza-se a **introdução precoce de drogas vasoativas (DVA)**. Você não precisa necessariamente fazer os 60 mL/kg antes de indicar uma DVA! Se você fizer alíquotas menores e logo notar que não há resposta e/ou perceber que o paciente não tolera volume, já há indicação de iniciar uma amina vasoativa!

A indicação de drogas vasoativas clássicas, que antigamente utilizava conceitos de choque quente e frio, foi substituída por outra, que avalia variáveis hemodinâmicas avançadas. Em crianças em choque séptico, as primeiras drogas a serem utilizadas são a **adrenalina e noradrenalina.**

- Se houver disfunção miocárdica (antigo "choque frio", com TEC prolongado, pulsos fracos, sinais de congestão, extremidades frias etc.), a escolha inicial deve ser a **adrenalina**.
- A **noradrenalina** é preferível em pacientes com sinais de baixa resistência vascular sistêmica (pulsos amplos, extremidades quentes, PA divergente etc.), chamado de choque vasoplégico.

No fundo, a escolha baseia-se na preferência do profissional, fisiopatologia do choque e condições locais — mas fique atento às pistas do enunciado sobre **disfunção miocárdica**. Caso não se observe resposta com essa dose, deve ser iniciado um segundo vasopressor.

No choque vasoplégico temos a **PA divergente**. A sistólica fica até preservada, mas a diastólica despenca — refletindo perda do tônus vascular sistêmico. Aqui, a noradrenalina vai super bem, pois o efeito alfa-agonista "contrai" esses vasos que ficaram frouxos. No choque com disfunção miocárdica, temos a **PA convergente**. A sistólica fica baixa, pois o coração está fraco, e a diastólica fica um pouco mais alta — refletindo aumento da resistência vascular sistêmica para tentar manter uma pressão arterial média adequada. A adrenalina vai bem, pois o efeito beta-agonista dá mais força para o coração.

ADRENALINA	NORADRENALINA
Efeito beta-agonista em doses baixas. Efeito alfa-agonista em doses médias.	Efeito predominante alfa-agonista.
Melhor para pacientes com disfunção miocárdica: • TEC prolongado; • Pulsos fracos; • Extremidades frias; • Congestão pulmonar; • PA convergente.	Melhor para pacientes vasoplégicos: • TEC em flush; • Extremidades quentes; • Pulsos amplos; • PAD muito mais baixa.

Notou que Jonas parece estar vasoplégico? TEC muito rápido, pulsos amplos, PA divergente com a PAD muito baixa... é bem provável que a noradrenalina seja a melhor opção!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Correta a alternativa A. Notou que Jonas parece estar vasoplégico? TEC muito rápido, pulsos amplos, PA divergente com a PAD muito baixa...é bem provável que a noradrenalina seja a melhor opção!

Incorreta a alternativa B. Nesse momento, o principal problema de Jonas não parece ser disfunção miocárdica, mas, sim, uma vasoplegia decorrente da inflamação sistêmica. A adrenalina costuma ser mais adequada para pacientes com sinais de disfunção miocárdica (TEC prolongado, extremidades frias, PA convergente).

Incorreta a alternativa C. O milrinone é uma ótima droga vasoativa para disfunção miocárdica. Ela promove aumento da função miocárdica (efeito inotrópico e cronotrópico potentes) e vasodilatação sistêmica (reduzindo a pós-carga, ou seja, a resistência imposta ao coração). O problema é que, se o paciente já está hipotenso, o milrinone torna-se bastante perigoso, pois a intensa vasodilatação promovida pode piorar ainda mais a hipotensão (lembre-se de que a PAM depende mais da diastólica do que da sistólica). Além disso, a meia-vida do milrinone é bem prolongada. Se você precisar reduzir a dose, o paciente ainda sofre com os efeitos por horas. Dessa forma, é mais prudente utilizá-la em ambiente de UTI. Mas é uma ótima medicação!

Incorreta a alternativa D. A dobutamina é muito potente para tratamento de disfunção miocárdica (estimula os B1-agonistas). No entanto, em doses mais baixas, também pode promover vasodilatação sistêmica e piorar a hipotensão (estimula os receptores beta-2 adrenérgicos, que estão presentes nos vasos sanguíneos, levando à vasodilatação. Esse efeito é geralmente menos pronunciado do que o efeito inotrópico). Em contexto de sepse e pediatria, as medicações que costumam ser utilizadas como primeira linha são adrenalina e noradrenalina. A dobutamina acaba sendo preferível para pacientes "cardiológicos puros".

Gabarito: A

67. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Jordana tem 7 anos, previamente hígida. É trazida para atendimento em UBS por queixa de surgimento de broto mamário há cerca de 2 meses. Na última consulta há 6 meses, Jordana estava com 120 cm, M1P1. Na consulta de hoje, temos uma paciente com 123 cm, M2P1.

Solicitada radiografia de punho para estimular idade óssea, com resultado de 8 anos e 2 meses. Dosagem de LH basal de 0,2 UI/L. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável para Jordana?

A) Puberdade precoce central.

B) Puberdade precoce periférica.

C) Desenvolvimento puberal fisiológico.

D) Telarca precoce isolada.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

O cenário é o seguinte:

- paciente do sexo feminino de 7 anos;
- telarca há 2 meses: precocidade sexual, pois houve desenvolvimento de caracter sexual secundário antes dos 8 anos;
- velocidade de crescimento de 6 cm/ano: velocidade pré-púbere;
- idade óssea de 8 anos e 2 meses: compatível com a idade cronológica (diferença < 2 anos);
- LH basal de 0,2 UI/L: não temos ativação do eixo HHO, pois o LH basal está < 0,6 UI/L.

Não tenha dúvida de que estamos diante de um quadro de **precocidade sexual.** Temos o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários antes da idade esperada:

Puberdade precoce

- Menina: antes dos 8 anos
- Menino: antes dos 9 anos

Independentemente da causa, sempre que estamos diante de um quadro de **precocidade sexual**, nosso papel é **diferenciar "problema" de variante da normalidade:**

- **variantes benignas:** pubarca isolada, telarca isolada;
- **problema:** puberdade precoce central e puberdade precoce periférica.

O que queremos evitar ao diagnosticar uma puberdade precoce "patológica"? Basicamente, duas coisas: **prejuízo na estatura final** (por fechamento precoce das placas de crescimento) **e estigma social** (corpo maduro e mente de criança torna a pessoa vulnerável aos mais variados tipos de abuso, infelizmente). Ah, e claro: especialmente no caso de puberdade precoce periférica, podemos estar diante de tumores ou administração exógena de hormônios, com todas as suas respectivas repercussões negativas.

Só para lembrarmos: a **puberdade precoce central (PPC)** é chamada de GnRH-dependente, ou verdadeira. No geral, ela **vai seguir a ordem "normal" do desenvolvimento puberal**. Ou seja, telarca - pubarca - estirão - menarca. O problema é que o desenvolvimento acontece antes da hora certa, por assim dizer. Ou seja: puberdade normal antes da hora. **Nas meninas, a principal causa é a idiopática.** No entanto, em meninos e em meninas < 6 anos, devemos investigar tumores de SNC (como hamartoma).

Já a **puberdade precoce periférica (PPP, GnRH-independente ou pseudopuberdade)** pode ocorrer por produção autônoma de hormônios sexuais por tumores periféricos ou administração exógena de hormônios. Não esperamos ativação do GnRH, FSH ou LH; e as manifestações clínicas são compatíveis com o hormônio que está em excesso. Por exemplo, uma pilificação em excesso sem o desenvolvimento das mamas sugere uma atividade exacerbada de hormônios adrenais; ao passo que o desenvolvimento mamário muito marcado e acelerado sem o desenvolvimento da pilificação pubiana pode sugerir excesso de estrógenos. Fique atento à "proporção" do desenvolvimento de cada caracter sexual secundário! Cenários desproporcionais sugerem uma PPP. Ou seja, não necessariamente seguem a ordem de uma puberdade normal, e podemos ter características de sexo masculino no feminino e vice-versa.

	PUBERDADE PRECOCE CENTRAL	PUBERDADE PRECOCE PERIFÉRICA
ATIVAÇÃO DO EIXO HHG	SIM	NÃO
ISOSSEXUAL	SIM	SIM
HETEROSSEXUAL	NÃO	SIM
SEQUÊNCIA FISIOLÓGICA DOS MARCOS PUBERAIS	SIM	NÃO
ORIGEM DA PRODUÇÃO ANORMAL DE ESTEROIDES SEXUAIS	CENTRAL	PERIFÉRICA

Para responder a essas questões, devemos recorrer ao bom e velho exame clínico.

Com base no que encontrarmos é que vamos decidir que exames complementares iremos solicitar.

1º passo: anamnese

A anamnese deve incluir questionamentos sobre:

- condições de nascimento;
- traumas, infecções — especialmente de SNC;
- uso de medicamentos;
- idade de início dos sintomas/sinais e ritmo de instalação;
- presença de alterações neurológicas e visuais e crises convulsivas;
- histórico de puberdade dos pais;
- dor abdominal ou óssea.

Note que investigamos, na anamnese, muitas condições sobre o sistema nervoso central — tumores, medicações, lesões estruturais. Isso acontece porque alterações na hipófise e/ou hipotálamo podem influenciar na liberação de GnRH e, consequentemente, de FSH e LH. A liberação desses hormônios antes da hora pode resultar em uma puberdade precoce central!

Além disso, avaliamos que sinais e sintomas surgiram primeiro, bem como sintomas associados (como dor abdominal ou óssea). Dependendo do que encontrarmos, podemos desconfiar mais de uma **puberdade precoce periférica (PPP).**

2º passo: exame físico

Uma informação muito importante é checar a **velocidade de crescimento do paciente**. A velocidade de crescimento pré-púbere vai de 5 a 7 cm/ano. Velocidades aumentadas sugerem estirão da puberdade! **VARIANTES BENIGNAS DE PRECOCIDADE SEXUAL NÃO AUMENTAM A VELOCIDADE DE CRESCIMENTO**, guarde essa informação.

Além disso, no exame físico, devemos avaliar os índices antropométricos, campo visual (tumores de SNC), presença de manchas café com leite (síndrome de McCune-Albright) e realizar o estadiamento puberal, além de verificar o efeito estrogênico em grandes lábios, presença de acne, aumento de clitóris e hirsutismo, como sinais androgênicos.

A presença de sinais de androgenismo direciona ao diagnóstico de doenças na adrenal. No caso dos meninos, a assimetria testicular indica possibilidade de tumor de testículo. São causas de PPP.

O exame neurológico pode auxiliar no diagnóstico das causas de origem central, que podem ocasionar uma PPC.

3º passo: idade óssea e cronológica

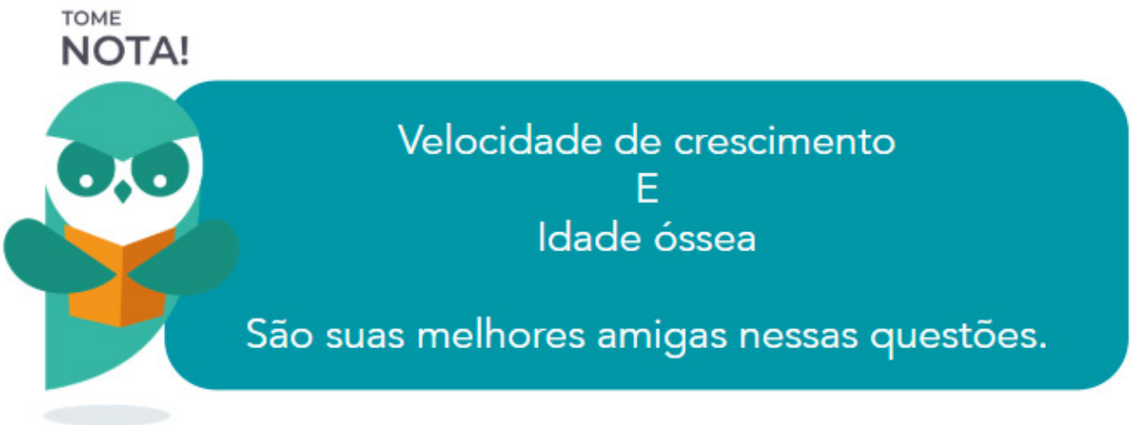
Aqui está o exame que deve ser realizado em todos os pacientes com precocidade sexual. A avaliação da **IDADE ÓSSEA POR MEIO DA RADIOGRAFIA DE PUNHO** pode avaliar a ação dos esteroides sexuais na maturação óssea, uma vez que esse processo é especialmente estrogênio-dependente.

A avaliação da maturação óssea auxilia tanto no diagnóstico diferencial da puberdade precoce como pode definir um potencial prejuízo em estatura que esses pacientes possam apresentar.

É considerada normal a idade óssea que está entre 2 desvios-padrão (DP) para cima ou para baixo em relação à idade cronológica. De uma forma geral, isso coincide com **até 2 anos de diferença entre IO e IC.**

VARIANTES BENIGNAS DE PRECOCIDADE SEXUAL NÃO ACELERAM A IDADE ÓSSEA.

Ou seja, são duas informações que você precisa ter de seu paciente com precocidade sexual: velocidade de crescimento e idade óssea. Se forem compatíveis com uma criança pré-púbere, há uma chance maior de se tratar apenas de uma variante benigna da maturação sexual.



4º passo: outros exames laboratoriais e de imagem

A partir daqui, a solicitação dos exames deve ser individualizada.

O diagnóstico da puberdade precoce é clínico, porém a diferenciação entre puberdade central e periférica requer uma avaliação laboratorial cuidadosa.

De uma forma geral, a **dosagem basal de gonadotrofinas (**especialmente LH basal) acaba sendo solicitada por ajudar na diferenciação de PPC e PPP. Na PPC, esperamos um LH basal acima do valor de referência para crianças (geralmente, utiliza-se o corte de 0,6 UI/L, o que sugere ativação do eixo HHO).

A dosagem de hormônios como estradiol, testosterona, SDHEA costuma ser indicada a depender do que encontramos no exame físico (p. ex., se estou desconfiando de excesso de estrógenos, vale a dosagem de estradiol).

A **ultrassonografia pélvica e abdominal** permite avaliar a presença de tumores ovarianos e adrenais, assim como pode avaliar a ação estrogênica por meio da avaliação da espessura do endométrio e do volume uterino. É interessante quando estamos desconfiando de uma PPP.

Além disso, a **ressonância magnética de sela túrcica** é indicada nos casos em que há suspeita de lesões em região hipotálamo hipofisária, esse exame permite o diagnóstico de hamartomas e cistos nessa região. É um exame recomendado para todos os meninos e para as meninas menores de 6 anos com diagnóstico clínico e laboratorial de PPC. Em meninas na faixa etária entre 6 e 8 anos, é recomendado na presença de suspeita clínica de alteração do SNC.

Ou seja, a escolha dos exames deve ser individualizada.

Os únicos exames que costumam ser úteis em praticamente todos os casos são: radiografia para idade óssea e dosagem de gonadotrofinas basais. O resto deve ser direcionado de acordo com a suspeita clínica!

Por fim, quando falamos de **variante da normalidade**, três condições devem ser lembradas:

	Telarca precoce	Pubarca precoce	Menarca precoce isolada
Manifestação clínica	Aumento de mamas antes dos 8 anos em meninas	Pilificação pubiana e axilas com odor antes dos 8 anos em meninas e antes dos 9 anos em meninos	Sangramento vaginal antes dos 8 anos de idade
Dosagem hormonal	FSH ↑ LH e estradiol ↓	DHEA S ↑	LH e FSH pré-púberes
Ativação do eixo HHG	Não	Não	Não
Idade óssea	Normal	Discretamente aumentada	Normal
Velocidade de crescimento	Normal	Discretamente aumentada	Normal
Evolução	Regressão ou não progressão	Progressão lenta	Regressão espontânea

Note que o ponto-chave em todas elas é a ausência de **ativação do eixo HHO.** Nada que fale a favor de um processo dependente de **gonadotrofinas**, beleza?

Por isso, repito: são duas informações que você precisa para diferenciar uma variante benigna de uma patologia - **velocidade de crescimento pré-púbere (5-7 cm/ano) + idade óssea compatível com a cronológica (no máximo 2 anos de diferença).** São informações cruciais aqui! Busque-as no enunciado.

Bom, parece ser exatamente o caso de Jordana! Temos uma velocidade de crescimento pré-púbere, IO compatível com a cronológica, não temos ativação do eixo-HHO. Dessa forma, muito provavelmente estamos diante de um caso de **telarca precoce isolada**. A conduta é expectante.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. Poderia ser o caso se o LH basal estivesse acima do valor de referência. Lembre-se de que a telarca é o primeiro sinal de uma puberdade "fisiológica", por isso é importante saber se o eixo está ativado ou não para diferenciar uma PPC no início de uma telarca precoce isolada.

Incorreta a alternativa B. Se fosse uma exposição excessiva ao estrogênio, muito possivelmente teríamos aumento da velocidade de crescimento e idade óssea além do desenvolvimento mamário.

Incorreta a alternativa C. A telarca precoce isolada é uma variante benigna, mas não deixa de ser um quadro de precocidade sexual! O desenvolvimento iniciou-se antes da hora, no fim das contas.

Correta a alternativa D. Temos uma velocidade de crescimento pré-púbere, IO compatível com a cronológica, não temos ativação do eixo HHO. Dessa forma, muito provavelmente estamos diante de um caso de **telarca precoce isolada**. A conduta é expectante.

Gabarito: D

68. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Você está no PS infantil e atenderá Ronaldo, de 1 ano e 3 meses. Há relato de febre há 6 horas, e uma convulsão tônico-clônica fugaz que motivou a busca por atendimento. Enquanto o atendia, ele iniciou nova convulsão tônico-clônica que está durando 7 minutos neste momento. Não há acesso venoso obtido. Qual é a conduta medicamentosa neste momento?

A) Diazepam IM.

B) Não há indicação de medicação anticonvulsivante antes de 15 minutos de crise convulsiva.

C) Midazolam IM.

D) Fenobarbital IM.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

As crises epilépticas, classicamente, são autolimitadas e duram alguns poucos minutos, seguindo-se após, tipicamente, de um período de confusão mental conhecido como pós-ictal. Quando ocorre uma falha nos processos endógenos de cessação da crise ou quando há um fator desencadeante que estimula a atividade epiléptica, o processo deixa de ser autolimitado e passa a ser conhecido como estado de mal epiléptico (EME) ou *status epilepticus*.

Segundo a definição da *International League Against Epilepsy* (ILAE), a crise tônico-clônico generalizada deve durar período igual ou superior a 5 minutos para a definição de EME.

Alternativamente, o indivíduo pode apresentar uma crise epiléptica e, mesmo antes de recuperar seu estado basal de consciência, apresenta um novo evento, o que também é descrito por alguns autores como EME.

Na pediatria, uma das principais causas são as convulsões febris. No entanto, síndromes epilépticas, distúrbios eletrolíticos ou metabólicos e infecções de SNC também podem provocar quadros de EME.

Sendo assim, independentemente da causa da crise, o enunciado descreve um estado de mal epiléptico.

Diante de um paciente em EME, a primeira conduta, assim como em outras urgências médicas, é transferir para leito monitorizado, garantir acesso venoso, avaliar sinais vitais e prover assistência seguindo a ordem do ACLS/PALS.

O tratamento medicamentoso inicial deve ser feito com benzodiazepínico, comumente o diazepam, na dose de 0,15 mg/kg (até um máximo de 10 mg), que pode ser repetido por até 3 vezes com intervalos de 5 minutos, caso o paciente mantenha a atividade epiléptica. **Mas o diazepam não pode ser administrado por via intramuscular.** Já o midazolam, com eficácia equivalente, além de poder ser utilizado por via endovenosa, pode ainda ser administrado por via intramuscular e, se preparado adequadamente, por via intranasal.

Se o benzodiazepínico falha, o próximo passo é a administração de fenitoína em dose de ataque equivalente a 20 mg/kg. A fenitoína, idealmente, não deve ser diluída e deve ser administrada a uma velocidade máxima de 50 mg/min EV pelo risco de induzir bloqueio atrioventricular em infusões mais velozes.

Caso o paciente não responda, a dose de fenitoína pode ser complementada até 30 mg/kg ou, alternativamente, podemos utilizar o fenobarbital EV. Já o fenobarbital também não deve ser diluído, mas pode ser administrado em velocidade um pouco mais rápida, até 100 mg/min.

Se, ainda assim, a crise persistir, os sedativos em dose contínua tornam-se as alternativas de escolha. Inicialmente, o midazolam na dose de 0,2 a 2 mg/kg/h e, se necessário, o propofol, a cetamina e o tiopental podem ser utilizados. Não há uma ordem específica, o que pode variar de acordo com cada serviço.

Então, sintetizando:

- Monitorizar, retificar via aérea, oferecer O2 e obter acesso venoso (A - B - C). Enquanto se maneja a crise, é prudente avaliar causas: distúrbios hidroeletrolíticos, infecções, metabólicos.
- Benzodiazepínico (midazolam EV/IM ou diazepam EV) até 2x (alguns protocolos referem até 3x).
- Fenitoína (alguns serviços consideram levetiracetam EV ou ácido valproico EV, mas a maioria das provas coloca a fenitoína aqui).
- Fenobarbital.
- Sedação contínua e transferência para UTI.

Lembrando que, em recém-nascidos, a medicação de 1ª linha é o fenobarbital, ok?

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

Incorreta a alternativa A. O diazepam não deve ser aplicado IM. Pode ser utilizado EV ou via retal.

Incorreta a alternativa B. A convulsão está perdurando por mais de 5 minutos, por isso temos um estado de mal epiléptico com indicação de medicação anticonvulsivante. O corte de 15 minutos é utilizado na distinção de convulsão febril simples ou complexa.

Correta a alternativa C. Como não temos acesso venoso obtido, podemos iniciar o manejo com um midazolam IM. A dose fica em torno de 0,2 mg/kg.

Incorreta a alternativa D. O fenobarbital é utilizado EV. Seria a primeira linha para RN.

Na convulsão neonatal, é prudente afastarmos hipoglicemia neonatal com uma dosagem de glicemia capilar (valores < 45 mg/dL exigem correção da glicemia EV na vigência de sintomas neurológicos) e considerar hipocalcemia em crianças com fatores de risco (filhos de mãe DMG ou prematuros). Histórico de asfixia neonatal, por outro lado, aumenta o risco de convulsões de etiologia estrutural.

Pensando no manejo da convulsão em si, especificamente nos recém-nascidos em estado de mal convulsivo, a medicação de 1ª linha é o fenobarbital, ok?

Os benzodiazepínicos têm uma metabolização mais lenta nos pequenos, e há risco importante de depressão respiratória. Por isso, o fenobarbital ganha destaque por aqui. O levetiracetam também vem sendo utilizado em alguns serviços. No entanto, atualmente, o fenobarbital é o mais utilizado.

Gabarito: D

69. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** Murilo tem 7 anos e é trazido à UBS para avaliação com queixa de enurese noturna. Mãe conta que Murilo não "molhava o colchão" há mais de 2 anos, mas que os episódios voltaram a ser frequentes recentemente. Ao ser questionado, Murilo também se queixa de disúria e urgência miccional.

Qual é o diagnóstico sindrômico mais adequado para Murilo?

A) Enurese noturna primária monossintomática.

