



SIMULADO FINAL

ENAMED **/ENARE**

RESIDÊNCIA MÉDICA - ACESSO DIRETO

CADERNO DE RESPOSTAS

CLÍNICA MÉDICA

1. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Gastroenterologia – Prof. Isabella Parente) Paciente de 26 anos procura atendimento com quadro de diarreia sanguinolenta há 3 semanas, com cerca de 5 evacuações diárias, associadas a tenesmo, dor abdominal em cólica no hipogástrio e perda de 4 kg no período. Nega febre. Ao exame físico, apresenta dor à palpação profunda no quadrante inferior esquerdo.

Exames laboratoriais:

- **Hemoglobina:** 10,4 g/dL (VR: 12–16 g/dL)
- **VHS:** 42 mm/h (VR: < 20 mm/h)
- **PCR:** 19 mg/L (VR: < 5 mg/L)
- **Leucócitos:** 9.800/mm³ (VR: 4.000–11.000)
- **Calprotectina fecal:** 540 µg/g (VR: < 50 µg/g)
- **Parasitológico de fezes:** negativo

Colonoscopia: mucosa eritematosa, friável, com perda do padrão vascular e ulcerações superficiais contínuas, da região retal até a flexura esplênica.

Qual é a conduta inicial mais adequada nesse caso?

- A) Iniciar metronidazol por via oral e corticoide sistêmico devido à suspeita de colite infecciosa.
- B) Iniciar mesalazina oral associada à mesalazina retal.
- C) Iniciar infliximabe imediatamente, dado o risco de megacólon tóxico.
- D) Indicar colectomia total precoce, pois a retocolite ulcerativa é refratária ao tratamento clínico.

Comentários:

Estrategista,

Estamos diante de um portador de RETOCOLITE ULCERATIVA. A retocolite ulcerativa é uma doença inflamatória crônica, limitada à mucosa do cólon, que evolui com episódios de diarreia sanguinolenta, dor abdominal, urgência fecal e manifestações extraintestinais. A distribuição da inflamação é contínua, iniciando no reto e podendo estender-se proximalmente. A gravidade clínica orienta a escolha terapêutica inicial, e o tratamento com aminosalicilatos ainda é a base para casos leves a moderados.

Diante do diagnóstico, vamos analisar as alternativas para definir a melhor conduta.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Embora diarreias sanguinolentas possam ser causadas por colites infecciosas, o quadro subagudo, a calprotectina elevada e o parasitológico negativo, associados à colonoscopia clássica para RCU, afastam etiologia infecciosa. O uso de metronidazol isoladamente não tem papel no manejo da RCU.
- B) **Correta a alternativa B.** A RCU com extensão até a flexura esplênica e com sintomas moderados (frequência evacuativa entre 4-6/dia, anemia leve, PCR elevada) pode ser inicialmente tratada com mesalazina oral associada à forma tópica (retal). Isso reduz a inflamação tanto localmente quanto ao longo do cólon envolvido.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O infliximabe é reservado para casos moderados a graves refratários ao tratamento convencional ou com doença grave com sinais sistêmicos, o que não é o caso aqui. Não há critério clínico ou radiológico de megacólon tóxico nesse momento.

D) Incorreta a alternativa D. A colectomia é indicada em casos refratários ao tratamento clínico otimizado ou com complicações como megacólon tóxico ou displasia/câncer. Esse paciente ainda não foi submetido à terapêutica clínica otimizada, e a cirurgia precoce não se justifica.

Gabarito: B

2. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia – Prof. Rodrigo Frezatti) O estado de mal epiléptico é definido pela presença de crises epiléticas autossustentadas, o que exige reconhecimento e abordagem rápidas para minimizar a lesão neuronal. Sobre o tópico, assinale a alternativa correta.

- A) O diazepam pode ser administrado por via intramuscular, facilitando o tratamento em pacientes sem acesso venoso estabelecido.
- B) A fenitoína deve ser usada quando há falha do benzodiazepínico. A administração preferencial é em bólus, sem diluição.
- C) O estado de mal epiléptico sempre deve ser tratado com intubação orotraqueal.
- D) O levetiracetam endovenoso é uma alternativa no manejo do estado de mal epiléptico.

Comentários:

Estrategista, questão focada em um tema muito relevante, inclusive, para a prática clínica: a abordagem ao estado de mal epiléptico.

As crises epiléticas, classicamente, são autolimitadas e duram alguns poucos minutos, seguindo-se 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 epilética, 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, tonicoclônica generalizada, deve durar período igual ou superior a 5 minutos para a definição de EME. Alternativamente, o indivíduo pode apresentar uma crise epilética e, mesmo antes de recuperar seu estado basal de consciência, apresentar um novo evento, o que também é descrito como EME. Trata-se do que conhecemos por crises reentrantes. A ILAE define os tempos t1 e t2. O tempo t1 é o limite temporal a partir do qual a crise é considerada anormalmente prolongada e o t2 é o tempo a partir do qual existe o risco de sequelas a longo prazo caso a atividade epilética persista. Antigamente, o estado de mal epiléptico era reconhecido como aquele que dura 30 minutos. Essa denominação é inadequada, pois faz-nos considerar que apenas a partir de 30 minutos alguma ação deve ser tomada, o que não é verdade! No estado de mal epiléptico convulsivo, 5 minutos é tempo suficiente para nos fazer agir e buscar cessar a crise o mais rapidamente possível. Devemos "batalhar" para que o t2, também conhecido como estado de mal epiléptico definitivo (cuidado com pegadinhas em provas) não seja atingido.

Pois bem, antes de partir para o tratamento, cabe uma consideração essencial:

1- Existem outros tipos de estado de mal epiléptico. O estado de mal convulsivo é o mais comum, contudo existem o estado de mal epiléptico focal, caracterizado por crise focal, sem repercussão da consciência; o estado de mal epiléptico por crise do tipo ausência, que ocorre em crianças; e o estado de mal epiléptico exclusivamente eletrográfico, em que não há manifestação clínica aparente! Isso é importante por dois motivos. Primeiro, o t1 e o t2 são diferentes para os estados de mal epiléptico focal e de ausência. No focal, o t1 é de 10 minutos e o t2, de 60 minutos. Já no de ausência, o t1 passa a ser de 15 minutos e o t2 é desconhecido e excede 60 minutos. O segundo ponto de destaque é que, em pacientes comatosos, sobretudo se portadores de lesão estrutural, em que existe uma dissociação clínica, ou seja, persistem com rebaixamento do nível de consciência sem um motivo aparente, o EEG deve ser considerado, uma vez que pode se tratar de um estado de mal epiléptico não convulsivo eletrográfico, cujo tratamento pode melhorar o prognóstico do paciente.

Agora, abordando especificamente o tratamento, 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. 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. Alternativamente, o midazolam na dose de 15 mg IM (eventualmente, EV) é uma alternativa.

O próximo passo é a administração de droga antiepiléptica propriamente dita, em nosso meio, sobretudo a fenitoína, em dose de ataque equivalente a 20 mg/kg. Destaca-se que a fenitoína é um bloqueador de canal de sódio e, por esse motivo, é dotada de efeito antiarrítmico. Sendo assim, não pode ser administrada de maneira rápida, pois pode provocar um bloqueio átrio-ventricular. Por esse motivo, quando utilizada, deve ser feita, preferencialmente, sem diluição, em bomba de seringa, a uma taxa máxima de infusão de 50 mg/min. Caso seja necessária a diluição por questões de infraestrutura, a diluição deve ser feita em solução isotônica. Cabe ressaltar que, a partir de 2024, boa parte dos hospitais passaram a contar com o levetiracetam EV, fármaco que, nos EUA e Europa, é alternativa bem estabelecida à fenitoína quando ocorre falha ao benzodiazepínico. Esteja esperto com esse fármaco! Pode figurar em alguma prova, no lugar da fenitoína! O benefício dessa droga é o perfil de efeitos colaterais muito mais "amigável", não se associando com ação cardíaca ou indução enzimática, típicas da fenitoína. A dose do levetiracetam é de 60 mg/kg, em um máximo de 4500 mg, infundidos em 20 minutos.

Caso o paciente não responda, pode-se complementar a dose da fenitoína com mais 10 mg/kg ou, o que é mais comum, busca-se a próxima droga, que é o fenobarbital, na dose de 10 a 20 mg/kg. Nos pacientes em que a atividade epiléptica continua a despeito desse manejo, define-se o estado de mal epiléptico refratário e o próximo passo é a intubação orotraqueal, sedação contínua e monitorização eletroencefalográfica. Nesse cenário, a sedação contínua é ajustada de acordo com a hemodinâmica do paciente e inclui, geralmente, o midazolam como primeira linha e caso necessário, propofol, quetamina e tiopental como próximas alternativas.

Vamos às alternativas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** O diazepam, não é uma alternativa de administração intramuscular! O midazolam é que pode ser feito por essa via, alternativamente ao diazepam endovenoso como primeira droga no manejo do estado de mal epiléptico.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A fenitoína jamais deve ser administrada em bólus, sob o risco de precipitar bloqueio atrioventricular.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Não necessariamente! A requisição de intubação para uso de sedação em dose contínua, ocorre quando há falha de controle com as três primeiras linhas de manejo, ou antes, caso haja necessidade de proteção de via aérea.
- D) **Correta a alternativa D.** Exatamente! O levetiracetam é uma alternativa de manejo do estado de mal epiléptico, já na segunda linha, alternativamente à fenitoína.

Gabarito: D

3. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Neurologia – Prof. Rodrigo Frezatti) Homem, 32 anos, apresenta hipertensão arterial refratária, em uso de 3 classes de anti-hipertensivos. Apresenta, ainda, sonolência diurna excessiva, cefaleia matinal, dificuldade de concentração e roncos frequentes durante a noite. Considerando a hipótese de apneia obstrutiva do sono, que alternativa a seguir descreve um item NÃO inserido no questionário STOP-BANG?

- A) Idade > 30 anos.
- B) Diâmetro cervical > 40 cm.
- C) "Gênero" masculino.
- D) IMC > 35 kg/m².

Comentários:

A questão questiona-nos sobre a apneia obstrutiva do sono (AOS). Vamos entender um pouco mais sobre essa condição.

Trata-se de um distúrbio respiratório do sono caracterizado pela interrupção intermitente do fluxo na via aérea, levando a episódios de dessaturação e desorganização da estrutura do sono.

Como isso ocorre?

Durante o sono, em um indivíduo com AOS, a língua e o palato mole “desabam” sobre a orofaringe, levando a sua compressão e à interrupção do fluxo de ar. Isso gera um aumento do esforço abdominal e torácico na tentativa de sobrepor esse aumento de resistência na via aérea, esse é o fenômeno que explica o ronco, pela vibração resultante das estruturas da orofaringe. Todo esse processo desencadeia uma série de alterações fisiológicas que se traduzirão nos sintomas típicos da doença. Entre essas alterações, estão: o aumento do retorno venoso e, conseqüentemente, sobrecarga volêmica cardíaca; hipoxemia e hipercapnia durante o sono; estimulação de quimiorreceptores periféricos desencadeando vasoconstrição e elevação da pressão arterial. Eventualmente, o ciclo é finalmente interrompido por um despertar, situação em que a via aérea se “abre”.

Todo esse quadro se repete inúmeras vezes durante o sono e se associa à estimulação da liberação de catecolaminas, inflamação e estresse oxidativo, cujo saldo final é o aumento de risco cardiovascular marcado por hipertensão arterial, aumento do risco para IAM, aterosclerose, arritmias cardíacas, AVC e insuficiência cardíaca.

Além das potenciais complicações cardiovasculares, como IAM, AVC, arritmias e insuficiência cardíaca, em um paciente com AOS, os principais sintomas apresentados são:

- sonolência diurna excessiva;
- fragmentação do sono;
- nictúria;
- cefaleia matinal;
- roncos e apneias;
- fadiga.

Quais são os fatores de risco para essa doença?

A obesidade, destacando-se a circunferência cervical superior a 40 cm (sensibilidade de 61% e especificidade de 93% para o diagnóstico); idade avançada, sexo masculino, anormalidades anatômicas otorrinolaringológicas, tabagismo, história familiar positiva, história de rinite alérgica.

A escala STOP-BANG é muito útil no *screening* dessa condição:

Questionário STOP-BANG	
<i>Snoring</i> (ronco)	audível com a porta fechada.
<i>Tired</i> (cansaço)	cansaço, fadiga ou SED.
Observação de	interrupção da respiração durante o sono.
Pressão arterial	uso de anti-HAS.
BMI (IMC)	> 35 kg/m ²
<i>Age</i> (idade)	> 50 anos
<i>Neck circumference</i> (diâmetro cervical)	> 40 cm
Gênero	Masculino.
SAOS moderada	2 ou + itens no STOP-BANG: S 74,3%; 76% VPN
	3 ou + itens no STOP-BANG: S 92,9%; VPN 90,2%

E como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico é feito por meio da clínica e do exame de polissonografia. Nesse exame, é possível monitorizar o traçado eletroencefalográfico, o que permite definir se o paciente está acordado ou dormindo, além de se aferir a saturação periférica de oxigênio, a monitorização cardíaca, o esforço da musculatura abdominal e a resistência do fluxo de ar por meio de um sensor de fluxo colocado no nariz do paciente. Todo esse aparato permitirá identificar um índice chave para o diagnóstico: o índice de apneia e hipopneia. A apneia é definida como uma redução de ao menos 90% do fluxo de ar em associação a esforço inspiratório. Já na hipopneia, ocorre uma redução de ao menos 30% por 10 segundos associada à dessaturação superior a 3% e/ou despertar identificado pelo EEG.

Ao somarmos o número de eventos de apneia e hipopneia, divididos pelo tempo total de sono, teremos o IAH, que permite o diagnóstico e classificação da AOS.

Para o diagnóstico, o indivíduo deve ter ao menos um dos sintomas (sonolência diurna excessiva, roncos, apneias, fadiga crônica, complicação cardiovascular) E IAH \geq 5, ou, alternativamente, quando não é identificada a presença de um sintoma, um IAH \geq 15 será suficiente para o diagnóstico.

Em relação à classificação:

IAH 5-15 – AOS leve.

IAH 15-30 – AOS moderada.

IAH \geq 30 – AOS grave.

A AOS deve ser tratada por meio de medidas não farmacológicas como: orientação da perda de peso, cessação de tabagismo, limitação do uso de benzodiazepínicos, álcool e opioides. Além disso, a pesquisa e tratamento de eventuais patologias otorrinolaringológicas, o uso de terapia de posicionamento durante o sono e, sobretudo, o uso de CPAP são fundamentais.

Vamos às alternativas:

- A) **Correta a alternativa A.** A idade limite contemplada no questionário é de 50 anos, não 30.
- B) **Incorreta a alternativa B.** De fato, circunferência cervical acima de 40 cm faz parte dos critérios.
- C) **Incorreta a alternativa C.** De fato, indivíduos do sexo masculino têm risco maior de AOS.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A obesidade é o maior fator de risco para AOS.

Gabarito: A

4. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Rodrigo Leal) Um homem de 42 anos procura o pronto-socorro com febre alta, calafrios, náuseas e dor lombar à direita com irradiação para a fossa ilíaca ipsilateral. Refere disúria nos últimos dois dias. Ao exame físico, encontra-se febril (38,9 °C), com dor à palpação de flanco direito e sinal de Giordano positivo à direita. Exames laboratoriais mostram leucocitose com desvio à esquerda e creatinina de 1,6 mg/dL (creatinina prévia de 0,9 mg/dL). A urina tipo I revela piúria e bacteriúria. Foi realizada uma tomografia computadorizada de abdome sem contraste que evidenciou um cálculo de 8 mm em ureter distal direito e hidronefrose moderada ipsilateral.

Diante do quadro clínico, a conduta mais adequada é:

- A) iniciar antibioticoterapia oral ambulatorial e analgesia, com reavaliação em 72 horas.
- B) hidratação vigorosa e analgesia, com seguimento ambulatorial para controle de imagem em 7 dias.
- C) internação hospitalar, antibioticoterapia endovenosa e desobstrução urinária de urgência.
- D) realizar litotripsia extracorpórea de urgência associada à antibioticoterapia oral.

Comentários:

Fala, Estrategista!

Vamos revisar um tema de alta relevância prática e teórica: as infecções do trato urinário (ITUs), que representam uma das principais causas de atendimento médico, especialmente em serviços de urgência e emergência.

Tivemos, em 2025, a publicação do manejo sugerido das ITUs pela *Infectious Diseases Society of America* (IDSA), com alterações importantes na classificação das ITUs. Precisamos dominar a nova classificação!

As ITUs são atualmente classificadas quanto ao **quadro clínico do paciente**, em dois principais grupos:

- **ITU localizada:** febre ausente, sintomas restritos ao trato urinário inferior (disúria, polaciúria, urgência miccional);
- **ITU sistêmica:** presença de febre, calafrios, taquicardia, vômitos ou sinais de sepse.

A IDSA considera que **toda ITU sistêmica é complicada**, pelo maior risco de desfecho desfavorável ao paciente.

No caso clínico apresentado, temos um **homem com sintomas sistêmicos (febre, calafrios), Giordano positivo (sinal de inflamação local) e alteração laboratorial compatível com quadro infeccioso**. É, portanto, uma ITU sistêmica/complicada. A tomografia evidenciou um **agravante:** cálculo em ureter distal associado à hidronefrose, indicando obstrução do trato urinário.

É, portanto, uma emergência médica e urológica. Nesses casos, **a conduta adequada inclui internação, antibioticoterapia endovenosa e desobstrução urgente do trato urinário** — normalmente por meio de duplo J para cálculos distais — a fim de evitar evolução para sepse e disfunção renal grave.

Vamos às alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A.** A antibioticoterapia oral ambulatorial está indicada apenas em casos ITU localizada. A presença de obstrução e sinais sistêmicos impõe internação e manejo intervencionista.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A simples hidratação e analgesia não são suficientes. A infecção associada à obstrução requer abordagem ativa com antibiótico EV e desobstrução.
- C) **Correta a alternativa C.** Essa é a conduta padrão-ouro diante de pielonefrite obstrutiva: internação, antibiótico EV e desobstrução.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A litotripsia não é indicada na vigência de infecção ativa, devido ao risco de bacteremia.

Gabarito: C

5. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Nefrologia – Prof. Rodrigo Leal) Um menino de 7 anos é levado ao pronto-socorro pela mãe por inchaço na face, urina escura e redução do volume urinário há 4 dias. Ela refere quadro de faringoamigdalite tratado com amoxicilina cerca de duas semanas antes. Ao exame, a pressão arterial é de 140 x 90 mmHg, com discreto edema periorbitário e de membros inferiores. O exame simples de urina mostrou hematúria microscópica e presença de cilindros hemáticos.

Com base nesse quadro clínico, é correto afirmar que:

- A) a excreção urinária de proteínas costuma ser nefrótica na maioria dos casos.
- B) o complemento sérico do tipo C3 tende voltar ao normal entre 4 e 8 semanas.
- C) o diagnóstico é confirmado por biópsia renal em todos os casos.
- D) a ativação do complemento na via clássica explica a hipocomplementemia observada.

Comentários:

Estrategista, essa questão é extremamente importante, pois aborda o tópico que mais cai de glomerulopatias nas provas realizadas pelo INEP – a glomerulonefrite pós-estreptocócica.

Temos um paciente pediátrico, com antecedente há 2 semanas de faringoamigdalite, evoluindo com um quadro de **síndrome nefrítica (edema, hipertensão e hematúria)**. Esse enunciado é clássico da glomerulonefrite pós-estreptocócica (GNPE), também denominada de glomerulonefrite difusa aguda (GNDA) pós-estreptocócica.

É considerada uma complicação não supurativa de uma infecção estreptocócica de vias aéreas superiores ou de pele. Ocorre pelo estímulo de antígenos de estreptococos específicos (beta-hemolíticos do grupo A) à formação de anticorpos, com surgimento de imunocomplexos e depósito no tecido glomerular.

O diagnóstico é feito pelos achados clínicos de síndrome nefrítica, associado a um antecedente com tempo adequado (2 a 3 semanas) de uma infecção estreptocócica de vias aéreas superiores ou de pele com **consumo da fração C3 do complemento por ativação da via alternativa**. A biópsia renal não é feita de rotina, uma vez que o diagnóstico não invasivo costuma ser preciso.

O tratamento é essencialmente de suporte e baseado em diuréticos e restrição hidrossalina.

Vamos às alternativas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Apesar de haver proteinúria, ela é **geralmente subnefrótica** na GNPE.
- B) **Correta a alternativa B.** O complemento C3 encontra-se **transitoriamente reduzido** na GNPE, com normalização esperada **entre 4 e 8 semanas**. Persistência da hipocomplementemia além desse período exige investigação de outras glomerulopatias (ex.: lúpus eritematoso sistêmico, glomerulonefrite membranoproliferativa).
- C) **Incorreta a alternativa C.** A biópsia **não é necessária** na maioria dos casos. Está indicada apenas se houver evolução atípica, ausência de recuperação renal ou dúvida diagnóstica.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A **via clássica** está relacionada a doenças como lúpus eritematoso sistêmico. Na GNPE, a **via alternativa** do complemento é a ativada.

Gabarito: B

6. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari) Mulher de 29 anos, com diagnóstico de asma desde a adolescência, comparece ao ambulatório para reavaliação. Usa budesonida-formoterol em baixa dose como controlador diário há 6 meses, porém refere uso “irregular” nas últimas semanas. Nas 4 últimas semanas, relata: falta de ar e/ou chiado em 4-5 dias/semana, dois despertares noturnos por sibilância, necessidade de “bombinha de resgate” (salbutamol) em 3-4 dias/semana e limitação para terminar treinos de corrida. Exame físico: bom estado geral, FR de 18 irpm, SpO₂ de 97% em ar ambiente, sibilos expiratórios esparsos. Pico de fluxo (PFE) hoje de 420 L/min (previsto 500), com variabilidade domiciliar registrada entre 360-440 L/min. Sem exacerbações que exigiram corticoide sistêmico no último ano. A avaliação do grau de controle da asma dessa paciente é:

- A) asma bem controlada.
- B) asma parcialmente controlada.
- C) asma não controlada.
- D) asma bem controlada, porém com alto risco de exacerbação.

Comentários:

O documento GINA propõe que o controle da asma seja avaliado por meio da análise de 4 parâmetros clínicos que podem ser lembrados pelo mnemônico DeLiSiA. (1) Despertares noturnos no último mês, (2) Limitações de atividades no último mês, (3) Sintomas diurnos mais do que 2 vezes/semana; (4) uso de medicação de Alívio mais do que 2 vezes/semana. A classificação é:

	Parâmetros	Controlada (todos abaixo)	Parcialmente controlada (1 ou 2 destes)	Não controlada (3 ou mais destes)
De	Despertares noturnos	Nenhum	Qualquer	Qualquer
Li	Limitações de atividades	Nenhuma	Qualquer	Qualquer
Si	Sintomas diurnos	Nenhum ou < 2/ semanas	3 ou mais/semana	3 ou mais/semana
A	Medicação de alívio	Nenhuma ou < 2/ semanas	3 ou mais/semana	3 ou mais/semana

Com relação à paciente, o total de respostas “sim” no mnemônico DELISIA é 4 → classificação pelo GINA: **asma não controlada**.

Vale ressaltar também que toda asma que teve uma exacerbação no último mês deve ser classificada como não controlada independentemente dos sintomas do DELISIA.

- A) **Incorreta a alternativa A**, já que “asma bem controlada” requer zero respostas positivas no questionário do GINA nas últimas 4 semanas; a paciente respondeu “sim” a todos os quatro itens.
- B) **Incorreta a alternativa B**, já que “asma parcialmente controlada” corresponde a 1-2 respostas “sim”; no caso, há 4 respostas positivas, excedendo esse limiar.
- C) **Correta a alternativa C**, já que o GINA classifica como “não controlada” a presença de 3-4 respostas “sim”; a paciente preenche todos os quatro critérios (sintomas frequentes, despertares, uso de resgate elevado e limitação de atividades).
- D) **Incorreta a alternativa D**, já que “bem controlada com alto risco” pressupõe nenhum “sim” no escore de sintomas, embora possam existir fatores de risco (como adesão irregular); aqui, o controle sintomático é claramente inadequado (4 “sim”), impedindo tal classificação.

Gabarito: C

7. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pneumologia – Prof. Juan Demolinari) Homem de 69 anos, ex-tabagista (60 maços-ano; cessou há 3 meses), DPOC confirmada ($VEF_1/CVF < 0,70$ pós-broncodilatador; VEF_1 41% do previsto). Em uso de broncodilatadores de longa ação em combinação. Teve 2 exacerbações no último ano (1 com corticoide sistêmico). No seguimento ambulatorial (após 4 semanas estável), apresenta gasometria arterial em ar ambiente com PaO_2 de 54 mmHg, $PaCO_2$ de 56 mmHg e pH de 7,40; oximetria de 86-88% repetida em duas ocasiões. Hematócrito: 55%. Eosinófilos sanguíneos: 380 células/ μ L. TC de tórax com enfisema heterogêneo, predominante em lobos superiores. Teste de caminhada de 6 minutos: 250 m (baixo desempenho). Nega vacinação recente. Procura o ambulatório para ajuste terapêutico e plano de redução de risco. Considerando medidas comprovadamente associadas à redução de mortalidade na DPOC e a situação clínica apresentada, que conjunto de condutas é o mais apropriado?

- A) Manter apenas broncodilatação dupla e iniciar roflumilaste por ter $VEF_1 < 50\%$; indicar oxigênio domiciliar somente se dessaturar no esforço; evitar corticoide inalatório pelo risco de pneumonia; evitar ventilação não invasiva fora da internação.
- B) Intensificar apenas reabilitação pulmonar e atividade física; postergar oxigênio e ventilação não invasiva por risco de dependência; considerar volume-redução endobrônquica apesar de enfisema heterogêneo e baixo desempenho; sem necessidade de vacinação específica.
- C) Introduzir corticoide oral de baixa dose contínuo para manter eosinófilos suprimidos; não alterar broncodilatação; oxigênio noturno; contraindicar ventilação não invasiva por $PaCO_2 < 60$ mmHg; evitar avaliação para procedimentos.
- D) Implementar programa estruturado de cessação do tabagismo; iniciar oxigênio domiciliar contínuo por hipoxemia crônica grave; escalar para terapia inalatória tripla (corticoide inalatório + LABA + LAMA) devido a exacerbações e eosinofilia; iniciar ventilação não invasiva domiciliar por hipercapnia crônica estável; atualizar vacinações (gripe anual); manter reabilitação pulmonar.

Comentários:

A redução de mortalidade na DPOC decorre de um conjunto de intervenções cuja evidência foi consolidada e incorporada ao manejo contemporâneo. Entre as medidas com efeito mais consistente destacam-se:

- 1) **cessação do tabagismo**, principal intervenção modificadora de história natural, associada à queda do declínio do VEF_1 e redução de mortalidade;

- 2) **oxigenoterapia domiciliar de longa duração** em hipoxemia crônica grave (tipicamente $\text{PaO}_2 \leq 55$ mmHg ou saturação $\leq 88\%$, ou ainda ≤ 59 mmHg com *cor pulmonale*/policitemia), que reduz mortalidade quando utilizada por número suficiente de horas por dia;
- 3) **terapia inalatória tripla** (corticoide inalatório + LABA + LAMA) em subgrupos com exacerbações frequentes e marcadores de resposta ao corticoide (p.ex., eosinófilos > 300 cel/ mm^3), com sinal de redução de mortalidade em grandes ensaios quando comparada à dupla broncodilatação;
- 4) **ventilação não invasiva domiciliar** em hipercapnia crônica estável (após otimização e fora da fase aguda), que reduz reinternações e pode reduzir mortalidade, especialmente com estratégia de alta intensidade visando baixar a PaCO_2 ;
- 5) **vacinação** (*influenza* anual, pneumocócica conjugada, covid-19 conforme sazonal, coqueluche/difteria/tétano com reforço decenal, herpes-zóster recombinante e vírus sincicial respiratório em elegíveis) com impacto na redução de infecções graves, exacerbações e óbitos principalmente relacionado à anti-*influenza*;
- 6) **procedimentos de redução de volume pulmonar** (cirurgia ou técnicas endobrônquicas) com benefício de sobrevida em fenótipo de enfisema **heterogêneo de lobos superiores** com baixa capacidade de exercício, quando criteriosamente selecionados.