B) Enurese noturna primária polissintomática.

C) Enurese noturna secundária monossintomática.

D) Enurese noturna secundária polissintomática.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

A **enurese noturna** é o ato de apresentar diurese durante o período noturno (enquanto o paciente dorme), na idade em que o controle esfincteriano já está presente. **Esse controle costuma ser alcançado aos 5 anos de idade.** Considera-se uma frequência mínima de um episódio mensal de enurese noturna, apesar dessa periodicidade variar de acordo com literaturas médicas diversas.

Temos duas formas de classificar uma enurese: **primária X secundária** e **monossintomática X não monossintomática.**

Vamos dar uma olhada:

Primária

Levaemcontaqueacriança**NUNCA**apresentoucontinêncianoturna.Consideramoscontinênciaumperíododecontrolemiccionaldepelomenos6meses. Representa a maioria dos casos, com cerca de 75% a 95% dos acometidos, e é considerada um atraso na maturação neurológica.

Secundária

Relativa à criança que teve controle miccional por um período de 6 meses e passa a apresentar episódios de enurese. Corresponde de 10% a 20% dos casos.
Além de causas orgânicas, a enurese secundária pode ser atribuída ao estresse, fator psicológico, como o nascimento de um irmão, divórcio dos pais, ou um momento de vulnerabilidade na vida da criança.

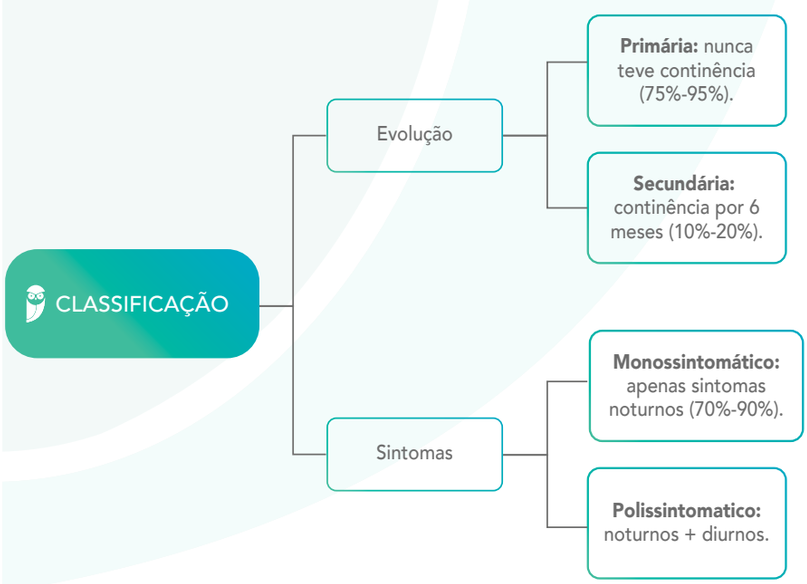
Agora, vamos ver a classificação quanto aos sintomas:

Simples ou monossintomática

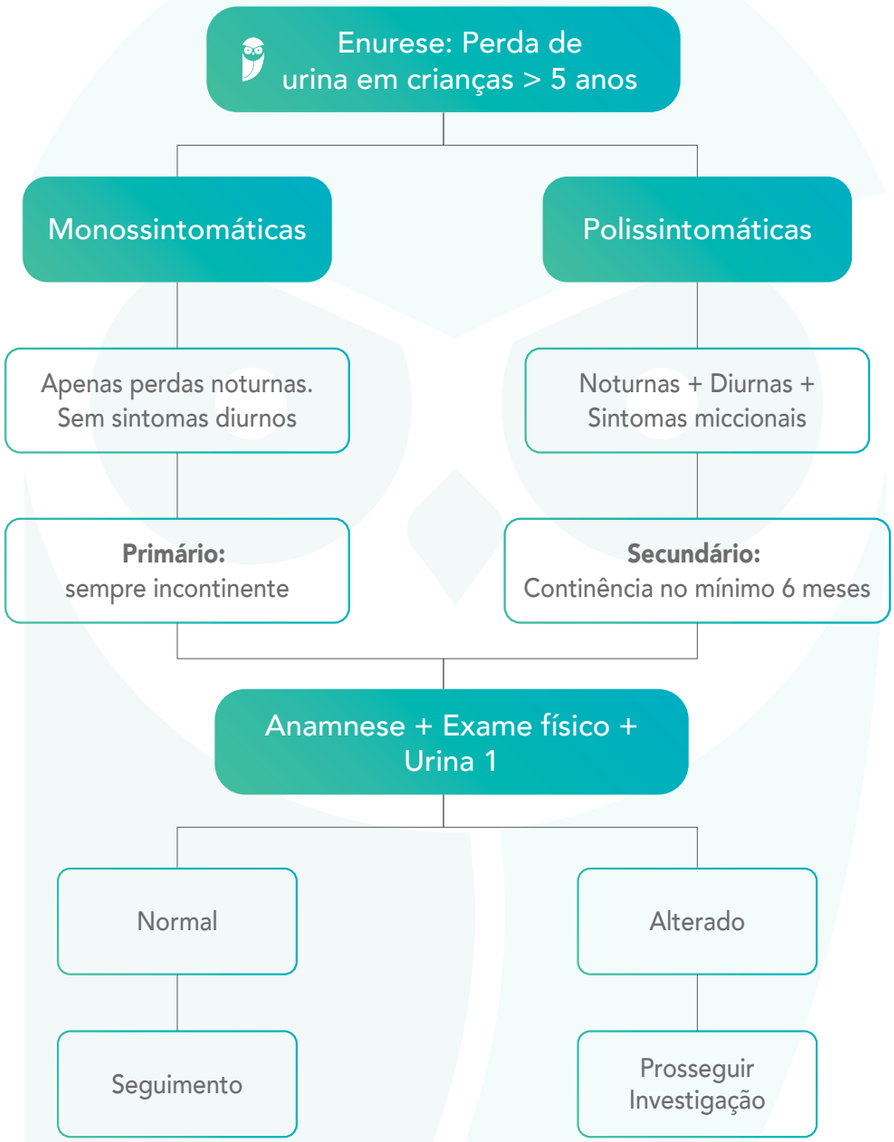
Ocorre quando a enurese não se associa a sintomas miccionais ou vesicais diurnos, nem a anomalias do trato urinário ou neurológicas. Geralmente, o exame de urina é normal e não há história de infecção do trato urinário. De acordo com o Ministério da Saúde, corresponde a 70% a 90% dos enuréticos, contudo a literatura não é unânime a respeito dessa frequência. Nesses casos, pode-se encontrar história familiar de enurese noturna.

Polissintomática ou não monossintomática

Acontece quando temos sintomas diurnos, como micção frequente, polaciúria, urgência miccional e jato urinário fraco. Podemos, ainda, encontrar outros sintomas associados, tais como obstipação intestinal, infecção do trato urinário e encoprese. Devemos nos atentar ao exame neurológico do paciente, uma vez que podemos encontrar pequenas anormalidades. Além disso, é necessária a avaliação cuidadosa do trato urinário baixo, procurando, principalmente, a presença de alterações estruturais. É menos frequente e o tratamento é mais suscetível a recidivas.



A investigação deve ser individualizada:



Dê uma olhada nos **sinais de alarme** que sugerem causas orgânicas adjacentes à enurese:

ANAMNESE	
1	Sintomas diurnos/sintomas de trato urinário inferior → distúrbios miccionais ou alteração anatômica.
2	Mais de 6 meses sem perda urinária e voltou a perder → causa secundária. Psicológica? Trauma? Abuso?
3	Frequência de episódios → enurese noturna está associada à persistência.
4	Mudança na frequência dos episódios ao longo do tempo → a história natural é de resolução espontânea.
5	Volume urinário aproximado perdido → volume estimado da bexiga.
6	Ingesta de líquidos → polidipsia, diabetes *insipidus*.
7	Hábito Intestinal → constipação.
8	Ronco → apneia obstrutiva do sono.
9	Perda de peso, fadiga → diabetes *mellitus*.
10	Anormalidades na marcha → disrafia espinhal.
11	Convulsões.
12	Prurido perianal, vulvovaginite → verminose.
13	Sede excessiva, bebida noturna → diabetes, doença renal.
14	História familiar → genética.
ACHADO DO EXAME FÍSICO →	**POSSÍVEL SIGNIFICADO**
Mau crescimento.	Doença renal.
Hipertensão.	Doença renal.
Roupas íntimas molhadas ou úmidas.	Incontinência diurna.
Palpação de fezes no abdome.	Constipação.
Escoriação perianal ou vulvovaginite.	Verminose.
Anormalidades da coluna lombossacra (tufo de cabelo na linha média da coluna, prega glútea).	Disrafismo espinhal.

Esvaziamento incompleto da bexiga (por percussão ou palpação).	Anormalidade urológica.
Observação de fluxo urinário lento, fluxo intermitente.	Anormalidade urológica.
Desordem neurológica associada à alteração em região perianal e membros inferiores.	Anormalidade da medula espinhal.

Alguns autores advogam que uma análise de sedimento urinário e urocultura devem fazer parte da investigação de todos os pacientes com enurese noturna.

Mas existe uma linha mais conservadora, que só **orienta investigação em casos polissintomáticos ou que demoram para se resolver de forma espontânea.** Algumas respostas vão depender do concurso que você está prestando.

Quando analisamos o caso do enunciado, vemos que se trata de uma **enurese secundária e polissintomática.**

Todos devem estar cientes de que, na enurese noturna monossintomática, a cura ocorre espontaneamente e que o tratamento acelera esse processo. Não existe uma idade ideal para seu início, mas a maioria dos autores considera entre 6 e 8 anos de idade, quando o problema começa a interferir nas atividades sociais da criança.

No entanto, o caso de Murilo certamente merece uma investigação e, possivelmente, tratamento da causa de base.

Vamos dar uma olhada nas alternativas...

Incorreta a alternativa A. Seria o caso se Murilo nunca tivesse obtido controle da micção durante a noite e não apresentasse sintomas diurnos.

Incorreta a alternativa B. Seria o caso se Murilo nunca tivesse obtido controle da micção durante a noite. No entanto, em classificação de sintomas, seu quadro é polissintomático.

Incorreta a alternativa C. A enurese é secundária, mas é polissintomática (temos disúria e urgência miccional durante o dia).

Correta a alternativa D. Houve perda de um controle miccional que já estava estabelecido há mais de 6 meses, bem como presença de sintomas diurnos. Podemos iniciar a investigação excluindo uma infecção de trato urinário baixa, bem como estudar a história familiar e pessoal em busca de alterações que justifiquem esse quadro, como constipação intestinal.

Gabarito: D

70. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo)** José tem 8 anos e é portador de fibrose cística. Por uma mudança recente, havia perdido seguimento ambulatorial, o que ocasionou má adesão ao tratamento de manutenção. Deu entrada no PS infantil com exacerbação pulmonar da doença, além de IMC com Z-escore < -3 para a idade (registro de 2 meses atrás apontava para Z-score -1).

Foi internado, iniciado tratamento antimicrobiano com ceftazidima, amicacina e oxacilina, suporte ventilatório com máscara de Venturi 50%, bem como dieta geral. Apresentou boa resposta inicial.

No segundo dia de internação, apresentou convulsão tônico-clônica generalizada. Durante o manejo, observou-se, em monitor cardíaco, uma taquicardia ventricular sustentada, FC de 160 bpm, TEC de 2 segundos, PA de 90 x 60 mmHg, pulsos fortes, SpO2 de 92%.

Qual é o mais provável desencadeante dos sinais e sintomas apresentados?

A) Hipoxemia grave.

B) Distúrbios em nível sérico de fosfato.

C) Choque séptico.

D) Reação adversa aos antimicrobianos.

COMENTÁRIOS:

Fala, Coruja!

Questão interessante sobre **síndrome de realimentação**. Engana-se quem acha que isso não existe aqui no Brasil! Sempre tenha atenção ao atender crianças em condição de vulnerabilidade socioeconômica ou com doenças sistêmicas crônicas. A desnutrição é mais prevalente do que imaginamos.

Nesse enunciado, vemos uma criança com fibrose cística. Essa condição, além da doença pulmonar que se manifesta com infecções de repetição, também ocasiona uma insuficiência pancreática exócrina com uma síndrome disabsortiva grave. Então, temos uma inflamação crônica, aumento persistente do esforço respiratório e síndrome disabsortiva. Ou seja, fatalmente os portadores de fibrose cística se tornam desnutridos quando não têm acesso ao tratamento de manutenção adequado (com manejo da condição respiratória e controle da síndrome disabsortiva).

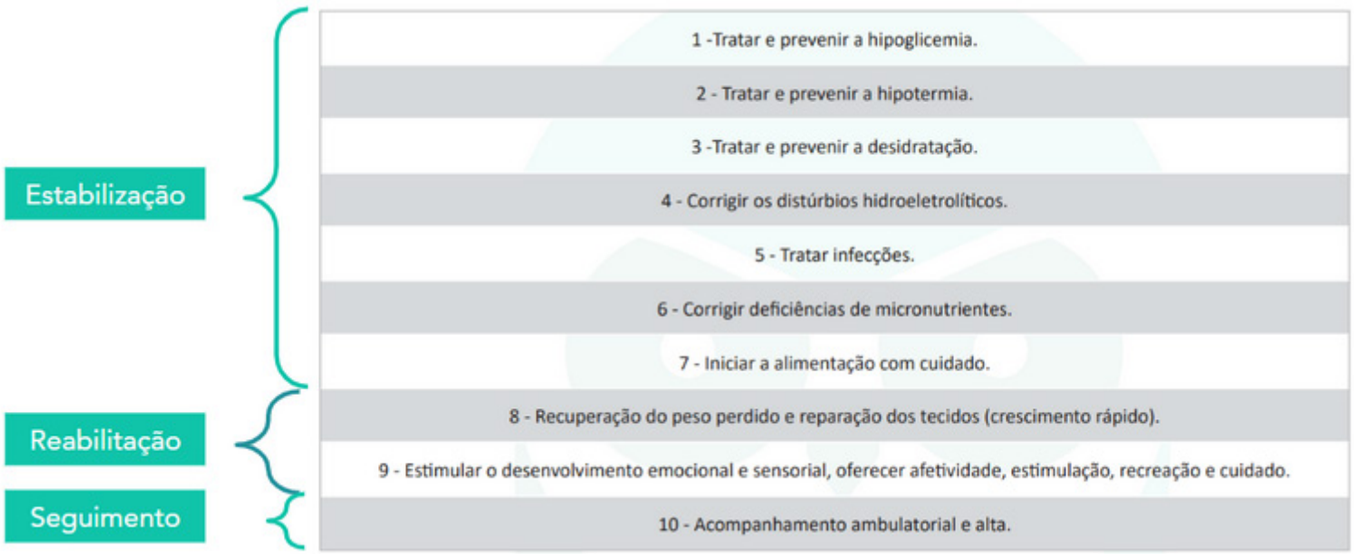
É o caso de José. Ele parece estar em um quadro agudo de desnutrição grave:

DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA
Circunferência do braço entre 115 e 124 mm, OU
Peso para estatura entre o escore Z -2 e -3.
IMC entre o escore Z -2 e -3.
DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE
Circunferência do braço < 115 mm OU
Peso para estatura < escore Z -3 OU
IMC: < escore Z -3 OU
Presença de edema.
PARADA DE CRESCIMENTO (indica desnutrição crônica)
Nanismo moderado: estatura ou comprimento entre o escore Z -2 e -3
Nanismo grave: estatura ou comprimento < escore Z -3

Ele foi internado para tratamento de uma exacerbação pulmonar. O esquema antimicrobiano está adequado (temos cobertura para *Staphylococcus aureus* com oxacilina, e *Pseudomonas aeruginosa* com ceftazidima + amicacina — especificamente na fibrose cística, associamos dois antimicrobianos para evitar desenvolvimento de resistência bacteriana na *Pseudomonas*), bem como o suporte de O2. Até aí, tudo bem.

O problema é que o paciente está recebendo uma dieta geral do hospital em uma situação de provável desnutrição aguda.

O tratamento de desnutrição é feito em **três etapas principais:** ESTABILIZAÇÃO > REABILITAÇÃO > SEGUIMENTO.



Certamente, devemos ter **muito cuidado na fase de estabilização.** Entrar com um aporte calórico muito elevado nesse momento pode precipitar uma **síndrome de realimentação**, que vai causar arritmias e alterações neurológicas que matam o paciente. Imagine que o corpo se adaptou a "viver" com a baixa oferta calórica e com um *pool* corporal reduzido de eletrólitos e minerais. Se oferecermos muita energia de uma vez, todos os eletrólitos e mecanismos metabólicos se direcionam para o ambiente intracelular, ocasionando uma queda brusca no nível sérico de substâncias vitais, como **fosfato** e **potássio**. Por isso, a introdução da alimentação deve ser cautelosa nas primeiras semanas de tratamento!

Vamos dar uma olhada nas alternativas:

Incorreta a alternativa A. O paciente está com uma SpO2 de 92% nesse momento. Apesar de a hipoxemia poder provocar arritmias e convulsões, isso costuma ser observado em casos severos (SpO2 < 85%, especialmente se houver instalação aguda).

Correta a alternativa B. É bem provável que estejamos diante de uma síndrome de realimentação, pois o suporte nutricional não foi adequado para um paciente desnutrido. A hipofosfatemia e a hipocalemia graves e abruptas podem provocar arritmias e convulsões.

Incorreta a alternativa C. Não temos alterações sugestivas de choque, como queda na SpO2, alterações de TEC, pulsos ou pressão arterial.

Incorreta a alternativa D. Os antimicrobianos prescritos podem, eventualmente, provocar alterações neurológicas e arritmias (em especial, a ceftazidima e a amicacina). No entanto, esses efeitos costumam ser mais prevalentes em pacientes com disfunção renal, ou em uso prolongado. Temos uma causa mais provável para a sintomatologia de José, que é a síndrome de realimentação.

Gabarito: B

71. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Lactente, de 45 dias de vida, apresenta regurgitações frequentes e em grande volume após as mamadas. Não há sintomas entre os episódios. Está em aleitamento materno exclusivo, a cada 2 horas, evacua fezes amarelo-esverdeadas líquidas e ganhou 30 g/dia de peso no período. Qual é a conduta adequada?

A) Apenas orientação de medidas posturais contra refluxo gastrofisiológico.

B) Dieta de exclusão de proteínas do leite de vaca para a mãe, pensando em alergia à proteína do leite de vaca.

C) Iniciar inibidor de bomba de prótons, como teste terapêutico para doença do refluxo gastroesofágico.

D) Solicitar endoscopia digestiva alta para investigação diagnóstica.

COMENTÁRIOS:

Temos, na questão, um lactente com regurgitações frequentes após mamada, mas sem sintomas associados. O aleitamento é materno exclusivo, a cada 2 horas, as evacuações são normais e o ganho de peso é adequado. Nossa principal hipótese diagnóstica é de refluxo gastroesofágico fisiológico. Vamos relembrar?

O refluxo gastroesofágico caracteriza-se pelo retorno involuntário do conteúdo gástrico para o esôfago, podendo atingir a faringe, boca, bem como vias aéreas superiores. A regurgitação ou vômito podem não estar presentes. O termo regurgitação é utilizado quando o conteúdo gástrico pode ser visualizado.

Esse fenômeno faz parte do desenvolvimento normal do lactente, nem sempre significa uma patologia.

Ele pode ser dividido em:

- RGE fisiológico: presente no período pós-prandial, podendo exteriorizar-se (regurgitação, vômito) ou não, causa pouco ou nenhum incômodo ao lactente, ocorrendo várias vezes ao dia em lactentes saudáveis, sem ausência de sinais de alarme. Observe os critérios de Roma IV para seu diagnóstico:

  - • lactente com idade entre 3 semanas e 12 meses;
  - • dois ou mais episódios diários de regurgitação por pelo menos 3 semanas;
  - • ausência de sinais de alarme: náuseas, hematêmese, aspiração, apneia, déficit de ganho de peso, dificuldade para alimentação ou deglutição, postura anormal.

- Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE): a doença do refluxo gastroesofágico ocorre quando o RGE causa manifestações clínicas cuja gravidade é variável, podendo estar associada a complicações com dano tissular e inflamação, como esofagite, complicação respiratória e/ou comprometimento do ganho de peso, ou seja, temos a presença de sinais de alarme.

O bebê que tem RGE é saudável. Não há repercussões clínicas como irritabilidade, baixo ganho de peso, vômitos biliosos ou qualquer outro impacto na qualidade de vida.

O RGE segue sua evolução natural, a qual tende a diminuir a partir dos 6 meses de vida, quando o bebê passa a sentar e comer alimentos sólidos. A partir daí, a melhora será progressiva até a resolução, aos 12 meses ou, no máximo, aos 2 anos.

A farmacoterapia não é indicada no RGE fisiológico. Sendo assim, lactentes que se enquadram nesse diagnóstico devem ser submetidos ao tratamento não farmacológico, com mudanças no estilo de vida, como:

- evitar a exposição passiva ao fumo;

- evitar o uso de roupas e fraldas apertadas;

- orientação posturais: após as mamadas, o lactente deve ser mantido em posição vertical por 20 a 30 minutos. Na hora de dormir, o lactente deve ser mantido em decúbito dorsal de 30º a 40°;

- corrigir erros na técnica de amamentação: reduzir sucção não nutritiva, encurtar tempo das mamadas;

- fracionamento da dieta.

Vamos às alternativas

Correta a alternativa A. Essa é a conduta para refluxo fisiológico.

Incorreta a alternativa B. A APLV pode ser considerada quando temos doença do refluxo gastroesofágico.

Incorreta a alternativa C. Essa seria uma terceira etapa de tratamento na doença do refluxo (1ª: medidas posturais, 2ª; considerar APLV, 3ª: IBP).

Incorreta a alternativa D. A investigação com exames de imagem é a 4ª etapa do tratamento da doença do refluxo.

Gabarito: A

72. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Menina, 6 anos, previamente hígida, é levada ao pronto atendimento com placas urticariformes difusas e pruriginosas. Refere ser o primeiro episódio. O médico diagnostica como urticária e esclarece à mãe que o agente mais comum do quadro são:

A) medicamentos.

B) infecções.

C) alimentos.

D) insetos.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A urticária é uma doença comum em todas as faixas etárias, principalmente na pediátrica.

Ela é definida como uma dermatite bem demarcada, caracterizada por lesões cutâneas eritemato-papulosas, pruriginosas, fugazes, de caráter migratório, isoladas ou agrupadas, que empalidecem à digitopressão, com presença de edema central, variam de tamanho e podem estar associadas, ou não, ao angioedema.

Figura 1: urticária. Fonte: Shutterstock.

Existem várias causas de urticária. A urticária aguda é a mais comum entre as crianças, dura menos de 6 semanas e tem por agentes causais: infecções, medicamentos e alimentos. **As infecções são responsáveis por mais de 80% dos casos de urticária aguda na pediatria.** As mais comuns são as de vias aéreas superiores, trato gastrointestinal e vias urinárias. Os medicamentos ocupam o segundo lugar como causadores de urticária na pediatria. Entre esse grupo, os antibióticos (principalmente os betalactâmicos) e os anti-inflamatórios não hormonais são as drogas mais comumente associadas a manifestações de urtica.

O primordial no tratamento da urticária é identificar o agente causal e afastá-lo do paciente. Além disso, é preciso rastrear se o paciente apresenta comprometimento de outros sistemas, caracterizando uma anafilaxia, pois seria necessário mudar o tipo de abordagem terapêutica.

O tratamento divide-se em medicamentoso e não medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso inclui controle da ansiedade do paciente, com acompanhamento psicológico, se necessário. Além disso, é preciso evitar banhos quentes, loções irritantes para pele, amaciantes e exercícios, sempre direcionando e individualizando cada caso.

Em relação ao tratamento medicamentoso, existem algumas controvérsias. Contudo, a maioria dos estudos concorda em realizar terapia com anti-histamínico H1, especialmente de segunda geração, nas urticárias agudas e crônicas. Os anti-histamínicos de segunda geração têm como principais representantes a loratadina, desloratadina e a cetirizina.

Correta a alternativa B.

Gabarito: B

73. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Você recepciona, em sala de parto, um neonato termo, pequeno para a idade gestacional e cuja mãe não realizou pré-natal. Ele nasce com uma malformação na parede abdominal, com evisceração intestinal revestida por âmnio. Qual é o diagnóstico mais provável?

A) Gastrosquise.

B) Onfalocele.

C) *Prune belly*.

D) Hérnia umbilical.

COMENTÁRIOS:

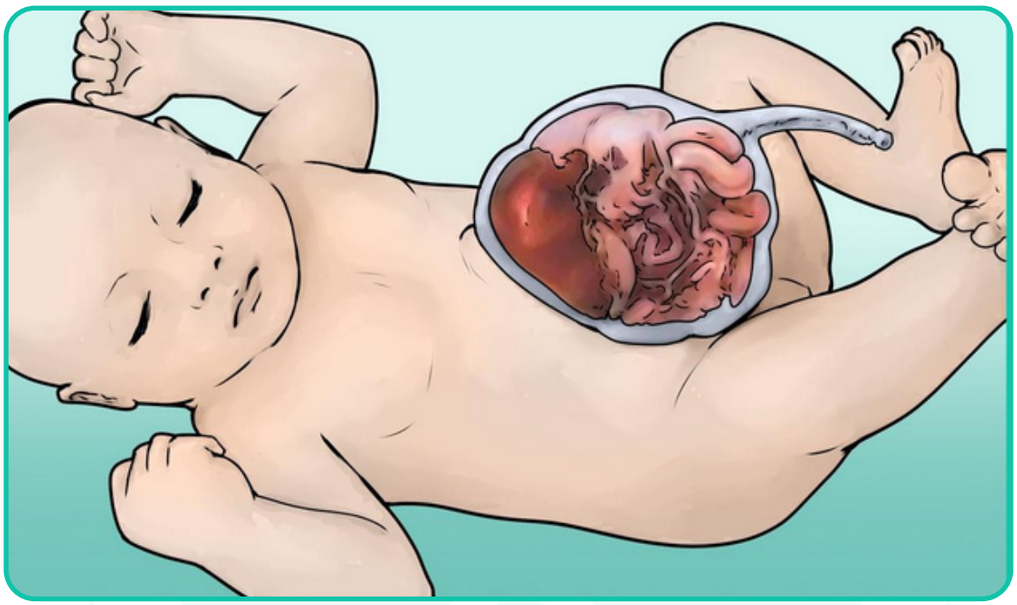
Olá, Estrategista. Temos aqui um caso de onfalocele.

A onfalocele é uma malformação da parede abdominal, em que há formação de um defeito na linha média, de tamanho variável, na altura do anel umbilical. Através desse defeito, há evisceração de parte do conteúdo do intra-abdominal, que inclui: intestino delgado, intestino grosso, estômago e até mesmo o fígado.

A onfalocele é revestida internamente por peritônio e, externamente, por âmnio e o cordão umbilical está sempre no ápice do defeito. Esses elementos são importantes, pois ajudam a diferenciar os quadros de onfalocele em relação à gastrosquise, a qual não é não é recoberta por membrana âmnio-peritonial.

O defeito na parede abdominal é variável e, quanto maior o defeito abdominal, pior o prognóstico.

O tratamento neonatal da onfalocele começa com a preservação da membrana amniótica intacta com gaze estéril, umedecida em solução salina. Além disso, está indicada a descompressão gástrica por meio de sonda, hidratação e antibióticos endovenosos. Por fim, o fechamento primário da parede abdominal é o tratamento de escolha.



Incorreta a alternativa A. A gastrosquise apresenta evisceração, a qual não é recoberta por membrana âmnio-peritonial.

Correta a alternativa B.

Incorreta a alternativa C. A síndrome de *prune belly* é uma condição rara caracterizada pela ausência ou fraqueza dos músculos abdominais. Apesar de poder ter evisceração, ela é pouco frequente e não recoberta por âmnio.

Incorreta a alternativa D. A hérnia umbilical não tem evisceração, e sim saída de parte do intestino através de uma abertura nos músculos abdominais.

Gabarito: B

74. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Bebê de 4 meses está internado na Unidade de Terapia Intensiva com quadro de coqueluche. Sua família também apresenta sintomas semelhantes, porém com menor gravidade. Considerando que essa é uma doença imunoprevenível, que vacina a seguir poderia ter evitado sua infecção?

A) DTPa para a gestante, a partir da 20 semana de gestação.

B) dTpa para a irmã de 5 anos, aos 2, 4,6, 15 meses e 5 anos.

C) DTPw para o irmão de 4 anos, aos 2, 4,6, 15 meses e 4 anos.

D) dT para o pai, como reforço de 10 em 10 anos.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, vamos falar de coqueluche?

A coqueluche é causada predominantemente pela bactéria *Bordetella pertussis*.

A doença ocorre principalmente nos menores de um ano de idade. Ela acomete principalmente traqueia e brônquios, e isso explica, em parte, a sintomatologia. Ela ocorre em 3 fases:

- Catarral: dura 1 a 2 semanas, apresenta sintomas leves como de quaisquer infecções de vias aéreas superiores (IVAS), com febre baixa, sendo indistinguível das outras IVAS nessa fase. No final desse período, a tosse seca vai se intensificando e passa a ocorrer em surtos, cada vez mais frequentes e intensos, e passamos para a próxima fase.

- Fase paroxística: dura 2 a 6 semanas. Como o nome diz, iniciam-se os paroxismos de tosse seca, com duração de menos de 45 segundos, em que o paciente tem uma súbita crise de vários episódios seguidos de uma tosse curta, seguida de uma dificuldade de inspirar, então o paciente costuma forçar a inspiração súbita e prolongadamente, causando um barulho característico, que é o guincho. Podemos ter também cianose e vômitos pós-tosse.

- Fase de convalescença: dura também mais 2 a 6 semanas, somem os paroxismos e, portanto, os guinchos, e volta a tosse "normal", que pode durar até 3 meses.

Os exames quase sempre são solicitados e ajudam no diagnóstico, apesar de não serem específicos. A radiografia de tórax tem como padrão mais frequente as opacidades peri-hilares, chamadas de "coração borrado ou franjado" (ou ainda, "felpudo") porque as bordas cardíacas não são nítidas, devido às opacidades pulmonares.

O hemograma é um grande auxílio ao diagnóstico da coqueluche. As alterações laboratoriais típicas são a leucocitose com linfocitose, que se intensificam na fase paroxística.

O diagnóstico específico pode ser feito por cultura para identificação da *B. pertussis* em material coletado da nasofaringe. É considerado o "padrão-ouro" do diagnóstico e deve ser feito em coletas realizadas na fase aguda, antes do início do tratamento antibiótico ou, no máximo, em até 3 dias de seu início. Porém, esse exame é de difícil realização técnica.

O tratamento da coqueluche deve ser feito com macrolídios. Atualmente, indica-se como primeira opção a azitromicina.

Para prevenção da doença, temos a vacina DTPw, integrante da pentavalente, aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade. Os reforços são aplicados aos 15 meses e 4 anos, com a DTPw isolada. Para gestantes, indica-se a dTpa a partir das 20 semanas de gestação.

Incorreta a alternativa A. A DTPa está indicada até os 7 anos. Para a gestante, fazemos a dTpa.

Incorreta a alternativa B. A dTpa só pode ser aplicada em maiores de 7 anos. Ela está indicada para as gestantes com mais de 20 semanas de gestação.

Correta a alternativa C. As crianças são imunizadas com a DTPw aos 2, 4 e 6 meses (dentro da pentavalente) e aos 15 meses e 4 anos (na DTPw isolada).

Incorreta a alternativa D. A dT é dada de 10 em 10 anos, a partir dos 7 anos de idade, mas ela só protege contra difteria e tétano.

Gabarito: C

75. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Que criança a seguir tem algum sinal de alarme para uma imunodeficiência primária?

A) Menino, 3 meses, com úlcera de 2 cm em local de aplicação da vacina BCG.

B) Menina, 20 dias de vida, ainda com coto umbilical presente.

C) Menino, 15 meses de vida, está no 3º episódio de otite esse ano.

D) Menina, 3 anos, apresentou doença meningocócica há um mês, com necessidade de internamento em UTI por 1 semana.

COMENTÁRIOS:

Caro colega, a Sociedade Brasileira de Pediatria compreende que os seguintes sinais são de alerta para imunodeficiências primárias NO PRIMEIRO ANO DE VIDA:

1. infecções fúngicas, virais e/ou bacterianas graves ou persistentes;
2. reações adversas a vacinas de germe vivo, em especial BCG;
3. diabete melito persistente ou outra doença autoimune e/ou inflamatória;
4. quadro sepse-símile, febril, sem identificação de agente infeccioso;
5. lesões cutâneas extensas;
6. diarreia persistente;
7. cardiopatia congênita (em especial anomalias dos vasos de base);
8. atraso na queda do coto umbilical (> 30 dias);
9. história familiar de imunodeficiência ou de óbitos precoces por infecção;
10. linfocitopenia (< 2.500 céls/mm^3) ou outra citopenia ou leucocitose sem infecção persistente;
11. hipocalcemia com ou sem convulsão;
12. ausência de imagem tímica à radiografia de tórax.

Além dessas, são fatores de alarme em qualquer idade:

1. duas ou mais pneumonias no último ano;
2. quatro ou mais otites no ano;
3. estomatites de repetição ou monilíase (sapinho) por mais de dois meses;
4. abscessos de repetição ou ectima (infecção bacteriana da pele);
5. dois ou mais episódios de infecção sistêmica grave (meningite, osteoartrite, septicemia);
6. infecções intestinais de repetição/diarreia crônica;
7. asma grave, doenças do colágeno ou doença autoimune;
8. efeito adverso ao BCG e/ou infecção por microbactéria;
9. fenótipo clínico sugestivo de síndrome associada à imunodeficiência; e
10. histórico familiar da doença.

Correta a alternativa A. A úlcera no local da BCG é considerada normal até 1 cm. Úlceras maiores são consideradas como reações adversas graves e devem levar à investigação de imunodeficiência.

Incorreta a alternativa B. O sinal de alarme é o coto persistente após 30 dias de vida.

Incorreta a alternativa C. O sinal de alarme é de 4 ou mais otites ao ano.

Incorreta a alternativa D. O sinal de alarme é doença grave no primeiro ano de vida ou mais de uma infecção grave.

Gabarito: A

76. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** A enfermeira relata que o teste do coraçãozinho de um bebê de 39 semanas, com 36 horas de vida, apresentou os seguintes resultados:

- Membro superior direito: 95%

- Membro inferior esquerdo: 89%

De acordo com as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, qual é a conduta adequada a ser tomada?

A) Repetir o teste com uma hora.

B) Aguardar 48 horas de vida para repetir o teste.

C) Repetir o teste de imediato, no membro inferior direito.

D) Encaminhar para avaliação cardiológica de imediato.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. O objetivo do teste do coraçãozinho é diagnosticar cardiopatias congênitas ditas “críticas”, que são aquelas dependentes do canal arterial e que necessitam 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.

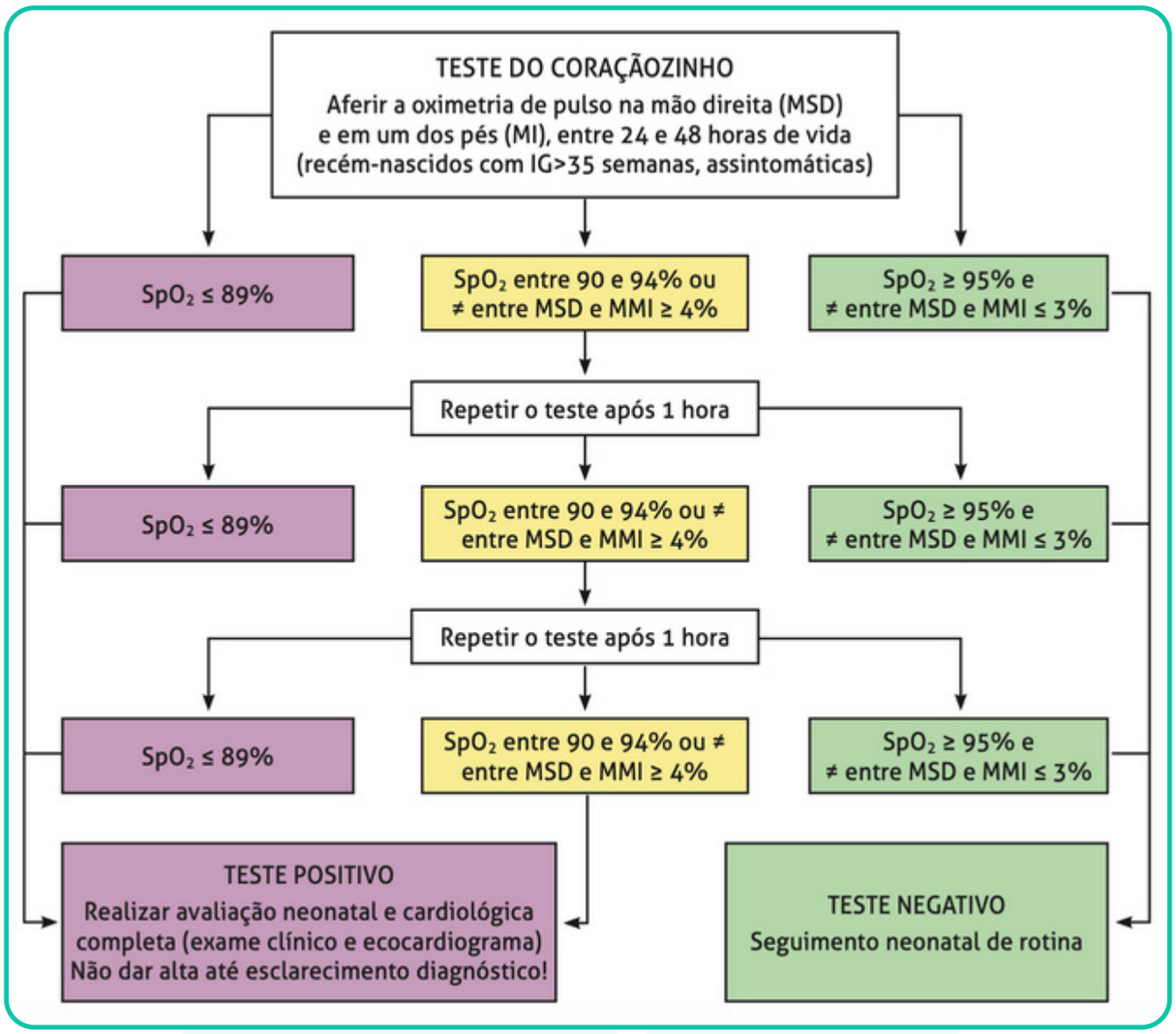
De acordo com as orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria, temos 3 possibilidades:

- teste negativo, quando as saturações são maiores/iguais e 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 e 94% ou a diferença for maior/igual a 4%. Nesse caso, são indicadas até 2 repetições do teste.

Observe o fluxo:



Sendo assim, como a criança tem uma saturação de 89%, já está indicada a avaliação cardiológica imediata.

Correta a alternativa D.

Incorreta a alternativa A. A medida de 89% não permite a repetição em uma hora.

Incorreta a alternativa B. O tempo ideal para realizar o teste é de 24 a 48 horas de vida, estamos, portanto, no tempo certo.

Incorreta a alternativa C. O membro inferior independe da lateralidade, pois os dois são pós-canal arterial.

Gabarito: D

77. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Um bebê de, aproximadamente, um mês de idade, foi encontrado abandonado em uma caixa de papelão na frente do corpo de bombeiros. Ele é levado para o hospital da cidade e o pediatra observa algumas alterações fenotípicas em seu rosto. Ele apresenta pregas epicânticas, filtro labial liso e alongado, lábio superior fino, base nasal achatada, deformidades de pavilhão auricular e narinas antevertidas. Considerando essas características, você suspeita de:

A) síndrome de Down.

B) síndrome de Turner.

C) síndrome alcoólica fetal.

D) síndrome de Noonan.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista, vamos falar de síndrome alcoólica fetal (SAF).

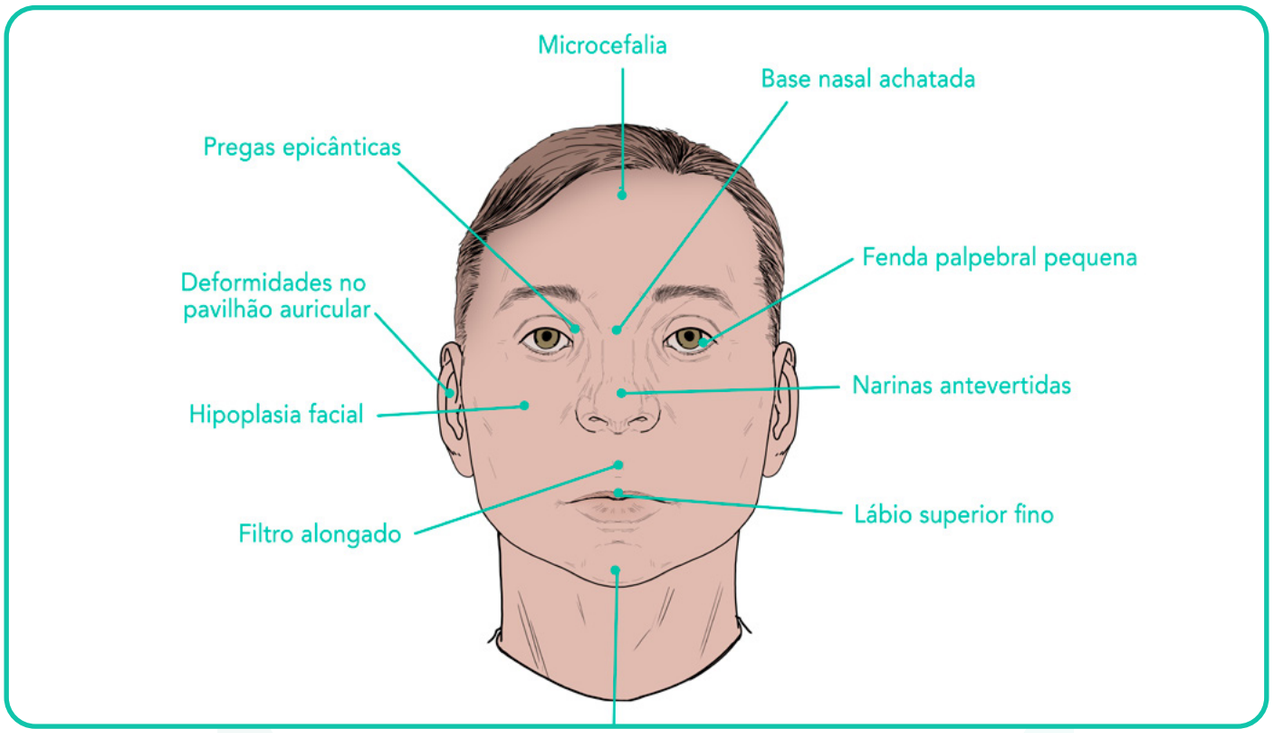
A síndrome alcoólica fetal (SAF) também pode ser chamada de transtorno do espectro fetal do álcool. Ela consiste na exposição do feto ao álcool no período pré-natal e caracteriza-se por uma série de manifestações físicas, comportamentais e de desenvolvimento que afetam essas crianças.

Sabemos que o álcool é um agente teratogênico, que causa efeitos irreversíveis no sistema nervoso central de crianças expostas durante a gestação.

Quando o feto é exposto ao álcool no primeiro trimestre, ocorrem anomalias estruturais, faciais e cerebrais. No segundo trimestre, o uso de álcool leva a um maior risco de abortamento. No terceiro trimestre, o comprometimento de peso, comprimento e crescimento do cérebro são mais evidentes.

As características faciais de crianças com SAF incluem:

- fendas palpebrais curtas;
- pregas epicânticas;
- filtro liso e alongado;
- lábio superior fino;
- hipoplasia de face média;
- diminuição da distância entre as pupilas;
- base nasal achatada;
- ptose palpebral;
- orelhas em trilhos de ferrovia;
- prognatismo;
- hipertricose;
- estrabismo.



ALTERAÇÕES DE MEMBROS

As manifestações mais encontradas em membros são a clinodactilia do quinto dedo, supinação do cotovelo prejudicada e camptodactilia, que se caracteriza pela postura em flexão de interfalangianas proximais. As unhas dessas crianças são hipoplásicas.

As pregas palmares apresentam aspecto de taco de hóquei, isto é, a prega palmar superior sofre uma curva e termina entre os dedos indicador e médio, assemelhando-se ao taco de hóquei.

OUTRAS ANORMALIDADES

As principais anormalidades estruturais decorrentes da SAF ocorrem nos seguintes sistemas:

Cardiovascular: a prevalência de cardiopatia congênita em crianças com SAF é discretamente aumentada em relação à população geral. Os defeitos mais encontrados são: defeito de septo atrial e ventricular e defeitos conotruncais, como a tetralogia de Fallot.

Sistema esquelético: *pectus excavatum* e *carinatum*, escoliose, deformidades em vértebras, deformidades nas mãos.

Renal: rim aplásico, em ferradura, duplicações ureterais, hidronefrose.

Oculares: ptose, estrabismo, alterações vasculares retinianas, microftalmia, problemas refrativos, hipoplasia do nervo óptico.

Audição: cerca de 18% desses pacientes podem apresentar perda auditiva neurossensorial ou de condução.

Sistema nervoso: cerca de 70% desses pacientes apresentam manifestações comportamentais como irritabilidade, desatenção, problemas de regulação do sono. Entre as manifestações neurológicas, incluem-se atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, diminuição do perímetro cefálico, reflexos anormais, convulsões, hipotonia, entre outros. Alguns pacientes podem apresentar discretas alterações estruturais, como anormalidades anatômicas do corpo caloso, cerebelo e gânglios da base.

Crescimento: pode ser observada restrição de crescimento intrauterino, que continua durante a infância, provocando baixa estatura durante a adolescência e vida adulta.