No caso clínico, o paciente apresenta **hipoxemia crônica grave** (PaO_2 de 54 mmHg; saturação $\leq 88\%$ repetida) com **policitemia**, **hipercapnia crônica estável** (PaCO_2 de 56 mmHg), **exacerbações recorrentes** e **eosinofilia periférica** ($380/\mu\text{L}$), além de **enfisema heterogêneo em lobos superiores** e **baixa capacidade funcional**. Esse conjunto encaixa diretamente várias medidas com potencial de reduzir mortalidade: oxigênio domiciliar contínuo, ventilação não invasiva domiciliar, escalonamento para terapia tripla, vacinação ampliada e consideração de redução de volume, além de cessação tabágica e reabilitação.

- A) **Incorreta a alternativa A**, já que postergar **oxigênio domiciliar** em paciente com hipoxemia crônica grave (PaO_2 54 mmHg; saturação $\leq 88\%$) contraria uma das poucas intervenções com **redução de mortalidade comprovada**; além disso, evitar corticoide inalatório nesse exacerbador com eosinofilia ($380/\mu\text{L}$) priva o paciente de uma **terapia tripla** com sinal de benefício em mortalidade; roflumilaste pode reduzir exacerbações em bronquite crônica com $\text{VEF}_1 < 50\%$, mas **não** é pilar de redução de mortalidade.
- B) **Incorreta a alternativa B**, já que reabilitação pulmonar isolada, embora crucial, **não substitui** medidas com efeito de sobrevida (oxigênio em hipoxemia grave, ventilação não invasiva em hipercapnia crônica); desaconselhar oxigênio/ventilação por “dependência” é inadequado; além disso, as **vacinas** não podem ser omitidas diante do impacto em eventos graves e óbito.
- C) **Incorreta a alternativa C**, já que corticoide **oral** contínuo não é estratégia de manutenção na DPOC (aumenta efeitos adversos sem benefício de mortalidade), oxigênio **apenas noturno** não supre a indicação de **oxigenoterapia de longa duração** em hipoxemia grave, e a ventilação não invasiva **não está contraindicada** com PaCO_2 56 mmHg em paciente estável (pelo contrário, deve ser considerada).
- D) **Correta a alternativa D**, já que agrega as **principais medidas redutoras de mortalidade** aplicáveis ao caso: cessação tabágica estruturada; oxigenoterapia domiciliar de longa duração por hipoxemia grave; escalonamento para terapia tripla por perfil exacerbador com eosinofilia; ventilação não invasiva domiciliar por hipercapnia crônica estável; vacinação ampla atualizada; manutenção de reabilitação pulmonar.

Gabarito: D

8. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Ênio Macedo) Paciente de 9 anos, sexo masculino, previamente saudável, é admitido no pronto-socorro com quadro de dor abdominal difusa, náuseas, vômitos e respiração ofegante. Refere poliúria e polidipsia há duas semanas. No exame físico, encontra-se taquipneico (FR = 28 irpm), desidratado, com PA = 95/60 mmHg, FC = 118 bpm e temperatura axilar = 36,2 °C. O exame físico cardiopulmonar e abdominal são normais. Os exames laboratoriais evidenciam: glicemia = 280 mg/dL, pH arterial = 7,12, HCO_3^- = 10 mEq/L, sódio = 133 mEq/L, potássio = 4,5 mEq/L e cetonúria = positiva (+++). Diante do quadro descrito, qual é a conduta inicial mais adequada para o tratamento desse paciente?

- A) Administrar cristaloides e insulina em bólus endovenosos, seguidos de infusão contínua de cristaloides e insulina.
- B) Iniciar reposição volêmica com solução salina isotônica, reposição de potássio e insulina regular em infusão endovenosa contínua.
- C) Iniciar bicarbonato de sódio endovenoso para correção da acidose metabólica.
- D) Administrar insulina subcutânea de ação rápida associada à reposição hídrica oral.

Comentários:

As questões sobre as complicações agudas do diabetes tornaram-se mais complicadas de serem respondidas a partir de 2024. O principal motivo é que, em agosto de 2024, um conjunto de sociedades internacionais, incluindo a *American Diabetes Association* e a *European Association for Studies of Diabetes*, publicou uma diretriz com valores muito diferentes aos anteriores. Apesar de a nova diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) ter sido publicada no mesmo mês em 2024, ela não conta com tais mudanças. A expectativa é que, em sua próxima atualização, a SBD incorpore as novas diretrizes internacionais. Portanto, a depender da referência escolhida pelo autor da questão, as respostas podem ser bem diferentes, por isso apresentamos aqui tanto as recomendações novas quanto as antigas.

Os critérios diagnósticos atualizados em 2024 para a CAD são os seguintes:

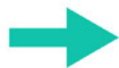
Critérios diagnósticos de cetoacidose diabética - Adultos -

CETO



Cetonúria ++ ou
Cetonemia (β -hidroxibutirato \geq 3 mmol/L)

ACIDOSE



pH < 7,3 e/ou bicarbonato < 18 mEq/L

DIABÉTICA

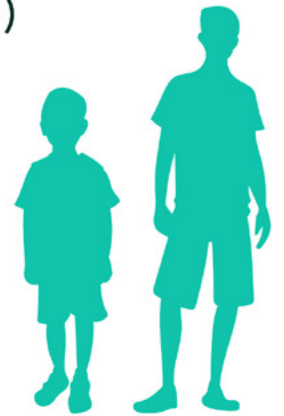


Glicemia \geq 200 mg/dL ou
diagnóstico prévio de diabetes



Critérios diagnósticos de cetoacidose diabética - crianças e adolescentes -

CETO	→	Cetonemia ↑ (β -hidroxibutirato ≥ 3 mmol/L) ou Cetonúria moderada a importante ($\geq 2+$)
ACIDOSE	→	pH venoso $< 7,3$ ou Bicarbonato sérico < 18 mEq/L
DIABÉTICA	→	Glicemia > 200 mg/dL



Em relação ao manejo da CAD, consideramos que o tripé de medidas principais do tratamento são: hidratação, correção de distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-básicos (especialmente do potássio) e insulino terapia. A primeira medida a ser instituída deverá ser a hidratação venosa conforme o grau de desidratação com coleta de exames laboratoriais. Como a insulino terapia endovenosa pode reduzir os níveis séricos de potássio, precisamos sempre verificar o nível desse eletrólito antes de prescrever a insulina. Nossa conduta será a seguinte:

- $K < 3,5$ (em referências anteriores a 2024 e na diretriz da SBD 2024: $< 3,3$): realizar reposição de potássio isoladamente e monitorar os níveis séricos de potássio.
- $K 3,5-5,0$ (em referências anteriores a 2024 e na diretriz da SBD 2024: $3,3-5,2$): realizar reposição de potássio e insulina.
- $K > 5,0$ (em referências anteriores a 2024 e na diretriz da SBD 2024: $> 5,2$): realizar reposição de insulina isoladamente e monitorar os níveis séricos de potássio.

Podemos prescrever a insulino terapia endovenosa de duas formas diferentes:

- Com bólus: **não é recomendada a administração de bólus de insulina no manejo da CAD pediátrica, devido ao risco maior dessa população de evoluir com hipertensão intracraniana.**

- Sem bólus: administração em bomba de infusão contínua de $0,1$ UI/kg/hora (em referências anteriores a 2024: $0,14$ UI/kg/hora) de insulina de ação rápida ou ultrarrápida. A glicemia deve ser medida a cada hora, e a vazão da bomba de infusão deverá ser ajustada para se atingir uma redução da glicemia de $50-70$ mg/dL/hora.

Não é recomendada a administração de bicarbonato de sódio no manejo da CAD pediátrica, devido ao risco maior dessa população de evoluir com hipertensão intracraniana.

Por fim, recorde que, nos pacientes com glicemia capilar < 200 mg/dL (em referências anteriores a 2024: < 250 mg/dL), devemos reduzir a infusão de volume e associar ao cloreto de sódio um soro glicosado 5% na proporção 1:1, no intuito de permitir a manutenção da infusão de insulina EV até que tenhamos os critérios de resolução da cetoacidose.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Em pediatria, não é indicada a administração de insulina endovenosa em bólus.
- B) **Correta a alternativa B.** A conduta inicial na CAD é **hidratação com solução cristalóide**, para restaurar o volume intravascular. Em pacientes com potássio < 5,0, devemos associar a reposição desse eletrólito à hidratação. Após o início da reposição volêmica, deve-se administrar **insulina regular em infusão contínua** se o paciente apresentar potássio > 3,5.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O uso de bicarbonato de sódio é contraindicado na CAD pediátrica, pelo risco aumentado de hipertensão intracraniana.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A via **subcutânea não é adequada** em situações de CAD grave, que requer insulina endovenosa para controle rápido e titulado da glicemia. Além disso, o paciente apresenta náuseas e vômitos, o que inviabiliza a hidratação oral adequada.

Gabarito: B

9. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia – Prof. Thiago Peixoto) Homem de 35 anos, com diagnóstico conhecido de anemia falciforme, é admitido no pronto-socorro com dor torácica pleurítica à direita, febre de 38,5 °C e dispneia leve. Relata tosse seca há dois dias. Apresenta saturação de oxigênio de 91% em ar ambiente. Ao exame físico, encontra-se taquipneico, com murmúrio vesicular diminuído em base pulmonar direita. Radiografia de tórax revela infiltrado alveolar em lobo médio direito. Hemograma mostra Hb = 7,3 g/dL, leucocitose com neutrofilia e plaquetas normais. Diante desse caso, a conduta inicial mais adequada é:

- A) antibioticoterapia empírica associada à ventilação não invasiva e corticoterapia.
- B) internação hospitalar com oxigenoterapia, antibiótico de amplo espectro e considerar transfusão de hemácias.
- C) observação ambulatorial com hidratação oral e analgésicos.
- D) internação com anticoagulação em dose terapêutica.

Comentários:

Estrategista, estamos diante de um quadro altamente sugestivo de **síndrome torácica aguda (STA)**, uma complicação grave da doença falciforme. Vamos revê-la?

Uma das mais graves formas de crise vaso-oclusiva é a síndrome torácica aguda (STA), um quadro de etiologia multifatorial, que envolve fatores como vaso-oclusão de circulação pulmonar, eventos trombóticos locais, hipoxemia e infecções associadas.

Seu quadro clínico consiste em infiltrado pulmonar novo à radiografia de tórax associado a sintomas respiratórios proeminentes, especialmente hipoxemia.

O manejo dessa complicação inclui internação hospitalar, analgesia potente, hidratação endovenosa, correção de hipoxemia, antibioticoterapia empírica e suporte transfusional com objetivo de restabelecer os níveis de Hb com alvo de 10 g/dL e reduzir a HbS para menor do que 30%. A transfusão simples de hemácias pode ser usada se o hematócrito (Ht) for menor do que 30%, enquanto transfusões de troca (sangria seguida de transfusão) devem ser usadas se o Ht estiver acima de 30%, para se evitar a hiperviscosidade.

A STA é muito associada a quadros infecciosos pulmonares, sendo indicada a antibioticoterapia empírica. Deve-se usar cefalosporinas de terceira ou quarta geração associada a macrolídios, com objetivo de cobrir os agentes mais comuns: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* e *Streptococcus pneumoniae*. Portadores de anemia falciforme possuem um risco aumentado de sepse por germes encapsulados, já que perdem a proteção imunológica do baço à medida que o órgão sofre inúmeras vaso-oclusões em seu parênquima ao longo da vida desses pacientes.

Agora, vamos analisar as alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A.** A corticoterapia sistêmica foi associada a um aumento do risco de hospitalização por crise vaso-oclusiva. Portanto, não é uma recomendação para a STA.
- B) **Correta a alternativa B.** A hospitalização é indicada para qualquer indivíduo com STA. O oxigênio suplementar deve ser fornecido para indivíduos com dispneia e desconforto respiratório para manter a saturação arterial de oxigênio $\geq 95\%$. A antibioticoterapia empírica é utilizada independentemente da presença de febre. Prescrevemos macrolídio mais uma cefalosporina de terceira geração. A transfusão é considerada o pilar do tratamento para STA, pois melhora a oxigenação. É geralmente indicada para qualquer indivíduo hospitalizado com STA. A transfusão simples é apropriada para $SpO_2 < 95\%$ em ar ambiente e para níveis de hemoglobina 10 a 20% abaixo do basal do paciente, com o objetivo de reduzir a falcização e melhorar a oxigenação. Não se deve aumentar a hemoglobina acima de 11 g/dL devido ao risco de hiperviscosidade. Dado que o paciente tem SpO_2 de 91% e Hb de 7,3 g/dL, a transfusão deve ser considerada e provavelmente indicada.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A STA é uma condição grave que exige tratamento hospitalar.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A anticoagulação em dose terapêutica não é uma rotina no manejo da STA. Embora microtrombos pulmonares possam contribuir para as complicações da STA, a decisão de usar anticoagulação em dose terapêutica é individualizada para adultos de alto risco de doença grave e sem risco aumentado de sangramento. A profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV) é recomendada para todos os adultos hospitalizados com STA.

Gabarito: B

10. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hematologia – Prof. Thiago Peixoto) Homem de 72 anos, diagnosticado com mieloma múltiplo há 1 ano, é trazido à emergência com queixa de fraqueza muscular progressiva, letargia e constipação há 3 dias. Refere ingestão hídrica diminuída nas últimas semanas. Ao exame físico, apresenta-se sonolento, com mucosas secas, PA de 145 × 85 mmHg, FC de 96 bpm, e ausência de sinais meníngeos. Diante do quadro clínico, assinale o distúrbio hidroeletrolítico envolvido.

- A) Hipocalcemia.
B) Hipercalemia.
C) Hiponatremia.
D) Hipernatremia.

Comentários:

Estrategista, estamos diante de um paciente idoso portador de **mieloma múltiplo** que evolui com fraqueza muscular, constipação e ingesta hídrica diminuída. Esses achados são devido à hipercalemia, um distúrbio hidroeletrolítico associado ao mieloma múltiplo devido à ativação osteoclástica e lesão lítica óssea. Vamos rever o assunto!

O mieloma múltiplo é uma neoplasia de plasmócitos, os linfócitos B altamente especializados na produção de anticorpos. Surge um clone neoplásico dessas células que prolifera sem controle e começa a causar diversas consequências ao organismo. As principais dessas manifestações são os famosos sintomas CRAB:

- hipercalemia: por estímulo à reabsorção óssea;
- insuficiência Renal: por acúmulo de proteína monoclonal nos túbulos distais renais;
- anemia: por inibição na própria medula óssea;

- lesões osteolíticas (do inglês *Bone*): também por estímulo à reabsorção óssea, tipicamente acometendo o esqueleto axial (crânio, costela e coluna).

Apesar dos sintomas CRAB serem as manifestações definidoras do mieloma, essa doença pode se expressar de outras formas, como os plasmocitomas, verdadeiros tumores de plasmócitos que podem acometer qualquer órgão e tecido. Apesar de virtualmente aparecerem em qualquer lugar do corpo, os plasmocitomas predominam nos ossos. Essa é uma entidade mais rara do que o mieloma múltiplo e pode ser tratada com radioterapia local.

A GMSI é uma condição em que temos a presença de proteína monoclonal, um achado típico do mieloma, mas não conseguimos encontrar os plasmócitos clonais responsáveis por sua secreção, seja na medula óssea ou em plasmocitomas. É uma condição assintomática e apenas acompanhada clinicamente, sem conduta específica.

O diagnóstico do *smoldering* mieloma ou mieloma múltiplo assintomático depende do achado de plasmócitos clonais na medula óssea, sem a presença de sintomas CRAB.

Veja a tabela em anexo para ajudar nas definições de forma didática!

Critérios diagnósticos do mieloma múltiplo		
Plasmocitoma isolado	Mieloma indolente (<i>smoldering</i>)	Mieloma múltiplo
Lesão extramedular de plasmócitos clonais + Medula óssea normal + Ausência de lesões de órgão-alvo (CRAB)	Proteína monoclonal sérica > 3 g/dL ou urinária > 500 mg/24h e/ ou medula óssea com 10 a 60% de plasmócitos clonais + Ausência de eventos definidores de mieloma	Plasmocitoma ou medula óssea com ≥ 10% de plasmócitos clonais + 1 evento definidor de mieloma, que pode ser: <ul style="list-style-type: none"> • lesões de órgãos-alvo (CRAB) • biomarcadores de malignidade: ≥ 60% de plasmócitos clonais na medula, relação de cadeias leves livres séricas ≥ 100 ou mais de uma lesão focal em ressonância magnética

Estrategista, vejamos agora as afirmativas!

- A) **Incorreta a alternativa A.** A hipocalcemia não é uma complicação do mieloma múltiplo, ao contrário, a hipercalcemia, é o distúrbio do cálcio associado ao MM!
- B) **Correta a alternativa B.** Os sintomas apresentados pelo paciente são manifestações clássicas da hipercalcemia, uma complicação muito relacionada ao mieloma múltiplo.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A hiponatremia não é uma complicação eletrolítica característica do mieloma múltiplo.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A hipernatremia não é uma complicação eletrolítica característica do mieloma múltiplo. A desidratação pode levar à hipernatremia, mas os sintomas neurológicos e gastrointestinais do paciente falam mais a favor da hipercalcemia.

Gabarito: B

11. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Hepatologia – Prof. Élio Castro) Sobre as etiologias de hepatopatia crônica, assinale a alternativa correta.

- A) A hepatite B crônica apresenta risco de evolução para carcinoma hepatocelular apenas na presença de cirrose estabelecida, com mínimo risco em portadores não cirróticos.
- B) A doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica (MASLD) está fortemente relacionada à obesidade, diabetes e síndrome metabólica e pode evoluir para esteato-hepatite e cirrose.
- C) A hepatite autoimune é mais comum em homens jovens, sem relação com outras doenças autoimunes, e tem como principal marcador o anticorpo antimúsculo liso (ASMA) negativo.
- D) A hepatite C é atualmente a principal causa de cirrose e transplante hepático no Brasil, pois ainda não há tratamento antiviral eficaz disponível no SUS.

Comentários:

Olá, Estrategista. As hepatopatias crônicas têm várias etiologias possíveis, mas algumas são muito mais prevalentes, por isso frequentemente cobradas em provas. No Brasil, destacam-se: a doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica (MASLD), hoje considerada a principal causa de doença hepática crônica no mundo; as hepatites virais B e C, ainda muito prevalentes e responsáveis por grande parcela dos casos de carcinoma hepatocelular; e as doenças autoimunes, como a hepatite autoimune, que, embora menos frequente, é importante pela possibilidade de tratamento eficaz com imunossuppressores.

Compreender a história natural, os marcadores diagnósticos e os fatores de risco dessas doenças é essencial, pois as bancas costumam explorar justamente os detalhes epidemiológicos e laboratoriais que diferenciam uma etiologia da outra. Agora, vamos às alternativas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A hepatite B crônica pode levar a carcinoma hepatocelular mesmo na ausência de cirrose, especialmente em pacientes com alta carga viral. Essa é uma característica distintiva da doença.
- B) **Correta a alternativa B.** A doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica (MASLD) está fortemente associada à síndrome metabólica (obesidade, diabetes, dislipidemia). Pode evoluir para esteato-hepatite (MASH), fibrose progressiva e cirrose, tornando-se uma das principais causas de transplante hepático no mundo.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A hepatite autoimune é mais comum em mulheres, frequentemente associada a outras doenças autoimunes, como tireoidite de Hashimoto ou artrite reumatoide. O anticorpo antimúsculo liso (ASMA) costuma ser positivo, não negativo.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A hepatite C foi, de fato, uma das principais causas de cirrose e transplante hepático no Brasil, mas atualmente há tratamento altamente eficaz com antivirais de ação direta disponíveis no SUS, com taxas de cura superiores a 95%. Portanto, a alternativa está desatualizada.

Gabarito: B

12. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho) Paciente de 68 anos, procedente de instituição de longa permanência, é admitido na emergência com febre (38,9 °C), confusão mental, pressão arterial de 85 x 50 mmHg e frequência cardíaca de 125 bpm. A suspeita diagnóstica é de sepse secundária à pneumonia. Conforme as diretrizes da campanha "Sobrevivendo à Sepse", qual é a conduta inicial mais apropriada em relação à reposição volêmica na primeira hora?

- A) Administrar 500 mL de solução salina 0,9% em bólus e aguardar a resposta da pressão arterial antes de infundir mais volume, para evitar sobrecarga hídrica no idoso.
- B) Iniciar imediatamente a infusão de 30 mL/kg de peso ideal de solução cristalóide balanceada (ex.: ringer lactato) e reavaliar a perfusão.
- C) Administrar 10 mL/kg de solução colóide (albumina 5%) para uma expansão volêmica mais rápida e eficaz, reavaliando os parâmetros hemodinâmicos após o término da infusão.
- D) Priorizar a coleta de hemoculturas e a administração de antibióticos de largo espectro, postergando a reposição volêmica agressiva até a confirmação do agente infeccioso para evitar edema pulmonar.

COMENTÁRIOS:

Sepse pode ser definida como disfunção orgânica ameaçadora à vida, causada por uma resposta desregulada do organismo à infecção.

Na atualização de 2018, a *Surviving Sepsis Campaign* introduziu o famoso "pacote de 1 hora" para o tratamento da sepse. Esse pacote é baseado no fato de que a sepse é uma emergência médica, sendo necessário iniciar seu tratamento o mais precocemente possível.

Veja, a seguir, o resumo do pacote de 01 hora:

1. medir o nível de lactato arterial;
2. obter culturas antes da administração de antibióticos;
3. iniciar antibioticoterapia;
4. iniciar administração rápida de cristalóide a 30 mL/kg para hipotensão ou hipoperfusão;
5. iniciar vasopressores se o paciente estiver hipotenso durante ou após a ressuscitação de fluidos para manter a pressão arterial média igual ou superior a 65 mmHg.

Vamos, agora, detalhar o manejo da hipotensão arterial:

- 1) prescrição de ressuscitação volêmica com 30mL/kg nas primeiras três horas;
- 2) solução de cristalóide balanceada (como ringer lactato) é preferível à solução salina;
- 3) para pacientes com choque séptico, norepinefrina (noradrenalina) é o vasopressor de primeira escolha para manter pressão arterial média de 65 mmHg. Em caso de hipotensão persistente, adicionar vasopressina. Para pacientes com choque séptico e disfunção cardíaca com hipoperfusão persistente, é recomendado adicionar dobutamina à norepinefrina ou trocar vasopressor por epinefrina (adrenalina).

- A) **Incorreta a alternativa A.** A infusão de apenas 500 mL de solução salina, com espera para observar resposta, não é recomendada. Essa conduta atrasa a reposição adequada de volume e pode piorar a hipoperfusão, aumentando o risco de mortalidade.
- B) **Correta a alternativa B.** A conduta indicada é iniciar imediatamente 30 mL/kg de solução cristalóide balanceada, reavaliando continuamente parâmetros como pressão arterial, diurese, perfusão periférica e lactato.
- C) **Incorreta a alternativa C.** As diretrizes recomendam os cristalóides como fluidos de primeira escolha na ressuscitação da sepse. O uso de colóides, como a albumina, não é recomendado como terapia inicial e fica reservado a situações específicas, como em pacientes que necessitam de grandes volumes de cristalóides.

- D) **Incorreta a alternativa D.** O pacote de manejo da primeira hora da sepse preconiza que as intervenções ocorram de forma rápida e simultânea. A coleta de hemoculturas e a administração de antibióticos são urgentes, mas não devem atrasar o início da reposição volêmica em um paciente hipotenso.

Gabarito: B

13. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia – Prof. Taysa Moreira) A artrite reumatoide é uma doença autoimune sistêmica de caráter inflamatório crônico que acomete, primariamente, a sinóvia, mas também associada a diversas manifestações extra-articulares, especialmente em pacientes tabagistas e com anticorpos positivos. Assinale a alternativa que não apresenta uma manifestação extra-articular.

- A) Episclerite.
- B) Pericardite.
- C) Síndrome do túnel do carpo.
- D) Hepatite.

COMENTÁRIOS:

Por se tratar de uma doença sistêmica, é comum encontrarmos sintomas constitucionais no início do quadro da artrite reumatoide (AR), como fadiga, astenia, mal-estar, redução do apetite e perda de peso. Febre baixa e adenomegalias são descritas, mas não são habituais.

As manifestações extra-articulares ocorrem em cerca de 40% dos pacientes com AR e estão associadas à maior taxa de mortalidade. Felizmente, sua prevalência vem diminuindo nos últimos anos, provavelmente pela melhora em termos diagnósticos e instituição precoce de tratamento.

Para discutirmos mais sobre elas, vamos às alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A:** entre as manifestações oculares da AR, temos ceratoconjuntivite seca, episclerite e esclerite. Sintomas secos são os mais comuns e estão associados à síndrome de Sjögren secundária. Episclerite e esclerite são incomuns, mas, quando encontradas, levantam fortes suspeitas sobre a presença de doenças reumatológicas autoimunes, sendo a AR uma das mais associadas. Outra complicação infrequente, mas muito característica da AR, é a ceratite ulcerativa periférica (PUK), que pode ocorrer em associação à esclerite ou de forma isolada.
- B) **Incorreta a alternativa B:** a pericardite é a manifestação cardíaca mais comum e está presente em cerca de 50% dos pacientes em estudos que envolvem eletrocardiograma, ecocardiograma e necropsia, sendo assintomática na maioria dos casos. Complicações como tamponamento cardíaco e pericardite constrictiva são raras.
- C) **Incorreta a alternativa C:** a síndrome do túnel do carpo, uma neuropatia periférica, é a manifestação neurológica mais frequente da AR. Mielopatia (principalmente associada à subluxação atlanto-axial), polineuropatia (sensitiva ou sensitivo-motora) simétrica, mononeurite múltipla e nódulos reumatoides em sistema nervoso central são raros, mas já descritos.
- D) **Correta a alternativa D:** a AR não cursa com acometimento hepático. Alterações em transaminases e canaliculares, quando presentes, costumam decorrer de seu tratamento medicamentoso envolvendo drogas anti-inflamatórias e imunossupressoras.

Gabarito: D

14. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Reumatologia – Prof. Taysa Moreira) A osteoartrite é a artropatia mais prevalente no mundo, ocorrendo principalmente em pacientes do sexo feminino a partir dos 45 anos, em quem a insuficiência da cartilagem leva a alterações secundárias que afetam a articulação toda. Assinale a alternativa correta sobre essa patologia.

- A) Punhos e metacarpofalangeanas são articulações classicamente acometidas em sua forma primária.
- B) A presença de rigidez matinal, independentemente de sua duração, deve apontar para outro diagnóstico.
- C) Os nódulos de Heberden ocorrem nas interfalangeanas distais e os nódulos de Bouchard, nas interfalangeanas proximais.
- D) Pacientes com alterações radiográficas mais proeminentes cursarão com quadro clínico mais pronunciado.

COMENTÁRIOS:

A OA é uma condição que, além de aumento constante de prevalência dado o envelhecimento populacional, apresentou evolução considerável em sua fisiopatologia nos últimos anos, o que permitiu um melhor entendimento sobre essa artropatia. Vamos às alternativas para discuti-la mais a fundo:

- A) **Incorreta a alternativa A:** as articulações classicamente acometidas na OA primária ou idiopática são coluna vertebral, acromioclavicular, 1ª carpometacárpica, interfalangeanas proximais e distais, quadril, joelho e 1ª metatarsofalangeana. O acometimento de outros sítios, como glenoumeral, cotovelos, punhos, metacarpofalangeanas e tornozelos deve levantar a possibilidade de OA secundária a outras condições, como deformidades congênitas, trauma, artropatias inflamatórias e infecciosas (artrite reumatoide, gota, artrite séptica), doenças hematológicas (hemocromatose), doenças endocrinológicas (diabetes *mellitus*, acromegalia, hiperparatireoidismo), entre outras.
- B) **Incorreta a alternativa B:** o quadro clínico da OA envolve dor articular de características mecânicas (piora com o uso/sobrecarga e melhora com o repouso) que pode estar associada à rigidez matinal fugaz, em geral, com duração de até 20 a 30 minutos. Ou seja, sua presença, de forma isolada, não afasta esse diagnóstico.
- C) **Correta a alternativa C:** a OA de mãos – também conhecida como OA nodal – está associada à presença de nódulos que correspondem à hipertrofia óssea (osteófitos) lateral e dorsal. Os nódulos de Heberden estão associados ao aumento de volume e nodulação nas interfalangeanas distais; já os nódulos de Bouchard, ao acometimento das interfalangeanas proximais.
- D) **Incorreta a alternativa D:** na OA, temos a descrição do fenômeno da dissociação clínico-radiológica; ou seja, a intensidade das queixas do paciente pode não estar relacionada aos achados radiográficos. Por isso, encontramos pacientes assintomáticos ou oligossintomáticos com alterações radiográficas bem estabelecidas e, por outro lado, outros que, a despeito de achados considerados discretos em exames de imagem, apresentam dor e limitação importantes.

Gabarito: C

15. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ortopedia – Prof. David Nordon) Paciente do sexo feminino, 44 anos, vem à consulta por dor em região lombar há 15 dias, após pegar peso. Refere que a dor irradia pela região posterior da perna esquerda até a sola do pé. Ao exame físico, apresenta dor à palpação da musculatura lombar, Lasègue negativo, reflexos e força preservados. A melhor conduta neste momento é:

- A) solicitar uma ressonância magnética.
- B) solicitar uma radiografia.
- C) prescrever analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia.
- D) prescrever repouso absoluto por uma semana e medicação para dor.

Comentários:

O que o examinador deseja saber?

Conduas na lombalgia.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Lombalgia mecânica simples

Existem basicamente dois tipos de dores da região lombar:

- axial: localizada na região lombar;
- irradiada: segue geralmente pelos membros inferiores.

Existem, também causas mecânicas e secundárias:

- mecânicas: lombalgia mecânica, geralmente por atrofia ou contratura muscular. Pode-se associar a outras causas;
- secundárias: artrose, inflamatória, hérnia discal, estenose vertebral, fratura, infecção, neoplasia.

Fatores de risco para lombalgia:

- idade;
- obesidade;
- gênero (mulheres);
- nível socioeconômico mais baixo;
- multíparas;
- escoliose (dependendo do grau);
- tabagismo (principalmente associado a lombalgia discogênica);
- levantamento de peso;
- vibração;
- ficar muito tempo sentado;
- insatisfação com o trabalho;
- sedentarismo.

Como definir lombalgia mecânica simples?

A lombalgia mecânica simples é uma dor lombar, restrita a essa região, ou com irradiação para a região posterior da coxa pela contratura dos isquiotibiais, sem sinais de alarme, sem irradiação para perna ou pés ou característica neuropática. Ao exame físico, há apenas dor à palpação da musculatura paravertebral, e a dor tem caráter mecânico (associada a movimentos, melhora com repouso).

Como fazer o diagnóstico?

90% do diagnóstico é feito por meio da anamnese, e 10%, por meio do exame físico. Sim, exatamente: o diagnóstico clínico não precisa de exames de imagem. Esses são apenas confirmatórios, especialmente quando pensamos em tumor, infecção ou trauma.

Quando solicitar exames na lombalgia aguda?

Quando o paciente apresenta sinais de alarme.

O melhor mnemônico para se lembrar dos principais sinais de alarme para a prova é:

Se tem PITTI, DOC, não é piti, em que:

P: persistência (mais de uma visita ao médico em 30 dias).

I: idade (menor do que 20, maior do que 50).

T: trauma.

T: tumor (história ou suspeita).

I: infecção (história ou suspeita).

D: déficit neurológico

O: osteoporose

C: cauda equina

Como é feito o tratamento da lombalgia aguda?

Primeiro passo: analgesia simples +/- anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) + relaxante muscular. Se a dor não melhorar com esse grau de analgesia, avançar para opioides.

Segundo passo: com a dor controlada, pode-se iniciar atividade física aeróbica e fortalecimento muscular do *core* abdominal, o que, em última análise, é o que irá resolver o problema.

Terapias complementares: fisioterapia analgésica e acupuntura podem ser indicadas. Quiropraxia apresenta apenas efeito imediato, com altos riscos de lesão irreversível. Antidepressivos podem ser associados para analgesia.

Discussão das alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, pois a paciente não tem indicação de exames de imagem. Ademais, por mais que se suspeite de uma hérnia discal, o Lasègue negativo, em contexto de provas, descarta a possibilidade de herniação.
- B) **Incorreta a alternativa B**, pois não há sinais de alarme para solicitação de exames de imagem.
- C) **Correta a alternativa C**, sem ressalvas. As questões do INEP primam por trabalhar o conceito de tratamento conservador e não solicitação de exames na lombalgia.
- D) **Incorreta a alternativa D**, pois o repouso absoluto é contraindicado.

Gabarito: C

16. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ortopedia – Prof. David Nordon) Paciente do sexo feminino, de 12 anos, é encaminhada pelo pediatra por suspeita de escoliose. Ao exame físico, apresenta teste de Adams com gibosidade torácica à direita. A radiografia traz curva escoliótica com ângulo de Cobb de 35° e a bacia apresenta maturação Risser 0. A melhor conduta é:

- A) fisioterapia.
- B) natação.
- C) cirurgia.
- D) órtese toracolombossacra.

Comentários:

O que o examinador quer saber com essa pergunta?

Diagnóstico e conduta da escoliose.

O que você precisa saber para responder a essa pergunta?

Escoliose:

A escoliose é uma deformidade tridimensional da coluna, em que há inclinação no plano coronal, associada a rotação no plano axial. É diagnosticada por meio da medida de uma angulação maior do que 10° na radiografia panorâmica de coluna.

A escoliose é dividida basicamente em dois tipos: infantil (congenita) e juvenil (idiopática).

A juvenil é mais comum em meninas, do lado direito, com progressão mais rápida durante o estirão puberal.

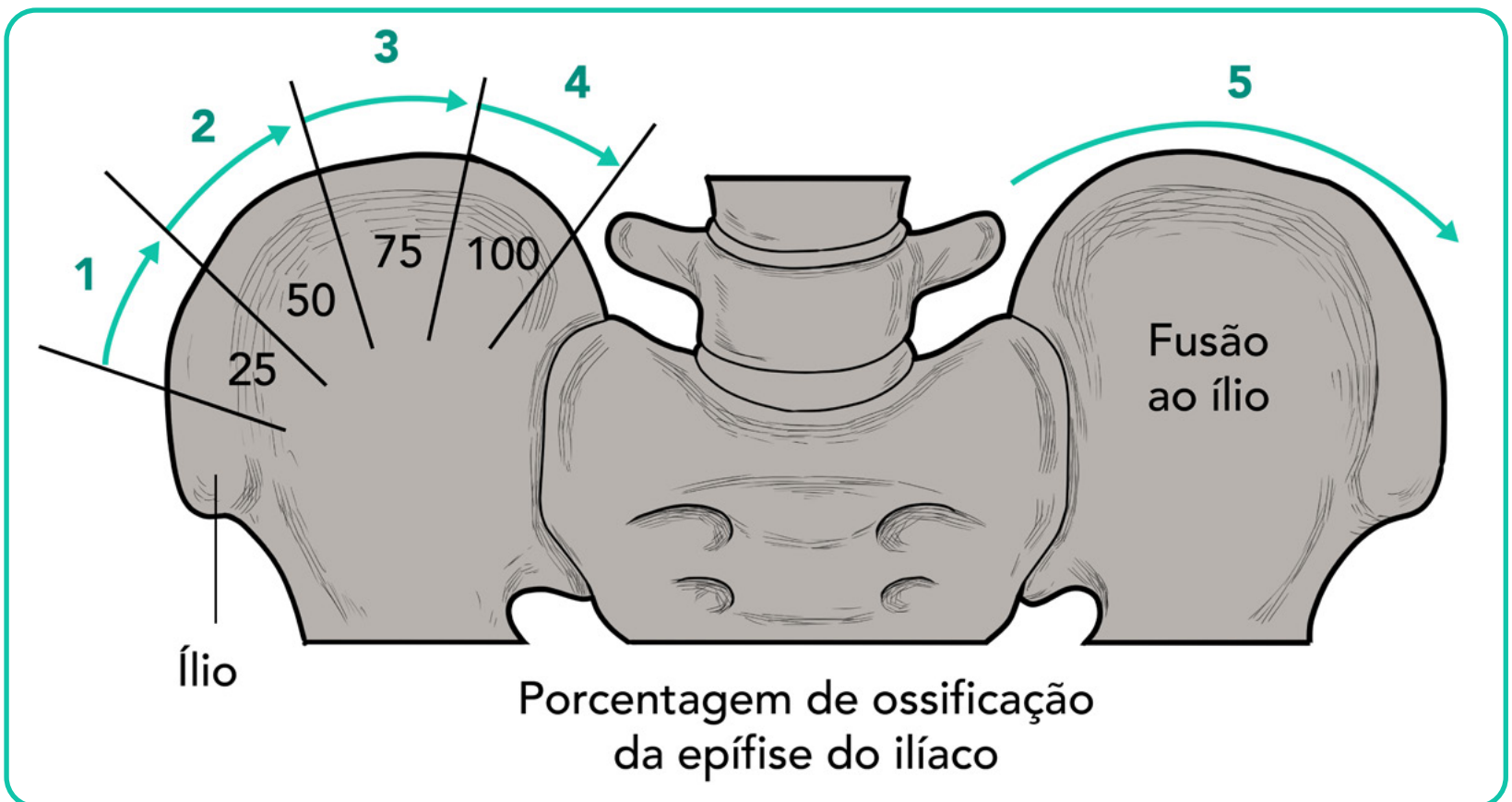
O tratamento é dividido conforme o grau avaliado à radiografia:

Entre 11° e 25°: acompanhamento clínico, com radiografias semestrais. Pode ser tentada, também, fisioterapia, com algumas evidências de auxílio para evitar a progressão da doença.

Entre 25° e 40-45°: usa-se o colete de Milwaukee ou a TLSO (órtese toracolombossacra). A órtese deve ser usada por pelo menos 18 horas por dia, com efeitos para controlar a evolução da doença, mas não para diminuir o grau de escoliose.

Acima de 40-45°: está indicada cirurgia corretiva.

O grau de Risser é extremamente importante, pois direciona a maturidade esquelética do paciente. Ele é avaliado conforme o grau de fusão do núcleo de crescimento do íliaco, que se propaga de lateral para medial. Nos graus 0 a 2, ainda é possível indicar colete, pois ainda há possibilidade de controle do crescimento. Entretanto, a partir do grau 3, o colete não apresenta mais funcionalidade.



Discussão das alternativas

- A) **Incorreta a alternativa A**, pois a fisioterapia pode ser indicada para os graus leves de escoliose, não para os moderados.
- B) **Incorreta a alternativa B**, pois a natação não tem utilidade no tratamento da escoliose.
- C) **Incorreta a alternativa C**, pois a cirurgia é indicada para curvas acima de 45 graus.
- D) **Correta a alternativa D**, pois a paciente encontra-se na janela de oportunidade de tratamento por meio de colete.

Gabarito: D

17. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia – Prof. Bruno Souza) Homem de 38 anos, jardineiro, previamente hígido, procura atendimento ambulatorial por apresentar lesão ulcerada no antebraço esquerdo há cerca de 10 dias. Relata que tudo começou após um ferimento com gato que tinha lesões de pele. A lesão aumentou progressivamente e, nos últimos dias, surgiram pequenos nódulos subcutâneos não dolorosos ao longo do trajeto do braço, seguindo direção proximal. Nega febre, sintomas sistêmicos ou linfadenopatia.

Com base no quadro clínico, assinale a alternativa CORRETA.

- A) O padrão clínico observado é compatível com infecção bacteriana zoonótica que cursa com linfadenopatia regional dolorosa após arranhadura de felinos.
- B) A presença de nódulos em cadeia e história de trauma com gato contaminado apontam para uma infecção fúngica subcutânea.
- C) A apresentação clínica sugere micobacteriose cutânea, sendo indicado iniciar esquema antibacilar padrão.
- D) Trata-se de um quadro típico de impetigo, cuja lesão inicial evolui com bolha purulenta e posterior ulceração superficial.

Comentários:

Estrategista, esse caso traz todos os elementos clássicos da esporotricose em sua forma cutâneo-linfática, uma infecção fúngica subcutânea causada por fungos do gênero *Sporothrix sp.* Lembre-se sempre dessa descrição de nódulos em trajeto linear (seguindo vasos linfáticos) que é típica dessa condição.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Essa é a pegadinha clássica: descreve a doença da arranhadura do gato, causada por *Bartonella henselae*, que realmente cursa com linfadenopatia regional, mas não forma nódulos subcutâneos em trajeto linfático, nem é comum após trauma com vegetais.
- B) **Correta a alternativa B.** Alternativa perfeita e sem ressalvas.
- C) **Incorreta a alternativa C.** As micobacterioses atípicas não costumam fazer essa distribuição nodular linfangítica típica nem respondem ao esquema antibacilar clássico (RIPE).
- D) **Incorreta a alternativa D.** O impetigo é uma infecção bacteriana superficial que cursa com placas recobertas por crostas melicéricas, não com nódulos subcutâneos.

Gabarito: B

18. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Dermatologia – Prof. Bruno Souza) Mulher de 29 anos, previamente saudável, procura atendimento por apresentar, há cerca de 24 horas, lesões avermelhadas e pruriginosas no tronco e nos membros, com início súbito. Refere que as lesões “somem em um lugar e aparecem em outro” e que não está com febre ou outros sintomas. Relata ter iniciado uso de ibuprofeno há dois dias por dor lombar. Ao exame, apresenta pápulas eritematosas, de limites imprecisos, algumas confluentes, sem descamação ou sinais de infecção. Mucosas preservadas. Sem sinais de anafilaxia.

Com base no caso e nos conhecimentos sobre urticária aguda, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A urticária aguda é geralmente causada por infecções crônicas, sendo raro seu desencadeamento por fármacos.
- B) O tratamento de primeira linha é feito com anti-histamínicos, e corticosteroides devem ser evitados em todos os casos.
- C) O diagnóstico de urticária aguda exige confirmação com exames laboratoriais para identificação do alérgeno.
- D) A duração das lesões individuais por menos de 24 horas e o intenso prurido são características típicas da urticária aguda.

Comentários:

Estrategista, esse é um caso típico de urticária aguda: surgimento súbito de lesões pruriginosas, evanescentes (ou seja, surgem e desaparecem em locais diferentes). O uso recente de AINE é um gatilho conhecido.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Infecções crônicas raramente causam urticária aguda; na verdade, os principais gatilhos são infecções virais agudas, alimentos, fármacos (como AINEs) e fatores físicos.
- B) **Incorreta a alternativa B.** O tratamento de primeira linha é com anti-histamínicos, sim, mas corticosteroides podem ser usados por curto prazo (geralmente 3 a 5 dias) em casos mais intensos, sempre com critério.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O diagnóstico de urticária é clínico. Exames não são necessários na maioria dos casos, e a identificação do fator desencadeante nem sempre é possível ou relevante em casos agudos e autolimitados.

- D) **Correta a alternativa D.** Na urticária aguda, cada lesão individual dura menos de 24 horas, podendo migrar para outros locais, e o prurido é muito intenso. Essas são características centrais para o diagnóstico.

Gabarito: D

19. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Bruno Ferraz) Um homem de 63 anos, hipertenso e diabético, dá entrada no pronto-socorro relatando palpitações súbitas iniciadas há 2 horas, acompanhadas de dispneia intensa e tontura. Ele nega dor torácica. Ao exame físico, encontra-se sudoreico, confuso, com pressão arterial de 80 x 50 mmHg, frequência cardíaca irregular em torno de 160 bpm e frequência respiratória de 28 irpm. A ausculta cardíaca revela ritmo irregularmente irregular e variação da intensidade da primeira bulha. O eletrocardiograma mostra taquiarritmia com complexos QRS estreitos, sem ondas P discerníveis. Nesse contexto, a conduta imediata mais adequada é:

- A) realização de cardioversão elétrica.
- B) administração de solução salina isotônica endovenosa.
- C) administração de metoprolol endovenoso.
- D) administração de amiodarona endovenosa.

Comentário:

Toda vez que estamos diante de uma taquiarritmia, a primeira pergunta que devemos responder é: o paciente está instável? Caso afirmativo, a conduta será cardioversão elétrica sincronizada na maioria das vezes. A carga recomendada no desfibrilador bifásico deverá ser: QRS estreito e regular (50-100 J); QRS estreito e irregular (120-200 J); QRS largo e regular (100J); QRS largo e irregular (desfibrilação conforme ACLS). São critérios de instabilidade: rebaixamento de nível de consciência, hipotensão com choque, dor torácica ou dispneia. É importante lembrar da sedação antes da cardioversão. Nos pacientes estáveis, devemos analisar o ECG buscando o diagnóstico.

INSTABILIDADE HEMODINÂMICA

Procure os 4 D's



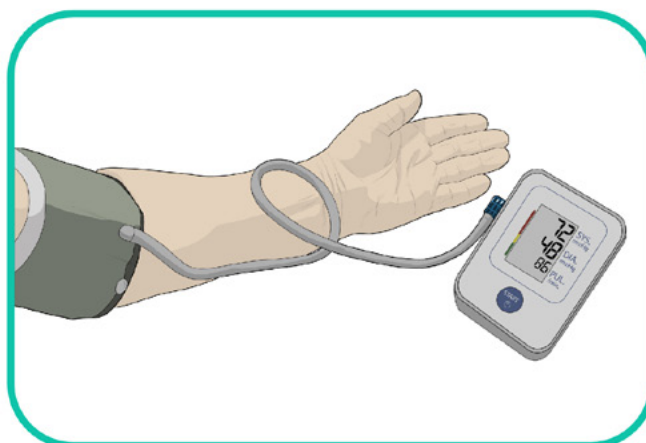
DISPNEIA



DIMINUIÇÃO DA CONSCIÊNCIA



DOR TORÁCICA ANGINOSA



DIMINUIÇÃO DA PRESSÃO (CHOQUE)

Nessa questão, o paciente apresenta sinais claros de instabilidade: confusão mental (diminuição de nível de consciência), hipotensão e dispneia. Nesse cenário, a melhor conduta deve ser a cardioversão elétrica.

- A) **Correta a alternativa A:** cardioversão elétrica é mandatória em casos de instabilidade.
- B) **Incorreta a alternativa B:** nesse caso, a causa da instabilidade é a taquiarritmia. A infusão de salina justifica-se em casos de hipovolemia.
- C) **Incorreta a alternativa C:** o metoprolol é uma boa opção em pacientes estáveis.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a amiodarona pode ser utilizada em casos estáveis de fibrilação atrial aguda (menos de 24-48h, dependendo da diretriz), em que há a intenção de reversão da arritmia.

Gabarito: A

20. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Bruno Ferraz) Um homem de 64 anos, portador de insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE = 30%), é acompanhado regularmente no ambulatório de cardiologia. Relata dispneia aos pequenos esforços e ortopneia persistente, apesar do uso otimizado de carvedilol, enalapril e espironolactona. Nega internações recentes. Apresenta pressão arterial de 118 × 72 mmHg, frequência cardíaca de 60 bpm, ritmo regular, sem estertores pulmonares ou edema de membros inferiores. Diante do quadro de persistência de sintomas de insuficiência cardíaca em paciente já em uso de betabloqueador, IECA e antagonista de aldosterona em doses otimizadas, a conduta mais adequada é:

- A) associar hidralazina com nitrato.
- B) iniciar digoxina como terapia de primeira escolha.
- C) associar dapagliflozina.
- D) iniciar ivabradina

COMENTÁRIO:

Estrategista,

O tripé tradicional do tratamento da insuficiência cardíaca (IC) com fração de ejeção reduzida é: IECA, betabloqueador e espironolactona. Essas são as drogas clássicas que apresentam maior benefício na redução de mortalidade. Devemos sempre tentar utilizar essas drogas em todos os pacientes sintomáticos, salvo contra-indicações. Um detalhe importante: não são todos betabloqueadores que demonstraram benefício na IC! Os betabloqueadores aprovados são: carvedilol, bisoprolol, succinato de metoprolol e nebivolol (somente em pacientes com idade superior a 75 anos).

Nas diretrizes mais recentes de IC, os inibidores da SGLT2, drogas utilizadas no tratamento da diabetes, assumiram um papel de destaque no tratamento da IC. Seu benefício foi observado independentemente da presença de diabetes, com redução de mortalidade e internações. Com isso, no paciente diabético e portador de IC, devem ser iniciadas imediatamente. Nos demais, utilizaremos nos sintomáticos em uso de terapia tríplice otimizada (algumas diretrizes já recomendam seu uso desde o início, considerando como QUARTETO da insuficiência cardíaca).

A ivabradina é um inibidor dos canais I_f presentes no nodo sinusal. Por isso, só pode ser utilizada em pacientes com ritmo sinusal. Seu principal efeito é reduzir a frequência cardíaca. A ivabradina reduziu o desfecho composto por mortalidade e hospitalizações por IC em pacientes sintomáticos com $FE \leq 35\%$, em ritmo sinusal e com frequência cardíaca (FC) superior a 70 bpm. Esses pacientes já faziam uso da terapia padrão para IC (IECA, betabloqueador e antagonista da aldosterona). Dessa forma, essa droga é uma boa opção em pacientes que não controlam a frequência cardíaca com dose otimizada de betabloqueador ou não toleram sua dose máxima.

O sacubitril/valsartana é uma classe terapêutica que atua no sistema renina-angiotensina-aldosterona, combinando um bloqueador do receptor da angiotensina II (valsartana) com um inibidor da neprililina (sacubitril). Ao inibir a neprililina, a degradação dos peptídeos natriuréticos, da bradicinina e outros peptídeos é lentificada. Essas substâncias promovem diurese, natriurese, relaxamento miocárdico e antirremodelamento. Essa droga foi testada contra o IECA (enalapril na dose de 20 mg/dia) e obteve redução no desfecho composto por morte geral, morte cardiovascular e hospitalizações em pacientes com ICFER, níveis elevados de BNP ou hospitalização no último ano e *clearance* de creatinina superior a 30 ml/min/1,73 m².

Uma das principais limitações ao uso do sacubitril/valsartana é a ocorrência de hipotensão sintomática, mais comum na população idosa. Nas diretrizes, seu uso está indicado em pacientes com dose máxima de IECA e que mantêm níveis pressóricos elevados. Dessa forma, eles recomendam a troca do IECA pelo sacubitril/valsartana.

Por fim, a associação de hidralazina com nitrato também demonstrou redução de mortalidade. Essa combinação é usada quando temos contra-indicação ao uso de IECA/BRA ou no paciente que permanece hipertenso com dose otimizada de IECA/BRA, principalmente em negros.

Se o tratamento clínico estiver otimizado e nenhum fator causal for identificado, podemos realizar um ECG para análise do QRS. Se o paciente estiver sintomático e com QRS alargado (≥ 150 ms), devemos considerar o uso do ressincronizador cardíaco.

Vamos analisar as alternativas?

- A) **Incorreta a alternativa A:** essa combinação foi testada em negros e em pacientes que possuíam contraindicação ao IECA.
- B) **Incorreta a alternativa B:** a digoxina é uma terapia de resgate em pacientes com IC avançada, especialmente quando há fibrilação atrial com FC elevada.
- C) **Correta a alternativa C:** a dapagliflozina, um inibidor da SGLT2, é a droga de escolha em pacientes com terapia tríplice que seguem sintomáticos.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a ivabradina só deve ser considerada em pacientes em ritmo sinusal e com dificuldades para controle da FC.

Gabarito: C

CIRURGIA

21. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Um homem de 37 anos foi trazido pelo Corpo de Bombeiros após acidente automobilístico (auto x anteparo fixo). Na avaliação, o paciente apresentava vias aéreas pervias, ausculta respiratória sem alterações, dor abdominal em hipocôndrio esquerdo sem sinais de irritação peritoneal, sinais vitais estáveis, lúcido e orientado. Apresentava marca do cinto de segurança em tórax e abdome. Foi realizada tomografia computadorizada de abdômen com contraste que evidenciou hematoma esplênico subcapsular em 40% da superfície, borramento de mesentério e líquido livre na cavidade. Baseado no quadro apresentado, assinale a alternativa com a conduta mais apropriada.

- A) **Laparotomia exploradora.**
- B) Internação em UTI com reavaliação seriada de exame físico e laboratorial.
- C) Radiologia intervencionista para embolização esplênica e drenagem da cavidade.
- D) Observação em pronto-socorro enquanto realiza expansão volêmica e transfusão sanguínea.

Comentários:

Paciente vítima de trauma abdominal fechado, estável hemodinamicamente e sem sinais de irritação peritoneal, com achado de exame de imagem de duas lesões abdominais: uma lesão esplênica grau II (hematoma subcapsular 10-50% da superfície) e borramento do mesentério com líquido livre na cavidade abdominal, que, em um paciente com marca do cinto de segurança, sugere lesão intestinal e/ou do mesentério. A lesão esplênica admite tratamento conservador caso o paciente apresente lesão esplênica grau I, II ou III, sem peritonite, estável hemodinamicamente e sem outras lesões intra-abdominais que indiquem abordagem cirúrgica. Dessa forma, apesar de ser uma lesão esplênica que permitiria observação clínica se ocorresse de forma isolada, na presença de uma lesão em trato gastrointestinal, há indicação de abordagem cirúrgica imediata.

- A) **Correta a alternativa A.** Como foi dito, o paciente tem indicação de laparotomia por apresentar lesão do trato gastrointestinal.
- B) **Incorreta a alternativa B.** O tratamento conservador está indicado em pacientes estáveis hemodinamicamente, com lesão esplênica graus I, II ou III, sem peritonite e sem outras lesões intra-abdominais cirúrgicas. A presença de uma lesão em trato gastrointestinal é indicação de laparotomia exploradora.

- C) **Incorreta a alternativa C.** A embolização esplênica está indicada na lesão esplênica grau III ou IV em que há evidência de lesão vascular como com extravasamento de contraste (*blush* arterial) ou formação de pseudoaneurisma intraparenquimatoso. Além disso, a radiologia intervencionista não seria capaz de tratar a lesão de intestino delgado.
- D) **Incorreta a alternativa D.** O paciente tem indicação de tratamento cirúrgico. Além disso, o tratamento conservador de lesões de vísceras maciças deve ser realizado preferencialmente em leito de UTI, onde há estrutura para realizar monitoramento hemodinâmico, exame físico seriado, hemograma a cada 6 horas e disponibilidade de exame de imagem caso ocorra piora clínica ou laboratorial.

Gabarito: A

22. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Um homem de 19 anos foi vítima de um acidente automobilístico, com colisão de tórax no volante do carro. Na avaliação inicial, apresentava vias aéreas pervias, com murmúrio vesicular abolido em hemitórax esquerdo e timpânico, turgência jugular, sinais de desconforto respiratório, saturação de oxigênio de 90% em uso de máscara não reinalante de 10 litros por minuto, PA = 70 x 50 mmHg, FC = 115 bpm e FR = 40 irpm. A partir do caso apresentado, assinale a conduta imediata.

- A) Realizar E-FAST para confirmação da hipótese diagnóstica antes da tomada de decisão.
- B) Intubação orotraqueal.
- C) Drenagem torácica em selo d'água.
- D) **Descompressão torácica digital ou com agulha.**

Comentários:

A questão apresenta um paciente vítima de trauma torácico contuso, com sinais claros de um pneumotórax hipertensivo devido à presença de murmúrio vesicular abolido, timpanismo à percussão, desconforto respiratório, hipóxia e colapso hemodinâmico (taquicardia, hipotensão e turgência jugular). O diagnóstico de um pneumotórax é eminentemente clínico, não se devendo postergar o tratamento para realização de qualquer exame de imagem. Essa é considerada uma emergência médica, sendo o manejo imediato a realização de descompressão torácica digital ou com agulha. Essa conduta permite o paciente sair da situação de emergência, transformando o pneumotórax hipertensivo em um pneumotórax simples, possibilitando a realização da drenagem torácica em selo d'água que demanda tempo maior.