O diagnóstico da SAF é feito da seguinte forma:

- pelo menos dois dismorfismos faciais;

- retardo de crescimento;

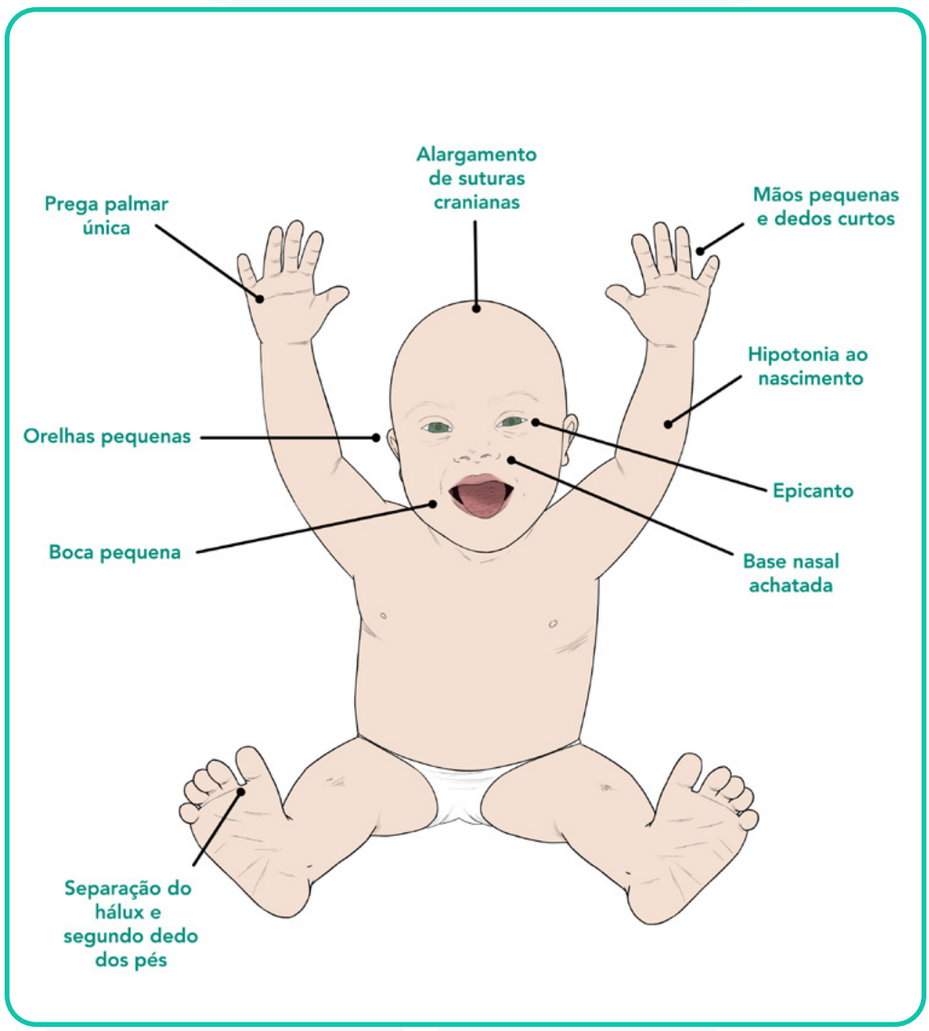
- envolvimento do sistema nervoso central.

(*se todos esses critérios forem preenchidos, é desnecessária a documentação da exposição alcoólica durante a gestação).

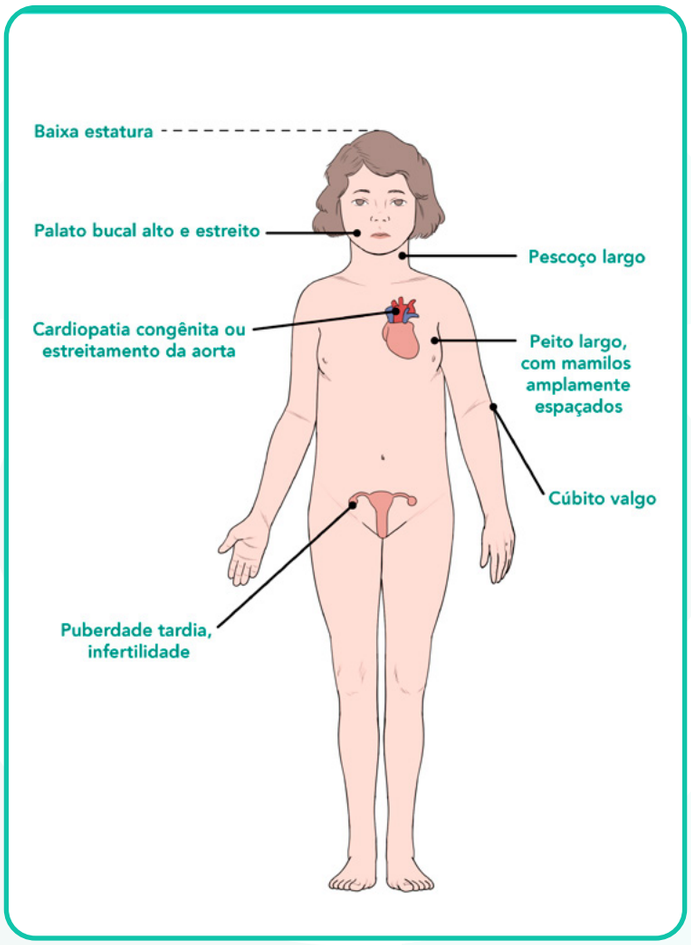
Diante de uma criança com diagnóstico de SAF, o tratamento multiprofissional é fundamental para que ela seja avaliada do ponto de vista cognitivo e comportamental.

Sendo assim, suspeitamos, nessa criança, de síndrome alcoólica fetal. Correta a alternativa C.

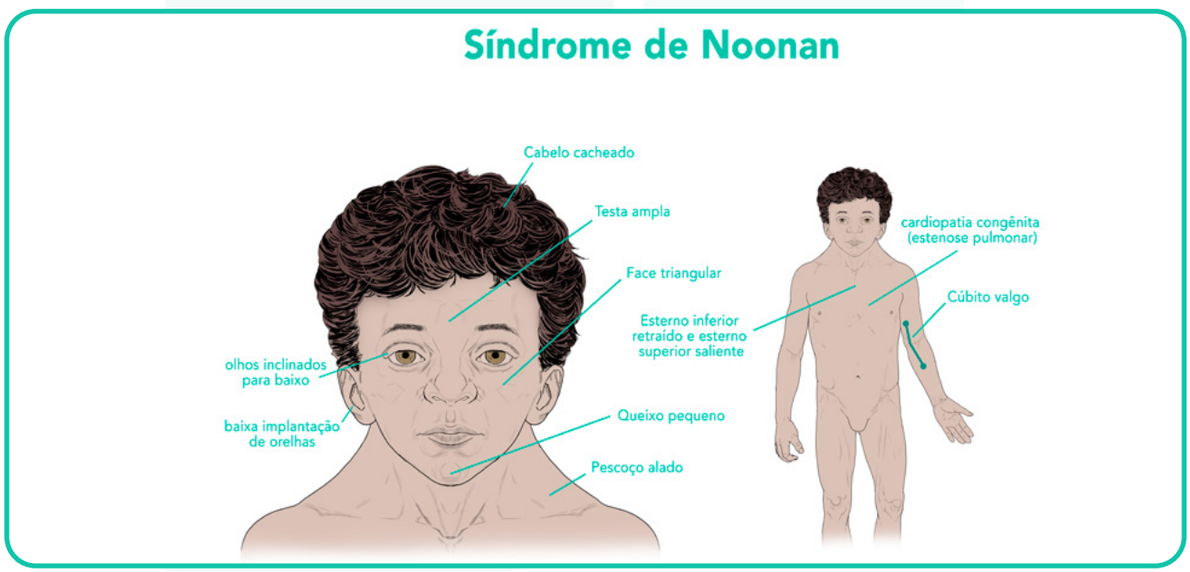
Incorreta a alternativa A. A síndrome de Down pode apresentar pregas epicânticas, implantação baixa de orelhas, boca pequena, alargamento de suturas cranianas, base nasal achatada.



Incorreta a alternativa B. A síndrome de Turner não tem um rosto muito atípico, mas apresenta uma característica importante: o pescoço alado.



Incorreta a alternativa D. Na síndrome de Noonan, temos testa ampla, face triangular, micrognatia, olhos inclinados para baixo, baixa implantação de orelhas e pescoço alado.



Gabarito: C

78. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Criança de 7 anos estava brincando no parquinho quando apresentou quadro súbito de dor torácica, taquipneia com esforço respiratório e taquicardia. Ela dá entrada no pronto-socorro, trazida pelo SAMU, com palidez cutânea, mal perfundida, PA de 74 x 52, FC de 198. O eletrocardiograma mostra taquicardia, com QRS estreito, regular e ausência de onda P. O SAMU iniciou expansão volêmica através de dois acessos venosos calibrosos e você indica, de imediato:

A) desfibrilação com 2 J/kg.

B) administração de amiodarona.

C) cardioversão com 2 J/kg.

D) administração de adenosina.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista.

Essa criança apresenta um quadro súbito de dor torácica e esforço respiratório associado à taquicardia intensa.

O eletrocardiograma revela taquicardia, com complexos estreitos e regulares, sem onda P. Esses achados são compatíveis com a taquicardia supraventricular (TSV).

A TSV recebe esse nome, pois é um ritmo anormalmente rápido cuja origem está acima dos ventrículos. Ela consiste no distúrbio de ritmo mais comum em crianças, cuja prevalência é estimada em 0,1 a 0,4% da população pediátrica.

A TSV caracteriza-se por se apresentar de forma súbita e pode ser episódica. Alguns episódios podem ter duração de minutos, enquanto outros permanecem por horas. A duração média é de 10 a 15 minutos.

Geralmente, a TSV é bem tolerada pelas crianças, contudo episódios prolongados podem causar insuficiência cardíaca (ICC). As manifestações clínicas dependem da idade da criança:

- Lactentes: os lactentes com comprometimento do débito cardíaco podem apresentar manifestações como palidez cutânea, agitação, respiração rápida, sonolência ou irritabilidade, diminuição da aceitação alimentar e, em alguns casos, cianose. Alguns pacientes, sobretudo aqueles com função ventricular normal, cursam com sintomas leves e a taquicardia pode passar despercebida por períodos prolongados até que o débito cardíaco seja comprometido e as manifestações se tornem mais evidentes. Sendo assim, de acordo com a presença de disfunção miocárdica, os sintomas podem ser mais ou menos intensos. Nessa idade, é considerado um valor de FC ≥ 220 bpm para se constatar a TSV.
- Crianças e adolescentes: nessa faixa etária, as queixas são de palpitações, dor ou desconforto no peito, cansaço e tontura. A presença de síncope consiste em um sinal de alerta para risco de morte súbita. Nessa idade, consideramos o valor de ≥ 180 bpm.

Durante a TSV, o eletrocardiograma (ECG), em geral, apresenta ritmo regular, sem variação no intervalo RR, com FC muito aumentada (de acordo com a idade do paciente). Na maior parte dos casos, o complexo QRS é estreito (< 0,09 s) e geralmente as ondas P estão ausentes ou anormais.

O tratamento da TSV depende se há instabilidade hemodinâmica. As modalidades de tratamento específico disponíveis são:

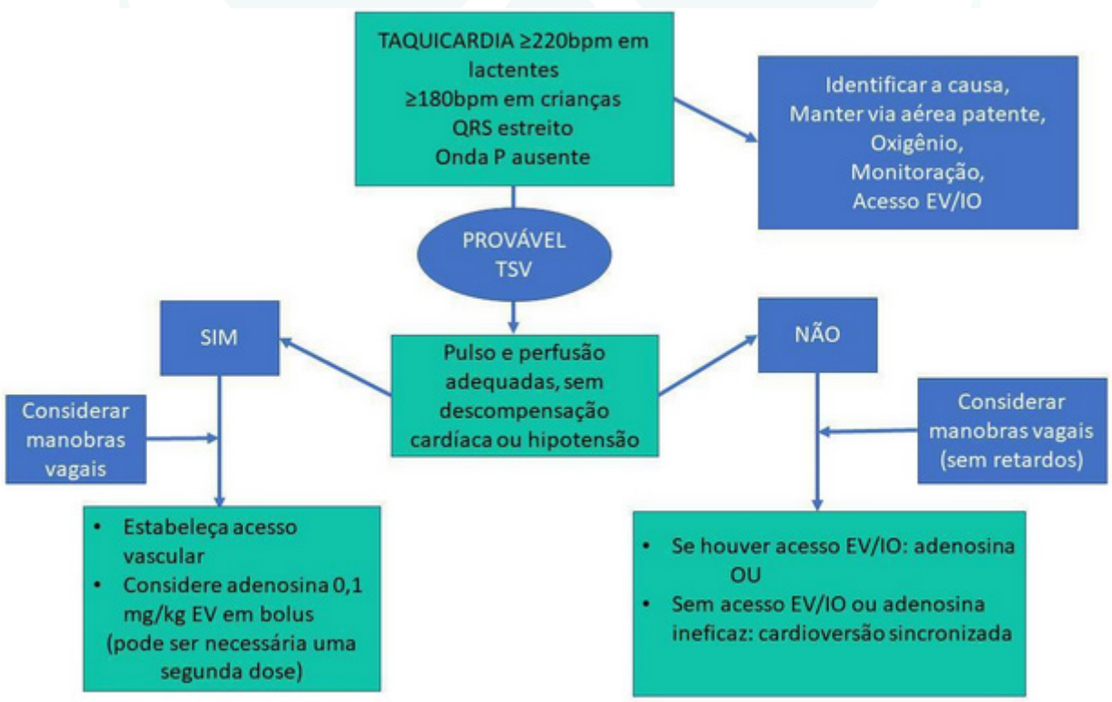
- manobras vagais;
- cardioversão sincronizada;
- tratamento medicamentoso.

Como sabemos, a frequência cardíaca diminui quando há estimulação do nervo vago. Em crianças com TSV, a estimulação vagal pode reverter a taquicardia por retardar a condução no nodo AV.

A adenosina é a medicação de escolha para a TSV estável hemodinamicamente.

Em crianças com TSV instável, o procedimento de escolha é a cardioversão sincronizada com dose de choque de 0,5 a 1 J/kg. Esse deve ser o procedimento indicado para nosso paciente.

Observe o fluxograma de tratamento da TSV:



Vamos voltar ao caso? Temos uma criança mal perfundida. Lembre-se de que, em crianças de 1 a 10 anos, hipotensão é quando temos PA menor do que 70 + idade em anos x2, ou seja, para ele, hipotensão é PAS menor do que 84. Então, ele também está hipotenso. Nesse caso, de instabilidade hemodinâmica, caso haja acesso, usamos adenosina. Na ausência de acesso venoso, utiliza-se a cardioversão sincronizada.

Incorreta a alternativa A. A desfibrilação é utilizada em casos de parada cardiorrespiratória.

Incorreta a alternativa B. A amiodarona é utilizada em ritmos chocáveis de PCR, após o 3º choque.

Incorreta a alternativa C. A cardioversão pode ser utilizada, mas na dose de 0,5 a 1 J/kg.

Correta a alternativa D. A adenosina está indicada quando temos acesso venoso.

Gabarito: D

79. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** Menina, de 5 anos, apresenta diarreia crônica esteatorreica, associada à perda de peso e atrofia muscular. O pediatra desconfia de uma possível doença celíaca clássica e indica uma dieta isenta de glúten. Dos alimentos abaixo, qual pode ser ingerido?

A) Aveia pura.

B) Cevada.

C) Trigo.

D) Centeio.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. A doença celíaca (DC) é definida como uma enteropatia imunomediada, desencadeada pela ingestão do glúten presente no trigo e outras proteínas encontradas em cereais, como a cevada e o centeio. A DC ocorre em indivíduos geneticamente predispostos, com manifestações de graus variáveis, e com a presença de autoanticorpos celíacos específicos.

A DC tem sido cada vez mais diagnosticada em nossos dias.

Vamos, agora, apresentar as duas principais formas da DC na criança:

DOENÇA CELÍACA CLÁSSICA: após a introdução do glúten na dieta, o lactente passa a apresentar diarreia crônica, vômitos, irritabilidade, esteatorreia, distensão abdominal, constipação, diminuição da musculatura glútea, perda de peso, deficiência de vitaminas, ferro e outros nutrientes. As três principais características encontradas na doença celíaca clássica são:

- síndrome de má absorção;
- alterações histológicas na mucosa intestinal;
- resolução das lesões e dos sintomas após a retirada dos alimentos que contêm glúten.

NÃO CLÁSSICA OU ATÍPICA — os sintomas não são específicos do sistema gastrointestinal, observe:

- baixa estatura;
- atraso puberal;
- hipotonia;
- atraso do desenvolvimento neuropsicomotor;
- distúrbios de aprendizado;
- cefaleia;
- ataxia;
- epilepsia;
- alteração das transaminases;
- dor abdominal, constipação;
- dermatite herpetiforme, entre outros.

O diagnóstico da DC baseia-se em testes sorológicos e biópsia intestinal.

A estratégia inicial é a dosagem da anti-TTG-IgA e, caso esteja positiva, indica-se a biópsia intestinal. Caso esteja negativa e o paciente apresente deficiência de IgA, a dosagem de anticorpos da classe IgG, como antiendomísio, peptídeo de antigliadina deaminada e anti-TTG IgG, é necessária.

Embora os achados histológicos não sejam específicos da doença celíaca, o critério padrão-ouro para o diagnóstico da doença celíaca consiste no encontro de alterações vilositárias na biópsia intestinal, associadas ao teste sorológico positivo.

As alterações histológicas encontradas, são características, mas não são patognomônicas, pois podem estar presentes em outras condições clínicas, como infecções parasitárias, espru tropical, imunodeficiências, enteropatia pelo vírus HIV.

Devem ser colhidas de 4 a 6 amostras para biópsia da segunda parte do duodeno e do bulbo duodenal.

Os achados mais característicos da biópsia intestinal na DC são:

• aumento de linfócitos intraepiteliais (> 25/100 células epiteliais);

• hiperplasia de criptas;

• atrofia vilositária;

• infiltração de células mononucleares na lâmina própria;

• anomalias estruturais nas células epiteliais.

O tratamento da doença celíaca consiste em oferecer uma dieta isenta de glúten por toda a vida. Todos os alimentos que contêm trigo, cevada e centeio devem ser excluídos da dieta. Mesmo pequenas quantidades ingeridas de glúten podem ser prejudiciais. Esses pacientes devem ser orientados a pesquisar a presença de glúten em rótulos de alimentos industrializados e observar medicamentos que contenham glúten.

Correta a alternativa A. A aveia pura é geralmente tolerada por cerca de 95% das crianças com doença celíaca, contudo a tolerância varia entre os pacientes e depende da quantidade consumida. Porém, cabe lembrar que, geralmente, a aveia costuma estar contaminada pelo trigo e, nesses casos, quando não podemos atestar que a aveia está pura, ela deve ser eliminada também da dieta.

Incorretas as alternativas B, C e D. Esses alimentos devem ser excluídos da dieta.

Gabarito: A

80. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger)** A tetralogia de Fallot é uma das cardiopatias cianogênicas mais comuns congênitas. Qual dos itens abaixo é uma alteração encontrada nessa patologia?

A) Estenose aórtica.

B) Persistência do canal arterial.

C) *Truncus arteriosus*.

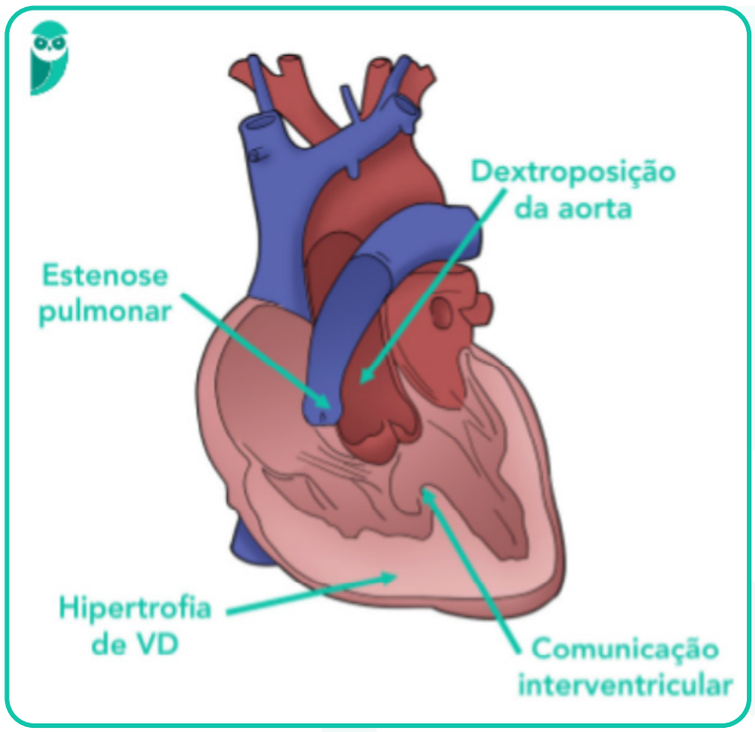
D) Hipertrofia de ventrículo direito.

COMENTÁRIOS:

Olá, Estrategista. Vamos falar de tetralogia de Fallot.

A tetralogia de Fallot é composta por quatro alterações que compõem o mnemônico: “Hoje EStudei DEmais CIV”.

- Hipertrofia do ventrículo direito, secundária à obstrução da via de saída de VD.
- EStenose pulmonar infundibular ou infundibulovalvar, com obstrução da via de saída do ventrículo direito em diferentes graus, podendo estar associada à hipoplasia ou até à atresia pulmonar em casos mais extremos.
- DExtroposição da aorta em relação ao septo interventricular (aorta cavalgando os ventrículos).
- Comunicação InterVentricular.



Ela é uma cardiopatia cianogênica de hipofluxo pulmonar.

Vamos entender! Pela estenose pulmonar, há obstrução da saída de sangue do ventrículo direito, portanto há hipofluxo pulmonar e aumento da pressão do ventrículo direito. Com isso, há passagem de sangue de VD ao VE por meio da CIV (*shunt* direito-esquerdo), gerando cianose periférica.

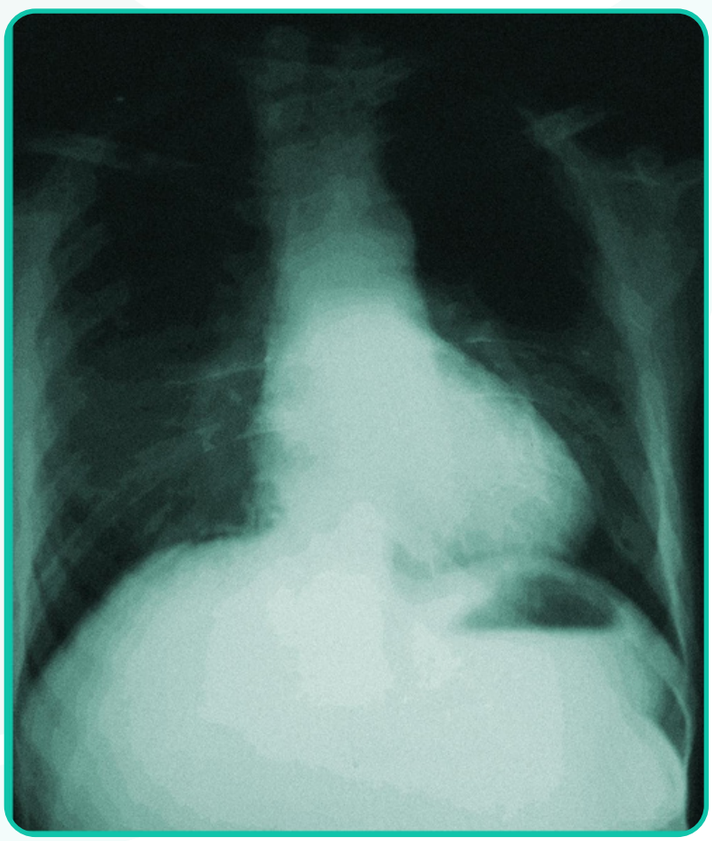
Pela fisiopatologia, temos, então, como clínica principal:

• cianose periférica;

• crises de hipóxia.