- A) **Incorreta a alternativa A.** O diagnóstico do pneumotórax deve ser clínico, e os exames de imagem não devem adiar a conduta que nesse caso deve ser imediata.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A intubação orotraqueal vai levar o paciente à ventilação mecânica que funciona com pressão positiva, ocasionando uma piora do pneumotórax apresentado. A hipóxia e o desconforto respiratório não são indicações absolutas de intubação orotraqueal em qualquer contexto, devendo-se sempre analisar qual é a etiologia dos sintomas apresentados, antes da decisão pela intubação. No caso em questão, esses sintomas podem ser rapidamente revertidos com a drenagem torácica.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Apesar de ser o tratamento definitivo para o pneumotórax, a questão solicita a conduta imediata.
- D) **Correta a alternativa D.** A conduta imediata que tira o paciente da situação de emergência é a descompressão torácica digital ou com agulha. Após sua realização, deve-se proceder com a drenagem torácica em selo d'água.

Gabarito: D

23. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Homem de 40 anos, vítima de acidente de trabalho, com amputação traumática de membro superior esquerdo na altura do terço médio do antebraço. Durante a admissão, avaliado sangramento ativo na região da amputação, vias aéreas pervias, ausculta respiratória sem alterações, pele fria e pegajosa, tempo de enchimento capilar de 6 segundos, PA = 80 x 60 mmHg e FC = 130 bpm. Com base no ATLS 11ª edição, qual é a intervenção prioritária inicial para esse paciente?

- A) Infusão de cristalóide aquecido.
- B) Compressão direta ou aplicação de torniquete acima do local da amputação.
- C) Solicitação de hemoderivados.
- D) Aquecer paciente com manta térmica.

Comentários:

A partir do ATLS 11ª edição, o controle de hemorragias passou a ser o item prioritário na avaliação inicial também no cenário intra-hospitalar (xABCDE).

O atendimento inicial do paciente do caso clínico seria na seguinte sequência:

X - controle de sangramento exsanguinante:

Paciente com amputação traumática em antebraço esquerdo, com sangramento ativo e sinais de choque associado. O controle inicial deve ser realizado com compressão direta com curativo com gaze. Caso o sangramento seja controlado com a compressão, é realizado um curativo compressivo e seguimento para as outras etapas de intervenção. Caso o sangramento seja de extremidades, como a lesão do braço do paciente em questão, é possível a 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:

Paciente com vias aéreas pervias e sem descrição de outros achados que poderiam indicar uma via aérea definitiva imediata.

INDICAÇÕES DE VIA AÉREA DEFINITIVA SEGUNDO O ATLS

Risco iminente de comprometimento da via aérea, como lesão térmica inalatória, fraturas de face com comprometimento de via aérea ou hematoma cervical em expansão.

Apneia ou incapacidade de manter oxigenação adequada mesmo com a suplementação de oxigênio sob máscara.

Paciente inconsciente: traumatismo cranioencefálico grave (Glasgow menor ou igual a 8) ou quadro convulsivo reentrante.

Risco de aspiração de sangue ou vômito.


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:

Paciente com ausculta respiratória sem alterações e sem sinais de comprometimento da ventilação e respiração.

C- circulação:

Paciente apresenta um choque grave pela nova classificação do ATLS 11ª edição. O manejo envolve a obtenção de dois acessos venosos calibrosos para infusão de cristalóide aquecido inicialmente. Entretanto, é altamente provável que esse paciente demande transfusão de hemoderivados, já devendo ser solicitados. 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. Além disso, é imprescindível a identificação e o tratamento da origem do choque, que, nesse caso, é realizado com o controle do sangramento externo na etapa X.

PARAMETER	HEMORRHAGE SEVERITY 			
	MINOR		MODERATE	MAJOR
Heart Rate (beats / min)	Unchanged	Unchanged to Increased	Increased (>100)	
Systolic Pressure (mm Hg)	Unchanged	Unchanged	Unchanged to Decreased	
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:

É realizada a avaliação principalmente pela escala de coma de Glasgow, avaliação pupilar e sinais de déficit focal.

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, mantas térmicas, temperatura ambiente e uso de fluidos aquecidos.

Incorreta a alternativa A. Apesar de fazer parte da avaliação inicial e ser imprescindível no manejo do choque do paciente, é uma medida preconizada na etapa C.

Correta a alternativa B. A partir do ATLS 11ª edição, a medida prioritária também no intra-hospitalar é o controle de sangramentos exsanguinantes. O controle é realizado inicialmente com compressão direta ou aplicação de torniquete.

Incorreta a alternativa C. Devido à presença de um choque grave, os hemoderivados já devem ser prontamente realizados e infundidos, entretanto é uma medida realizada na etapa C.

Incorreta a alternativa D. O controle de temperatura é uma medida realizada na última etapa da avaliação inicial.

Gabarito: B

24. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Uma criança de 18 meses é atendida em unidade de pronto-socorro acompanhada da mãe devido à queda do berço, com colisão de região frontal no chão. Nega-se perda de consciência, vômitos ou qualquer alteração de comportamento. Na avaliação inicial, a criança está desperta, sem déficits neurológicos, apresentando hematoma subgaleal em região frontal, sem demais alterações no exame físico. A partir do quadro clínico apresentado, que orientação deve ser dada à mãe?

- A) Orientar a necessidade de realização de tomografia de crânio devido à presença do hematoma subgaleal ser um sinal de alarme.
- B) Manter a criança em observação por no mínimo 6 horas antes de liberá-la para casa.
- C) Devido ao mecanismo de trauma leve e ausência de sinais de alarme, orientar que não há recomendações quanto ao quadro atual.
- D) Orientar que, no momento, não há necessidade de avaliação complementar, mas orientar retornar caso haja sinais de alarme.

Comentários:

O quadro clínico apresenta uma criança de 1 ano e 6 meses com TCE leve. No caso das crianças, o principal instrumento que orienta a conduta nos traumatismos cranianos leves é o estudo PECARN.

GCS= 14 ou outros sinais de estado neurológico alterado, ou fratura de crânio palpável

SIM

TC crânio recomendada

13,9% da população
4,4% risco de LCT

NÃO

Hematoma no couro cabeludo na região occipital ou parietal, ou temporal ou histórica de perda de consciência maior ou igual a 5 seg. ou mecanismo de trauma importante, ou não agindo normalmente

SIM

Observação versus TC com base em outros fatores clínicos incluindo:

- Experiência clínica
- Achados múltiplos versus isolados
- Piora dos sinais ou sintomas após observação no departamento de emergência
- Idade < 3 meses
- Preferência dos pais

32,6% da população
0,9% risco de LCT

NÃO

TC não recomendada

A

GCS= 14 ou outros sinais de estado mental alterado ⁺, ou sinais de fratura de base de crânio

SIM

TC recomendada

14,6% da população
4,3% risco de LCT

NÃO

História de perda da consciência, ou de vômitos, ou mecanismo de trauma importante ⁺⁺, ou cefaleia intensa

SIM

Observação versus TC com base em outros fatores clínicos incluindo:

- Experiência clínica
- Achados múltiplos versus isolados
- Piora dos sinais ou sintomas após observação no departamento de emergência
- Preferência dos pais

27,7% da população
0,9% risco de LCT

NÃO

58,3% da população
<0,05% risco de LCT

TC não recomendada

B

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

- Toda criança com ECG < 15, perda de consciência ou outra alteração de consciência = TC de crânio.
- Toda criança < 2 anos com fratura de crânio palpável = TC de crânio.
- Toda criança > 2 anos com fratura de base de crânio = TC de crânio.
- Toda criança com mecanismo de trauma grave = TC de crânio.

Outras recomendações de TC de crânio ou observação clínica para risco moderado:

- < 2 anos: hematoma subgaleal não frontal e alteração de comportamento.
- > 2 anos: vômitos e cefaleia forte.

No caso em questão, a criança possui menos de 2 anos e não apresentou nenhum sinal de alarme. Sendo assim, a recomendação é receber alta com orientações de retorno se surgir sinais de alarme.

- A) Incorreta a alternativa A.** A criança apresentou um TCE leve sem sinais de alarme, não sendo necessária a realização de tomografia de crânio. O que recomenda a realização do exame de imagem é um hematoma subgaleal não frontal em crianças menores de 2 anos. No caso apresentado, o hematoma subgaleal era frontal.
- B) Incorreta a alternativa B.** A observação hospitalar é uma medida que pode ser adotada em crianças de risco moderado, em substituição a uma tomografia de crânio. No caso de crianças menores de 2 anos, é considerado risco moderado a presença de hematoma subgaleal não frontal, perda de consciência, mecanismo de trauma grave ou alteração de comportamento.
- C) Incorreta a alternativa C.** Apesar de ser classificado como um TCE leve e sem sinais de alarme, é fundamental a orientação de sinais de alarme e observação domiciliar.
- D) Correta a alternativa D.** Apesar de não haver critérios para indicar realização de tomografia de crânio ou observação clínica, a criança deve permanecer sendo assistida em casa, observando-se o surgimento de sinais de alarme.

Gabarito: D

25. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Um homem de 50 anos que foi submetido a um *by-pass* gástrico comparece na consulta de pós-operatório com relato de náuseas, sudorese, sensação de plenitude gástrica e diarreia cerca de 20 minutos após refeições abundantes. Que orientação sobre o quadro atual e medidas terapêuticas devem ser fornecidas ao paciente?

- A)** Orientar que o quadro é sugestivo de gastrite alcalina de refluxo. Prescrever inibidor de bomba de prótons.
- B)** Orientar que o quadro é sugestivo de *dumping* precoce. Recomendar evitar alimentos ricos em açúcar, porcionar as refeições e aumentar a ingesta de fibras e proteínas.
- C)** Orientar que o quadro é sugestivo de *dumping* tardio. Recomendar evitar alimentos ricos em açúcar, porcionar as refeições e aumentar a ingesta de fibras e proteínas.
- D)** Orientar que o quadro é sugestivo de uma hérnia interna. Solicitar tomografia de abdome com duplo contraste para confirmação diagnóstica e informar possibilidade de indicação cirúrgica.

Comentários:

Paciente em pós-operatório de cirurgia metabólica, com realização de *by-pass* gástrico, apresentando sintomas gastrointestinais e vasomotores poucos minutos após a ingesta de refeições copiosas, sendo bastante sugestivo de síndrome de *dumping* precoce.

O *by-pass* gástrico é uma técnica de cirurgia metabólica e bariátrica predominantemente restritiva devido à confecção de uma bolsa gástrica com volume pequeno (cerca de 20 mL), mas com componente disabsortivo associado devido ao desvio de trânsito em Y de Roux com alça alimentar longa (100-150 cm).

Apesar de ser a técnica de escolha, pode cursar com complicações.

- Colelitíase: rápida perda de peso leva à supersaturação da bile e dismotilidade da vesícula biliar. Cursa com sintomas clássicos de cólica biliar. A colecistectomia está indicada em pacientes sintomáticos. É possível tentativa de tratamento com ácido ursodesoxicólico.
 - Anemia ferropriva: a reconstrução em Y de Roux remove duodeno e parte do jejuno proximal onde ocorre a maior parte da absorção de ferro. É evitada com a reposição diária de ferro.
 - Anemia megaloblástica: o *by-pass* gástrico reduz a liberação de fator intrínseco pelas células parietais do estômago, reduzindo a absorção da vitamina B12. É prevenida com a reposição da vitamina B12.
 - Gastrite alcalina: o Y de Roux conecta o jejuno diretamente ao estômago, promovendo uma lesão pelo suco gástrico em uma mucosa não habituada a esse pH. O paciente cursa com dor epigástrica e pode complicar com sangramento, estenose e perfuração. O tratamento envolve a prescrição de IBP e mudança de estilo de vida.
 - *Dumping* precoce: a cirurgia remove o piloro que retarda o esvaziamento gástrico, levando a uma rápida passagem de alimentos hiperosmolares ao intestino delgado. Os sintomas são logo após as refeições, cursando com náuseas, vômitos, plenitude gástrica, diarreia, palpitações, sudorese e tontura. O tratamento inicial consiste na readequação alimentar. Caso os sintomas sejam persistentes, pode ser indicada a prescrição de octreotida.
 - *Dumping* tardio: ocorre devido a uma hipoglicemia hiperinsulinêmica no pós-prandial. Os sintomas surgem algumas horas após as refeições e cursam com quadro clínico de hipoglicemia. O tratamento também envolve orientações alimentares e, se refratário, pode ser indicada revisão cirúrgica.
 - Hérnia interna: durante a cirurgia, pode ficar patente algum defeito no mesentério por onde a alça do delgado pode se insinuar. Essa complicação cursa com dor abdominal em cólica, intermitente, com períodos de distensão e melhora espontânea. O diagnóstico é confirmado com a realização de uma tomografia de abdome com contraste endovenoso e oral, em que é possível visualizar o sinal do redemoinho. O tratamento é cirúrgico.
 - Fístula gastrogástrica: quando há a comunicação entre a bolsa gástrica e o estômago excluído. Pode cursar com úlceras marginais, refluxo gastroesofágico e recuperação significativa de peso. O tratamento é cirúrgico nesses casos sintomáticos.
- A) **Incorreta a alternativa A.** A gastrite alcalina cursa com dor epigástrica e pode complicar com sangramento, estenose e perfuração. Não é compatível com os sintomas apresentados pelo paciente.
- B) **Correta a alternativa B.** O paciente apresenta sintomas gastrointestinais e vasomotores logo após a refeição, sendo característico do *dumping* precoce. O tratamento é com orientações alimentares.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O *dumping* tardio apresenta-se com sintomas de hipoglicemia que surgem cerca de 1-3 horas após a refeição.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A hérnia interna apresenta-se com dor e distensão abdominal intensa, súbita, porém intermitente.

Gabarito: B

26. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Uma mulher de 40 anos busca um cirurgião com o desejo de realização de cirurgia bariátrica. A paciente tem um IMC de 32 kg/m² e possui uma polissonografia com resultado de apneia do sono grave. De acordo com os critérios mais recentes de indicação de cirurgia metabólica e bariátrica, assinale a alternativa correta.

- A) A paciente tem critérios suficientes para a realização da cirurgia.
- B) Solicitar exames complementares para investigar outras comorbidades que indicariam a realização da cirurgia.
- C) Manter acompanhamento ambulatorial e indicar cirurgia se a paciente aumentar o IMC.
- D) Encaminhar paciente para um pneumologista para tratamento da apneia do sono e liberar do acompanhamento com a cirurgia.

Comentários:

A resolução nº 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 e 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 30-35 kg/m² que só tinham indicação de cirurgia para aqueles com DM2, mas agora outras comorbidades são aceitas para a realização da cirurgia nessa população.

Dessa forma, como a paciente possui um IMC 30-35 kg/m² e apneia do sono grave detectada em um exame, ela possui critérios para a realização da cirurgia.

- A) **Correta a alternativa A.** Paciente com IMC de 32 kg/m² e documentação de apneia do sono grave, já possui critérios suficientes para realização da cirurgia.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Apesar de serem necessários outros exames complementares e avaliação multidisciplinar no preparo pré-operatório, não alteram a indicação da cirurgia.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A paciente já possui critérios suficientes para a cirurgia e em nenhuma hipótese deve ser reforçado o ganho de peso para enquadrar um paciente nos critérios de indicação.
- D) **Incorreta a alternativa D.** De fato, a paciente deve ser acompanhada por um pneumologista ou otorrinolaringologista para avaliação e seguimento da apneia do sono, porém, se ela possui o desejo de realizar a cirurgia e tem critérios para sua realização, não deve ser liberada do acompanhamento com o cirurgião.

Gabarito: A

27. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Uma mulher de 35 anos é atendida na emergência com relato de dor abdominal e parada de eliminação de fezes e flatos há 3 dias. Ela nega comorbidades e medicações de uso contínuo, porém relata cirurgia de apendicectomia há 5 anos. Durante avaliação, apresentou um episódio de vômito bilioso. Ao exame físico, está com distensão e dor abdominal à palpação profunda difusamente, sem sinais de irritação peritoneal. Realizou rotina de abdome agudo com achado de distensão central com níveis hidroaéreos. Qual é a hipótese diagnóstica?

- A) Neoplasia.
- B) Volvo.
- C) Intussuscepção.
- D) Brida.

Comentários:

A questão apresenta uma paciente jovem com antecedente de cirurgia abdominal que busca atendimento devido a quadro de abdome agudo obstrutivo alto, pois apresenta dor abdominal, distensão, parada de eliminação de fezes e flatos e vômitos precoces. O exame de imagem reforça uma obstrução alta com achado de nível hidroaéreo. Devido à idade e ao histórico de cirurgia abdominal, a principal hipótese diagnóstica são as bridas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Neoplasias são a segunda causa mais comum de obstrução intestinal alta, geralmente por implante secundário peritoneal ou intestinal. Devido à idade da paciente e ausência de sintomas prévios, essa hipótese é menos provável.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Volvo em obstruções altas são bem menos comuns, geralmente ocorrendo em pacientes mais velhos, com alguma alteração anatômica que predisponha ao quadro.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A intussuscepção é mais comum em crianças. Quando ocorre em adultos, geralmente possui uma etiologia mecânica como neoplasias, divertículo e outros que servem como cabeça de intussuscepção. Nesses casos, a dor abdominal é mais intermitente e pode apresentar diarreia paradoxal com muco e sangue.
- D) **Correta a alternativa D.** Mulher jovem com histórico de cirurgia abdominal que apresenta obstrução intestinal alta, a principal hipótese são as bridas.

Gabarito: D

28. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Um paciente de 45 anos, no 10º dia de pós-operatório de apendicectomia aberta por apendicite aguda complicada, é atendido em setor de emergência devido ao relato de dor abdominal, vômitos e febre há 2 dias. Ao exame físico, a ferida operatória não apresenta sinais flogísticos ou abaulamentos e o abdome é doloroso no quadrante inferior direito, sem irritação peritoneal. Realizados exames laboratoriais com leucócitos de 28.000. Sobre o caso apresentado, quais são a hipótese diagnóstica mais provável e o exame diagnóstico necessário?

- A) Infecção de sítio cirúrgico superficial. Não é necessário exames complementares, o diagnóstico é eminentemente clínico.
- B) Infecção de sítio cirúrgico profunda. Tomografia de abdome com contraste.
- C) Infecção de sítio cirúrgico profunda. Abertura dos pontos com drenagem de secreção purulenta.
- D) Infecção de sítio cirúrgico de cavidade. Tomografia de abdome com contraste.

Comentários:

As infecções de sítio cirúrgico são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos e são uma das principais complicações pós-operatórias. A infecção é classificada de acordo com o plano acometido.

CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DEFINIDORES DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ANVISA, 2017)

INCISIONAL SUPERFICIAL (IS)

Ocorre nos primeiros 30 dias após o procedimento cirúrgico (sendo o 1º dia a data do procedimento), envolve apenas pele e tecido subcutâneo e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- drenagem purulenta da incisão superficial;
- cultura positiva de secreção ou tecido da incisão superficial, obtido assepticamente;
- a incisão superficial é deliberadamente aberta pelo cirurgião na vigência de pelo menos um dos seguintes sinais ou sintomas: dor, aumento da sensibilidade, edema local, hiperemia ou calor, EXCETO se a cultura for negativa;
- diagnóstico de infecção superficial pelo cirurgião ou por outro médico assistente.

Tipos:

- **incisional superficial primária:** identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão;
- **incisional superficial secundária:** identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.

Observações:

- no caso de cirurgia oftalmológica, a conjuntivite será definida como infecção incisional superficial;
- não reportar inflamação mínima e drenagem de secreção limitada aos pontos de sutura;
- não são definidos como ISC superficial:
- o diagnóstico ou o tratamento de celulite (vermelhidão, calor, inchaço). Uma incisão que é drenada ou com micro-organismo identificado (em cultura ou por método molecular de diagnóstico microbiológico) não é considerada uma celulite;
- abscesso do ponto (inflamação mínima ou drenagem confinada aos pontos de penetração de sutura);
- infecção de episiotomia ou de circuncisão do neonato.

CLASSIFICAÇÃO E CRITÉRIOS DEFINIDORES DE INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO (ANVISA, 2017)
**INCISIONAL PROFUNDA
(IP)**

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia (sendo o 1º dia a data do procedimento) ou em até 90 dias, se houver colocação de implantes, envolve tecidos moles profundos à incisão (ex.: fáscia e/ou músculos) e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- drenagem purulenta da incisão profunda, mas não originada de órgão/cavidade;
- deiscência espontânea profunda ou incisão aberta pelo cirurgião e cultura positiva ou não realizada, quando o paciente apresentar pelo menos 1 dos seguintes sinais e sintomas: febre (temperatura ≥ 38 °C), dor ou tumefação localizada;
- abscesso ou outra evidência de infecção envolvendo tecidos profundos, detectado durante exame clínico, anatomopatológico ou de imagem;
- diagnóstico de infecção incisional profunda feito pelo cirurgião ou por outro médico assistente;

Tipos:

- incisional profunda primária: identificada na incisão primária em paciente com mais de 1 incisão;
- incisional profunda secundária: identificada na incisão secundária em paciente com mais de 1 incisão.

**ÓRGÃO/CAVIDADE
(OC)**

Ocorre nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou em até 90 dias, se houver colocação de implantes; envolve qualquer órgão ou cavidade que tenha sido aberta ou manipulada durante a cirurgia e apresenta pelo menos UM dos seguintes critérios:

- cultura positiva de secreção ou tecido do órgão/cavidade obtida assepticamente;
- presença de abscesso ou de outra evidência de que a infecção envolve os planos profundos da ferida identificada em reoperação, exame clínico, anatomopatológico ou de imagem;
- diagnóstico de infecção de órgão/cavidade pelo médico assistente;

E atende pelo menos UM dos critérios definidores de infecção em um sítio específico de ISC/OC (Tabela 1 - Sítios Específicos de ISC/OC).

Observações:

- osteomielites do esterno após cirurgia cardíaca ou endoftalmites são consideradas infecções de órgão/cavidade;
- em pacientes submetidos a cirurgias endoscópicas com penetração de cavidade, serão utilizados os mesmos critérios de ISC do tipo órgão-cavidade;
- toda infecção do trato urinário após cirurgia urológica será considerada ISC-OC;
- NÃO considerar que a eliminação de secreção purulenta por meio de drenos seja necessariamente sinal de ISC-OC. Sinais clínicos (febre, hiperemia, dor, calor, calafrios) ou laboratoriais (leucocitose, aumento de PCR quantitativa ou VHS) são inespecíficos, mas indicam infecção.

O paciente está em pós-operatório de uma cirurgia infectada, evoluindo com dor abdominal, febre e vômitos. Com esses sintomas, associados ao relato de que a ferida operatória não apresenta sinais flogísticos ou evidência de coleção profunda, a principal hipótese é de uma infecção de sítio cirúrgico de cavidade. Para confirmação diagnóstica, uma tomografia de abdome seria capaz de evidenciar a presença de abscesso intra-cavitário.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A ferida operatória está sem sinais flogísticos e não há evidência de abaulamento ou secreções, sendo improvável uma infecção de pele ou tecido subcutâneo.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Não há drenagem de secreção ou abaulamentos compatíveis com coleção em fáscia ou músculo.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Não há drenagem de secreção ou abaulamentos compatíveis com coleção em fáscia ou músculo.
- D) **Correta a alternativa D.** A presença de febre associada à dor abdominal, sem evidência de alterações no exame físico da ferida operatória, é mais provável em uma infecção de cavidade. O diagnóstico pode ser confirmado com um exame de imagem como a tomografia de abdome que evidencie um abscesso.

Gabarito: D

29. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Uma paciente em tratamento de trombose de veia esplênica com heparina de baixo peso molecular em dose terapêutica há 1 mês irá ser submetida a uma cirurgia abdominal de urgência. Sobre anestesia do neuroeixo e cateter peridural nesse caso, assinale a alternativa correta.

- A) O anestesista pode realizar anestesia do neuroeixo independentemente do tempo da última dose do anticoagulante, entretanto não é permitida a passagem de um cateter peridural.
- B) Não é possível a realização de anestesia do neuroeixo em hipótese nenhuma.
- C) A anestesia do neuroeixo pode ser realizada se o intervalo da última dose do anticoagulante for no mínimo 24 horas, porém não é permitido permanência de cateter.
- D) A anestesia do neuroeixo pode ser realizada se intervalo da última dose do anticoagulante for no mínimo 12 horas, podendo permanecer com cateter.

Comentários:

Estamos diante de uma questão sobre a anestesia do neuroeixo. Sabemos que a presença de coagulopatias ou o uso de anticoagulantes são contraindicações a esses métodos, em decorrência do risco de hematoma epidural e subdural.

Portanto, para pacientes em uso de heparina de baixo peso molecular em regime profilático (enoxaparina 40 mg 1x ao dia, por exemplo), deve-se respeitar o intervalo de 12 horas para realização de anestesia do neuroeixo, assim como passagem ou retirada de cateter peridural.

Já para os pacientes em uso de heparina de baixo peso molecular (enoxaparina, por exemplo) em regime terapêutico anticoagulante (dose plena 1 mg/kg 12/12h), deve-se respeitar o intervalo de 24 horas para realização de anestesia do neuroeixo, e a manutenção do cateter está contraindicada para esses pacientes. Ou seja, o cateter deverá ser removido antes do início da anticoagulação em regime terapêutico.

Para heparina não fracionada (HNF) em doses profiláticas subcutâneas (por exemplo, 5.000 UI subcutâneas a cada 8 ou 12 horas), a remoção do cateter ou realização da passagem deve ser 4-6 horas após a última dose de heparina ou uma dosagem do TTPA (tempo de tromboplastina parcial ativada) normal. A próxima dose de HNF deve ser administrada pelo menos 1 hora após a remoção do cateter quando estiver recebendo HNF.

- A) **Incorreta a alternativa A.** É necessário um intervalo de 24 horas após a última dose da enoxaparina em dose terapêutica ou 12 horas se dose profilática. O cateter não pode ser mantido se dose terapêutica.
- B) **Incorreta a alternativa B.** É possível a realização de anestesia se respeitado o intervalo de 24 horas da dose de enoxaparina terapêutica.
- C) **Correta a alternativa C.** A anestesia do neuroeixo pode ser realizada se houver intervalo mínimo de 24 horas da última dose em regime terapêutico, e a permanência do cateter é contraindicada.
- D) **Incorreta a alternativa D.** O intervalo de 12 horas para realização da anestesia do neuroeixo é para situações de uso de enoxaparina em dose profilática.

Gabarito: C

30. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Homem de 55 anos foi submetido a uma hernioplastia aberta à Liechtenstein de emergência há 2 meses devido a episódio de hérnia inguinal esquerda encarcerada. Comparece na consulta de pós-operatório com relato de dor em queimação na bolsa escrotal desde então. Avaliada no exame físico a inervação sensitiva local, com hipoestesia apenas da região lateral da bolsa escrotal. Que lesão nervosa é compatível com o quadro apresentado?

- A) Ramo genital do genitofemoral.
- B) Ilioinguinal.
- C) Ílio-hipogástrico.
- D) Ramo femoral do genitofemoral.

Comentários:

Uma possível complicação das correções cirúrgicas das hérnias é a dor neuropática por lesão nervosa inadvertida. O paciente apresenta dor em queimação ou pontada ao longo de uma distribuição específica do nervo acometido.

Vamos relembrar os possíveis nervos que podem ser acometidos e sua distribuição sensitiva:

NERVO	INERVAÇÃO SENSITIVA
ILIOINGUINAL	Coxa proximal e medial Monte do púbis e grandes lábios nas mulheres Raiz do pênis e parte superior do escroto nos homens
ÍLIO-HIPOGÁSTRICO	Pele da região hipogástrica e da região glútea
CUTÂNEO LATERAL FEMORAL	Porção anterolateral da coxa
RAMO GENITAL DO NERVO GENITOFEMORAL	Pele da bolsa escrotal em homens Monte do púbis e os grandes lábios da vulva nas mulheres

Correta a alternativa A. O paciente apresenta dor em queimação na região da bolsa escrotal, compatível com lesão do ramo genital do genitofemoral.

Incorreta a alternativa B. O nervo ilioinguinal inerva a pele proximal e medial da coxa, raiz do pênis e parte superior do escroto nos homens e monte pubiano, grandes lábios e vulva nas mulheres. Apesar de também fazer parte da inervação da bolsa escrotal, ele é responsável pela sensibilidade da região mais superior, além de ter uma extensão para outras localizações e não exclusiva do escroto.

Incorreta a alternativa C. O nervo ílio-hipogástrico inerva a região hipogástrica e glútea.

Incorreta a alternativa D. O ramo femoral do nervo genitofemoral inerva a parte superior e medial da coxa e é mais raramente lesado.

Gabarito: A

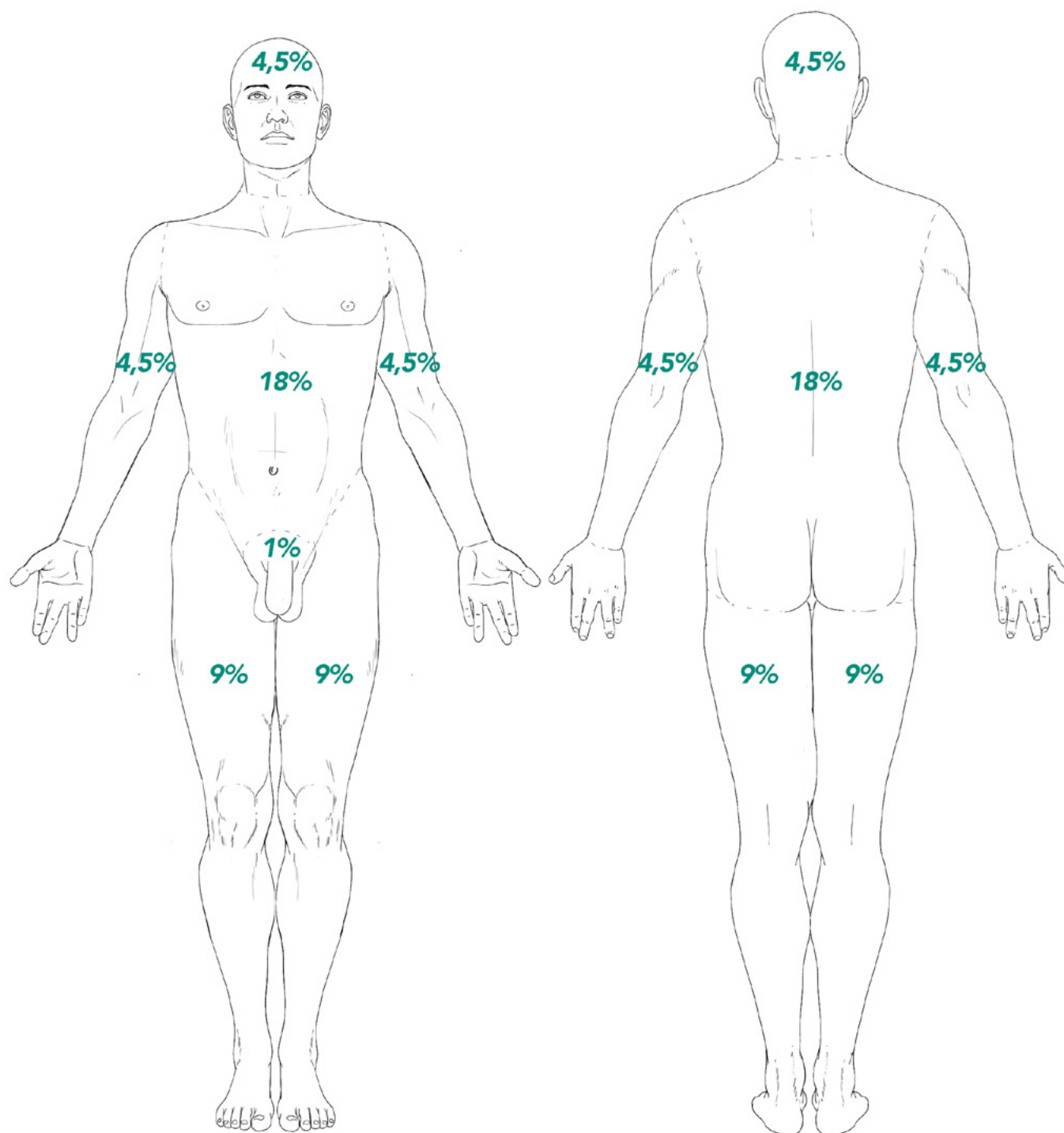
31. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Homem de 30 anos, pesando 70 kg, foi admitido no pronto-socorro devido a lesão térmica após acidente doméstico com explosão de botijão de gás. Durante avaliação inicial, apresentava áreas de queimadura com hiperemia e bolhas na face, tronco anterior e membro superior direito. Sobre o manejo de pacientes queimados segundo o ATLS 11ª edição, assinale a alternativa correta.

- A) O percentual de superfície corpórea queimada é de 36%.
- B) Na avaliação inicial, a etapa de via aérea e de ventilação, nesse caso, é menos importante do que a etapa de circulação.
- C) Independentemente da área de superfície corporal queimada, o paciente tem indicação de transferência para unidade de queimados devido à queimadura de face.
- D) A reposição volêmica deve ser realizada com soluções cristaloides, calculada pela fórmula de Parkland e dividindo o valor total pela metade nas primeiras 8 horas e a outra metade nas 16 horas subsequentes.

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 de 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 apresenta queimaduras de segundo grau em face (4,5%), tronco anterior (18%) e membro superior direito (9%), totalizando 31,5% de superfície corpórea queimada.

A avaliação inicial de um paciente vítima de lesão térmica segue as etapas do ABCDE. Entretanto, 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/hr
	Infants and young children $\leq 30\text{kg}$	$\frac{3 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$ Plus DSLR at maintenance rate	1 ml/hr
	All ages	$\frac{4 \text{ ml LR} \times \text{kg} \times \% \text{ TBSA}}{16}$ Children < 13 years old require DSLR at maintenance rate	1 - 1.5 ml / kg/hr until urine is clear of pigment

- A) **Incorreta a alternativa A.** O paciente apresenta queimaduras em face (4,5%), tronco anterior (18%) e membro superior direito (9%), totalizando 31,5% de superfície corpórea queimada.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A avaliação de via aérea e respiração são prioritárias, principalmente nesse paciente com queimadura de face, que pode indicar uma intubação orotraqueal se houver lesão de via aérea ou queimadura facial extensa e profunda.
- São indicações de via aérea definitiva precoce:
- sinais de obstrução: rouquidão, estridor, uso de musculatura acessória, retração esternal;
 - SCQ $> 40-50\%$;
 - queimaduras faciais extensas e profundas;
 - queimaduras dentro da boca;
 - edema facial importante;
 - deglutição difícil (sialorreia);
 - sinais de comprometimento respiratório: fadiga respiratória, oxigenação ou ventilação insuficientes;
 - diminuição do nível de consciência (Glasgow ≤ 8);
 - transferência de grandes queimados com chance de comprometimento de via aérea;
 - queimaduras cervicais de espessura total circunferenciais.
- C) **Correta a alternativa C.** Queimadura de face, mãos, pés, genitália, períneo ou articulações indica transferência para unidade de queimados independentemente da SCQ.

São indicações de transferência à unidade de queimados:

- queimadura 2° grau > 10% SCQ;
- queimadura em face, mãos, pés, genitália, períneo ou articulações;
- queimadura 3° grau;
- queimadura elétrica;
- queimadura química;
- lesão inalatória;
- pacientes com comorbidades;
- traumas concomitantes;
- crianças, sem equipe qualificada local;
- necessidade de suporte social, emocional ou reabilitação.

D) Incorreta a alternativa D. Com a atualização do ATLS 11ª edição, não há mais essa divisão rígida na prescrição de volume, a recomendação atual é que o cálculo da taxa de infusão inicial deve ser pelo volume total dividido por 16 e administrada na primeira hora, com reavaliações periódicas a partir do débito urinário do paciente.

Gabarito: C

32. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Mulher de 43 anos, é atendida em ambulatório de proctologia com queixa de hemorroida. Durante avaliação, a paciente relata apenas 2 episódios autolimitados de sangramento vermelho-vivo após evacuação, além de prolapso aos esforços com redução espontânea. Que tratamento deve ser oferecido à paciente nessa consulta?

- A) Ligadura elástica.
- B) Hemorroidectomia.
- C) Anopexia anorretal.
- D) Banho de assento e medidas dietéticas.

Comentários:

As hemorroidas são dilatações anormais dos vasos na região anal. São classificadas em hemorroida interna, quando está localizada acima da linha pectínea, ou externa, quando está abaixo da linha pectínea. As hemorroidas internas geralmente cursam com sangramento e prolapso e as externas com dor anal.

Hemorróida	Classificação	Característica
Interna (acima da linha pectínea)	grau I	sem prolapso
	grau II	prolapso redutível espontaneamente
	grau III	prolapso redutível digitalmente
	grau IV	prolapso irreductível
Externa (abaixo da linha pectínea)	não complicada	nodulação borda anal
	complicada	nodulação entumecida, arroxeadada, dolorosa

A partir disso, o paciente apresenta um quadro compatível com hemorroida interna grau II, sem sangramento persistente. De forma geral, o tratamento inicial é realizado com orientações de higiene local, banhos de assento e medidas dietéticas, como aumentar a ingestão de fibras e líquidos. Nos casos das hemorroidas internas grau I e II que apresentem sangramento persistente, é possível indicar tratamentos mais invasivos, como a ligadura elástica, escleroterapia ou infravermelho. Já nas hemorroidas internas grau III e IV com sangramento persistente, o tratamento é a hemorroidectomia. A anopexia anorretal é um tratamento alternativo quando há múltiplas hemorroidas internas volumosas e prolapsadas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A ligadura elástica é indicada para hemorroidas internas grau I e II com sangramento persistente.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A hemorroidectomia está indicada para hemorroidas internas grau III e IV com sangramento persistente.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A anopexia anorretal está indicada quando há múltiplas hemorroidas internas volumosas e prolapsadas.
- D) **Correta a alternativa D.** A paciente apresenta uma hemorroida interna grau II sem novo episódio de sangramento nos últimos dias, podendo ser instituídas apenas medidas higienodietéticas inicialmente.

Gabarito: D

33. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Paciente de 67 anos será submetido a uma hernioplastia inguinal direita com uso de tela em regime eletivo devido à hérnia inguinal sintomática. Baseado no uso racional de antimicrobianos na cirurgia, assinale a alternativa correta.

- A) A cirurgia é classificada como limpa, porém o uso de tela indica a realização de antibioticoprofilaxia na indução anestésica.
- B) A cirurgia é classificada como limpa, sem necessidade de antibioticoprofilaxia na indução anestésica.
- C) A cirurgia é classificada como limpa-contaminada, sem necessidade de antibioticoprofilaxia na indução anestésica.
- D) A cirurgia é classificada como limpa-contaminada, com indicação de antibioticoprofilaxia na indução anestésica.

Comentários:

As cirurgias são classificadas quanto a seu potencial de contaminação:

- Limpa: sem violação de cavidades. Exemplos: cirurgia oftalmológica, neurocirurgia, cirurgia plástica e hérnia. Não há indicação de antibioticoprofilaxia, exceto se houver inserção de próteses ou secção óssea.
- Limpa-contaminada: com violação de cavidade, mas sem extravasamento de conteúdo. Exemplos: enterectomia eletiva e colecistectomia. Indicação de antibioticoprofilaxia.
- Contaminada: com violação de cavidade e extravasamento de conteúdo entérico. Exemplo: enterectomia de urgência. Indicação de antibioticoprofilaxia.
- Infectada: sinais de infecção ativa na cavidade. Exemplo: apendicite aguda complicada. Indicada antibioticoterapia.

- A) **Correta a alternativa A.** A hernioplastia inguinal, apesar de ser considerada uma cirurgia limpa, pois não há violação da cavidade, tem indicação de antibioticoprofilaxia devido ao uso de tela, que é considerada uma prótese.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Apesar da classificação correta da cirurgia, há necessidade de antibioticoprofilaxia pelo uso de tela.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A hernioplastia inguinal é considerada uma cirurgia limpa, porém com necessidade de antibioticoprofilaxia devido ao uso de tela.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A hernioplastia inguinal é considerada uma cirurgia limpa.

Gabarito: A

34. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Mulher de 88 anos, é trazida ao hospital devido a relato de dor em abdome superior, náuseas, icterícia, prurido e febre há 1 dia. Durante a admissão, avalia-se paciente sonolenta, hipotensa, taquicárdica, ictérica 2+/4+, febril, com dor à palpação em hipocôndrio direito, sem sinais de irritação peritoneal. Realizados exames laboratoriais com leucócitos de 31.800, bilirrubina total de 6,0 mg/dL e bilirrubina direta de 5,5 mg/dL. O ultrassom de abdome evidenciou colelitíase com dilatação de vias biliares extra-hepáticas. Além das medidas de suporte e antibioticoterapia, qual é a conduta imediata preferível nesse caso?

- A) Colecistectomia.
- B) Drenagem cirúrgica com dreno de Kehr.
- C) Colangiopancreatografia retrógrada endoscópica.
- D) Drenagem percutânea trans-hepática.

Comentários:

Paciente com a pêntrade de Reynolds (febre, dor abdominal, icterícia, hipotensão e alteração do estado mental) e exame de imagem evidenciando dilatação da via biliar, fechando os critérios necessários para o diagnóstico de colangite aguda.

Critérios de Tokyo 2018:

A- sinais de inflamação sistêmica: febre, calafrios, leucocitose, leucopenia, aumento do PCR ou outros sinais de inflamação.

B- colestase: bilirrubina total > 2,0 mg/dL ou aumento > 1,5x limite superior da normalidade na fosfatase alcalina, gama-GT, TGO e TGP.

C- imagem: dilatação da via biliar ou evidência de etiologia (estenose, cálculo, *stent*).

- Suspeito: item A + item B.
- Definitivo: item A + item B + item C.

O tratamento da colangite de forma geral envolve medidas de suporte com hidratação venosa, correção de distúrbios eletrolíticos, analgesia, monitorização e antibioticoterapia de amplo espectro. A drenagem da via biliar na maioria dos casos será necessária. Os critérios de Tokyo também auxiliam na orientação do momento de drenagem da via biliar.

- Grau I (leve): sem critérios grau II ou III. Considerar drenagem se ausência de melhora após 24 horas de antibioticoterapia.
- Grau II (moderada): leucocitose > 12.000 ou leucopenia < 4.000, febre alta, de 39 °C, bilirrubina total > 5, hipoalbuminemia (2 critérios). Indicada drenagem precoce.
- Grau III (grave): disfunção orgânica. Indicada drenagem urgente (< 24 horas).

O método preferencial para drenagem é via CPRE. A drenagem percutânea é um método alternativo quando a CPRE está indisponível, inacessível ou é malsucedida. Drenagem cirúrgica e por ecoendoscopia são reservadas a casos especiais e complexos, quando os demais métodos falharam.

- A) Incorreta a alternativa A.** A colecistectomia está indicada como tratamento da causa base, inclusive na mesma internação, porém não é a medida imediata e deve-se aguardar melhora do quadro atual grave.
- B) Incorreta a alternativa B.** A drenagem cirúrgica da via biliar não é o método de primeira escolha, indicado apenas se outros métodos menos invasivos não estiverem disponíveis ou falharem.
- C) Correta a alternativa C.** A CPRE é o método padrão-ouro para realizar a drenagem da via biliar e, devido à evidência de disfunção orgânica, deve ser realizada em caráter urgente.
- D) Incorreta a alternativa D.** A drenagem percutânea é outro método alternativo à CPRE, especialmente quando a via biliar é inacessível ao método endoscópico ou quando indisponível.

Gabarito: C

35. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Um cirurgião geral está realizando uma consulta pré-operatória de um paciente com programação de realização de colecistectomia videolaparoscópica eletiva. Sobre as orientações pré e pós-operatórias pertinentes à cirurgia proposta, assinale a alternativa correta.

- A)** Orientar início da dieta líquida logo após a cirurgia.
- B)** Orientar jejum de sólidos de 6 horas e abreviação do jejum com 200 mL de bebida sem resíduos adicionada de maltodextrina 2 horas antes do procedimento.
- C)** Orientar deambulação após o primeiro dia de pós-operatório.
- D)** Orientar a necessidade de manutenção de sonda vesical de demora durante o primeiro dia de pós-operatório.

Comentários:

Os protocolos ACERTO e ERAS orientam algumas condutas de pré e pós-operatório que visam à recuperação acelerada e diminuem o tempo de recuperação do paciente após um procedimento cirúrgico eletivo.

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

- A) **Incorreta a alternativa A.** Em cirurgias abdominais sem realização de anastomose, é possível iniciar dieta oral completa, conforme aceitação do paciente, imediatamente após o procedimento cirúrgico.
- B) **Correta a alternativa B.** A abreviação do jejum com maltodextrina reduz ansiedade no pré-operatória, resistência insulínica no pós-operatório, diminui náuseas e vômitos, previne perda de massa magra e reduz o tempo de internação.
- C) **Incorreta a alternativa C.** A deambulação deve ser estimulada no pós-operatório imediato, não é necessário aguardar após o primeiro dia. A meta é de permanecer 2 horas fora do leito no 1º dia de pós-operatório e 6 horas nos dias subsequentes.

- D) **Incorreta a alternativa D.** Uma cirurgia com manipulação apenas de abdome superior nem possui indicação de sondagem vesical de demora. Caso seja necessário, pode ser retirada logo após a finalização da cirurgia, antes do paciente sair de sala. O uso de sondas e drenos deve ser racional, apenas com indicação, evitando risco de contaminação.

Gabarito: B

36. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Homem de 22 anos busca atendimento hospitalar com relato de dor abdominal difusa há 2 dias, que, há 1 dia, migrou para fossa ilíaca direita e tornou-se mais intensa. Associado ao quadro, afirma episódio febril, anorexia, náuseas e vômitos. Ao exame físico, apresenta defesa em fossa ilíaca direita com descompressão brusca positiva. Realizados exames laboratoriais com leucocitose e elevação de PCR. Qual é a conduta mais adequada?

- A) Solicitar tomografia de abdome total com contraste.
- B) Solicitar ultrassom de abdome.
- C) Analgesia e reavaliação.
- D) Solicitar sala de cirurgia.

Comentários:

Paciente do sexo masculino, jovem, hígido, com quadro clínico atípico, com Alvarado = 9 e menos de 48 horas de evolução, não é necessário exames complementares para diagnóstico de apendicite aguda e indicação de abordagem cirúrgica.

Os exames complementares estão indicados para casos duvidosos, com evolução arrastada (> 48 horas), quadros atípicos e em grupos especiais como idosos, mulheres, crianças, imunossuprimidos, gestantes e obesos. Nesses casos, a tomografia de abdome com contraste é o exame de escolha. Ultrassom de abdome é reservado para crianças e gestantes.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Paciente com quadro clínico típico, agudo e sem outras indicações de exames complementares. É possível indicar a abordagem cirúrgica apenas com diagnóstico clínico.
- B) **Incorreta a alternativa B.** O ultrassom de abdome está indicado em crianças e gestantes com suspeita de apendicite aguda.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O diagnóstico clínico já está estabelecido, não sendo necessária reavaliação, e sim indicação de abordagem cirúrgica. A melhora ou persistência da dor após analgesia não traz informações relevantes para o quadro.
- D) **Correta a alternativa D.** O diagnóstico de apendicite aguda é clínico nos quadros típicos, em homens jovens e sem comorbidades. A abordagem cirúrgica pode ser indicada sem a necessidade de exames complementares.

Gabarito: D

37. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Mulher de 65 anos, hipertensa e tabagista, busca atendimento em unidade básica de saúde com relato de dor abdominal em cólica, cerca de 1 hora após se alimentar, há 2 meses. A paciente relata que a dor está piorando de intensidade, evitando realizar algumas refeições. Ao exame físico, o abdome está flácido, indolor, porém com sopro epigástrico audível. A partir do quadro clínico apresentado, assinale a alternativa correta.

- A) Encaminhar a paciente imediatamente para avaliação com cirurgião geral devido à hipótese de embolia mesentérica aguda.
- B) Incluir a paciente no grupo de cessação de tabagismo como plano terapêutico após confirmação diagnóstica.
- C) Solicitar uma arteriografia para confirmação diagnóstica.
- D) Iniciar anticoagulação terapêutica até a definição diagnóstica.

Comentários:

Paciente idosa, com múltiplos fatores de risco para doença aterosclerótica, apresentando dor abdominal progressiva, insidiosa, associada à ingestão alimentar, o que está gerando um comportamento evitativo quanto às refeições. Esse é um quadro clínico bastante compatível com o diagnóstico de angina mesentérica ou isquemia mesentérica crônica, em que há um estreitamento aterosclerótico de tronco celíaco e/ou artéria mesentérica superior. O diagnóstico é confirmado com uma angiotomografia de abdome, sendo considerado o exame de escolha na suspeita clínica. A arteriografia é o exame padrão-ouro, porém indicado quando a angio-TC é inconclusiva ou quando há indicação cirúrgica para planejamento terapêutico. O ultrassom com Doppler é pouco utilizado, podendo servir como um exame de rastreamento e acompanhamento pós-operatório. O manejo geral é baseado na prevenção secundária, atuando nos fatores de risco para aterosclerose como cessação do tabagismo, controle do diabetes e hipertensão, além do uso de estatinas e antiplaquetários. A revascularização é reservada para pacientes com estenose de grau ou sintomas incapacitantes.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A isquemia mesentérica aguda cursaria com quadro clínico mais súbito e intenso.
- B) **Correta a alternativa B.** Um dos pilares do tratamento é o manejo dos fatores de risco para aterosclerose, como a cessação do tabagismo.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O exame inicial mais adequado seria a angiotomografia, por ser um exame mais disponível e menos invasivo. A arteriografia seria indicada no caso de uma angiotomografia inconclusiva ou planejamento cirúrgico.
- D) **Incorreta a alternativa D.** O mecanismo fisiopatológico da angina mesentérica é a formação de placas ateroscleróticas, não da formação de trombos. Dessa forma, não há indicação de anticoagulantes, mas, sim, de estatinas e antiplaquetários como prevenção secundária.

Gabarito: B

38. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Mulher de 65 anos, tabagista e hipertensa, busca atendimento médico devido à dor lombar súbita e intensa há 5 horas, associada a um episódio de síncope. Ao exame físico, estava hipocorada 2+/4+, com PA = 85 x 40 mmHg, FC 120 bpm, massa pulsátil abdominal em mesogástrico e redução da amplitude dos pulsos periféricos de membros inferiores. Baseado no quadro clínico apresentado, qual é a hipótese mais provável?

- A) Doença arterial obstrutiva periférica.
- B) Cisto ovariano roto.
- C) Aneurisma de artéria esplênica.
- D) Aneurisma de aorta abdominal.

Comentários:

Em paciente idosa, hipertensa e tabagista, com relato de dor abdominal súbita em região lombar, associado à hipotensão e massa abdominal palpável, a principal suspeita é de um aneurisma de aorta abdominal roto.

TRÍADE DO ANEURISMA ROTO DE AORTA ABDOMINAL Massa pulsátil + dor abdominal ou lombar + hipotensão

Os aneurismas de aorta abdominal são o tipo de aneurisma verdadeiro mais prevalente, geralmente localizados abaixo da emergência das artérias renais. A etiologia mais comum é a aterosclerótica, porém também pode ser causada por origem bacteriana, autoimune ou por doença do tecido conjuntivo. Os principais fatores de risco são:

- tabagismo;
- idade avançada;
- etnia caucasiana;
- hipercolesterolemia;
- hipertensão arterial;
- sexo masculino;
- histórico familiar.

Já os fatores de risco para sua ruptura são:

- diâmetro > 5,5 cm;
- aneurisma sacular;
- crescimento > 0,5 cm em 6 meses ou > 1 cm em 1 ano;
- aneurisma sintomático;
- tabagismo;
- sexo feminino;
- DPOC;
- transplante cardíaco ou renal.

Pacientes assintomáticos, apenas com achado incidental de um aneurisma de aorta abdominal, devem inicialmente ser mantidos com conduta expectante, realizando ultrassom com Doppler de controle a cada 6-12 meses. Nesses casos, a cirurgia está indicada se houver diâmetro aneurismático > 5,5 cm ou crescimento > 0,5 cm em 6 meses ou > 1 cm em 1 ano.

Nos casos sintomáticos, deve-se avaliar se há ou não sintomas de ruptura como hipotensão e isquemia de membros inferiores.

- Sem rotura: tomografia de abdome com contraste. Cirurgia eletiva.
- Com rotura e estável: tomografia de abdome com contraste. Cirurgia de urgência.
- Com rotura e instável: cirurgia de emergência.

Outras indicações cirúrgicas para o aneurisma de aorta abdominal:

- aneurisma sacular de qualquer tamanho;
- aneurisma inflamatório;
- aneurisma micótico;
- embolização periférica de trombo mural do aneurisma.

A abordagem endovascular é a via de preferência. A abordagem aberta está indicada se aneurismas suprarrenais, com trombo ou calcificação na região de fixação da prótese ou aneurisma infeccioso.

- A) **Incorreta a alternativa A.** O achado de redução dos pulsos periféricos de membros inferiores é secundário ao aneurisma abdominal roto, reduzindo a perfusão periférica. A doença arterial obstrutiva periférica geralmente apresenta um quadro arrastado de claudicação intermitente, com piora progressiva. O diagnóstico é confirmado com o cálculo do índice tornozelo-braquial $< 0,9$.
- B) **Incorreta a alternativa B.** O cisto ovariano roto cursaria com dor em abdome inferior e não apresentaria um quadro de massa abdominal palpável e redução de pulsos periféricos de membros inferiores.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Geralmente, o aneurisma de artéria esplênica é assintomático ou cursa com sintomas em quadrante superior esquerdo. Quando roto, um achado clássico é a dor irradiada para o ombro esquerdo (sinal de Kehr).
- D) **Correta a alternativa D.** O quadro clínico clássico de um aneurisma de aorta abdominal roto é a dor lombar súbita, hipotensão e massa abdominal palpável. O achado de redução dos pulsos em membros inferiores corrobora o diagnóstico.

Gabarito: D

39. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Recém-nascido nascido a termo, 72 horas de vida, com peso adequado ao nascer, apresenta ausência de eliminação de mecônio. No exame físico, não há evidência de malformação anorretal e sem eliminação de mecônio após toque retal. Foi realizada radiografia de abdome com achado de dilatação de delgado e imagem em vidro triturado no quadrante inferior direito. A partir do diagnóstico mais provável para o quadro apresentado, que doença está estritamente relacionada ao caso?

- A) Fibrose cística.
- B) Síndrome de Down.
- C) Cardiopatia congênita.
- D) Síndrome de Patau.

Comentários:

Paciente com quadro clínico bastante característico de íleo meconial, em que há obstrução intestinal mecânica perinatal por mecônio espesso impactado no íleo. É uma condição que ocorre quase exclusivamente em RN com fibrose cística (80-90%). Geralmente, é um RN a termo, com peso adequado, que apresenta ausência de eliminação de mecônio. Pode evoluir com distensão abdominal, vômitos biliosos e complicar com perfuração e sepse. O achado típico da radiografia de abdome é a distensão de alças de delgado com área de impactação em quadrante inferior direito com aspecto de vidro triturado.

Os casos não complicados podem ser tratados com soluções hipertônicas retais como a gastrografina. A abordagem cirúrgica está indicada nos casos refratários ou complicados.

- A) **Correta a alternativa A.** Cerca de 80-90% dos pacientes que apresentam íleo meconial possuem fibrose cística.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Não há essa correlação da síndrome de Down com íleo meconial. Esses pacientes costumam apresentar obstrução duodenal congênita.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Não há essa correlação de cardiopatias congênicas com íleo meconial. Esses pacientes costumam apresentar outras malformações, como da parede abdominal.

D) **Incorreta a alternativa D.** Não há essa correlação da síndrome de Patau com íleo meconial. Esses pacientes costumam apresentar malformações renais, geniturinárias, faciais e cardíacas.

Gabarito: A

40. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cirurgia – Prof. Renatha Paiva) Paciente de 23 anos é atendido em unidade de pronto-socorro com relato de dor escrotal súbita há 2 horas. Durante avaliação, apresenta edema em escroto esquerdo, com reflexo cremastérico reduzido e ausência de melhora da dor com a suspensão testicular. Assinale a alternativa com a conduta correta.