A crise de hipóxia, também chamada de crise de cianose ou crise hipoxêmica, é um quadro clínico decorrente do agravo da estenose pulmonar por situações como choro, febre, exercício físico ou desidratação. Nela, a criança inicialmente começa com agitação e/ou choro e evolui para respirações rápidas e profundas, com piora súbita da cianose. Após esse período de agitação, vem um de sonolência e apatia, podendo ocorrer perda de consciência e eventos mais graves, como parada cardiorrespiratória.

A radiografia de tórax da tetralogia de Fallot é típica. A forma do coração é em “forma de bota” ou “tamanco holandês”, com a ponta do ápice para cima pela hipertrofia de VD. O arco médio côncavo é escavado devido à hipoplasia das artérias pulmonares, dando a forma característica do tamanco holandês. A área cardíaca costuma ser normal, a trama vascular vai estar diminuída pelo hipofluxo pulmonar.



Como conduzir?

Em casos de atresia pulmonar ou estenose grave, há a necessidade de manutenção do canal arterial nos primeiros dias de vida, por meio da infusão de prostaglandinas.

As crises de hipoxemia devem ser tratadas como urgência clínica.

A cirurgia de Blalock-Taussig é um tratamento paliativo em casos de sinais e sintomas intensos e consiste em anastomose entre a artéria subclávia e pulmonar.

O tratamento cirúrgico definitivo é indicado após o sexto mês de vida.

Correta a alternativa D. Hipertrofia do VD faz parte do quadro. As demais não fazem parte.

Gabarito: D

MEDICINA PREVENTIVA

81. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Que afirmativas a seguir estão corretas sobre comparações em relação ao estudo coorte e caso controle?

I - O estudo de coorte é sempre prospectivo a partir do momento atual, enquanto o caso-controle é sempre retrospectivo.

II - O estudo de coorte separa os grupos de participantes com base no status de exposição, enquanto o caso-controle seleciona com base no status da doença (desfecho).

III - O estudo de coorte permite calcular risco relativo, enquanto o caso-controle calcula odds ratio.

IV - O estudo de coorte é mais adequado para doenças raras, enquanto o caso-controle é melhor para doenças comuns.

Qual (quais) afirmativas está(ão) correta(s)?

A) A) I e IV

B) B) II e III

C) C) I, II e III.

D) D) Apenas a afirmativa II

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Estudos Epidemiológicos

Estrategista,

Questão direta focando dois tipos de estudo, coorte e caso controle. Vamos relembrar detalhes de cada um.

1. Estudo de Coorte

- **Definição**: acompanha grupos de pessoas expostas e não expostas a um fator de risco para observar quem desenvolve o desfecho. Pode ser feito tanto de forma retrospectiva, a partir de prontuários, partindo da observação de uma data no passado até um momento mais atual, quanto também prospectiva, acompanhando ao longo do tempo a partir do momento presente. Medida de associação mais clássica: incidência, com possibilidade de cálculo de risco relativo e medidas subsequentes.

- **Vantagens**
  - Permite calcular incidência e risco relativo.
  - Bom para estudar múltiplos desfechos a partir de uma mesma exposição.
- **Desvantagens**
  - Pode ser caro e demorado.
  - Ineficiente para doenças raras.
- **Exemplo**: acompanhar fumantes e não fumantes por 10 anos para ver quem desenvolve câncer de pulmão.

2. Estudo Caso-Controle

- **Definição**: parte de um grupo de pessoas com a doença (casos) e um grupo sem a doença (controles), investigando exposições passadas. Medida de associação mais clássica: *odds ratio*.
- **Vantagens**
  - Mais rápido e barato.
  - Ótimo para doenças raras ou de longo período de latência.
- **Desvantagens**
  - Não calcula a incidência diretamente.
  - Maior risco de viés de memória (recordatório).
- **Exemplo**: entrevistar pacientes com câncer de pulmão e sem câncer para saber se fumaram no passado.

Agora, vamos avaliar cada afirmativa.

I - "O estudo de coorte é sempre prospectivo a partir do momento atual, enquanto o caso-controle é sempre retrospectivo." - Incorreta.

- O estudo de coorte **pode ser** prospectivo (acompanha indivíduos ao longo do tempo a partir da exposição), mas também pode ser **retrospectivo** (usando dados já existentes no passado e seguindo-os até um ponto atual).
- O estudo caso-controle costuma ser retrospectivo (parte do desfecho e olha para exposições passadas).

II - "O estudo de coorte separa o grupo de participantes com base no *status* de exposição, enquanto o caso-controle seleciona com base no *status* da doença (desfecho)." - Correta.

- **Coorte**: separa indivíduos **expostos** e **não expostos** e acompanha para ver quem desenvolve a doença.
- **Caso-controle**: começa com **casos** (pessoas que têm a doença) e **controles** (sem a doença) e, depois, investiga a exposição prévia.

III - "O estudo de coorte permite calcular risco relativo, enquanto o caso-controle calcula *odds ratio*." - Correta.

- **Coorte**: permite calcular a **incidência** e, a partir dela, o **risco relativo (RR)**.
- **Caso-controle**: não permite calcular incidência diretamente; usa-se o ***odds ratio*** **(OR)** como medida de associação.

IV - "O estudo de coorte é mais adequado para doenças raras, enquanto o caso-controle é melhor para doenças comuns." - **Incorreta** (na verdade é o oposto).

- **Coorte**: para doenças **comuns** ou exposições raras (pois precisa aparecer as doenças em um número razoável para ter uma boa análise estatística, se a doença é rara, precisaria um número grande de pessoas para análise para ter uma boa incidência de doença).
- **Caso-controle**: mais eficiente para **doenças raras**, pois começa escolhendo casos já existentes.

Portanto, sobre as alternativas, temos:

Incorreta a alternativa A: a I está incorreta porque a coorte pode ser retrospectiva. A IV está incorreta, porque é justamente o inverso, coorte é ruim para doenças raras, nessas situações, um estudo caso-controle é mais adequado.

Correta a alternativa B: a I está incorreta porque a coorte pode ser retrospectiva. A IV está incorreta, porque é justamente o inverso, coorte é ruim para doenças raras, nessas situações, um estudo caso-controle é mais adequado. As afirmativas II e III são corretas, sem considerações a mais.

Incorreta a alternativa C: a I está incorreta porque a coorte pode ser retrospectiva.

Incorreta a alternativa D: a afirmativa III também está correta. Risco relativo é razão das incidências entre expostos e não expostos e *odds ratio* é a razão de chances entre doentes e não doentes no estudo caso-controle

Gabarito: B

82. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Um programa de rastreamento por endoscopia digestiva alta foi implementado para detecção precoce de câncer de esôfago em fumantes. Após 10 anos de funcionamento, observou-se que pacientes diagnosticados por meio do rastreamento endoscópico apresentaram sobrevida média de 3 anos, enquanto aqueles diagnosticados após queixas de disfagia progressiva e perda ponderal tiveram sobrevida média de 1 ano. Entretanto, a mortalidade por câncer de esôfago na população de fumantes permaneceu constante durante todo o período de observação, entre a população observada também se manteve constante sem diferenças entre os grupos. Qual é a explicação mais plausível para esses resultados?

A) O programa de endoscopia demonstrou eficácia comprovada na redução da mortalidade por câncer de esôfago em fumantes.

B) Fumantes que participam do rastreamento endoscópico possuem menor carga tabágica e melhor estado nutricional, o que confere melhor prognóstico.

C) Os achados podem refletir viés de tempo de antecipação (lead time bias), em que o diagnóstico precoce aumenta o tempo entre detecção e óbito sem modificar o momento real da morte.

D) A endoscopia detecta preferencialmente casos de adenocarcinoma esofágico com evolução naturalmente mais indolente do que o carcinoma espinocelular.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Testes diagnósticos

Estrategista,

Questão para avaliar se você se lembra do ***lead time bias***.

O *lead time bias* ocorre quando um programa de rastreamento aparenta melhorar a sobrevida simplesmente por **detectar o tumor mais precocemente**, sem alterar efetivamente o momento da morte *("a mortalidade por câncer de esôfago na população de fumantes permaneceu constante durante todo o período de observação, entre a população observada, também se manteve constante sem diferenças entre os grupos").*

Sobre o câncer de esôfago, os fatores de risco incluem:

- tabagismo;
- etilismo (efeito sinérgico com tabaco);
- refluxo gastroesofágico (Barrett);
- causticação prévia;
- acalasia.

Quando pensamos nos tipos histológicos:

- carcinoma espinocelular: associado a tabaco/álcool;
- adenocarcinoma: associado a refluxo/Barrett.

Não há evidência científica de que o rastreamento do câncer de esôfago traga mais benefícios do que riscos, portanto, até o momento, ele não é recomendado (WHO, 2007; NCI, 2025). É um tumor altamente agressivo com prognóstico reservado mesmo em estágios iniciais.

Já o diagnóstico precoce desse tipo de câncer é possível em apenas parte dos casos, pois a maioria só apresenta sinais e sintomas em fases mais avançadas da doença. Os sinais e sintomas mais comuns e que devem ser investigados são (NICE, 2025):

- disfagia;
- perda de peso;
- epigastralgia;
- refluxo;
- dispepsia.

Mecânica do *lead time bias*:

O viés de tempo ganho ocorre quando interpretamos erroneamente que a pessoa estaria ganhando mais "tempo de sobrevida", quando, na verdade, **só está ganhando mais "tempo de doença"** com o diagnóstico mais precoce, pois o tempo de evolução da doença em si para o desfecho (ex.: morte) permanece o mesmo.

Este viés ocorre porque o diagnóstico nos pacientes rastreados mais precocemente passa a falsa impressão de maior prolongamento da doença nesses grupos rastreados. Se o objetivo do rastreamento é prorrogar a vida, de nada adiantaria saber mais cedo da doença se não houver alteração na sobrevida do paciente.

Assim, para a questão, temos indicadores do *lead time bias*:

Sobrevida individual após o diagnóstico: 3 anos (com o rastreamento) *vs*. 1 ano (diagnóstico por sintomas).

Mortalidade populacional = taxa constante.

Ausência de benefício real: sem redução da mortalidade geral.

Vamos, agora, avaliar as alternativas.

Incorreta a alternativa A: se o rastreamento fosse verdadeiramente eficaz, deveria haver redução na mortalidade por câncer de esôfago na população de fumantes, não apenas aumento da sobrevida pós-diagnóstico.

Incorreta a alternativa B: embora características dos participantes possam diferir, não explica por que a mortalidade populacional permanece inalterada apesar da sobrevida individual prolongada. Não há nenhuma referência sobre isso no enunciado.

Correta a alternativa C: identifica corretamente o *lead time bias* como explicação para o paradoxo **maior sobrevida individual após diagnóstico sem redução da mortalidade populacional.**

Incorreta a alternativa D: mesmo que houvesse detecção preferencial de adenocarcinomas (*length time bias* - detectar só os mais indolentes), ainda deveria haver alguma redução na mortalidade se o rastreamento fosse eficaz.

Gabarito: C

83. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada) Uma equipe de Saúde da Família (eSF) foi designada para atuar em uma região que apresenta alta diversidade social e diferentes níveis de vulnerabilidade. Para organizar suas atividades de forma eficiente, a equipe iniciou um processo que envolveu delimitação geográfica, divisão da população em microáreas e levantamento detalhado de dados domiciliares, utilizando ferramentas digitais para mapear situações de risco e orientar intervenções específicas.

Considerando esse contexto, que ação a seguir melhor representa um benefício direto da territorialização bem implementada na Atenção Primária à Saúde?

A) Redução dos custos administrativos por concentrar os atendimentos em uma única área de saúde.

B) Aumento das campanhas gerais realizadas em massa padronizadas para todas as regiões.

C) Fortalecimento do vínculo entre profissionais e comunidade, possibilitando intervenções direcionadas que atendam às reais necessidades da população local.

D) Fragmentação do atendimento em função da segmentação territorial, dificultando a comunicação entre as equipes.

COMENTÁRIOS:

Tema: Sistema Único de Saúde (SUS) -> Atenção Primária à Saúde (APS) (Política Nacional da Atenção Primária - PNAB)

Estrategista,

Questão aborda sobre territorialização.

No enunciado, temos uma equipe de Saúde da Família que está:

- delimitando a área de atuação (território geográfico);
- dividindo a população em microáreas (subdivisões para melhor organização);
- fazendo um levantamento detalhado com visitas domiciliares e usando ferramentas digitais (mapas inteligentes) para identificar riscos;
- e, a partir disso, planejando ações específicas para as demandas daquela população.

Essas ações são exatamente o que caracteriza a **territorialização na Atenção Primária à Saúde**: conhecer profundamente o território e as características da população para oferecer cuidados mais adequados, personalizados e eficazes.

Agora, vamos às alternativas, avaliando as afirmativas!

Incorreta a alternativa A: aqui, há um erro fundamental — territorialização *não* significa simplesmente concentrar atendimentos, e sim adaptar as ações às necessidades do território e população. Não vai ignorar outras áreas, mas, sim, tentar ajustar às necessidades em um processo de equidade.

Incorreta a alternativa B: campanhas gerais são importantes, mas territorialização visa justamente o contrário — identificar necessidades locais para ações específicas e direcionadas. Então, essa alternativa não representa o benefício da territorialização. No enunciado, coloca-se justamente que o território tem áreas de diferentes vulnerabilidades, sendo assim, ações genéricas para todo o território também não seria o ideal.

Correta a alternativa C: a territorialização promove justamente o conhecimento aprofundado do território e da população, permitindo que a equipe desenvolva ações que fazem sentido para aquele contexto, fortalecendo o relacionamento e a efetividade do cuidado.

Incorreta a alternativa D: embora a fragmentação possa ser um risco se a territorialização for mal conduzida, a territorialização bem feita busca exatamente evitar essa fragmentação, integrando o cuidado. Portanto, essa alternativa aponta para um problema, não para um benefício.

Gabarito: C

84. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada) Mulher de 63 anos, hipertensa e diabética, foi internada em hospital geral após ser atropelada enquanto atravessava a rua. Apresentou fraturas múltiplas e trauma abdominal, sendo submetida a várias cirurgias. Durante a internação prolongada, evoluiu com pneumonia associada à ventilação mecânica e choque séptico, vindo a óbito 45 dias após o acidente.

Nessa situação, qual deve ser a conduta da equipe médica responsável no momento do óbito em relação à emissão do atestado de óbito?

A) Fornecer o atestado de óbito, pois a causa imediata foi infecção hospitalar.

B) Encaminhar o corpo para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), que emitirá o atestado.

C) Encaminhar o corpo ao Instituto Médico Legal (IML), que realizará a necropsia e emitirá o atestado de óbito.

D) Fornecer o atestado de óbito, pois é responsabilidade da equipe médica que está prestando assistência no momento da morte.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Vigilância em saúde (Sistema de Informação em Saúde - SIS)

Estrategista,

As questões de declaração de óbito estão despencando na banca INEP! Portanto, esse é um tema que você deve ter em mente ao planejar seus estudos.

Veja que temos uma mulher de 63 anos que foi atropelada. **Logo, o primeiro ponto que temos que ter em mente é que estamos diante de um acidente, ou seja, de uma causa externa.** É esse atropelamento que inicia todo o processo de morte, **sendo a causa básica.**

Na sequência, o enunciado afirma que a paciente foi levado para um hospital, sendo submetida a várias cirurgias, evoluindo para pneumonia associada à ventilação mecânica e choque séptico, vindo a óbito 45 dias após o acidente. Logo, essas complicações são a **causa terminal**, constituindo-se em um evento "natural".

E, agora, quem deve preencher a declaração de óbito? O médico legista do IML ou o médico plantonista?

Grave isso, Estrategista: se o processo de morte é iniciado por uma causa externa, não importa o tempo de internação, nem se a causa terminal é supostamente natural. A declaração de óbito deve ser preenchida pelo médico legista, conforme afirma a legislação brasileira

(aqui, evento violento é encarado como evento que ocorra com violência interpessoal ou apenas acidente):

"V - Nas mortes por causas externas:

a) Em localidade com IML de referência ou equivalente, a DO deverá, obrigatoriamente, ser emitida pelos médicos dos serviços médico-legais, qualquer que tenha sido o tempo decorrido entre o evento violento e a morte propriamente".

Referência bibliográfica:

- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n° 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2009/prt0116_11_02_2009.html.

Incorreta a alternativa A: o fato de a causa imediata ser pneumonia hospitalar não muda que a causa básica foi o atropelamento. Como é uma morte violenta, o caso deve ser encaminhado ao IML para investigação. A equipe não deve emitir o atestado nesse cenário.

Incorreta a alternativa B: o SVO é para mortes naturais, sem assistência médica prévia ou de causa mal definida. Aqui, houve morte violenta (acidente de trânsito), o que exclui a competência do SVO.

Correta a alternativa C: como a morte decorreu de acidente de trânsito, trata-se de morte violenta. A necropsia é obrigatória por lei e o atestado será emitido pelo médico legista do IML.

Incorreta a alternativa D: mesmo que a equipe estivesse acompanhando a paciente, em casos de morte violenta, a emissão do atestado não é de responsabilidade do médico assistente, e sim do legista, após necropsia no IML.

Gabarito: C

85. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Homem de 87 anos, com insuficiência cardíaca avançada, fração de ejeção 22%, encontra-se em cuidados paliativos exclusivo domiciliares. Possui diretiva antecipada de vontade registrada em prontuário e em cartório, especificando que não deseja ser submetido à ventilação mecânica invasiva nem a outras medidas invasivas. É levado ao pronto-socorro por piora da dispneia e fadiga extrema. No atendimento, apresenta saturação de O_2 de 82% em ar ambiente, frequência respiratória de 30 irpm e uso de musculatura acessória. Sua esposa solicita que sejam cumpridas as diretivas do paciente, mas seu irmão insiste para que seja intubado "para dar mais tempo à família".

Foram realizadas medidas iniciais para manejo de descompensação de insuficiência cardíaca perfil B, sem grandes resultados. Diante dessa situação, está incluso dentro da conduta mais adequada:

A) conversar com a família, entender seus receios e realizar a intubação orotraqueal.

B) iniciar ventilação não invasiva e, somente se não melhorar, escalonar para intubação orotraqueal.

C) prescrever morfina por via parenteral.

D) realizar traqueostomia de urgência para suporte ventilatório prolongado.

COMENTÁRIOS:

Tema: Medicina de Família e Comunidade -> Cuidado Paliativos

Questão interessante sobre cuidados paliativos aqui, Estrategista!

Temos um paciente com insuficiência cardíaca e sem perspectiva de cura (enunciado traz que está em cuidados paliativos exclusivo). Nesse sentido, o próprio paciente já expressou seu desejo de, em caso de piora clínica, não ser submetido a procedimentos invasivos (como a intubação orotraqueal). Esse paciente dá entrada no hospital com dispneia significativa.

Na abordagem da dispneia em cuidados paliativos, o manejo deve seguir os seguintes passos. Deve-se avançar ao próximo passo se a medida anterior tiver sido ineficaz para o controle do sintoma:

- **Corrigir a causa da dispneia (se possível):** por exemplo, em pacientes com insuficiência cardíaca, a prescrição de diuréticos; em pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, a prescrição de broncodilatadores; em pacientes com derrames pleurais extensos, o tratamento do derrame pleural etc.
- **Medidas não farmacológicas:** como abrir janelas, arejar o ambiente, colocar vestimenta confortável, colocação de ventiladores ligados direcionando o vento à face do paciente etc. Em pacientes com hipoxemia e que apresentam melhora da sensação de dispneia com o uso do oxigênio, podemos indicá-lo. Entretanto, devemos evitar a prescrição indiscriminada de oxigênio para pacientes com dispneia sem dessaturação ou com ausência de melhora à oxigenoterapia, uma vez que aqui o objetivo não é controlar a hipoxemia crônica por si só, mas, sim, o sintoma decorrente dela.
- **Opioides fortes em doses baixas:** o medicamento mais utilizado é a morfina, que, na dose de 0,5-2 mg via endovenosa ou subcutânea a cada 4 horas e na dose de 5-10 mg via oral a cada 4 horas, pode auxiliar a aliviar a sensação de dispneia.
- **Ansiolíticos:** há uma comum associação entre dispneia e ansiedade. Assim, podemos fazer testes com baixas doses de benzodiazepínicos para tentativa de alívio de ansiedade e, consequentemente, de dispneia.
- **Sedação paliativa**: benzodiazepínicos endovenosos ou subcutâneos contínuos são administrados em doses crescentes até se obter o alívio da dispneia, o que pode ser obtido com sedação leve, moderada ou intensa. Geralmente, é feito para os pacientes em processo ativo de falecimento com dispneias refratárias a outras medidas. A sedação não é uma medida de eutanásia, uma vez que é possível deixar um paciente levemente sedado, aliviando um sintoma e sem abreviar o falecimento. No caso de pacientes que requerem uma sedação mais profunda, o racional é de que a administração do medicamento está sendo feita para aliviar um sofrimento, o que pode ou não vir associada a uma chance maior de falecer com a medida. Aqui a morte abreviada é um efeito adverso possível, mas não desejado. É diferente da eutanásia, em que o objetivo primordial da intervenção é provocar a morte em si.

No caso do paciente em questão, foram realizadas medidas iniciais para descompensação de insuficiência cardíaca, podendo incluir diuréticos. Para o uso de morfina em descompensação de insuficiência cardíaca em casos de cuidados paliativos, os benefícios compensam.

E quanto à demanda do irmão? Lembre-se de que, entre os princípios da bioética, consta o princípio da **autonomia**. Por mais que o irmão requeira uma medida invasiva, se o próprio paciente se manifestou que não desejava ser submetido a tais terapias caso não pudesse responder por si (o que nós chamamos de **diretiva antecipada de vontade**), devemos honrar a autonomia de decisão do paciente. Nessas situações, cabe ao profissional acolher o familiar e tentar entender melhor o motivo por trás da demanda. Muitas vezes, o desejo pela medida invasiva dá-se pelo desconhecimento de pacientes e famílias de que é possível controlar adequadamente os sintomas desconfortáveis com medidas não invasivas, garantindo um falecimento digno. Além disso, vale esclarecer a eles que as medidas invasivas em tais cenários provavelmente não irão auxiliar plenamente no controle do sintoma (haja vista que pacientes em ventilação mecânica e não sedados podem, sim, referir dispneia!) e, pior, podem até mesmo agregar outros desconfortos, como dor, impossibilidade de comunicar-se, necessidade de estadia em UTI etc. Na maior parte dos casos, tais esclarecimentos são suficientes para se chegar a um consenso. Em casos de discordância persistente após comunicação entre a diretiva do paciente e o desejo de um familiar, devemos seguir a diretiva do paciente para preservar o princípio bioético da autonomia.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: conversar é adequado, mas intubação vai contra a DAV e contra os princípios de cuidados paliativos, configurando violação da autonomia e da ética médica.

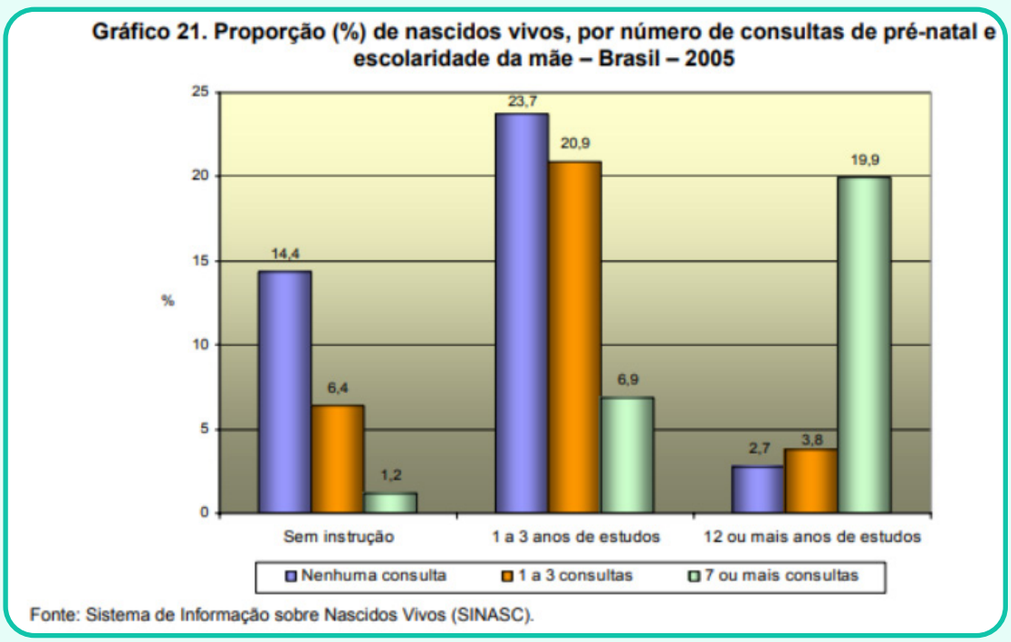
Incorreta a alternativa B: ainda que a ventilação não invasiva possa ser usada em alguns contextos paliativos para aliviar sintomas, a opção por intubação já está claramente excluída pela DAV. Além disso, o quadro descrito é de fim de vida e o foco deve ser conforto, não escalonamento invasivo.

Correta a alternativa C: indicado para dispneia intensa refratária em paciente em cuidados paliativos, respeitando a DAV. A morfina reduz a sensação de falta de ar, melhora o conforto e está alinhada ao objetivo do cuidado.

Incorreta a alternativa D: procedimento altamente invasivo, incompatível com cuidados paliativos exclusivos e em desacordo com a vontade expressa do paciente.

Gabarito: C

86. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada) Segue um gráfico retirado de um Relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) de abril de 2008.



O gráfico mostra diferença no cuidado em saúde de acordo com a escolaridade da mãe, ferindo principalmente e diretamente um princípio do SUS. Que princípio doutrinário do SUS está mais diretamente relacionado ao que o gráfico acima mostra?

A) Equidade.

B) Integralidade.

C) Determinantes sociais da saúde.

D) Acesso.

COMENTÁRIOS:

Tema: Sistema Único de Saúde -> Princípios e Diretrizes do SUS (Atributos gerais da APS)

A imagem foi retirada do seguinte documento: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf

Fique de olho, Estrategista,

Princípios do SUS é um tema muito comum em diversas bancas, inclusive na banca do INEP.

Agora, vamos relembrar 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.

No gráfico, é representado que a maior proporção de partos foi em mulheres de 1 a 3 anos de estudos. Ademais, quando vemos para cada grupo de mulheres de acordo com a escolaridade, mulheres com menor escolaridade tiveram maior proporção de mulheres com menor quantidade de consultas para realizar o pré-natal. Assim, vemos um exemplo das **desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde** de acordo com escolaridade, indo contra o princípio de equidade.

Vamos às alternativas!

Correta a alternativa A: quando vemos cada grupo de mulheres de acordo com a escolaridade, mulheres com menor escolaridade tiveram maior proporção de mulheres com menor quantidade de consultas para realizar o pré-natal. Assim, vemos um exemplo das **desigualdades de acesso e utilização de serviços de saúde** de acordo com escolaridade, indo contra o princípio de equidade.

Incorreta a alternativa B: integralidade é considerar o indivíduo como um todo e tentar suprir todas suas necessidades de saúde, apesar de estar em certo nível relacionado à questão do gráfico, o gráfico evidência justamente as **desigualdades** de acesso e cuidado entre mulheres de diferentes escolaridades e não sobre o cuidado integral de pessoas como um todo.

Incorreta a alternativa C: apesar de o gráfico representar justamente como os determinantes sociais podem interferir na saúde, determinante social da saúde não é diretamente um princípio doutrinário do SUS.

Incorreta a alternativa D: apesar de poder estar relacionado a uma questão de acesso, acesso não é um princípio doutrinário do SUS.

Gabarito: A

87. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Homem de 74 anos, aposentado, procura a unidade de saúde relatando episódios de hematúria com coágulos indolor há cerca de um mês. Mora sozinho, é lúcido, orientado, cuida de suas próprias finanças e atividades diárias, totalmente independente. Nega perda de peso ou febre. É hipertenso controlado e tabagista 45 maço-ano. Durante seu cuidado longitudinal, tem o valor de conversar diretamente com o médico e decidir por conta própria sobre a investigação. Ao exame físico, não há alterações significativas. Durante a consulta, demonstra compreender completamente a situação e seus riscos.

A neta foi à consulta anterior, durante sua consulta, demonstrou ter pesquisado na internet e sobre sangue na urina e visto que pode ser câncer, pedindo ao médico que explicasse tudo diretamente para ela depois da consulta de seu avô e não falasse para ele a possibilidade de ser câncer se, na avaliação, assim o médico pensar, pois "o avô fica nervoso quando falam sobre doença grave". Diante dessa situação, o médico deve:

A) atender ao pedido da neta, explicar o caso a ela e adotar conduta expectante, pois o paciente é idoso.

B) respeitar a autonomia, privacidade e sigilo médico do paciente, explicando-lhe a necessidade de investigação e solicitando exames complementares de imagem para investigação.

C) solicitar ultrassonografia de vias urinárias apenas com autorização da neta, que está acompanhando a consulta.

D) informar que, por ser idoso, é obrigatória a presença de um familiar responsável para decidir sobre a realização dos exames.

COMENTÁRIOS:

Tema: Medicina de Família e Comunidade -> Saúde do idoso

Estrategista, fique de olho,

Esse tipo de questão é muito comum no ENARE e na banca INEP.

No enunciado, temos um homem de 74 anos, lúcido, orientado, independente, com hematúria indolor há 1 mês. Ele quer decidir pessoalmente sobre sua investigação e compreende plenamente a situação e seus riscos (capacidade de decisão preservada). A neta pede para receber as informações no lugar do avô, alegando que ele fica nervoso com notícias graves.

Entretanto, temos que considerar alguns princípios éticos aplicáveis ao caso:

Autonomia

- O paciente capaz tem direito de receber informações e decidir sobre sua própria saúde.
- Não se pode substituir a vontade dele pela de familiares sem justificativa clínica/legal (como incapacidade).

Sigilo médico e confidencialidade

- Informações sobre a saúde do paciente só podem ser compartilhadas com terceiros com **consentimento do paciente**.

Capacidade de decisão

- Idade avançada **não implica incapacidade**.
- Incapacidade precisa ser avaliada e documentada (por exemplo, confusão mental, demência grave, alteração de consciência).

Portanto, nesse caso, o paciente é capaz e deseja decidir sobre seu caso. O médico deve se dirigir diretamente a ele, respeitar o sigilo e propor a investigação adequada.

Em relação a investigação, em caso de hematúria com coágulos, deve ser realizada a investigação com exame de imagem!

Vamos ver as alternativas!

Incorreta a alternativa A: a idade não retira a autonomia do paciente. Além disso, "conduta expectante" sem investigação vai contra a boa prática clínica, já que a hematúria indolor pode indicar neoplasia urológica, que exige investigação.

Correta a alternativa B: o paciente é capaz e deseja decidir sobre seu caso. O médico deve se dirigir diretamente a ele, respeitar sigilo e propor a investigação adequada.

Incorreta a alternativa C: não há necessidade de autorização da neta. O consentimento é do próprio paciente.

Incorreta a alternativa D: não existe obrigatoriedade legal de presença de familiar apenas por idade. Isso só se aplica a pacientes incapazes de decidir.

Gabarito: B

88. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada) Homem de 35 anos, com diagnóstico de transtorno neurocognitivo desde a infância, vive em instituição de cuidados de longa permanência. Foi indicado para participar de um estudo clínico envolvendo nova abordagem fisioterapêutica para prevenção de contraturas musculares. Ele possui alguma capacidade de compreensão, mas é considerado incapaz legalmente para tomar decisões sobre sua própria saúde.

O pesquisador responsável explica o protocolo ao paciente e a seu curador legal. Após a conversa, o curador demonstra compreensão e concorda com a participação, enquanto o paciente, apesar de limitada compreensão, mostra-se receptivo à ideia.

Nesse contexto, a conduta ética correta é:

A) apenas coletar a assinatura do curador no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois o paciente é legalmente incapaz, dispensando qualquer manifestação dele, não havendo necessidade legal e ética de explicar a pesquisa ao paciente.

B) coletar apenas o Termo de Compromisso do pesquisador, que substitui os demais documentos no caso de adultos legalmente incapazes.

C) apenas coletar a assinatura do paciente no Termo de Assentimento, pois seu aceite já é suficiente para participação no estudo.

D) coletar a assinatura do curador no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e também do paciente no Termo de Assentimento, respeitando sua manifestação de vontade compatível com seu grau de compreensão.

COMENTÁRIOS:

Tema: Ética Médica -> Código de Ética Médica (CEM) - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

Fique de olho, Estrategista,

Questão direta sobre o Termo de consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Assim, podemos rever o contexto:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): assinado pelo próprio participante ou o **responsável legal** (sendo incapaz de decidir por si), é o documento com valor jurídico para autorizar a participação. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) aborda informações que precisam estar descritas de forma clara e de fácil compreensão, destacando riscos, possíveis benefícios e procedimentos.

Termo de Assentimento: obtido do próprio participante incapaz, quando possível, para respeitar sua autonomia residual e vontade. A Resolução 466/12 CNS, em seu item II.2, define assentimento livre e esclarecido como anuência do participante da pesquisa criança, adolescente ou legalmente incapaz, livre de vícios (simulação, fraude ou erro), dependência, subordinação ou intimidação. Tais participantes devem ser esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que essa

possa lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: apesar de o curador ter a autoridade legal, a ética exige respeito à autonomia possível do participante. O assentimento do indivíduo, mesmo com compreensão limitada, deve ser buscado e considerado. Ignorar QUALQUER manifestação da pessoa fere o princípio da autonomia e a dignidade do participante, assim como não explicar ao próprio paciente a pesquisa.

Incorreta a alternativa B: não existe substituição do TCLE por um "Termo de Compromisso do pesquisador" nesse contexto. O pesquisador deve, sim, assinar documentos de responsabilidade, mas não substitui o consentimento do representante e o assentimento do participante. Essa opção não cumpre as exigências éticas e legais.

Incorreta a alternativa C: o paciente é legalmente incapaz, então **o assentimento isolado não basta** para participação. É necessário o consentimento formal do representante legal. Essa alternativa ignora a exigência do TCLE pelo curador.

Correta a alternativa D: atende simultaneamente à exigência legal (TCLE pelo curador) e à exigência ética (respeitar e registrar o assentimento do participante). Garante proteção jurídica e respeito à autonomia residual, conforme previsto nas resoluções brasileiras e nas diretrizes internacionais de pesquisa ética.

Gabarito: D

89. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Um novo exame sorológico foi desenvolvido para o diagnóstico da infecção pelo vírus da dengue, com custo significativamente menor do que os testes convencionais. Para avaliar a acurácia desse novo exame, foi realizado um estudo transversal com 3.000 participantes, cujo padrão-ouro foi o teste PCR para dengue.

Os resultados foram os seguintes:

	Com dengue	Sem dengue
Novo teste positivo	420	90
Novo teste negativo	80	2.410

Considerando esses dados, assinale a alternativa correta.

A) A sensibilidade do novo teste foi 94,1%.

B) A especificidade do novo teste foi 97%.

C) A razão de verossimilhança positiva foi aproximadamente 23,33.

D) A acurácia do teste foi inferior a 85,2%.

COMENTÁRIOS:

Tema: Epidemiologia -> Testes diagnósticos

Estrategista,

Características de testes diagnósticos também é um tema muito comum em diversas bancas, incluindo INEP e ENARE.

Assim, vamos relembrar como calcular:

SENSIBILIDADE: é a capacidade do teste de identificar corretamente os doentes.

Sensibilidade = verdadeiros-positivos / (total de doentes = verdadeiros-positivos + falsos-negativos)

No exemplo da questão, temos: 420 / (420+80) = 420/500 = 0,84 = 84%

ESPECIFICIDADE: é a capacidade do teste de identificar corretamente os não doentes.

Especificidade = verdadeiros-negativos / (não doentes = verdadeiros-negativos + falsos-positivos)

No exemplo da questão, temos: 2410 / (2410+90) = 2410/2500 = 0,964 = 96,4%

RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA POSITIVA (RV+): indica quantas vezes a chance de um resultado positivo é maior em doentes do que em não doentes — "quantas vezes é mais provável encontrar um resultado positivo em pessoas doentes quando comparado com pessoas não doentes". Quanto maior for a razão de verossimilhança positiva, melhor o desempenho do teste em afirmar que um indivíduo está doente.

RV+ = sensibilidade / (1−especificidade)

No caso da questão, temos: 0,84 / (1−0,964) = 0,84 / 0,036 ≈ 23,33

RAZÃO DE VEROSSIMILHANÇA NEGATIVA (RV-): indica quantas vezes a chance de um resultado negativo é maior em doentes do que em não doentes — "quantas vezes é mais provável encontrar um resultado negativo em pessoas doentes quando comparado com pessoas não doentes". Veja que aqui é o contrário: quanto menor for a razão de verossimilhança negativa, melhor o desempenho do teste em afirmar que um indivíduo não tem a doença.

RV− = (1−sensibilidade)/especificidade

No caso da questão, temos: (1−0,84) / 0,964 = 0,16 / 0,964 ≈ 0,166

ACURÁCIA: a proporção de todos os acertos, ou seja, de verdadeiros positivos e verdadeiros negativos. Quanto maior a acurácia de um teste, mais preciso em determinar quem tem ou não a doença ele é.

Acurácia = (verdadeiro-positivo + verdadeiro-negativo) / total

No caso da questão: (420+2410)/3000 = 2830 / 3000 = 0,943 = 94,3%

Resumo:

- Sensibilidade = 84%
- Especificidade = 96,4%
- RV+ ≈ 23,33
- RV- ≈ 0,166
- Acurácia = 94,3%

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A: sensibilidade = verdadeiros-positivos / (total de doentes = verdadeiros-positivos + falsos-negativos). No exemplo da questão, temos: 420 / (420+80) = 420/500 = 0,84 = 84%

Incorreta a alternativa B: especificidade = verdadeiros-negativos / (não doentes = verdadeiros-negativos + falsos-positivos). No exemplo da questão, temos: 2410 / (2410+90) = 2410/2500 = 0,964 = 96,4% (se fosse arredondar para número inteiro, seria 96%, pois é < 96,5)

Correta a alternativa C: RV+ = sensibilidade / (1−especificidade). No caso da questão, temos: 0,84 / (1−0,964) = 0,84 / 0,036 ≈ 23,33

Incorreta a alternativa D: acurácia = (verdadeiro-positivo + verdadeiro-negativo) / total. No caso da questão: (420+2410)/3000 = 2830 / 3000 = 0,943 = 94,3%

Gabarito: C

90. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Med. Preventiva – Prof. Laís Parada)** Mulher de 55 anos procura a unidade básica de saúde queixando-se de dor lombar iniciada há 2 dias, após esforço físico leve ao carregar compras. Relata dor localizada que vem com movimento, sem irradiação para membros inferiores, sem febre, sem perda de peso ou outras queixas sistêmicas. Está preocupada porque "ouviu dizer que dor nas costas pode ser sinal de coisa séria, tipo tumor ou problema na coluna".

Ao exame físico, não há sinais de alerta (como déficit neurológico, sensibilidade anormal ou febre), e a dor é compatível com lombalgia mecânica. Após agulhamento a seco de ponto gatilho, houve melhora da dor. Diante dessa situação, a atitude mais adequada do profissional de saúde é:

A) entender os medos, ideias e expectativas sobre a dor, acolher, trazer que dor nas costas é comum, trazer os sinais de alarme, chegar com ela a conclusão de que não há sinais de alarme e compartilhar a natureza benigna da condição, orientando sobre medidas conservadoras, analgesia e retorno se houver piora e sinais de alarme.

B) entender os medos, ideias e expectativas sobre a dor, acolher, solicitar exames de imagem imediatos para descartar qualquer doença grave e tranquilizar a paciente.

C) informar sobre a benignidade da dor, sem sinais de alarme, mas que pode piorar se continuar a realizar muitos esforços, por isso prescrever repouso absoluto por 30 dias para evitar piora da dor, com atestado médico.

D) tranquilizar a paciente dizendo que "dor nas costas é coisa da idade e não tem que se preocupar", informando que não adianta pedir exame de imagem porque isso só geraria custos para o sistema.

COMENTÁRIOS:

Tema: Medicina de Família e Comunidade -> Método Clínico Centrado na Pessoa

Estrategista,

Questão sobre comunicação em saúde e estrutura na consulta cai em diversas bancas, no INEP ou ENARE.

O caso descreve uma **lombalgia mecânica aguda**, desencadeada por esforço físico leve, com duração de 2 dias, sem sinais de alarme clínico. O exame físico também não mostrou alterações preocupantes. A paciente apresenta **preocupação excessiva** sobre doenças graves, o que exige **escuta ativa**, **acolhimento** e **orientação baseada em evidências**.

As diretrizes clínicas para lombalgia (como do Ministério da Saúde, NICE e ACP) indicam que, na ausência de sinais de alarme, **não se deve solicitar exames de imagem de imediato** e o manejo deve focar em educação, analgesia, manutenção das atividades e acompanhamento se houver piora.

Além disso, aspectos psicossociais (medos, crenças e expectativas) devem ser abordados para reduzir ansiedade e risco de cronificação da dor.

Nessas bancas, muitas vezes cai de modo que a alternativa correta contém elementos do método clínico centrado na pessoa. Vamos, então, revisar.

Os componentes do MCCP são quatro, com uma característica que os une: **promover a autonomia da pessoa em seu cuidado**, de forma que o médico renuncie ao poder de decisão sobre todos os aspectos do cuidado e compartilhe esse poder decisório com a pessoa. Segue:

- Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença
- Entendendo a pessoa como um todo
- Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas
- Intensificando a relação entre a pessoa e o médico

No primeiro componente, para ajudar a explorar a saúde, a doença e a experiência da doença, há o mnemônico SIFE, o qual, nas questões, aparece como as palavras-chaves: ver como o paciente está se sentindo em relação a esse processo, o que ele entende da doença, ver a expectativa e funcionalidade da pessoa.

Um exemplo de aplicação do **segundo componente (ENTENDENDO A PESSOA COMO UM TODO)** é analisar o impacto que os contextos familiar e do trabalho representam para a pessoa — podendo surgir aflições, como a preocupação com um familiar ou o medo do desemprego, como fatores que desencadeiam sintomas.

O **terceiro componente (PLANO CONJUNTO)** é bastante interessante por representar não apenas o ponto de vista médico de ouvir, entender e contextualizar o adoecimento, mas propõe uma **postura ativa da própria pessoa doente**. Pode ser entendido como um encontro de especialistas — o médico é especialista nos aspectos biomédicos do problema e a pessoa é especialista em sua experiência de saúde e de doença. A decisão é compartilhada.

Chegamos ao quarto e **último componente (RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE)**, o qual diz que a proximidade da relação entre a pessoa e o médico é fundamental no processo do cuidado. **O médico deve evitar que se forme um distanciamento com a pessoa que necessita de seus cuidados, como se ela fosse apenas uma tarefa a ser cumprida**. Nas provas, enfatiza a necessidade de o médico aproximar-se da realidade da pessoa, criando **empatia** e **vínculo**.

Segue uma tabela resumindo:

Os quatro componentes do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP)	
Componente	Característica
Explorando a saúde, a doença e a experiência com a doença (Primeiro)	Considerar as dimensões da experiência da doença, utilizando o método SIFE (sentimentos, ideias, funções e expectativas).
Entendendo a pessoa como um todo (Segundo)	Entender a influência de aspectos como ciclo de vida e religião sobre a forma de a pessoa vivenciar a doença.
Elaborando um plano conjunto de manejo (Terceiro)	Médico e pessoa envolvidos e juntos no plano terapêutico.
Intensificando a relação entre a pessoa e o médico (Quarto)	Necessidade de o médico aproximar-se da realidade da pessoa, criando empatia e vínculo.

Assim, vamos às alternativas!

Correta a alternativa A. Segue a abordagem centrada no paciente: escuta, empatia, esclarecimento e educação. Fornece informações adequadas: dor lombar é comum, não há sinais de doença grave, melhora esperada com medidas conservadoras. Orienta vigilância com retorno caso surjam sinais de alerta ou piora. Está alinhada às diretrizes clínicas e princípios de atenção primária.

Incorreta a alternativa B. Apesar de abordar medos e acolher (positivo), a solicitação de exames de imagem imediatos não é indicada na ausência de sinais de alarme. Isso pode gerar risco de achados incidentais que aumentam a ansiedade e não melhoram o desfecho clínico.

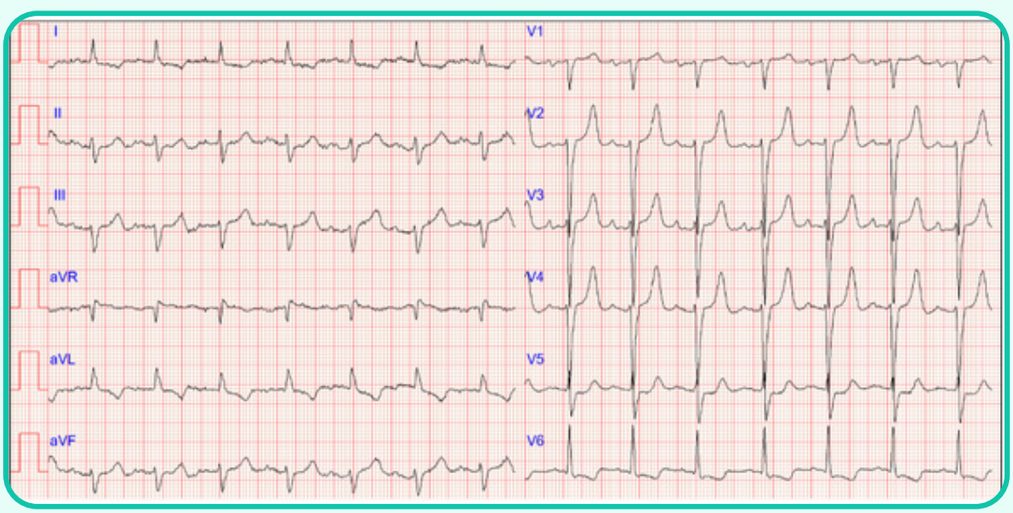
Incorreta a alternativa C. Acerta ao reconhecer benignidade e ausência de sinais de alarme. Porém, repouso absoluto prolongado é contraindicado — retarda recuperação, favorece perda de força muscular e aumenta risco de cronificação. As diretrizes recomendam manter atividades normais conforme tolerado, apenas evitando esforços exacerbados nas fases iniciais.