- A) Prescrever antibiótico e analgesia.
- B) Solicitar ultrassom Doppler da bolsa escrotal antes de indicar um tratamento.
- C) Prescrever anti-inflamatórios e repouso.
- D) Encaminhar imediatamente para avaliação cirúrgica.

Comentários:

O escroto agudo é uma síndrome clínica caracterizada por dor escrotal súbita associada ao aumento do volume da bolsa escrotal. É importante a diferenciação das duas principais causas de dor testicular súbita.

Torção testicular:

- dor testicular súbita, unilateral, espontânea, com edema escrotal;
- reflexo cremastérico diminuído;
- testículo em posição alta (sinal de Brunzel);
- horizontalização da gônada (sinal de Angell);
- dor que não melhora ou piora com elevação manual do testículo (sinal de Prehn negativo);
- hidrocele secundária.

Orquiepididimite:

- dor testicular insidiosa;
- queixas urinárias (disúria, urgência miccional);
- febre;
- sinal de Prehn positivo;
- reflexo cremastérico normal;
- sinal de Angell ausente.

O diagnóstico é eminentemente clínico. Exames complementares, como o ultrassom Doppler testicular, são indicados apenas na dúvida diagnóstica e não podem atrasar o início do tratamento.

No caso da torção testicular, o tratamento é cirúrgico de emergência. A orquiepididimite é tratada com antibiótico e analgesia.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A história clínica e o exame físico sugerem o diagnóstico de torção testicular, especialmente pelo achado de reflexo cremastérico reduzido e ausência de melhora da dor com a suspensão testicular (sinal de Prehn negativo). O tratamento com antibiótico e analgesia é indicado para a orquiepididimite.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Devido ao quadro altamente sugestivo de torção testicular, o tratamento não deve ser atrasado para realização de exames complementares.

- C) **Incorreta a alternativa C.** O tratamento da torção testicular é cirúrgico de urgência.
- D) **Correta a alternativa D.** Devido ao quadro altamente sugestivo de torção testicular, o paciente deve ser encaminhado imediatamente para avaliação e abordagem cirúrgica com urologista ou cirurgião geral. No caso de um testículo viável, é indicada a orquidopexia bilateral. No caso de um testículo inviável, o tratamento é a orquiectomia unilateral e orquidopexia contralateral.

Gabarito: D

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

41. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mulher, de 25 anos de idade, comparece à consulta na UBS queixando-se de dismenorreia “insuportável” progressiva há cerca de 1 ano. Refere também dispareunia que vem piorando nos últimos meses. Menarca ocorreu aos 12 anos. Refere fluxo menstrual “normal”. Iniciou sua vida sexual há 5 anos. Nuligesta. Nega uso de método anticoncepcional. Data da última menstruação há 15 dias. Exame físico ginecológico sem alterações.

Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que descreve a principal hipótese diagnóstica e o exame complementar que deve ser solicitado.

- A) Miomatose uterina, ultrassonografia transvaginal.
- B) Pólipo endometrial, histeroscopia.
- C) Adenomiose, ressonância magnética da pelve.
- D) Endometriose, ressonância magnética da pelve.

Comentários:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de dismenorreia progressiva, dispareunia e infertilidade, e esses são os principais sintomas da endometriose.

A endometriose é caracterizada pela presença de endométrio fora da cavidade uterina. É uma doença dependente do estrogênio. A teoria mais aceita atualmente para a fisiopatologia da endometriose é a teoria de Sampson, ou da menstruação retrógrada. Essa teoria diz que o refluxo menstrual através das trompas é a causa da endometriose. Os principais locais de acometimento da endometriose são os ovários, o fundo de saco vaginal anterior e posterior e os ligamentos uterossacosos.

Os sintomas clássicos da endometriose são a dismenorreia, a dispareunia, a infertilidade e a dor pélvica crônica. Sintomas cíclicos, relacionados com o período menstrual também são sugestivos da doença e sintomas com disúria, hematúria, disquezia e tenesmo podem estar relacionados com o acometimento do trato urinário e intestinal pela doença.

O encontro, no exame físico, de dor ao toque bimanual, nodulação dolorosa no fundo de saco, útero retrovertido, fixo, doloroso e massa anexial (endometrioma) também é sinal dessa doença.

O método diagnóstico padrão-ouro para o diagnóstico da endometriose é a videolaparoscopia com biópsia das lesões endometrióticas. Outros exames indicados para sua investigação diagnóstica são o ultrassom transvaginal com preparo intestinal e a ressonância magnética.

A endometriose é uma doença estrógeno-dependente. Lembre-se de que o endométrio prolifera devido ao estímulo do estrógeno, portanto o estrógeno produz a proliferação dos implantes de endometriose. Por isso, o tratamento clínico da endometriose é realizado com o bloqueio hormonal. As opções de medicamentos para realizar o bloqueio hormonal são os anticoncepcionais combinados, de progestágeno exclusivo, o DIU de levonorgestrel, o implante de etonogestrel, os análogos do GnRH e os inibidores da aromatase.

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque a paciente não apresenta aumento do fluxo menstrual nem aumento do volume uterino.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque a paciente não apresenta sangramento uterino anormal.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque a paciente não apresenta aumento do fluxo menstrual e nem aumento do volume uterino.
- D) **Correta a alternativa D**: a paciente apresenta quadro de dismenorreia, dispareunia e infertilidade, tendo como principal hipótese diagnóstica a endometriose. A ultrassonografia com preparo intestinal e a ressonância magnética são os principais exames de imagem a ser solicitados para a investigação diagnóstica desta doença.

Gabarito: D

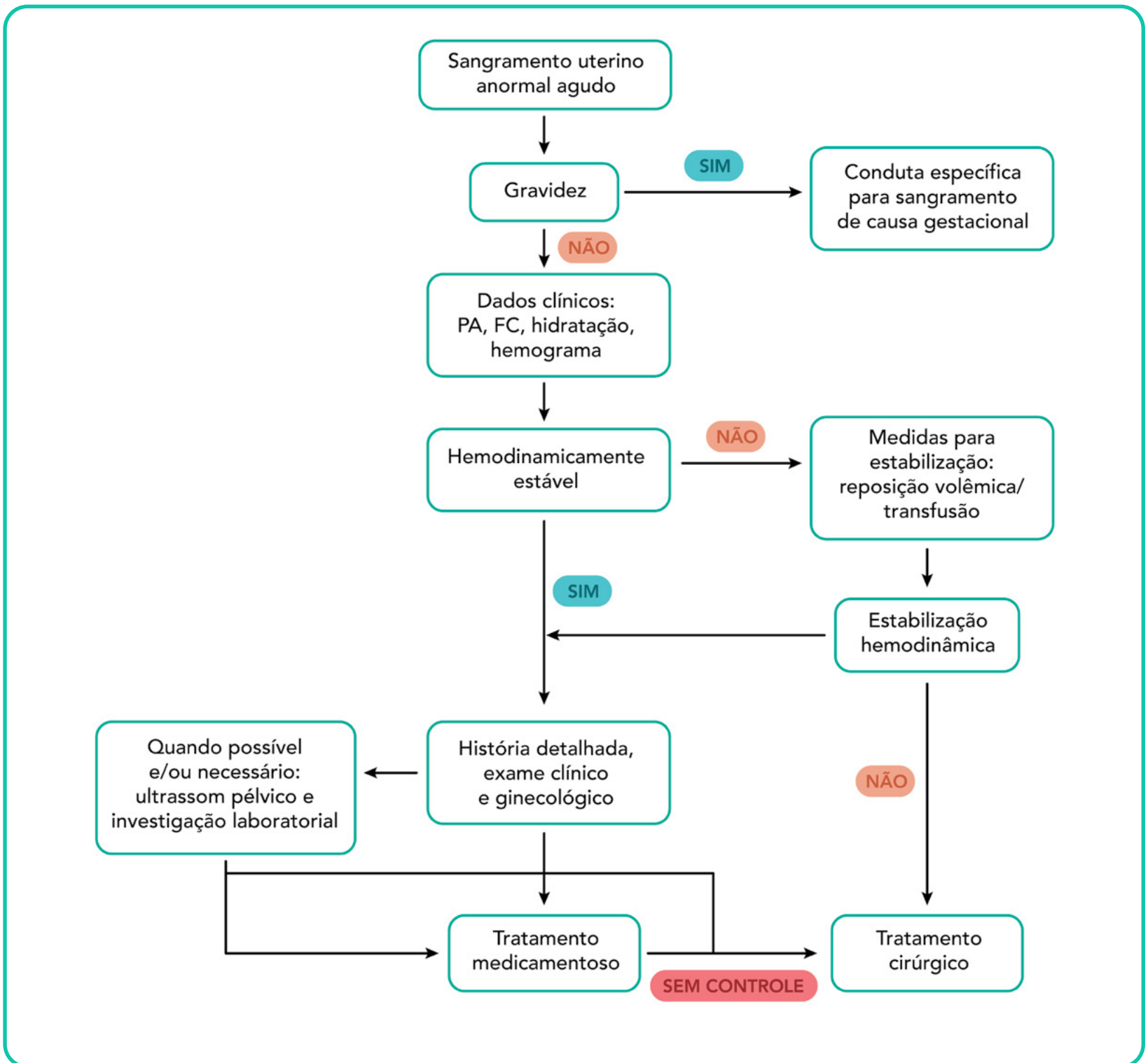
42. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma paciente de 17 anos de idade comparece ao pronto-socorro com quadro de sangramento genital profuso há 1 dia. Nuligesta. Refere uso de preservativo esporádico como método anticoncepcional. Nega comorbidades e antecedentes pessoais ou familiares de malignidade. Exame físico: PA = 100 x 60 mmHg; FC = 93 bpm, descorada +/4+. Exame ginecológico especular mostra sangramento ativo pelo orifício externo do colo. Toque vaginal: colo impérvio, útero de tamanho normal.

Considerando o caso clínico apresentado, assinale a alternativa que descreve o primeiro exame complementar que deve ser solicitado para a paciente.

- A) Ultrassonografia transvaginal.
- B) Beta-hCG.
- C) Coagulograma.
- D) LH.

Comentários:

Estrategista, essa paciente apresenta um quadro de sangramento uterino anormal agudo. Veja, a seguir, a conduta diante desses casos:



Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque a ultrassonografia transvaginal deve ser solicitada após se afastar a hipótese de gravidez e após a realização de hemograma para avaliar “o quanto a paciente sangrou”.
- B) **Correta a alternativa B**: o primeiro exame a ser solicitado diante de todos os casos de sangramento uterino anormal é o beta-hCG para avaliar a possibilidade de sangramento obstétrico.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque o coagulograma deve ser solicitado após o beta-hCG.

D) **Incorreta a alternativa D**, porque as dosagens hormonais devem ser solicitadas após afastar gravidez e nos casos em que se suspeita de distúrbio hormonal (irregularidade menstrual, hiperandrogenismo).

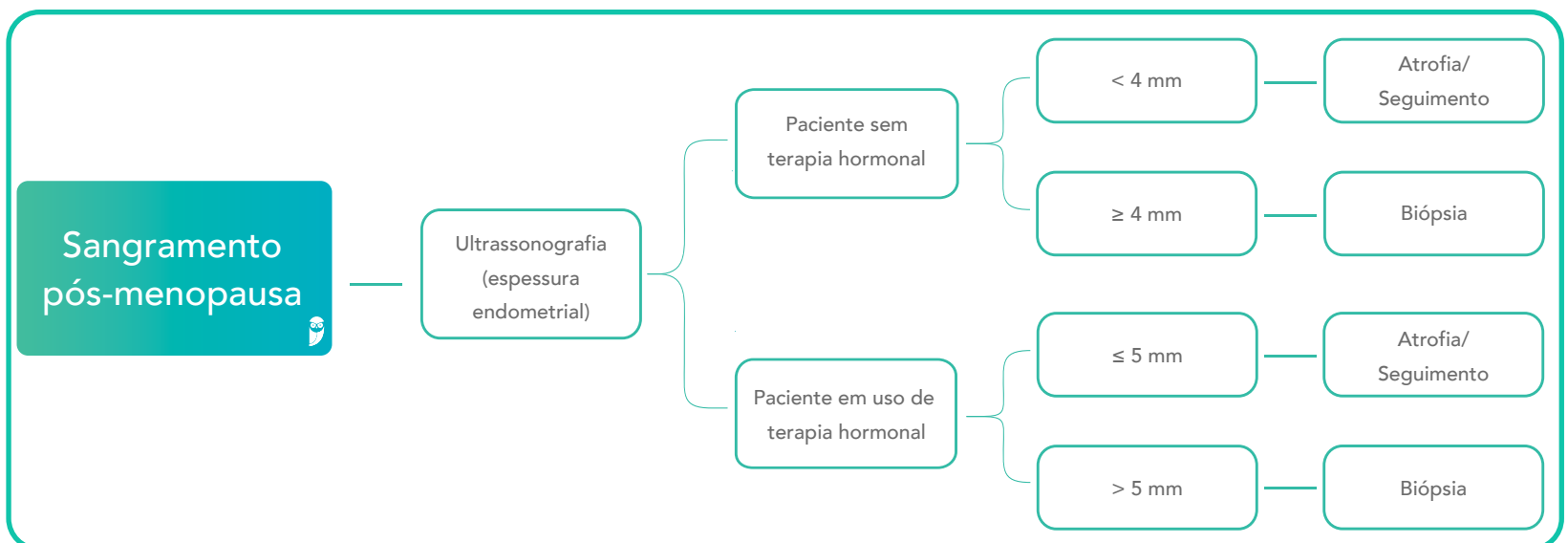
Gabarito: B

43. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 54 anos de idade, menopausada há 5 anos, comparece ao serviço de Ginecologia queixando-se de episódios de sangramento vaginal há 1 mês. Secundigesta com um parto normal e um aborto. Nega uso de terapia hormonal. Exame físico ginecológico sem alterações. Foi realizada ultrassonografia que mostrou espessura endometrial de 9 mm. Qual é a conduta indicada para esse caso?

- A) Expectante. Orientar a paciente que o sangramento irá se interromper espontaneamente.
- B) Seguimento ultrassonográfico em 6 meses.
- C) Biópsia de Pipelle.
- D) Histerectomia.

Comentários:

Estrategista, temos, nesse caso, uma paciente com sangramento pós-menopausa e espessura endometrial de 9 mm. Veja o esquema a seguir:



Fluxograma: avaliação ultrassonográfica da espessura endometrial nas mulheres menopausadas e indicação de avaliação endometrial. Fonte: Hiperplasia e Câncer de Endométrio, Protocolos FEBRASGO 2021.

Trata-se de caso de sangramento pós-menopausa e espessamento endometrial, sendo indicada a realização de biópsia do endométrio.

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque essa seria a conduta se a paciente tivesse espessura endometrial < 4mm (atrofia endometrial).
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque não se deve aguardar, e sim prosseguir com a investigação diagnóstica da paciente, por meio da biópsia do endométrio.
- C) **Correta a alternativa C**: está indicada a avaliação do endométrio com biópsia de Pipelle.

- D) **Incorreta a alternativa D**, porque, antes de se indicar a histerectomia, deve-se proceder com a biópsia do endométrio para se confirmar o diagnóstico de hiperplasia com atipia ou carcinoma.

Gabarito: C

44. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 36 anos de idade, com crises de enxaqueca sem aura, procurou a UBS desejando um método anticoncepcional. Estava interessada no adesivo de etinilestradiol e norelgestromina ou no implante de etonogestrel. Como o serviço de planejamento familiar da UBS deve orientar essa paciente?

- A) A paciente pode utilizar qualquer um dos métodos que está interessada (adesivo ou implante), de acordo com sua preferência.
- B) A paciente não pode usar nenhum dos métodos (adesivo ou implante), já que apresenta contraindicação para o uso de anticoncepcional combinado e para progestágeno exclusivo.
- C) A paciente pode utilizar o adesivo de etinilestradiol e norelgestromina, mas não deve utilizar implante, já que tem enxaqueca sem aura.
- D) A paciente pode utilizar o implante de etonogestrel, mas não deve utilizar o adesivo, já que apresenta contraindicação para o uso de anticoncepcional hormonal combinado.

Comentários:

Estrategista, veja a seguir as contraindicações dos métodos hormonais combinados e dos progestágenos exclusivos:

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 antifosfolípídeos positivos ou desconhecidos

Doença valvular complicada com hipertensão pulmonar, FA ou endocardite

Tabagismo (≥ 15 cigarros/dia + idade ≥ 35 anos)

Enxaqueca com aura

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS

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 descompensada (sistólica entre 140-159 ou diastólica entre 90-99 mmHg)

Enxaqueca sem aura (> 35 anos)

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS (CATEGORIA 4) AOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS COMBINADOS, DE ACORDO COM OS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DA OMS

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 tem mais de 35 anos e tem enxaqueca sem aura, e essa é uma contraindicação relativa para o uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Sendo assim, devemos indicar para ela o uso de progestágeno exclusivo.

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque a paciente apresenta contraindicação relativa para o uso de anticoncepcional hormonal combinado.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque a paciente não apresenta contraindicação para o uso de progestágeno exclusivo.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque a paciente tem mais do que 35 anos e enxaqueca sem aura, que é uma contraindicação para o uso de adesivo de etinilestradiol e norelgestromina.
- D) **Correta a alternativa D**: a paciente não apresenta contraindicação para o uso do implante de etonogestrel (progestágeno exclusivo).

Gabarito: D

45. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 49 anos de idade comparece a uma consulta na UBS queixando-se de “calores” há 2 meses. Refere que esses “calores” são rápidos, com duração de alguns minutos, e que começam no “peito, sobem pro rosto, ela fica vermelha e depois vem um suador”. Esses episódios de calor acontecem mais frequentemente à noite, prejudicando seu descanso. Refere que seu parceiro é vasectomizado há 10 anos. Data da última menstruação: há 5 meses. Refere antecedente de trombose venosa profunda há 5 anos, sem uso de anticoagulante no momento. Nega antecedentes pessoais ou familiares de malignidade. Deseja tratamento para seus calores. Exame físico ginecológico sem alterações. IMC = 22,4 kg/m², PA = 113 x 68 mmHg.

Considerando o caso clínico exposto, assinale a alternativa que descreve a conduta indicada.

- A) Prescrever terapia hormonal com estrogênio e progestágeno.
- B) Prescrever desvenlafaxina.
- C) Solicitar FSH para confirmar o diagnóstico de climatério antes de prescrever a terapia hormonal
- D) Solicitar estradiol para confirmar o diagnóstico de climatério antes de prescrever a desvenlafaxina.

Comentários:

Estrategista, as indicações atuais de TH são o tratamento de sintomas vasomotores que impactem a qualidade de vida e da atrofia vulvovaginal (uso tópico), além da prevenção de osteoporose em casos individualizados. O uso deve ser feito na chamada janela de oportunidade, isto é, em pacientes até os 60 anos de idade e com menos de 10 anos de menopausa.

Entretanto, essa paciente não pode receber TH devido a seu antecedente de tromboembolismo. Veja, na tabela a seguir, quais são as contraindicações para a TH:

Contraindicações (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 ou história pessoal ou alto risco de doença tromboembólica hereditária.

Como a paciente apresenta contraindicação para a terapia hormonal, devemos prescrever uma alternativa para tratamento de seus sintomas vasomotores. Apesar de os sintomas terem origem no hipoestrogenismo, o fato de a termorregulação depender da ação de neurotransmissores faz com que determinadas drogas possam auxiliar na redução dos sintomas.

Os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS) e os inibidores seletivos da recaptção de serotonina e norepinefrina (IRSNs) atuam bloqueando a recaptção desses neurotransmissores, podendo diminuir os sintomas vasomotores. Outras medicações, como anti-hipertensivos e anticonvulsivantes, também podem ser empregadas. A tabela a seguir demonstra a eficácia de cada uma dessas medicações:

DROGAS EMPREGADAS NO TRATAMENTO DE SINTOMAS VASOMOTORES (SOBRAC 2024)

DROGA	CLASSE	EFICÁCIA
VENLAFAXINA	ISRN	61%
DESVENLAFAXINA	ISRN	64%
PAROXETINA	ISRS	64%
ESCITALOPRAM	ISRS	50%
CITALOPRAM	ISRS	50%

DROGAS EMPREGADAS NO TRATAMENTO DE SINTOMAS VASOMOTORES (SOBRAC 2024)

GABAPENTINA	GABAPENTINOIDES	46%
PREGABALINA	GABAPENTINOIDES	61%
FENOLIZENANTO	ANTAGONISTA DA NEUROKININA B	61%

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque a paciente tem contraindicação absoluta ao uso de terapia hormonal.
- B) **Correta a alternativa B**: a paciente tem indicação de tratamento “alternativo” para seus sintomas vasomotores.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque a paciente não pode usar terapia hormonal.
- D) **Incorreta a alternativa D**, porque o diagnóstico do climatério é clínico, não havendo necessidade de solicitar estradiol para confirmar o diagnóstico de climatério antes de prescrever a desvenlafaxina.

Gabarito: B

46. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 21 anos de idade comparece à UBS queixando-se de corrimento vaginal e prurido há 1 semana. Nuligesta. Refere uso de pílula combinada como método anticoncepcional. Data da última menstruação há 10 dias. Nega outras queixas. Ao exame físico: PA = 110 x 73 mmHg, pulso = 72 bpm, temperatura axilar = 36,4 °C. Abdome plano, flácido e indolor à palpação. Ao exame especular: corrimento branco, espesso, com grumos aderidos nas paredes vaginais. Observada hiperemia das paredes vaginais. Colo sem lesões. Toque vaginal: colo impérvio, útero de volume normal, indolor a mobilização. pH vaginal de 4,2 e *whiff-test* negativo. Qual é o agente etiológico mais provável para o caso apresentado?

- A) *Chlamydia trachomatis*.
- B) *Neisseria gonorrhoeae*.
- C) *Mobiluncus*.
- D) *Candida albicans*.

Comentários:

Estrategista, essa paciente apresenta um corrimento esbranquiçado, grumoso, aderido às paredes vaginais, com prurido, pH mais ácido do que o normal da vagina e *whiff-test* negativo. Este quadro é típico da candidíase vaginal.

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque, de modo geral, a clamídia costuma ser oligossintomática, ou manifesta-se com cervicite e secreção em “clara de ovo”.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque a gonorreia se manifesta com cervicite e secreção amarelada “purulenta”.

- C) **Incorreta a alternativa C**, porque o *Mobiluncus* está geralmente associado à vaginose bacteriana, que se apresenta com corrimento branco acinzentado, de mau odor e pH maior do que 4,5.
- D) **Correta a alternativa D**: o quadro clínico da vulvovaginite fúngica caracteriza-se por prurido, de intensidade variável, acompanhado de corrimento vaginal esbranquiçado **com aspecto de “leite coalhado” ou “queijo cottage”, sem odor associado**. Se houver muita inflamação, pode haver queixa de dispareunia, queimação e disúria. Os sintomas geralmente são piores na semana que antecede a menstruação.

Ao exame ginecológico, pode ser observada hiperemia vulvar, edema e fissuras. O exame especular mostra mucosa vaginal hiperemiada e o corrimento vaginal aderido às paredes vaginais

Gabarito: D

47. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 24 anos de idade comparece à Unidade Básica de Saúde (UBS) para mostrar o resultado do Papanicolau que colheu há 1 mês na rede privada (convênio). Exame físico ginecológico sem alterações. O resultado do exame apresentou células escamosas atípicas de significado indeterminado, possivelmente não neoplásicas (ASC-US).

De acordo com a diretriz do rastreamento do câncer de colo uterino de 2016 do MS/INCA, qual é a conduta indicada para esse caso?

- A) Repetir a colpocitologia em 6 meses.
 B) Repetir a colpocitologia em 12 meses.
 C) Repetir a colpocitologia em 36 meses.
 D) Encaminhar para a realização de colposcopia.

Comentários:

Estrategista, a tabela a seguir mostra a conduta indicada para cada tipo de alteração da colpocitologia de acordo com a diretriz de 2016.

Quadro: recomendações para conduta inicial diante dos resultados alterados de exames citopatológicos nas unidades de Atenção Básica.

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células escamosas atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas (ASC-US)	< 25 anos	Repetir em 3 anos
		Entre 25-29 anos	Repetir citologia em 12 meses
		≥ 30 anos	Repetir citologia em 6 meses
	Não se podendo afastar lesão de alto grau (ASC-H)		Encaminhar para colposcopia

DIAGNÓSTICO CITOPATOLÓGICO		FAIXA ETÁRIA	CONDUTA INICIAL
Células glandulares atípicas de significado indeterminado	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Células atípicas de origem indefinida (AOI)	Possivelmente não neoplásicas ou não se podendo afastar lesão de alto grau		Encaminhar para a colposcopia
Lesão de baixo grau (LSIL/LIEBG)		< 25 anos	Repetir em 3 anos
		≥ 25 anos	Repetir citologia em 6 meses
Lesão de alto grau (HSIL/LIEAG)			Encaminhar para a colposcopia
Lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão			Encaminhar para a colposcopia
Carcinoma escamoso invasor			Encaminhar para a colposcopia
Adenocarcinoma <i>in situ</i> (AIS) ou invasor			Encaminhar para a colposcopia

Fonte: Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero, Ministério da Saúde, 2016.

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque essa seria a conduta se a paciente tivesse 30 anos ou mais.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque essa seria a conduta se a paciente tivesse entre 25 e 29 anos de idade.
- C) **Correta a alternativa C**: essa é a conduta indicada para as pacientes com menos de 25 anos de idade e resultado de ASCUS.
- D) **Incorreta a alternativa D**, porque essa seria a conduta indicada se a paciente apresentasse dois resultados consecutivos de ASCUS.

Gabarito: C

48. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 52 anos de idade é atendida na UBS, queixando-se de ter percebido um nódulo em sua mama esquerda há 3 meses. Nega comorbidades e antecedentes de malignidades. Ao exame físico mamário: nódulo de 1,5 cm, indolor, pouco endurecido, localizado no quadrante superolateral da mama esquerda. Axilas: ausência de linfonodomegalias.

Considerando o caso descrito acima, assinale a alternativa que descreve a conduta indicada.

- A) Afastar a cancerofobia da paciente e orientá-la que se trata de nódulo benigno.
- B) Seguimento com ultrassonografia em 6 meses.
- C) Seguimento com mamografia em 6 meses
- D) Encaminhar para a unidade de referência em mastologia.

Comentários:

Estrategista, de acordo com o PCDT Câncer de Mama do MS:

“A recomendação atual é que os seguintes sinais e sintomas sejam considerados como de referência urgente para serviços de diagnóstico mamário

- Qualquer nódulo mamário em mulheres com mais de 50 anos;
- Nódulo mamário em mulheres com mais de 30 anos, que persistem por mais de um ciclo menstrual;
- Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo ou que vem aumentando de tamanho, em mulheres adultas de qualquer idade;
- Descarga papilar sanguinolenta unilateral;
- Lesão eczematosa da pele que não responde a tratamentos tópicos;
- Homens com mais de 50 anos com tumoração palpável unilateral;
- Presença de linfadenopatia axilar;
- Aumento progressivo do tamanho da mama com a presença de sinais de edema, como pele com aspecto de casca de laranja;
- Retração na pele da mama, e;
- Mudança no formato do mamilo.”

Sendo assim, podemos entender que, nesse caso, temos uma paciente de 52 anos de idade, com um nódulo pouco endurecido que ela percebeu há 3 meses, sendo indicado encaminhá-la para a unidade de referência urgentemente para serviços de diagnóstico mamário. Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque a paciente apresenta nódulo suspeito de malignidade.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque não se deve aguardar 6 meses para prosseguir com a investigação desse nódulo.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque a paciente deve prosseguir com a investigação desse nódulo com exames de imagem e provável realização de biópsia prontamente.
- D) **Correta a alternativa D**: a paciente apresenta quadro suspeito de malignidade, sendo indicado encaminhar para a unidade de referência em mastologia para prosseguir com a investigação diagnóstica o quanto antes.

Gabarito: D

49. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Uma mulher de 58 anos de idade comparece para consulta de rotina na UBS. Refere que está muito preocupada porque viu no noticiário que ela tem alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Nuligesta. Menopausa há 2 anos. Menarca aos 13 anos de idade. Mantém relações sexuais regulares com seu marido. Refere que tinha ciclos menstruais regulares durante toda sua vida, até a menopausa. Usava pílula anticoncepcional combinada para não engravidar. Nega comorbidades. Pratica exercícios físicos regularmente. Ao exame físico, não foram observados nódulos mamários. Axilas sem linfonodomegalias. IMC = 21,3 kg/m².

Considerando o quadro dessa paciente, assinale a alternativa que NÃO descreve um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

- A) IMC = 21,3 kg/m².
- B) Menopausa tardia.
- C) Uso de anticoncepcional combinado.
- D) Nuliparidade.

Comentários:

Estrategista, veja a seguir os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama:

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 dos 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 BRCA 2
Exposição frequente a radiações ionizantes (raio-X), 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:

- A) **Correta a alternativa A:** esse IMC é considerado peso normal para a paciente, não sendo um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.
- B) **Incorreta a alternativa B,** porque a paciente teve menopausa após os 55 anos, que é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.
- C) **Incorreta a alternativa C,** porque o uso de anticoncepcional combinado é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.
- D) **Incorreta a alternativa D,** porque a nuliparidade também é um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

Gabarito: A

50. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Ginecologia – Prof. Alexandre Melitto) Mãe comparece à UBS trazendo seus dois filhos para vacinação contra o HPV. Uma menina com 8 anos de idade e um menino com 10 anos de idade. Ambas as crianças não apresentam comorbidades. De acordo com o PNI, qual é a conduta indicada?

- A) Não vacinar nenhuma das crianças.
- B) Vacinar as duas crianças.
- C) Vacinar a menina.
- D) Vacinar o menino.

Comentários:

Estrategista, veja, na tabela a seguir, as indicações da vacina contra o HPV:

INDICAÇÕES DA VACINA QUADRIVALENTE HPV (MINISTÉRIO DA SAÚDE)	
MENINAS e MENINOS	<ul style="list-style-type: none"> • 9 a 14 anos (dose única). • 15 a 19 anos (dose única "de resgate"). • 9 a 45 anos (imunodeprimidos) — três doses (0, 2 e 6 meses): <ul style="list-style-type: none"> • convivendo com HIV/aids; • transplantados de órgãos sólidos; • em quimioterapia.
Vítimas de violência sexual (caso não tenham sido vacinadas anteriormente)	<ul style="list-style-type: none"> • 9 a 14 anos: duas doses (0 e 6 meses). • 15 a 45 anos: três doses (0, 2 e 6 meses).
Usuários de profilaxia pré-exposição (PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 45 anos: três doses (0, 2 e 6 meses).
Papilomatose respiratória recorrente (PRR)	A partir de 2 anos de idade: três doses (0, 2 e 6 meses).

Agora, vamos analisar as alternativas:

- A) **Incorreta a alternativa A**, porque o menino deve ser vacinado.
- B) **Incorreta a alternativa B**, porque a menina não deve ser vacinada.
- C) **Incorreta a alternativa C**, porque a menina tem menos do que 9 anos de idade.
- D) **Correta a alternativa D**: o menino deve ser vacinado porque está na faixa etária de 9 a 14 anos de idade.

Gabarito: D

51. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 33 anos, com 33 semanas de gestação, comparece ao pronto-socorro referindo cefaleia intensa e dor epigástrica há algumas horas. Ao exame, apresenta pressão arterial de 165 x 110 mmHg. Exames laboratoriais iniciais mostram creatinina sérica de 0,8 mg/dL e plaquetas de 210.000/mm³. Qual é o diagnóstico mais provável e a conduta inicial mais adequada para essa paciente?

- A) Pré-eclâmpsia sem sinais de deterioração; iniciar metildopa e acompanhar ambulatorialmente.
- B) Hipertensão gestacional; internar a paciente e aguardar a normalização da pressão arterial.
- C) Pré-eclâmpsia com sinais de deterioração; internar, iniciar sulfato de magnésio e anti-hipertensivo de ação rápida.
- D) Emergência hipertensiva; internar, realizar cesariana de emergência e anti-hipertensivo de ação rápida.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre as síndromes hipertensivas da gestação.

O diagnóstico de pré-eclâmpsia é feito quando há hipertensão arterial após 20 semanas de gestação, ou no pós-parto (até 12 semanas de puerpério), associada à proteinúria. Na ausência de proteinúria, considera-se pré-eclâmpsia quando há hipertensão arterial após 20 semanas e disfunção de órgão-alvo materno (hematológica, hepática, renal, pulmonar ou neurológica) ou disfunção uteroplacentária.

Sendo assim, quaisquer das seguintes disfunções de órgão-alvo materno associadas a aumento dos níveis pressóricos após 20 semanas já faz o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo sem proteinúria:

- Comprometimento hematológico: trombocitopenia (plaquetas $\leq 150.000/\text{mm}^3$), hemólise (DHL > 600 UI/L, bilirrubina $> 1,2$, haptoglobina < 25 mg/dL ou Hb ≤ 8 g/L), coagulação intravascular disseminada.
- Comprometimento renal: creatinina sérica $\geq 1,0$ mg/dL.
- Comprometimento hepático: aumento das transaminases 2 vezes o normal ou ≥ 40 UI/L, ou dor severa persistente em hipocôndrio direito ou epigástrico, sem outros diagnósticos.
- Edema pulmonar.
- Comprometimento neurológico: eclâmpsia, rebaixamento do nível de consciência (*sineclâmpsia*), cegueira, acidente vascular cerebral, clônus, cefaleia intensa ou escotomas visuais.

Além disso, gestantes com sinais de disfunção uteroplacentária, associados ao aumento dos níveis pressóricos após 20 semanas, também recebem o diagnóstico de pré-eclâmpsia, independentemente de apresentarem proteinúria ou outras lesões de órgãos-alvo. Os sinais de disfunção placentárias são:

- restrição de crescimento fetal: peso fetal $<$ percentil 10;
- alteração do Doppler da artéria umbilical: IP > 95 , diástole ausente ou reversa;

- descolamento prematuro de placenta;
- morte fetal;
- desequilíbrio angiogênico.

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

CLASSIFICAÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا

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

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

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

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

Caso seja identificado quadro de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica, iminência de eclâmpsia, eclâmpsia/*sineclâmpsia* ou síndrome HELLP, o mais importante na conduta é prevenir a ocorrência de convulsões com a aplicação do sulfato de magnésio e fazer o

controle da hipertensão arterial grave com anti-hipertensivos potentes.

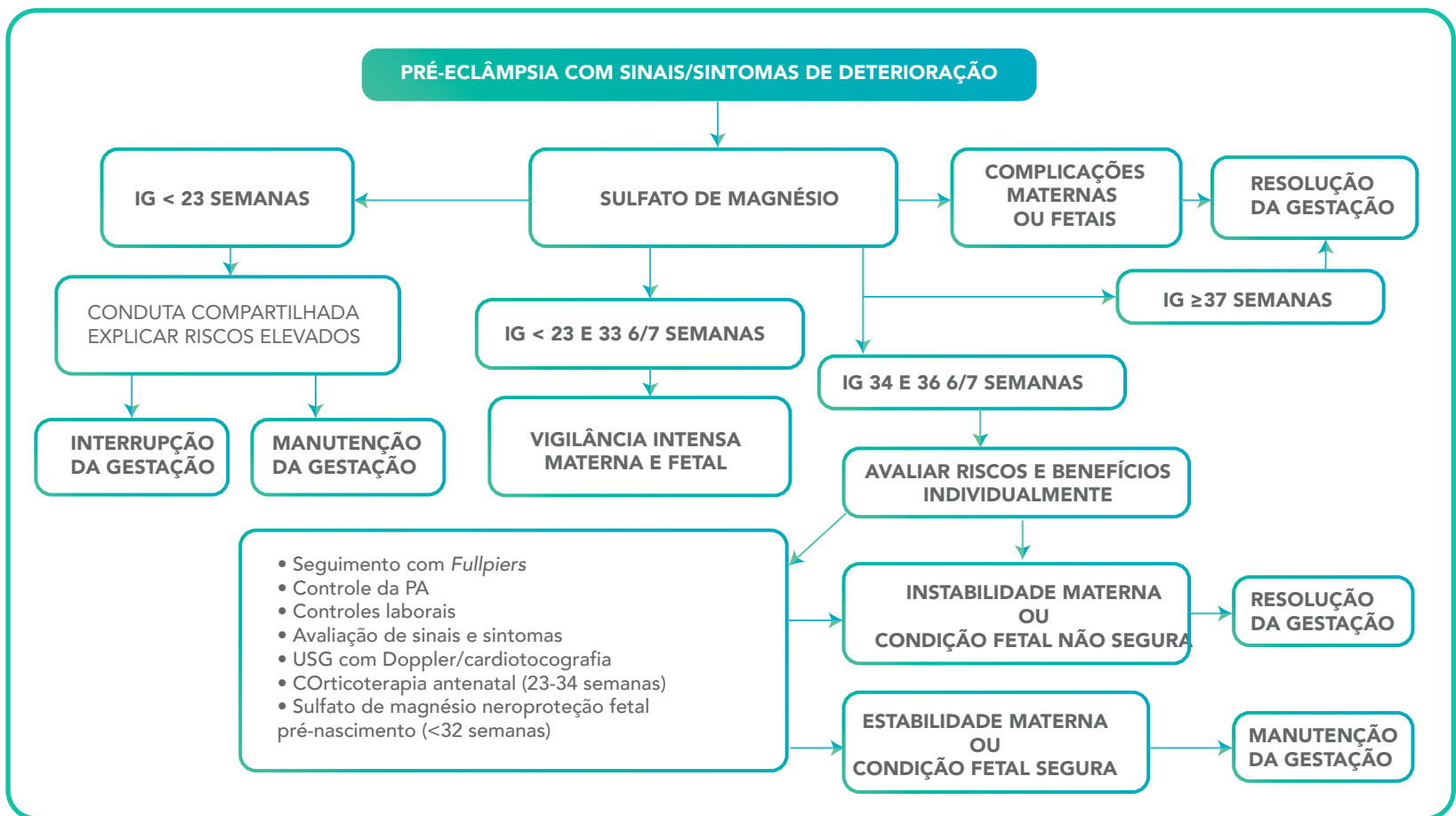
O sulfato de magnésio é a medicação de escolha na prevenção de episódios convulsivos diante de pré-eclâmpsia com sinais e sintomas de deterioração clínica, síndrome HELLP, iminência de eclâmpsia e hipertensão arterial grave refratária ao tratamento. Do mesmo modo, durante a eclâmpsia, o sulfato de magnésio é a medicação mais efetiva para o controle das convulsões. Por isso, essa medicação é preconizada para a prevenção e o tratamento das convulsões em todos os casos graves de pré-eclâmpsia, conforme protocolos do Ministério da Saúde, da RBEHG, da ACOG, da FIGO e da ISSP.

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

O controle da hipertensão arterial grave é importante para prevenir falência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico ou hemorrágico. O objetivo é manter a PA entre 140-150/90-100 mmHg; para isso, utilizam-se anti-hipertensivos mais potentes do que aqueles utilizados para controle de hipertensão arterial leve.

As medicações de escolha para o controle da hipertensão arterial grave na gestação são hidralazina endovenosa e nifedipina oral.

O fluxograma a seguir resume a conduta obstétrica nos casos de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração clínica/laboratorial:



A) Incorreta a alternativa A: a paciente apresenta critérios de pré-eclâmpsia com sinais de deterioração (PA $\geq 160/110$ mmHg, cefaleia, dor epigástrica), o que exige internação e manejo agressivo.

B) Incorreta a alternativa B: a presença de sintomas como cefaleia intensa e dor epigástrica, juntamente com PA $\geq 160/110$ mmHg, caracteriza pré-eclâmpsia com sinais de deterioração, não apenas hipertensão gestacional. Por isso, não é possível aguardar a normalização da pressão arterial.

- C) **Correta a alternativa C:** a paciente apresenta critérios para pré-eclâmpsia com sinais deterioração (PAS \geq 160 mmHg e PAD \geq 110 mmHg, além de cefaleia e dor epigástrica que são sintomas de iminência de eclâmpsia). A conduta imediata é internação, prevenção de convulsões com sulfato de magnésio e controle da hipertensão arterial grave com anti-hipertensivos como hidralazina ou nifedipina.
- D) **Incorreta a alternativa D:** Embora seja uma emergência hipertensiva, a cesariana de emergência não é a primeira conduta sem estabilização materna. A interrupção da gestação é considerada após estabilização e avaliação fetal, ou se houver deterioração materna ou fetal. Intervenções como sulfato de magnésio e controle pressórico devem ser realizadas antes da resolução da gestação.

Gabarito: C

52. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante de 20 anos, primigesta, comparece à unidade básica de saúde para a primeira consulta de pré-natal com 10 semanas de gestação. Ela não possui comorbidades conhecidas. Assinale a alternativa que indica exames laboratoriais essenciais a serem solicitados nessa primeira consulta, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde?

- A) Hemograma, glicemia de jejum, VDRL, sorologia para HIV, toxoplasmose (IgG e IgM), HBsAg e urina tipo I e urocultura.
- B) Hemograma, TSH, glicemia de jejum, colpocitologia oncótica e sorologia para HIV e rubéola.
- C) Hemograma, teste oral de tolerância à glicose 75 g, sorologia para HIV, toxoplasmose, HBsAg, urina tipo 1 e urocultura.
- D) Hemograma e tipagem sanguínea, colesterol total e frações, hemoglobina glicada, VDRL, sorologia para toxoplasmose e citomegalovírus.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre exames complementares na assistência ao pré-natal.

A avaliação da rotina de exames complementares a serem realizados pelas gestantes após sua primeira consulta de pré-natal é o tema queridinho dos examinadores.

A primeira coisa a ser destacada é que serão apresentados a você os exames complementares propostos como a rotina pré-natal para gestantes de risco habitual. Além disso, é essencial que você esteja atento ao protocolo assumido pela instituição em que você irá realizar sua prova. Os exames destacados a seguir são os recomendados pelo Ministério da Saúde.

Os exames complementares propostos rotineiramente para avaliação da gestante têm o intuito de rastrear as principais condições que podem interferir na evolução da gravidez e que, ao serem identificados achados positivos em cada um deles, exigirão cuidados específicos, particularizados para cada situação.

Segundo o Ministério da Saúde, em seu Manual de Alto Risco de 2022, os exames que devem ser solicitados para toda gestante em sua primeira consulta de pré-natal são:

- hemograma;
- tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto, se o Rh for negativo;
- glicemia em jejum;
- teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- teste rápido diagnóstico anti-HIV ou sorologia anti-HIV;
- sorologia para toxoplasmose IgM e IgG;
- sorologia para hepatite B, preconizada apenas a pesquisa do HBsAg;
- sorologia para hepatite C;
- sorologia para HTLV;
- urina tipo I, também chamada de sumário de urina;
- urocultura.

Uma vez que todos os exames tenham apresentado valores dentro da normalidade, a gestante deverá continuar sendo seguida em consultas em intervalos regulares e investigada por meio da anamnese e do exame físico obstétrico. Os exames a serem solicitados rotineiramente durante o restante da gestação são:

- teste oral de tolerância à glicose 75 g – entre a 24ª e a 28ª semana de gestação;
- sorologia para HIV e sífilis – após a 28ª semana de gestação;
- urocultura – após a 28ª semana de gestação;
- *swab* anal e vaginal para pesquisa de estreptococo do grupo B - entre a 35ª e a 37ª semana de gestação;
- Coombs indireto para gestante Rh negativo e marido Rh positivo – mensalmente até aplicar a imunoglobulina anti-D com 28 semanas de gestação;
- toxoplasmose – mensalmente, se mãe suscetível (IgM e IgG negativos).

Atenção! Se a primeira consulta for realizada após 20 semanas, deve-se solicitar o teste oral de tolerância à glicose 75 g entre 24 e 28 semanas de gestação para o rastreamento do diabetes, ao invés da glicemia de jejum.

- A) Correta a alternativa A:** os exames essenciais a serem solicitados incluem: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh (com Coombs indireto se Rh negativo), glicemia em jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV ou sorologia anti-HIV, sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para hepatite C, sorologia para HTLV e urina tipo I e urocultura.
- B) Incorreta a alternativa B:** o TSH não deve ser solicitado para todas as gestantes de maneira universal e a colpocitologia é oportuna se não realizada nos últimos 3 anos, A sorologia para rubéola não é preconizada pelo Ministério da Saúde no Brasil para triagem universal no pré-natal.
- C) Incorreta a alternativa C:** o teste oral de tolerância à glicose 75 g deve ser realizado entre 24 e 28 semanas, não no primeiro trimestre.
- D) Incorreta a alternativa D:** colesterol total e frações, hemoglobina glicada e sorologia para citomegalovírus não são exames que devem ser solicitados de rotina para todas as gestantes no início do pré-natal.

Gabarito: A

53. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Parturiente encontra-se no período de dequitação, imediatamente após o nascimento do concepto por via vaginal. Qual é a principal medida para prevenir a hemorragia pós-parto, de acordo com as recomendações atuais?

- A) Massagem uterina contínua e vigorosa.
- B) Clampeamento imediato do cordão umbilical.
- C) Administração de ocitocina 10 UI intramuscular.
- D) Tração vigorosa do cordão umbilical.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre o manejo ativo do terceiro período.

A principal medida na assistência ao terceiro período é a prevenção da hemorragia pós-parto. Para isso, preconiza-se o manejo ativo do terceiro período em todos os partos imediatamente após a saída do concepto.

O manejo ativo do terceiro período tem como principal conduta o uso universal da ocitocina na dose de 10 UI intramuscular, após o nascimento do feto, em todos os partos. A ocitocina é a medicação de primeira escolha na prevenção da hemorragia pós-parto, reduzindo em mais de 50% os quadros de HPP. Nas cesáreas, pode-se utilizar ocitocina endovenosa na mesma dose. Caso a ocitocina não esteja disponível, pode-se utilizar a metilergometrina ou o misoprostol para prevenção de HPP.

Também faz parte do manejo ativo a tração controlada do cordão por profissional treinado, a fim de diminuir o terceiro período e o tempo de sangramento. O nome dessa manobra é manobra de Brandt-Andrews, em que uma das mãos do obstetra pressiona o fundo uterino para estabilizá-lo e evitar uma inversão uterina, enquanto a outra mão realiza uma tração sustentada e paralela ao canal vaginal no cordão umbilical, para ajudar na separação e expulsão da placenta.

Após a dequitação, é feita a avaliação sistemática da placenta e das membranas fetais, a fim de verificar se a dequitação foi completa e não ocorreu retenção de tecido placentário. O canal de parto também precisa ser avaliado, à procura de lacerações.

Além disso, o contato pele a pele precoce deve ser estimulado, beneficiando a amamentação na primeira hora de vida, o que ajuda na liberação de ocitocina natural, na dequitação da placenta e na regressão uterina no pós-parto. O clampeamento do cordão umbilical deve ser tardio, isso é, pelo menos após um minuto do parto.

Por outro lado, a massagem uterina sustentada não é recomendada para prevenir HPP se a mulher recebeu a ocitocina profilática. Porém, é importante que a avaliação do tônus uterino abdominal no pós-parto seja realizada a cada 15 minutos nas primeiras 2 horas de pós-parto.

- A) Incorreta a alternativa A:** a massagem uterina *contínua* não é recomendada em pacientes que receberam ocitocina e não é a principal medida, embora a vigilância e massagem uterina pós-dequitação (não contínua) façam parte do manejo.
- B) Incorreta a alternativa B:** recomenda-se o clampeamento tardio do cordão, pois traz benefícios para o recém-nascido, diminuindo os riscos de anemia.
- C) Correta a alternativa C:** o manejo ativo do terceiro período tem como principal conduta o uso universal da ocitocina na dose de 10 UI intramuscular, imediatamente após o nascimento do feto em todos os partos. A ocitocina é a medicação de primeira escolha na prevenção da hemorragia pós-parto.
- D) Incorreta a alternativa D:** preconiza-se a tração controlada do cordão como parte do manejo ativo do terceiro período, mas não é a primeira conduta em comparação com a ocitocina.

Gabarito: C

54. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante de 12 semanas, G1P0A0, realiza teste rápido para sífilis reagente. A paciente nega qualquer tratamento prévio para sífilis e não apresenta sintomas. Com base nesse quadro, qual é a classificação da sífilis e a conduta terapêutica mais adequada para essa gestante?

- A) Sífilis recente; benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
- B) Sífilis latente tardia de duração ignorada; benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana por 3 semanas.
- C) Cicatriz sorológica; não tratar e apenas monitorar a titulação do VDRL.
- D) D. Sífilis latente precoce; benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre sífilis na gestação.

O diagnóstico da sífilis é feito por meio da correlação entre os dados clínicos, os exames laboratoriais, o histórico de infecção passada e exposição recente. Como a maioria das pessoas com sífilis é assintomática ou apresenta quadro clínico vago, os exames laboratoriais são imprescindíveis para o diagnóstico correto.

Então, para o diagnóstico da sífilis, deve-se realizar um teste treponêmico e um não treponêmico. Recomenda-se, sempre que possível, realizar primeiro o teste treponêmico (teste rápido), que é o primeiro que positiva, e depois fazer o não treponêmico.

Sendo assim, o diagnóstico de sífilis é confirmado quando ambos os testes treponêmico e não treponêmico estiverem reagentes e for afastada cicatriz sorológica (tratamento anterior para sífilis com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições). Lembrar que qualquer titulação do teste não treponêmico é considerada positiva para sífilis.

Na gestação, é obrigatório realizar exames para sífilis na primeira consulta do pré-natal (preferencialmente no 1º trimestre da gestação), no início do 3º trimestre (28ª semana), no momento do parto ou aborto (independentemente de exames anteriores) e a qualquer momento após exposição de risco/violência sexual.

Apesar de a confirmação diagnóstica ser feita apenas com a solicitação dos dois testes, recomenda-se que, na gestação, o tratamento deve ser imediato após um único teste para sífilis positivo, seja ele treponêmico ou não treponêmico. Quanto mais semanas uma gestante com sífilis passa sem tratamento, maior é o tempo de exposição e o risco de infecção para o conceito.

Assim, não se deve adiar o tratamento na gestação a fim de aguardar a confirmação com outro teste, pois essa demora para o início do tratamento aumenta o risco de transmissão vertical.

Todavia, apesar de já haver indicação de tratamento imediato, ainda assim é necessário realizar um segundo teste diagnóstico, fazer monitoramento laboratorial (controle de cura) e tratar os parceiros (as) sexuais (interrupção da cadeia de transmissão).

O único tratamento seguro e eficaz para sífilis na gestação é a benzilpenicilina benzatina intramuscular, pois essa é a única droga com eficácia comprovada que passa a barreira placentária e previne a sífilis congênita. Qualquer outra medicação usada para tratar sífilis na gestação é considerada tratamento não adequado da mãe. Além disso, não existe evidência de resistência à penicilina pelo *Treponema pallidum* no Brasil e no mundo.

Recomenda-se o tratamento imediato com benzilpenicilina benzatina após somente um teste reagente para sífilis (treponêmico ou não treponêmico) para todas as gestantes. Deve-se realizar um segundo teste para confirmar o diagnóstico, mas não se deve aguardar esse teste para iniciar o tratamento. Pacientes sintomáticas com suspeita de sífilis primária ou secundária, na impossibilidade de realizar qualquer teste diagnóstico, devem ser tratadas imediatamente para sífilis recente, assim como suas parcerias sexuais.

A dosagem da benzilpenicilina benzatina a ser utilizada na gestante vai depender do estadiamento da doença. Na sífilis recente, a gestante deve receber uma dose única de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões UI, intramuscular. Já na sífilis tardia, a gestante deve receber três doses de benzilpenicilina benzatina de 2,4 milhões UI, intramuscular, uma vez por semana, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões de UI.

ESTADIAMENTO		TRATAMENTO
RECENTE	Primária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI/ glúteo)
	Secundária	
	Latente recente (< 1 ano)	
TARDIA	Latente tardia (> 1 ano) ou duração ignorada	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, (1,2 milhão UI/ glúteo) por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
	Terciária	
	Neurosífilis	Benzilpenicilina procaína (cristalina) 18-24 milhões UI/dia, EV, 3-4 milhões UI, 4/4 horas ou infusão contínua por 14 dias

Lembre-se de que a sífilis é uma infecção sexualmente transmissível (IST), por isso o parceiro(a) deve ser sempre tratado concomitantemente à gestante. Em situações em que o diagnóstico da sífilis é feito no momento do parto, a puérpera e seu parceiro devem receber tratamento, de preferência com início ainda na mesma internação.

As parcerias sexuais dos últimos 90 dias das gestantes com sífilis devem ser testadas e tratadas com pelo menos uma dose de penicilina benzatina IM de 2,4 milhões UI, de preferência em conjunto com a gestante, mesmo que apresentem testes imunológicos não reagentes. Caso o teste seja reagente para sífilis, o tratamento deve ser conforme o estágio clínico da infecção, como nas gestantes, e de preferência com penicilina benzatina.

- A) Incorreta a alternativa A:** a sífilis recente (primária, secundária ou latente precoce) é tratada com dose única. No entanto, como a paciente está assintomática, nega tratamento prévio e não é possível determinar a duração da infecção, a classificação de sífilis recente não é a mais adequada.
- B) Correta a alternativa B:** como a gestante nega histórico de tratamento, está assintomática e não é possível determinar o tempo de infecção, a classificação mais adequada é sífilis latente tardia de duração ignorada. O tratamento preconizado para esses casos é com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanalmente, por 3 semanas, totalizando 7,2 milhões de UI.
- C) Incorreta a alternativa C:** a cicatriz sorológica ocorre em pacientes que já foram tratadas e curadas, mantendo apenas testes treponêmicos reagentes com VDRL em baixa titulação ou não reagente. A paciente nega tratamento prévio, descartando cicatriz sorológica.
- D) Incorreta a alternativa D:** a sífilis recente (primária, secundária ou latente precoce) é tratada com dose única. No entanto, como a paciente está assintomática, nega tratamento prévio e não é possível determinar a duração da infecção, a classificação de sífilis recente não é a mais adequada.

Gabarito: B

55. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante de 12 semanas, G1P0A0, realiza sorologia para toxoplasmose na primeira consulta de pré-natal, com resultados de IgM positivo e IgG negativo. A ultrassonografia fetal de rotina está normal. Qual é a conduta mais adequada para essa paciente nesse momento?

- A) Iniciar o esquema tríplice (sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico) imediatamente.
- B) Iniciar espiramicina e repetir a sorologia (IgG e IgM) em duas semanas.
- C) Solicitar teste de avides para IgG de toxoplasmose e aguardar o resultado para decidir a conduta.
- D) Realizar amniocentese para PCR de *Toxoplasma gondii* a partir de 18 semanas de gestação.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre toxoplasmose na gestação.

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 susceptíveis (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 mantiver positiva com IgG também positiva, trata-se de um caso de toxoplasmose aguda com soroconversão na gestação. Se o 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 avides para IgG, a fim de determinar se a infecção é recente (baixa avides) ou tardia (alta avides), uma vez que os títulos de IgM podem permanecer positivos por até 1 ano, e o de IgG, por vários anos. Sabe-se que a capacidade de ligação e avides da imunoglobulina aumenta com a maturação da resposta imunológica, por isso avides baixa sugere infecção recente (menos de 4 meses) e avides 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.