Incorreta a alternativa D. Embora acerte em não solicitar exames desnecessários, a forma de comunicação é **desrespeitosa e reducionista**. Desconsidera os medos e expectativas da paciente, falha no acolhimento e pode gerar quebra de vínculo e insatisfação. Explicações devem ser baseadas na condição clínica, não apenas em custo.

Gabarito: A

91. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Paulo Dalto)** Homem, 51 anos, afrodescendente, obeso, comparece para consulta na Unidade de Saúde (UBS) de seu bairro com relato de valor da pressão arterial elevada, descoberta durante uma campanha de promoção de saúde próximo de sua residência. Na consulta médica, o valor aferido foi de 151 x 100 mmHg. Solicitada MAPA, que mostrou valores médios de PA 24h de 132 x 85 mmHg.

O ECG realizado na UBS encontra-se a seguir:



Além da mudança do estilo de vida, a melhor conduta com relação a pressão arterial é:

A) manter acompanhamento e retorno com valores domiciliares em 1 semana.

B) iniciar tratamento com enalapril.

C) iniciar tratamento combinado com clortalidona e anlodipina.

D) iniciar tratamento combinado com enalapril e anlodipina.

COMENTÁRIOS:

A questão trouxe um paciente **afrodescendente** e **obeso** com níveis de pressão arterial (PA) elevados. A PA de consultório está acima do corte de 140 x 90 mmHg, com valores de PA diastólica que classificam o paciente como **hipertenso estágio 2.** Além disso, a MAPA também veio acima do corte de 130 x 80 mmHg, o que confirma o diagnóstico de hipertensão arterial.

O ECG revelou a presença de **sobrecarga ventricular esquerda**: índice de Cornell (a soma da amplitude da onda R na derivação aVL com a amplitude da onda S em V3 > 28 mm em homens e 20 mm em mulheres). Ou seja, há lesão de órgão-alvo.

Com isso, definimos o risco cardiovascular do paciente como ALTO RISCO: HA + lesão de órgão-alvo.

	PAS 130-139 ou PAD 85-89	HAS Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99	HAS Estágio 2 PAS 160-179 ou PAD 100-109	HAS estágio 3 PAS ≥ 180 ou PAD ≥ 110
Sem fator de risco	Sem risco adicional	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto
1-2 fatores de risco	Risco Baixo	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto
≥ 3 fatores de risco	Risco Moderado	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto
Presença de LOA, DCV, DRC ou DM	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto	Risco Alto

Nesse caso, o **tratamento medicamentoso combinado com drogas de primeira linha (IECA ou BRA + bloqueador dos canais de cálcio ou diurético tiazídico)** é a melhor opção. Porém, há um detalhe importante: o paciente é afrodescendente!

Em geral, negros são HIPORRENINÊMICOS e apresentam maior retenção de sódio e água. Por isso, existe um racional para preferirmos **diuréticos tiazídicos e bloqueadores de canais de cálcio**. Essa é a combinação clássica recomendada para negros.

Incorreta a alternativa A: pois o tratamento medicamentoso combinado deve ser instituído

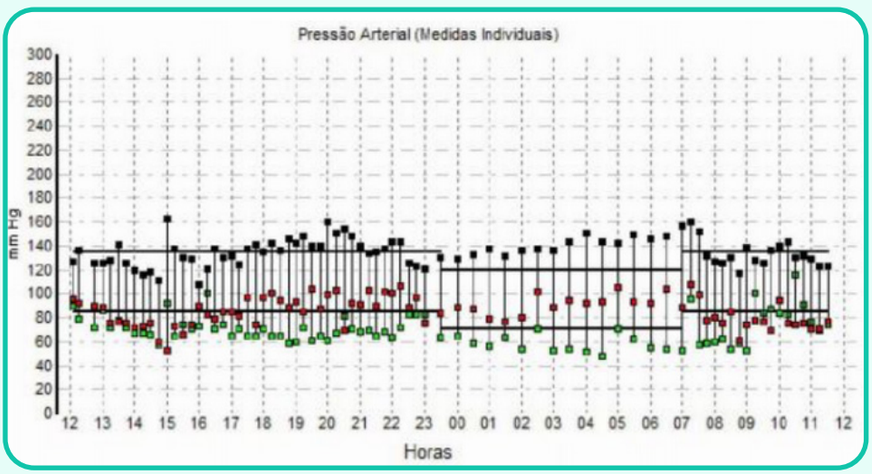
Incorreta a alternativa B: pois o tratamento deve ser combinado (com duas drogas).

Correta a alternativa C: nas provas, o tratamento de escolha para pacientes negros é BCC + tiazídico.

Incorreta a alternativa D: pois os negros não respondem bem às drogas que agem no sistema renina-angiotensina-aldosterona (IECA/BRA) pelo fato de serem hiporreninêmicos.

Gabarito: C

92. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Paulo Dalto)** Homem, 45 anos, portador de hipertensão arterial há 6 anos, está em tratamento com hidroclorotiazida, enalapril e anlodipino em doses máximas. Retorna para seguimento com monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA). Queixa-se de episódios de elevação de pressão arterial em domicílio, apesar da aderência ao tratamento farmacológico e não farmacológico, e nega uso de outras medicações. Exame físico sem alterações, PA: 145 x 91 mmHg, FC: 73 bpm, peso de 88 Kg, altura de 1,62 m. MAPA (figura) com média das pressões em 24 horas de 135 x 85 mmHg.



Qual é a condição clínica mais provável nesse caso?

A) Hipertireoidismo.

B) Síndrome da apneia obstrutiva do sono.

C) Feocromocitoma.

D) Estenose de artéria renal.

COMENTÁRIOS:

Questão que traz um diagrama da MAPA, algo pouco conhecido dos alunos e que pode dificultar na hora da prova.

Repare que a pressão arterial (PA) do paciente fica fora da média principalmente **durante o sono** (período das 23h30 às 7h). De madrugada, a PA média praticamente se mantém a mesma do dia, quando deveria cair em torno de 10 a 20% (descenso noturno). Você se lembra das médias da PA em cada período da MAPA? Se não, veja o esquema a seguir:

	PA sistólica (mmHg)	PA diastólica (mmHg)
Consultório	≥ 140	≥ 90
MAPA 24 horas	≥ 130	≥ 80
MAPA vigília	≥ 135	≥ 85
MAPA sono	≥ 120	≥ 70
MRPA/MAPA 5 dias	≥ 130	≥ 80

Além disso, estamos diante de um paciente **obeso** (IMC: 33,5 kg/m²), com **HA resistente** (PA de consultório que permanece ≥ 140/90 mmHg com uso de três ou mais classes de anti-hipertensivos, incluindo um diurético tiazídico, ou hipertensão controlada com quatro ou mais medicamentos).

Resumindo: paciente obeso, com HA resistente e níveis pressóricos elevados principalmente no período noturno. Diante desses achados, você tem que se lembrar do diagnóstico de **apneia obstrutiva do sono (AOS)!**

Muito provavelmente, é a principal causa de HA secundária, com prevalência de mais de 60% nos hipertensos resistentes.

É caracterizada pelo colapso intermitente das vias aéreas superiores durante o sono, resultando em obstruções totais (apneias) ou parciais (hipopneias), fragmentação do sono e hipóxia. Entre os mecanismos envolvidos com a HA, estão a ativação do sistema nervoso simpático, a inflamação sistêmica, o aumento das espécies reativas de oxigênio e a disfunção endotelial.

Além do envolvimento com os níveis pressóricos, a AOS aumenta a probabilidade de insuficiência cardíaca, arritmias (fibrilação atrial) e doença arterial coronariana.

Sua prevalência é duas a três vezes maior nos homens, mas também é comum entre as mulheres, principalmente após a menopausa.

Os principais sinais e sintomas associados são roncos altos e frequentes, sonolência excessiva diurna, sono não reparador, pausas respiratórias ou engasgos durante a noite, fadiga, noctúria, cefaleia matutina e alterações de humor.

Entre os fatores de risco, podemos citar **sexo masculino, obesidade, idade acima de 50 anos, uso abusivo de álcool e anormalidades estruturais das vias aéreas superiores.**

Incorreta a alternativa A: o hipertireoidismo é uma causa endócrina secundária de HA. Os principais sintomas incluem tremor, fadiga, palpitações, intolerância ao calor, perda de peso, exoftalmia e labilidade emocional. A HA sistólica é comum, mas a prevalência depende da gravidade do hipertireoidismo. O diagnóstico é feito pela dosagem de T4 livre e TSH. Tipicamente, o T4 livre está elevado, e o TSH suprimido. No hipertireoidismo subclínico, o T4 livre está normal e o TSH suprimido.

Correta a alternativa B: conforme discutimos, é a principal hipótese diagnóstica.

Incorreta a alternativa C: feocromocitoma são tumores de células cromafins secretores de catecolaminas, localizados na medula da glândula suprarrenal. Porém, eles podem ser encontrados fora das adrenais (extradrenais) em 10 a 15% dos casos, quando são chamados de paragangliomas. Também é importante você saber que 10% desses tumores são bilaterais, e 15 a 20% malignos. Os principais sintomas são a tríade clássica: **cefaleia, sudorese profusa e palpitações**. Não se esqueça de que esses sintomas são acompanhados de aumento dos níveis pressóricos, que podem ocorrer de forma intermitente, ou seja, em picos hipertensivos alternados com momentos de PA normal.

Incorreta a alternativa D: a hipertensão renovascular ocorre devido a uma estenose total ou parcial de uma ou ambas as artérias renais, resultando em isquemia renal significativa. Para que o quadro se instale, geralmente são necessárias obstruções superiores a 70%. Pode ser causada por doença aterosclerótica (causa mais comum, principalmente em idosos), com prevalência de aproximadamente 90%, ou displasia fibromuscular, mais frequente em mulheres jovens.

Gabarito: B

93. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Larissa Costa)** Homem de 56 anos comparece na UBS para realização de "*check-up*". Desconhece comorbidades. Paciente nega queixas visuais e nega parestesias em membros. Os exames laboratoriais solicitados revelam: glicemia de jejum = 137 mg/dL; hemoglobina glicada = 6,7%; creatinina sérica = 0,8 mg/dL; exame de urina tipo I = sem alterações

Com base nesses achados, qual deve ser a conduta mais adequada?

A) Repetir os exames em 3 meses, pois o quadro é compatível com pré-diabetes.

B) Iniciar metformina e adotar mudanças de estilo de vida. Solicitar rastreio de complicações microvasculares daqui a 5 anos.

C) Confirmar o diagnóstico com TOTG e, se positivo, iniciar tratamento clínico.

D) Realizar exame de fundo de olho, avaliação de sensibilidade plantar e dosagem da relação albumina/creatinina urinária.

COMENTÁRIOS:

Diabetes *mellitus* (DM) é uma condição em que ocorre hiperglicemia, seja por defeito de ação e/ou secreção inadequada de insulina. Assim, engloba diversas etiologias, em diferentes fases da vida, cuja identificação correta é fundamental para a escolha do tratamento e para a prevenção de complicações.

Para o diagnóstico do diabetes, podemos utilizar 4 exames, que são:

- - glicemia de jejum;
- - teste de tolerância oral com 75 g de glicose com aferição da glicemia 2h após;
- - teste de tolerância oral com 75 g de glicose com aferição da glicemia 1h após;
- - hemoglobina glicada.

Até o ano de 2024, a única modalidade de TTGO com indicação de uso pelas diretrizes era o TTGO com medida de glicemia após 2 horas (TTGO-2h). Contudo, nos últimos anos, vários estudos demonstraram que o TTGO com medida de 1 hora (TTGO-1h) possui sensibilidade e especificidade superiores em relação ao TTGO-2h para o diagnóstico de diabetes e pré-diabetes. Além disso, o TTGO-1h é mais conveniente e possivelmente mais barato. Por isso, em 2024, essa medida passou a ser a modalidade de TTGO preferida para uso clínico e sua utilização foi endossada pelas diretrizes de 2024 da *International Diabetes Foundation* e da Sociedade Brasileira de Diabetes.

Para o diagnóstico de diabetes em indivíduos assintomáticos, precisamos de 2 exames alterados, que podem ser, inclusive, na mesma amostra. Em indivíduos sintomáticos (com poliúria, polidipsia, perda de peso), podemos utilizar a realização da glicemia sérica aleatória, que, se for ≥ 200 mg/dL, confirma o diagnóstico, mesmo em uma única dosagem.

Cheque a seguir os critérios diagnósticos de diabetes e pré-diabetes:

Critérios diagnósticos para diabetes *mellitus*					
	Glicemia em jejum (mg/dL)	HbA1c[1] (%)	TTGO-1h[2]	TTGO-2h[3]	Glicemia aleatória
Normal	< 100	< 5,7	< 155	< 140	Não se aplica
Pré-diabetes	≥ 100 e < 126	≥ 5,7 e < 6,5[4]	≥ 155 e < 209	≥ 140 e < 200	Não se aplica
Diabetes *mellitus*	≥ 126	≥ 6,5	≥ 209	≥ 200	≥ 200 + presença de sintomas clássicos de hiperglicemia

[1]HbA1c: hemoglobina glicada fração A1c.
[2]TTGO-1h: teste de tolerância à glicose oral (TTGO) com medida de glicemia realizada após 1 hora do consumo de 75 g de dextrosol.
[3]TTGO-2h: teste de tolerância à glicose oral (TTGO) com medida de glicemia realizada após 2 horas do consumo de 75 g de dextrosol.
[4]A HbA1c é considerada critério diagnóstico de pré-diabetes pela *American Diabetes Association* e pela Sociedade Brasileira de Diabetes, mas não pela *International Diabetes Federation* (IDF) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essas duas entidades permitem o diagnóstico de pré-diabetes apenas com o uso de TTGO-1h ou TTGO-2h.

As complicações microvasculares do diabetes envolvem danos crônicos aos pequenos vasos sanguíneos, afetando retina, rins e nervos periféricos. Essas lesões se desenvolvem de forma silenciosa, especialmente em pacientes com diabetes tipo 2, que muitas vezes são diagnosticados tardiamente. Por isso, o rastreamento precoce é uma etapa fundamental e deve ser realizado no momento do diagnóstico de DM2, independentemente da presença de sintomas.

Confira, na tabela a seguir, como fazer o rastreamento:

Complicações microvasculares

Estratégia MED

	COMO RASTREAR?	EM QUEM RASTREAR?	QUANDO REPETIR?
NEFROPATIA DIABÉTICA	Albuminúria isolada ou relação albumina/creatina urinária* + TFG (creatinina)	DM2: ao diagnóstico DM1 Adulto: após 5 anos DM1 Criança: >11 anos com 5 anos de DM**	ANUAL
RETINOPATIA DIABÉTICA	Fundo de Olho	DM2: ao diagnóstico DM1 Adulto: após 5 anos DM1 Criança: >11 anos com 2-5anos de DM* Gestantes: pré-concepção ou 1º trimestre	FO alterado: anual FO normal: 1-2 anos Gestante: Trimestral até 1 ano pós-parto
POLINEUROPATIA DIABÉTICA DISTAL	Anamnese + Exames dos pés: Monofilamento 10g, sensibilidade térmica/dolorosa; sensibilidade vibratória	DM2: ao diagnóstico DM1: >5 anos do diagnóstico (ou puberdade)	ANUAL

*Albuminúria alterada deve ser confirmada em 2 de 3 testes
**Fonte: Diretriz SBD 2023

Profª Larissa Santos Montechi

Incorreta a alternativa A. Com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e HbA1c ≥ 6,5%, já há critérios diagnósticos de diabetes, confirmados por dois exames anormais diferentes. Não se trata de pré-diabetes.

Incorreta a alternativa B. Embora o tratamento com metformina e mudanças de estilo de vida sejam apropriados, o rastreio de complicações microvasculares deve ser realizado imediatamente em casos de diabetes tipo 2. Em pacientes com DM1, deve-se realizar o rastreamento após 5 anos.

Incorreta a alternativa C. O diagnóstico já está confirmado por dois critérios distintos (glicemia e HbA1c). Não é necessário realizar teste oral de tolerância à glicose (TOTG).

Correta a alternativa D. A presença de dois critérios alterados confirma diabetes *mellitus* tipo 2. Mesmo assintomático, o paciente pode ter complicações microvasculares já instaladas. As diretrizes recomendam o rastreamento de:

- retinopatia diabética (fundo de olho);
- nefropatia diabética (relação albumina/creatinina urinária e cálculo do *clearance* de creatinina);
- neuropatia periférica (anamnese e exame dos pés).

Gabarito: D

94. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Larissa Costa) Homem de 47 anos comparece para consulta de rotina. Tem diagnóstico de hipertensão há 3 anos, em uso de losartana 50 mg 2x/dia. Nega antecedente de diabetes *mellitus*. Relata histórico familiar de diabetes e infarto em parentes de primeiro grau. Paciente refere alimentação rica em ultraprocessados e carboidratos simples, além de pobre em legumes e verduras. Relata não ter tempo para fazer atividade física, pois trabalha em tempo integral e cuida de 2 filhos.

Ao exame físico: peso de 87 kg | altura de 1,62 cm | IMC de 33,1 kg/m² | circunferência abdominal de 108 cm | PA de 136 × 88 mmHg. Exames laboratoriais revelaram: glicemia de jejum = 106 mg/dL | triglicerídeos = 200 mg/dL | HDL = 38 mg/dL.

Considerando o diagnóstico sindrômico do paciente, que orientação a seguir representa a melhor conduta inicial?

A) Orientar perda de peso rápida, com meta de redução de 4-8 kg no primeiro mês, sem necessidade de mudanças na rotina atual do paciente.

B) Incentivar dieta com redução intensa de gordura, mesmo que às custas de aumento de carboidratos simples, para melhora rápida do perfil lipídico.

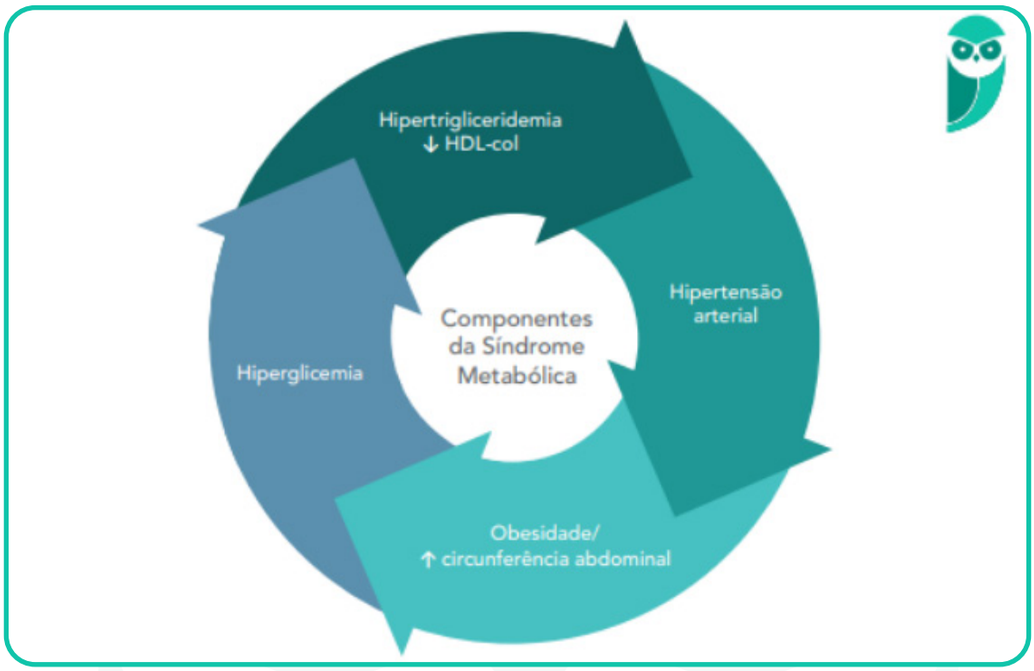
C) Reforçar a prática de atividade física regular, com meta de pelo menos 150 minutos por semana, associada à reeducação alimentar visando perda de 5 a 10% do peso corporal.

D) Recomendar jejum intermitente e restrição severa de calorias como estratégia preferencial para melhorar os parâmetros metabólicos.

COMENTÁRIOS:

A síndrome metabólica é um distúrbio multifatorial que leva ao aumento de doenças cardiovasculares e de estados pró-trombóticos e maior progressão para diabetes *mellitus* tipo 2. É associada à obesidade, principalmente àquela com adiposidade visceral, sendo uma das principais características a presença de resistência à insulina; além disso, ocorre aumento de ácidos graxos livres circulantes e hiperativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona.

É importante que você se lembre de quais são os componentes da síndrome metabólica para que possa aprender de forma mais intuitiva os critérios diagnósticos.



Entre os critérios diagnósticos, temos 3 principais, da OMS, IDF e da NCEP/ATPIII de 2001. O que mais cai em prova é o da NCEP ATP3. É importante ressaltar que, em 2005, houve uma atualização no valor de corte da glicemia de jejum, que passou a ser ≥ 100 mg/dL, porém a grande maioria das provas continua cobrando o ponto de corte de ≥ 110 mg/dL estabelecido em 2001.

Veja a seguir os critérios diagnósticos:

	OMS 1999	IDF 2006	NCEP/ATP III 2001
OBRIGATÓRIO	Resistência à insulina, intolerância à glicose ou diabetes mellitus e ≥ 2 critérios	Circunferência abdominal e ≥ 2 critérios	≥ 3 critérios
Circunferência abdominal/ IMC	Relação cintura/quadril >0,9 (homens) ou >0,85 (mulheres) ou IMC ≥ 30 kg/m2	CA ≥ 94 cm (homens) ou ≥ 80 cm (mulheres) Homens asiáticos: CA ≥ 90 cm	CA ≥ 102 cm (homens) ou ≥ 88 cm (mulheres)
Glicose	Resistência à insulina, intolerância à glicose ou diabetes mellitus	≥ 100 mg/dL	≥ 110 mg/d*
Pressão Arterial	≥ 140x90 mmHg	≥ 130x85 mmHg ou em tratamento	≥ 130x85 mmHg ou em tratamento
Triglicerídeos	≥ 150 mg/dL	≥ 150 mg/dL ou em tratamento	≥ 150 mg/dL ou em tratamento
HDL-c	< 35 mg/dL (homens) ou < 40 mg/dL (mulheres)	<40 mg/dL (homens) ou < 50mg/dL (mulheres)	< 40 mg/dL (homens) ou < 50 mg/dL (mulheres)
Outros	Microalbuminúria ≥ 30 mg/g de creatinina		

Uma pegadinha muito comum em prova e em que você não pode cair: LDL-colesterol não faz parte dos critérios diagnósticos de SM!!

A Diretriz Brasileira de 2005 para o tratamento da síndrome metabólica enfatiza que a base do manejo deve ser a intervenção não medicamentosa. A principal recomendação é a perda de peso corporal, com uma meta inicial de 5 a 10% do peso total, especialmente voltada

à redução da gordura visceral, que tem forte impacto na resistência insulínica, pressão arterial e perfil lipídico. Recomenda-se a prática de atividade física de moderada intensidade 150 min/semana. Sempre que possível, o exercício aeróbico deve ser complementado por treinos resistidos, como a musculação, 2 sessões/semana.

Do ponto de vista alimentar, a orientação é por uma dieta hipocalórica, equilibrada e cardioprotetora. Essa dieta deve priorizar a redução das gorduras saturadas e trans, o controle rigoroso da ingestão de açúcares simples e refinados, e o aumento do consumo de fibras, frutas, verduras e cereais integrais. Além disso, é recomendada a moderação no consumo de sal e álcool, e a preferência por gorduras insaturadas, como as encontradas no azeite de oliva, oleaginosas e peixes.

Incorreta a alternativa A. Não há indicação de perda rápida de peso, mas, sim, uma meta de perda de 5-10%, que geralmente é obtida em 3-6 meses. O paciente deverá mudar seu estilo de vida, readequando a alimentação e iniciando a prática de atividade física.

Incorreta a alternativa B. Reduzir gordura às custas do aumento de carboidratos refinados (como pães, massas e açúcares) piora a resistência insulínica e os triglicerídeos. O foco deve ser a qualidade da dieta, com controle de calorias, redução de ultraprocessados e aumento de fibras e gorduras boas.

Correta a alternativa C. Essas orientações são o cerne do tratamento não farmacológico da síndrome metabólica. Tais mudanças reduzem o risco de diabetes tipo 2 e eventos cardiovasculares de forma significativa.

Incorreta a alternativa D. Embora estratégias como jejum intermitente estejam em estudo, não são a abordagem de primeira linha recomendada por diretrizes. A dieta hipocalórica e equilibrada em macronutrientes continua sendo a abordagem mais recomendada. Dietas muito restritivas (< 800 kcal/dia) não são indicadas.

Gabarito: C

95. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia – Prof. Taysa Moreira)** Mulher de 42 anos procura a unidade básica de saúde referindo dor em mãos e punhos há cerca de 3 meses com piora progressiva. Refere ser pior de manhã e melhorar com o passar das horas. Nega comorbidades. Mãe e irmã com diagnóstico de osteoartrite. Ao exame físico, apresenta dor e edema em 2 e 3ª metacarpofalangeanas, 4ª interfalangeana proximal e punhos bilateralmente. Em seu retorno, após a realização de exames, o médico dá o diagnóstico de artrite reumatoide soropositiva. Assinale a alternativa que contém tratamento medicamentoso adequado para a paciente neste momento.

A) Metotrexato e azatioprina.

B) Prednisona e naproxeno.

C) Condroitina, glicosamina e paracetamol.

D) Metotrexato e prednisona.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, tão importante quanto reconhecer o padrão característico da artrite reumatoide (AR) é saber diagnosticá-la e tratá-la. Mulher adulta apresentando poliartrite crônica e simétrica de pequenas e grandes articulações deve ter AR como principal hipótese diagnóstica. Note que ela apresenta envolvimento das articulações mais frequentes nessa artropatia: metacarpofalangeanas, interfalangeanas proximais e punhos.

Laboratorialmente, caracteriza-se por achados compatíveis com inflamação sistêmica, como aumento de PCR e VHS e presença de anemia

normocítica e normocrômica. Além disso, está associada à presença de autoanticorpos na maioria dos casos. São eles o fator reumatoide e o anti-CCP. A positividade desses anticorpos, especialmente se em altos títulos (3 vezes ou mais o limite superior da normalidade) está associada a manifestações extra-articulares e pior prognóstico.

Feito o diagnóstico, devemos iniciar o tratamento o mais precocemente possível para evitar progressão radiográfica da doença e surgimento de erosões marginais, responsáveis por deformidades fixas e limitação funcional.

Para melhora rápida das queixas decorrentes da artrite, devemos iniciar uma medicação de ação sintomática, o que inclui anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e glicocorticoides, principalmente a prednisona. Entretanto, as medicações que constituem o pilar do tratamento da AR são as drogas modificadoras do curso da doença (DMARDs), ou seja, capazes de evitar progressão radiográfica. Os DMARDs sintéticos são as drogas indicadas na primeira linha de tratamento e, entre eles, existe uma que se destaca como primeira escolha e que deverá funcionar como a "âncora" do tratamento da AR: o metotrexato.

Dito isso, vamos às alternativas para aprofundarmo-nos um pouco mais:

Incorreta a alternativa A: ainda que o metotrexato esteja indicado, a azatioprina é um imunossupressor que, atualmente, não é mais considerado DMARD e não é utilizado para o tratamento de manifestações articulares da AR.

Incorreta a alternativa B: tanto a prednisona quanto o naproxeno são drogas de ação sintomática. Logo, precisamos de um DMARD para tratamento adequado.

Incorreta a alternativa C: analgésicos, como o paracetamol, não são eficazes no controle do processo inflamatório na AR. Esse tratamento proposto, em associação à condroitina e glicosamina, remete à osteoartrite. No entanto, esses dois medicamentos têm sua eficácia cada vez mais questionada mesmo para essa outra artropatia e sem qualquer benefício ou indicação na AR.

Correta a alternativa D: conforme discutimos acima, o tratamento inicial da AR deve envolver o uso de um DMARD sintético (preferencialmente metotrexato) associado a uma droga de ação sintomática, como a prednisona.

Gabarito: D

96. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia – Prof. Bruno Souza)** Homem, 67 anos, previamente hígido, vem em consulta com lesão ulcerada de borda elevada, base infiltrada e sangramento ocasional em cicatriz antiga de queimadura por soda cáustica. A lesão tem cerca de 4 cm e está em região pré-tibial. Biópsia incisional revela infiltração da derme por células atípicas com pontes intercelulares e presença de pérolas córneas.

Assinale a alternativa correta em relação ao diagnóstico e à conduta.

A) Trata-se de um carcinoma basocelular; a conduta é excisão simples com margem de 3 mm.

B) O diagnóstico é de carcinoma espinocelular; o tratamento é excisão alargada.

C) O quadro é compatível com úlcera varicosa infectada; indicar antibiótico oral e curativo compressivo.

D) O padrão histológico é de melanoma acral-lentiginoso; o tratamento é excisão com margem de 2 cm.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, essa questão é clássica e quero que você fique atento. Você está diante de um homem com úlcera crônica em cicatriz antiga de queimadura química, com bordas endurecidas, crescimento progressivo e sangramento intermitente. Isso é uma úlcera Marjolin até que se prove o contrário — ou seja, um carcinoma espinocelular (CEC) agressivo que surge em áreas de trauma ou cicatrização antiga. A biópsia confirmou o diagnóstico: células atípicas com pontes intercelulares e pérolas córneas, padrão clássico do CEC bem diferenciado. E, por ser

Marjolin, o tratamento deve ser realizado com excisão cirúrgica com margens amplas.

Incorreta a alternativa A. O carcinoma basocelular apresenta-se como um nódulo ou tumor eritematoso com brilho perolado e vasos arboriformes. Não é o caso aqui. Além disso, queimaduras não são fator de risco para carcinoma basocelular.

Correta a alternativa B. Alternativa perfeita e sem ressalvas.

Incorreta a alternativa C. Não há qualquer sinal de insuficiência venosa no enunciado que nos leve a esse diagnóstico.

Incorreta a alternativa D. Melanoma acral-lentiginoso aparece em plantas dos pés, palmas e unhas, não em cicatriz de perna. Além disso, não forma pérolas córneas nem pontes intercelulares, mas, sim, proliferação de melanócitos atípicos.

Gabarito: B

97. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo)** Um casal consulta com o médico de família e comunidade devido à preocupação da esposa com o marido, que tem demonstrado compulsividade relacionada ao consumo de álcool. Isso tem gerado discussões constantes entre eles, pois o homem é motorista por aplicativo e tem feito uso da substância inclusive durante seu expediente. O homem jura que não "exagera" e explica que o álcool "acalma seus nervos", contudo reconhece que o consumo está causando significativos prejuízos em sua vida pessoal e colocando a si e seus passageiros em risco. Apesar disso, não vê motivos para cessar completamente seu consumo nesse momento, mas garante que é um objetivo que tentará alcançar dentro de algumas semanas.

Diante desse relato, qual é o grau de motivação do paciente para a mudança de comportamento?

A) Ação, visto que o paciente já procurou atendimento médico.

B) Contemplação, pois admite o problema, contudo é ambivalente em relação à cessação do consumo.

C) Pré-contemplação, visto que reconhece o impacto do vício, e planeja a cessação dentro de algum tempo.

D) Preparação, visto que existe um objetivo de cessar o consumo dentro de poucas semanas.

COMENTÁRIOS:

Conhecido como "estágios motivacionais de Prochaska e DiClemente", trata-se de um instrumento para avaliar e classificar o grau de motivação de um paciente para aderir e participar ativamente de seu tratamento. Essa ferramenta pode ser aplicada em diversos quadros, mas mostra-se especialmente útil na avaliação motivacional do dependente químico. Observe a seguir as fases motivacionais:

*Pré-contemplação ("*I won't*") - não considera a chance de alterar seus hábitos, nem se preocupa com a questão. Essa é a fase da negação.
*Contemplação ("*I might*") - assume que tem um problema, é ambivalente e considera iniciar mudanças no futuro.

*Preparação ("*I will*") - começam algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas.

*Ação ("*I am*") - implementa mudanças ambientais e comportamentais, aplica seu tempo e energia na execução da mudança.

*Manutenção ("*I have*") - processo de continuidade e manutenção do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

*Recaída - falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior – retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Nesse caso concreto, podemos observar o seguinte: *"...**reconhece** que o consumo está causando significativos prejuízos em sua vida pessoal e colocando a si e seus passageiros em risco. **Apesar disso, não vê motivos para cessar completamente seu consumo nesse momento**, mas garante que é um objetivo que tentará alcançar dentro de algumas semanas."*

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A, visto que não há qualquer ação concreta em curso visando ao abandono da dependência.

Correta a alternativa B. O paciente encontra-se ambivalente, reconhecendo as consequências negativas do consumo, contudo não deseja cessar o consumo no momento, considerando uma tentativa em um futuro breve.

Incorreta a alternativa C, visto que, na pré-contemplação, há uma verdadeira negação ou menosprezo diante do problema.

Incorreta a alternativa D, visto que o paciente ainda se encontra ambivalente, não tendo progredido, até o momento, para uma preparação efetiva.

Gabarito: B

98. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo)** Ao assumir um emprego como médico de família e comunidade 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 disponíveis, qual é a medida mais adequada visando à redução do consumo e dependência de tabaco pelos usuários de sua comunidade.

A) Oferecer sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro quinzenal no primeiro mês.

B) Oferecer sessões de apoio psicoterapêutico, com encontro semanal no primeiro mês.

C) Realizar visitas domiciliares para distribuir medicamentos para cessação do tabagismo para todos os dependentes.

D) Realizar consultas individuais semanais para todos os fumantes.

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 mundo. 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. 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 B, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa C, visto que a prescrição de um tratamento psicofarmacológico não deve ocorrer de forma indiscriminada, visto que faz parte de um tratamento amplo e personalizado, destinado àqueles pacientes motivados e preparados.

Incorreta a alternativa D, visto que tal estratégia não está prevista no PCDT. Além disso, seria impraticável sua realização pelo médico.

Gabarito: B

99. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo) Mulher de 65 anos, viúva, comparece à consulta ambulatorial trazida por sua filha, que relata que a mãe, após a morte do companheiro há cerca de 8 meses, está *"muito deprimida, apática e ranzinza".* Antes de sua perda, frequentava sozinha a igreja, participava do conselho dos moradores do bairro e, a cada 15 dias, fazia questão de receber toda a família para degustar um almoço preparado por ela. Após a morte do companheiro, demonstra labilidade emocional, passa noites sem dormir, passa dias sem tomar banho e sem se alimentar e evita encontrar os membros da família. Tem antecedentes de hipertensão arterial, constipação crônica e quedas frequentes. A melhor opção de tratamento para esta paciente, entre as disponíveis, é:

A) clomipramina.

B) fluoxetina.

C) mirtazapina.

D) bupropiona.

COMENTÁRIOS:

Estrategista, estamos diante de um provável quadro de depressão em paciente geriátrico. Nessa faixa etária, é comum a ocorrência de sintomas cognitivos, ansiosos e dolorosos, o que pode causar dificuldade na correta identificação da síndrome depressiva, além de sobrepô-la a diagnósticos de síndromes demenciais, normalmente com sintomas mais insidiosos e progressivos.

Dessa forma, o maior desafio requisitado pela questão é apontar a melhor droga para o tratamento dessa paciente.

Nos idosos, devemos lembrar o seguinte axioma: *"start slow, go slow, but go".* Mas o que isso quer dizer? Isso significa que, na prática, devemos evitar o tratamento medicamentoso em idosos? Não! Isso significa que devemos agir com cautela, iniciando o tratamento com doses menores do que as habituais, com aumentos lentos, acompanhamento clínico atento e, sempre que necessário, atingir as doses máximas recomendadas para o tratamento do transtorno. Lembre-se: o objetivo é a remissão total dos sintomas!

Portanto, aqui, basta selecionar a droga mais adequada. De forma resumida:

- • EVITAR tricíclicos;
- • PREFERIR ISRS, entre esses, citalopram, escitalopram e sertralina, pois são drogas seguras e com pouca interação medicamentosa;
- • se houver cardiopatia grave, a droga de eleição é esta última: sertralina.

Vamos às alternativas!

Incorreta a alternativa A. Clomipramina, um antidepressivo tricíclico, tem como potenciais efeitos colaterais sedação, ganho de peso, aumento do risco de quedas, piora cognitiva, constipação, arritmias cardíacas, entre outros.

Incorreta a alternativa B. A fluoxetina, embora seja um ISRS, não é a opção mais adequada nesse caso. Esse fármaco possui a meia-vida excessivamente longa (até 14 dias), o que pode potencializar eventuais efeitos colaterais, como insônia e agitação, e pode aumentar o risco de quedas em idosos.

Correta a alternativa C. A mirtazapina é um antidepressivo atípico tetracíclico, que atua de forma complexa (atua em receptores nora-a-2 pré-sinápticos e heterorreceptores serotoninérgicos, além de inibir a recaptação sináptica e promover a secreção e transmissão desses neurotransmissores), melhorando os níveis cerebrais de noradrenalina e serotonina. Essa droga tem características que a tornam uma escolha interessante para esse caso: apresenta poucos efeitos anticolinérgicos, é considerada segura do ponto de vista cardiovascular, promove sedação (deve ser usada de noite) e aumenta o apetite. Dessa forma, seu uso se encaixa nas necessidades clínicas da paciente e deve ser considerado.

Incorreta a alternativa D. A bupropiona é um antidepressivo com perfil estimulante (inibe recaptação de noradrenalina e dopamina), o que promove o aumento da energia e disposição, contudo também causa/agrava hiporexia e insônia, o que não seria adequado para essa paciente.

Gabarito: C

100. **(Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo)** São internados dois pacientes com história de etilismo na enfermaria de clínica médica: paciente A, sem comorbidades clínicas, e paciente B, com cirrose hepática avançada. Ambos evoluem com sintomas relacionados à síndrome de abstinência alcoólica (SAA). Assinale a alternativa que indique a melhor prescrição farmacológica para o manejo da SAA para os pacientes A e B, respectivamente.

A) Diazepam e lorazepam.

B) Lorazepam e diazepam.

C) Diazepam e haloperidol.

D) Haloperidol e lorazepam

COMENTÁRIOS:

Estrategista, o quadro da síndrome de abstinência alcoólica (SAA) pode se iniciar entre 6 e 24 horas depois do último consumo de álcool ou redução da quantidade de álcool ingerida. A SAA é representada por sintomas como tremores, que são geralmente as primeiras manifestações clínicas, ansiedade, irritabilidade, alterações de atenção, náuseas, febre, taquipneia, sudorese, piloereção, taquicardia e alterações de pressão arterial. Em casos graves, pode evoluir para delirium tremens (DT), normalmente após 48h do início dos sintomas, ocorrendo psicose, tremores intensos e alteração do nível de consciência.

Critérios da abstinência de álcool, adaptados do DSM-5-TR	
A	Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.
B	Dois (ou mais) dos seguintes sintomas:
1	Hiperatividade autonômica (sudorese ou frequência cardíaca maior que 100bpm).
2	Tremor aumentado nas mãos.
3	Insônia.
4	Náusea ou vômitos.
5	Nistagmo.
6	Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
7	Agitação psicomotora.
8	Ansiedade.
9	Convulsões tônico-clônicas generalizadas.

American Psychiatric Association, 2022

O tratamento é baseado no uso de benzodiazepínicos de meia-vida prolongada, como diazepam, clordiazepóxido e lorazepam (escolha para hepatopatas).

A **maior parte dos benzodiazepínicos** é oxidada pelo sistema microssomal P450, principalmente nas subunidades CYP 3A4 e CYP 2C19 (fase 1 da metabolização), densamente presentes no sistema hepático, ativando seus metabólitos para, posteriormente, serem eliminados. Contudo, uma das exceções é o **lorazepam**, que sofre apenas processos de metabolização de fase 2, sendo conjugado diretamente por glicuronidação e posteriormente excretado na urina.

Portanto, em um paciente sabidamente hepatopata, o lorazepam é a melhor alternativa entre os benzodiazepínicos, por provocar menos intensamente o sistema hepático.

Embora seja uma droga de primeira linha, o lorazepam tem algumas "desvantagens". É mais caro do que o diazepam e sua apresentação nacional não contempla as versões para uso parenteral.

A reposição de tiamina é mandatória, e justifica-se para evitar a ocorrência da síndrome de Wernicke-Korsakoff.

A carbamazepina é uma droga de segunda linha nesse tratamento e pode substituir o uso de benzodiazepínicos. O uso de propofol e barbitúricos também pode ser útil em casos graves e refratários, especialmente no contexto de intensivismo.

Para o controle de eventual agitação psicomotora grave ou de psicose, o uso cauteloso do antipsicótico haloperidol pode ser realizado. Sua cautela justifica-se, pois, de forma geral, os antipsicóticos rebaixam o limiar para convulsões, além de aumentarem o risco para arritmias cardíacas. Entre os antipsicóticos, justamente o haloperidol é considerado o mais seguro nesse cenário.

Vamos às alternativas!

Correta a alternativa A, conforme discutido na introdução.

Incorreta a alternativa B. Visto que o paciente A tem indicação de receber diazepam, enquanto o paciente B deve receber lorazepam.

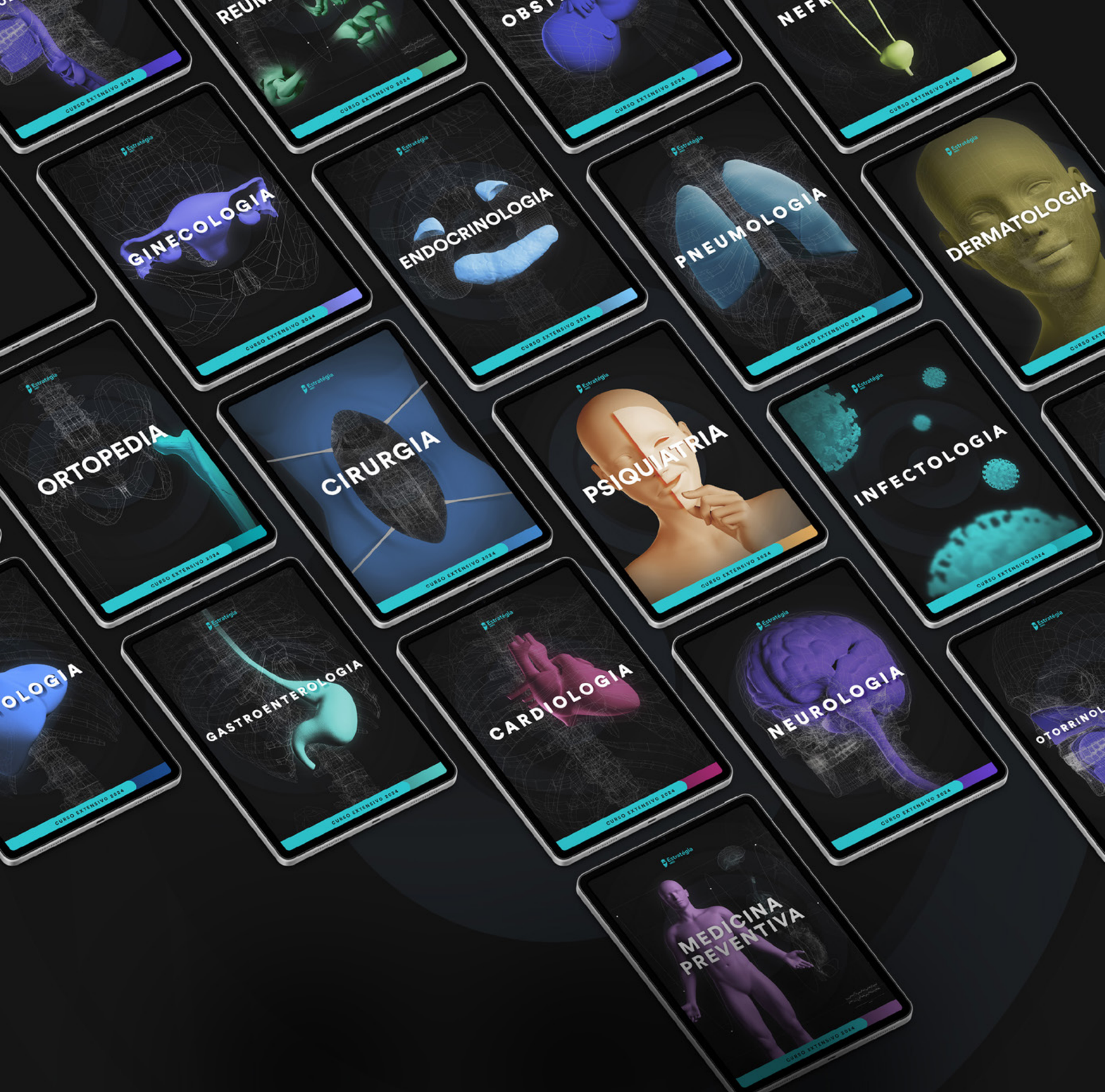
Incorreta a alternativa C, visto que o haloperidol pode ser indicado, após insucesso com o uso de benzodiazepínicos, para o controle de eventual agitação psicomotora grave ou de psicose. O uso deve ser cauteloso, pois, de forma geral, os antipsicóticos rebaixam o limiar para convulsões, além de aumentarem o risco para arritmias cardíacas

Incorreta a alternativa D, conforme já discutido.

Gabarito: A

VEJA O RANKING

Estratégia MED @estrategiamed @estrategiamed t.me/estrategiamed /estrategiamed



med.estrategia.com

Estratégia MED