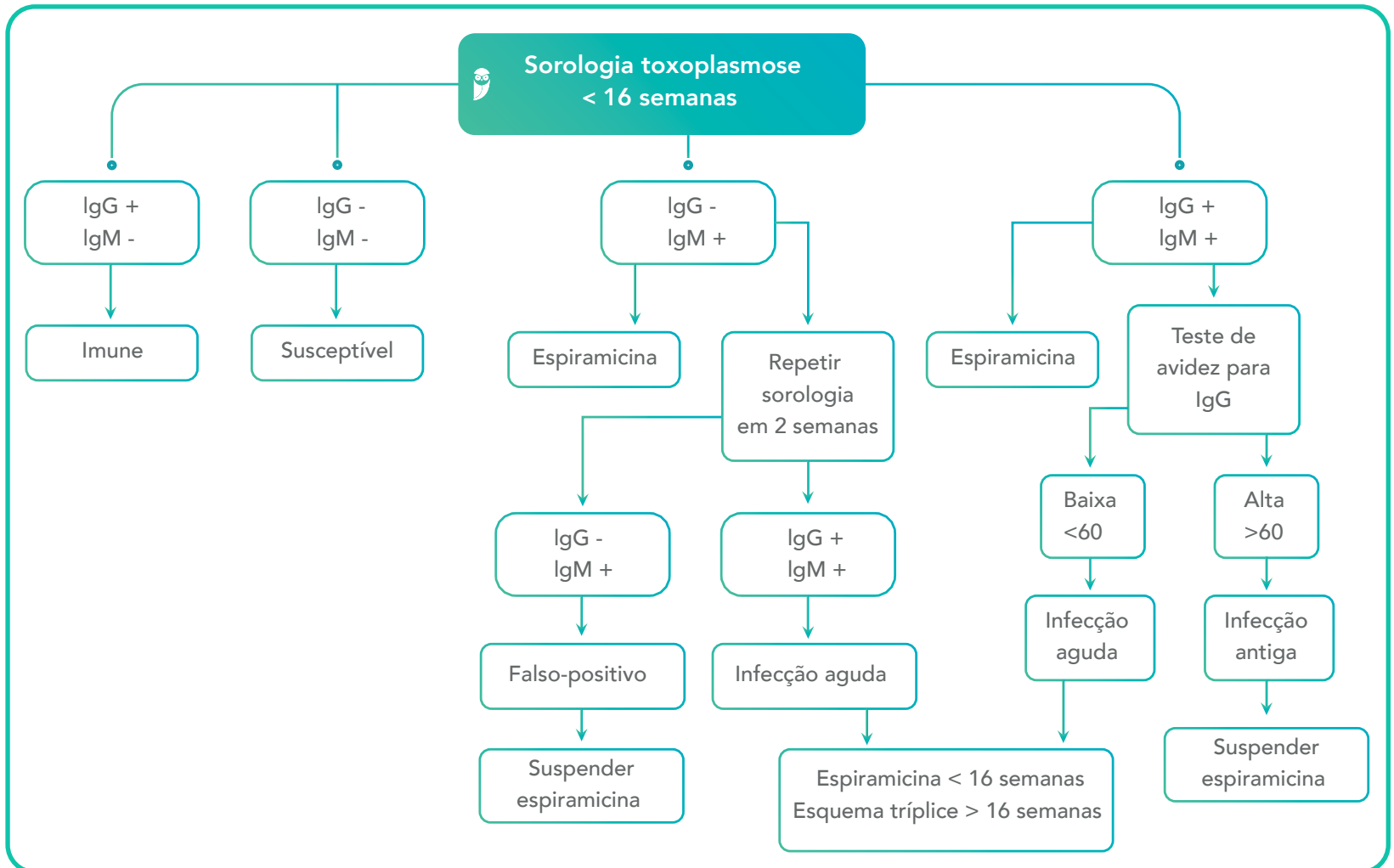
Nos casos confirmados ou prováveis de infecção aguda, isto é, se houver soroconversão, avides para IgG baixa ou intermediária ou ascensão dos valores de IgG em amostra seriada, deve-se fazer a pesquisa de infecção fetal a partir de 18 semanas.

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 avides já não é mais fidedigno, deve-se considerar a gestante como infecção aguda e fazer a investigação de 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, deve-se trocar por espiramicina 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.



- A) **Incorreta a alternativa A:** o esquema tríplice deve ser feito após 16 semanas em pacientes com confirmação de infecção recente ou infecção indeterminada e não deve ser iniciado no primeiro trimestre, pelo risco de teratogenicidade.
- B) **Correta a alternativa B:** a sorologia com IgM positivo e IgG negativo sugere infecção aguda, que precisa ser confirmada avaliando a soroconversão do IgG em duas a três semanas. A conduta inicial recomendada é iniciar espiramicina para reduzir o risco de transmissão vertical e repetir a sorologia em duas semanas para avaliar a soroconversão do IgG e confirmar infecção aguda.
- C) **Incorreta a alternativa C:** o teste de avidade é útil quando IgG e IgM são positivas para diferenciar infecção recente de antiga. No caso de IgM positiva e IgG negativa, deve-se avaliar a soroconversão do IgG, não o teste de avidade.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a amniocentese para pesquisa de infecção fetal é realizada a partir de 18 semanas diante de infecção recente ou indeterminada. Deve-se primeiro repetir a sorologia em 2 a 3 semanas para avaliar soroconversão de IgG e confirmar infecção aguda para, então, indicar a investigação de pesquisa de infecção fetal com amniocentese.

Gabarito: B

56. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Primigesta, 30 semanas e 5 dias, é diagnosticada com trabalho de parto prematuro (TPP) estabelecido, apresentando contrações uterinas regulares e dilatação cervical de 4 cm. Que condição a seguir seria uma contraindicação absoluta para a tocolise nessa paciente?

- A) Rotura prematura pré-termo de membranas.
- B) Diabetes *mellitus* gestacional bem controlada.
- C) Hipertensão arterial crônica controlada.
- D) História de parto prematuro anterior.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre conduta no trabalho de parto prematuro.

As principais medidas que reduzem as complicações da prematuridade abaixo de 34 semanas são: corticoterapia para maturação pulmonar, antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B e sulfato de magnésio para neuroproteção fetal. A tocolise deve ser administrada com o objetivo de retardar o parto para ser possível administrar e aguardar o efeito dessas medicações.

A inibição do trabalho de parto prematuro geralmente retarda o parto em até 48 horas. O objetivo de adiar o parto é ter tempo hábil para administrar corticoide e sulfato de magnésio, bem como permitir o transporte da gestante a um centro de referência quando necessário. Por isso, somente gestantes cujos fetos se beneficiam dessas intervenções devem receber a tocolise. Além disso, a terapia de manutenção dos tocolíticos após 48 horas não está indicada, pois é ineficaz em prevenir o parto prematuro e melhorar os parâmetros neonatais.

Assim, a tocolise está indicada para trabalho de parto prematuro entre 24 e 34 semanas em pacientes com membranas íntegras, com até 4 cm a 5 cm de dilatação cervical. Fora desses limites, seu uso deve ser particularizado de acordo com as características de cada serviço. Sendo assim, as contraindicações para a tocolise são:

- idade gestacional < 24 semanas ou \geq 34 semanas;
- rotura prematura pré-termo de membranas;
- óbito fetal ou malformação fetal letal;
- sinais de corioamnionite;
- suspeita de descolamento prematuro de placenta;
- placenta prévia com sangramento;
- restrição de crescimento fetal;
- doenças maternas graves descompensadas.

Os principais tocolíticos são: bloqueadores do canal de cálcio (nifedipina), antagonista dos receptores da ocitocina (atosiban), agonista dos receptores beta-adrenérgicos (terbutalina) e os inibidores da síntese de prostaglandinas (indometacina). O atosiban e a nifedipina são os tocolíticos mais utilizados na atualidade por terem menos efeitos colaterais e serem mais efetivos na tocolise.

A administração de corticoide é a principal conduta em gestantes com chance de parto prematuro nos próximos 7 dias (trabalho de parto prematuro, rotura prematura de membranas fetais ou parto prematuro eletivo), pois diminui os riscos de síndrome respiratória do recém-nascido, hemorragia intracraniana, enterocolite necrosante e morte neonatal.

Os corticoides utilizados para a maturação pulmonar são a betametasona e a dexametasona. A betametasona na dose de 12 mg a cada 24h, completando duas doses no total, é o corticoide de escolha para esses casos, por ser necessário um menor número de aplicações. Já a dexametasona na dose de 6 mg a cada 12h, completando 4 doses no total, é o segundo corticoide mais utilizado, mas tem a mesma eficácia da betametasona.

Observa-se o efeito do corticoide já nas primeiras horas de uso, mas a ação completa ocorre após 24 horas do término do ciclo, isto é, 48 horas após a primeira aplicação. Por isso, o uso do corticoide deve ser feito mesmo quando não há tempo hábil de se realizar o ciclo completo.

O sulfato de magnésio deve ser usado para neuroproteção fetal na iminência de parto prematuro com ou sem rotura de membranas, por diminuir a severidade e os riscos de paralisia cerebral ocasionados pela prematuridade. O uso do sulfato de magnésio deve ser feito entre 24 e 31 semanas e 6 dias para gestantes em trabalho de parto prematuro estabelecido ou para parto prematuro eletivo nas próximas 24 horas.

A antibioticoprofilaxia para estreptococo do grupo B deve ser feita intraparto para a prevenção da sepse neonatal a todas as gestantes em TPP com cultura positiva ou desconhecida. A medicação de primeira escolha é a penicilina cristalina, mas a ampicilina, 2 g a cada 6 horas, também é medicação aceita. A dose de ataque da penicilina cristalina é de 5 milhões UI por via endovenosa e deve ser feita, pelo menos, 4 horas antes do parto. As doses de manutenção são de 2,5 milhões UI a cada 4 horas até o parto. Pode-se optar pela clindamicina endovenosa, caso haja alergia à penicilina.

- A) **Correta a alternativa A:** a presença de rotura prematura pré-termo de membranas é uma das contraindicações absolutas à tocolise.
- B) **Incorreta a alternativa B:** o diabetes *mellitus*, se bem controlado e sem outras complicações, não é uma contraindicação para a tocolise.
- C) **Incorreta a alternativa C:** a tocolise é indicada em trabalho de parto prematuro entre 24 e 34 semanas, com dilatação cervical de até 4 a 5 cm, para prolongar a gestação e permitir a administração de corticoides e sulfato de magnésio.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a história de parto prematuro anterior é um fator de risco para prematuridade, mas não uma contraindicação para a tocolise na gestação atual, se as demais condições permitirem.

Gabarito: A

57. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Puérpera, 15 minutos após dequitação da placenta, apresenta sangramento vaginal profuso e contínuo. Qual é a etiologia mais provável da hemorragia e a primeira conduta a ser instituída?

- A) Laceração de canal de parto; realizar revisão do canal de parto e sutura.
- B) Retenção de tecido placentário; realizar extração manual da placenta.
- C) Atonia uterina; realizar massagem uterina bimanual e administrar ocitocina endovenosa.
- D) Inversão uterina; tentar reposicionar o útero com a manobra de Taxe.

Comentários:

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

As principais causas de HPP estão resumidas no mnemônico dos “4Ts”, conforme a tabela a seguir:

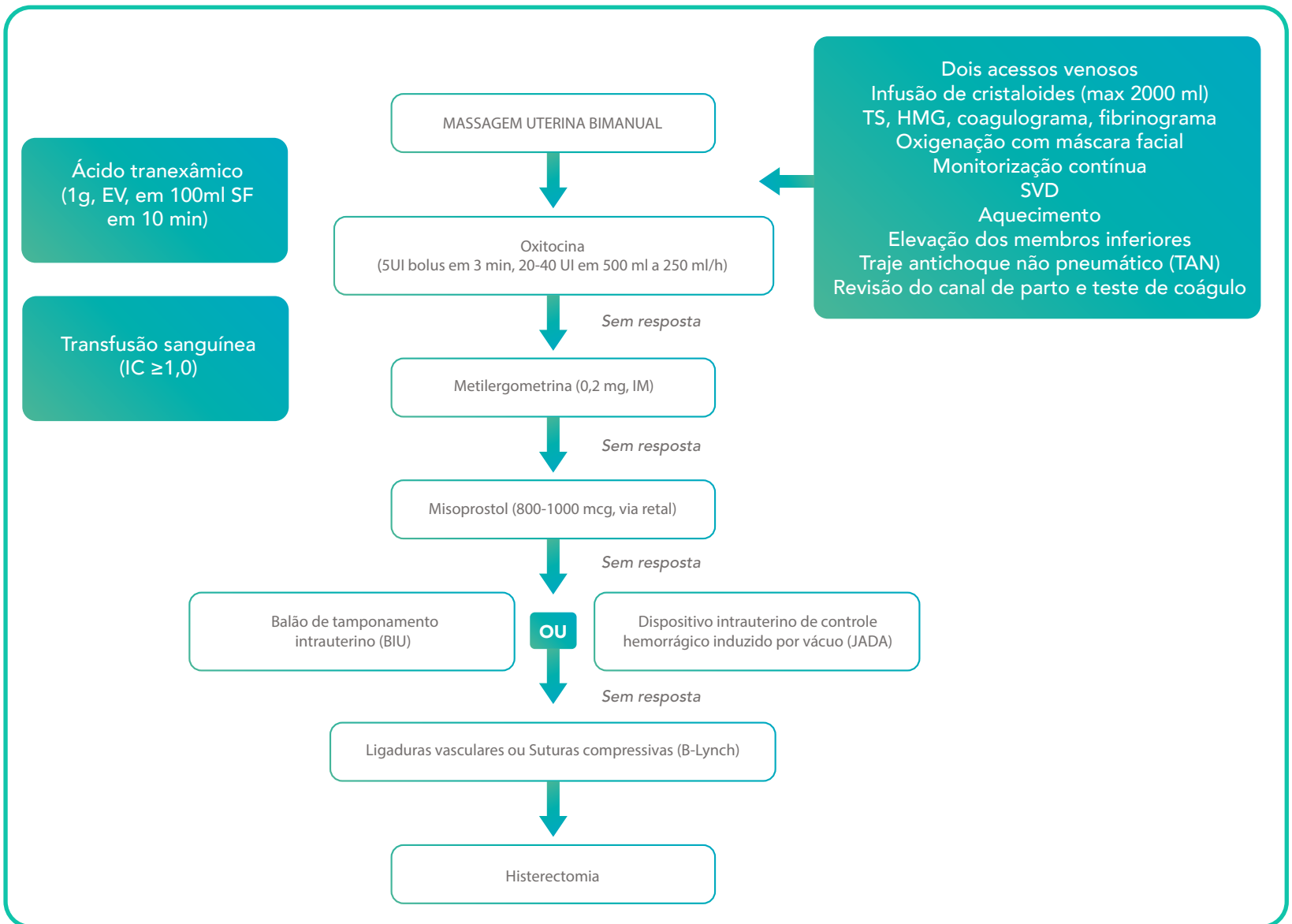
TABELA 1: CAUSAS DE HEMORRAGIA PÓS-PARTO		
4 TS	CAUSA ESPECÍFICA	FREQUÊNCIA
TÔNUS	Atonia uterina	70%
TRAUMA	Laceração, hematoma, inversão e rotura uterina	19%
TECIDO	Retenção de tecido placentário, coágulos e acretismo placentário	10%
TROMBINA	Coagulopatias e uso de anticoagulantes	1%

Como podemos ver, a atonia é a principal causa de HPP, correspondendo a mais de dois terços dos casos, por isso deve ser a primeira etiologia a ser investigada. O outro quase um terço engloba as causas de trauma e tecido, sendo laceração e retenção de tecido placentário a segunda e a terceira causas mais importantes, respectivamente. Por sua vez, as coagulopatias são causas muito raras e devem ser pesquisadas somente se a história for sugestiva ou se as condutas para as causas mais comuns não tiverem sido efetivas.

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

O quadro clínico de atonia uterina caracteriza-se por sangramento pós-parto associado a um útero não contraído e acima da cicatriz umbilical.

Há diversos esquemas terapêuticos na literatura mundial para a atonia uterina. A seguir, colocamos o preconizado pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde, que é cobrado nas provas de Residência Médica.



- A) **Incorreta a alternativa A:** lacerações do canal de parto são a segunda causa de HPP, a revisão do canal de parto seria feita se a HPP não respondesse ao tratamento da atonia.
- B) **Incorreta a alternativa B:** retenção de tecido placentário é a terceira causa de HPP.
- C) **Correta a alternativa C:** atonia uterina é a principal causa de hemorragia pós-parto (70% dos casos). A primeira conduta, mesmo antes de confirmar a causa, é a administração de ocitocina endovenosa (10 UI) e massagem uterina bimanual.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a inversão uterina, embora cause HPP, é muito rara e tipicamente causa dor abdominal importante e, visualmente, invaginação do fundo uterino.

Gabarito: C

58. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante de 40 semanas, com diagnóstico de hipertensão gestacional, possui indicação de indução do parto. Ao exame de toque, apresenta colo uterino com 2 cm de dilatação, 30% de esvaecimento, consistência média, posição posterior e apresentação alta. Que situação a seguir constitui uma contraindicação absoluta para a indução do parto nesse caso?

- A) Gestações múltiplas.
- B) Cicatriz de cesárea prévia.
- C) Placenta prévia.
- D) Macrossomia fetal.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre indicações e contraindicações à indução do parto.

Algumas situações exigem a antecipação do parto para proteger o binômio materno-fetal e, caso não haja contraindicação ao parto vaginal, deve-se optar pela indução do trabalho de parto. Sendo assim, as principais indicações de indução do trabalho de parto estão listadas na tabela a seguir:

TABELA 1: PRINCIPAIS INDICAÇÕES PARA INDUÇÃO DO PARTO

Rotura prematura de membranas/corioamnionite
Pós-termo
Hipertensão gestacional
Diabetes gestacional
Restrição de crescimento fetal
Óbito fetal

Entretanto, algumas situações contraindicam a indução do trabalho de parto por aumentar os riscos maternos e fetais. Nesses casos, a cesárea é a melhor via para resolução da gestação. As principais contraindicações para indução do parto são divididas em absolutas e relativas, conforme se observa na tabela a seguir:

TABELA 2: CONTRAINDICAÇÕES DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Absolutas (contraindicações ao parto normal)	Relativas
Placenta prévia, acretismo placentário	Gestação múltipla
Sofrimento fetal agudo	Macrossomia fetal
Infecção ativa por herpes genital	Apresentações anômalas
Miomectomia prévia	Vício pélvico
Cicatriz de cesárea prévia longitudinal	Carcinoma cervical invasivo
Vasa prévia	Cicatrizes de cesárea prévia
Prolapso de cordão umbilical	

- A) **Incorreta a alternativa A:** a gestação múltipla é uma contraindicação *relativa* para a indução do parto, não absoluta.
- B) **Incorreta a alternativa B:** a cicatriz de cesárea prévia é uma contraindicação relativa para a indução do parto, exceto se for uma cicatriz longitudinal prévia (clássica), que é uma contraindicação absoluta.
- C) **Correta a alternativa C:** placenta prévia é uma contraindicação absoluta para a indução do parto, pois o parto vaginal é contraindicado devido ao risco de hemorragia maciça.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a macrossomia fetal é uma contraindicação *relativa* à indução do parto.

Gabarito: C

59. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Puérpera no terceiro dia pós-parto cesáreo, G2P2, apresenta febre de 38,8 °C, dor abdominal e lóquios fétidos. Ao exame, o útero está subinvoluído e doloroso. Qual é o principal fator de risco para o desenvolvimento dessa condição na paciente?

- A) Anemia durante a gestação.
- B) Nuliparidade.
- C) Parto cesáreo.
- D) Rotura prematura de membranas.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre os fatores de risco para infecção puerperal.

O parto cesáreo associa-se ao maior risco de infecção por diversos motivos: maior perda sanguínea associada a essa via de parto em relação ao parto vaginal; contato do tecido cirúrgico com a flora vaginal; necrose tecidual; e uso de material que pode desencadear processos alérgicos, como os fios de sutura. Esse risco pode aumentar ainda mais se a cesariana ocorrer em mulheres em trabalho de parto, quanto maior for o tempo do procedimento cirúrgico e se as técnicas de assepsia cirúrgica não forem respeitadas.

O parto cesáreo eletivo, aquele realizado fora de trabalho de parto e com membranas ovulares íntegras, por exemplo, representa até 5 vezes menos risco para infecção puerperal do que aquele realizado após o início do trabalho de parto. Enquanto a frequência de infecção puerperal em partos espontâneos é menor do que 3%. É essencial lembrar que a antibioticoprofilaxia é uma prática universal a ser adotada no parto cesáreo, responsável por reduzir a taxa de infecção de aproximadamente 28% para 11%.

Entre os fatores de risco pré-operatórios para infecção, podemos citar: a obesidade, o diabetes, as infecções pré-existentes, como infecção intra-amniótica e vaginose bacteriana, uso prolongado de corticoide sistêmico e tabagismo.

Além desses, há outros fatores associados à infecção puerperal. Preparamos a tabela a seguir para apresentá-los resumidamente e facilitar sua memorização.

FATORES DE RISCO PARA INFECÇÃO PUERPERAL	
FATORES PRÉ-EXISTENTES	Obesidade
	Diabetes
	Tabagismo
	Infecção vaginal pré-existente
	Baixo nível socioeconômico
	Colonização vaginal por <i>Streptococcus</i> do grupo B, <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Mycoplasma hominis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> e <i>Gardnerella vaginalis</i>
	Anemia
	Nuliparidade e gestantes jovens

FATORES ASSOCIADOS AO PARTO	Parto cesáreo
	Período prolongado de indução e/ou parto
	Parto fórcepe
	Rotura de membranas ovulares (aumento do risco, quanto maior o tempo de rotura)
	Toques vaginais sucessivos e desnecessários
	Hemorragia pós-parto
	Retenção de tecido placentário
	Lacerações de canal de parto
	Corioamnionite
	Anestesia geral

- A) **Incorreta a alternativa A:** a anemia é um fator de risco pré-existente para infecção puerperal, mas não o principal.
- B) **Correta a alternativa B:** a nuliparidade e gestantes jovens são fatores de risco pré-existentes.
- C) **Incorreta a alternativa C:** PARTO CESÁRIO É O PRINCIPAL FATOR DE RISCO PARA A INFECÇÃO PUERPERAL.
- D) **Incorreta a alternativa D:** a rotura de membranas ovulares é um fator de risco associado ao parto, especialmente se houver tempo prolongado de rotura, mas não é o principal fator de risco comparado à cesariana.

Gabarito: B

60. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Obstetrícia – Prof. Natalia Carvalho) Gestante de 38 semanas e 2 dias, com diagnóstico confirmado de rotura prematura de membranas (RPM) há 4 horas, comparece ao hospital. Nega sinais de infecção ou de trabalho de parto e o feto apresenta boa vitalidade. Qual é a conduta mais adequada para essa paciente?

- A) Manter conduta expectante, com repouso absoluto e antibioticoterapia, até o início espontâneo do trabalho de parto.
- B) Induzir o parto, preferencialmente com misoprostol ou ocitocina, se não houver contra-indicação ao parto vaginal.
- C) Realizar cesariana eletiva imediatamente, devido ao risco aumentado de infecção fetal.
- D) Administrar corticoides para maturação pulmonar fetal e aguardar 48 horas para indução.

Comentários:

O que o examinador quer saber: sobre a conduta na rotura prematura de membranas no termo.

A RPM ou amniorrexe prematura é definida pela ocorrência de rotura das membranas amniótica e coriônica antes do início do trabalho de parto, independentemente da idade gestacional. Quando a rotura prematura das membranas ocorre antes de 37 semanas, define-se como RPM pré-termo e, quando ocorre após 37 semanas, como RPM de termo. Antes de 20 semanas, a ocorrência de rotura de membranas fetais leva a um quadro de abortamento, por isso não é considerada rotura prematura de membranas.

O intervalo entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto é chamado de período de latência. O período de latência é inversamente proporcional à idade gestacional e diretamente proporcional à ocorrência de infecção, isto é, quanto menor for a idade gestacional, maior é o período de latência e, quanto maior o período de latência, maior a chance de infecção.

Na RPM de termo, 90% dos casos evoluem para trabalho de parto nas primeiras 24 horas de latência, já nas RPM pré-termo, esse período pode passar de uma semana, a depender da idade gestacional. Sendo assim, considera-se período de latência prolongado quando é superior a 12-24 horas.

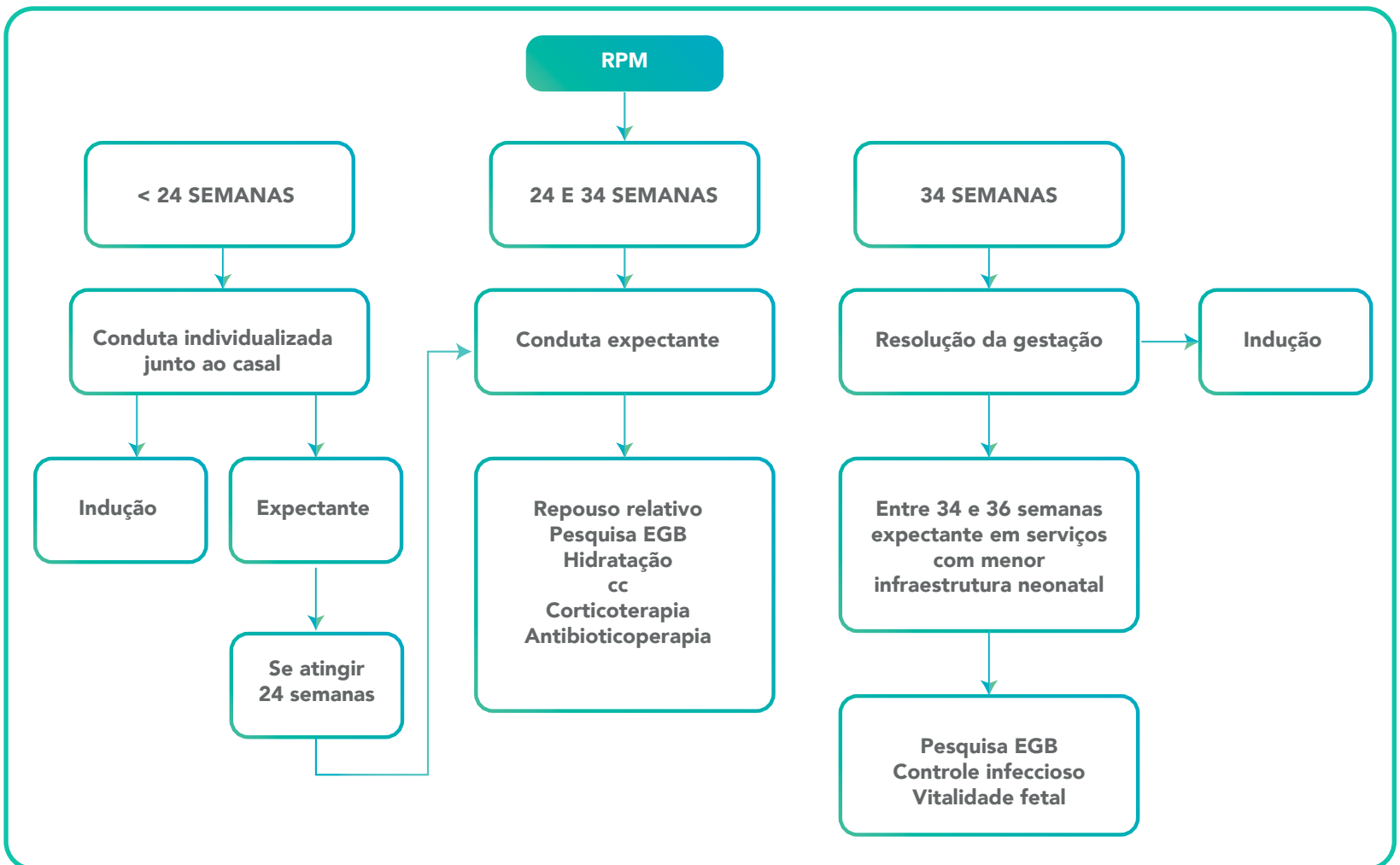
A principal complicação da RPM é a infecção intrauterina (corioamnionite e endometrite) com conseqüente infecção fetal. Essa complicação está presente em 15% a 25% dos casos, sendo que o risco de infecção aumenta conforme a duração da rotura das membranas e do período de latência. Outras complicações são: descolamento prematuro de placenta e prolapso de cordão umbilical.

A principal queixa da gestante com RPM é a saída de líquido amniótico pela vagina na ausência de contrações uterinas. Diante desse sintoma, a gestante deve ser avaliada clinicamente por meio do exame especular, a fim de verificar a saída de líquido amniótico pelo orifício externo do colo uterino. Pode-se fazer elevação da apresentação fetal e compressão no fundo uterino (manobra de Tarnier) ou solicitar que a gestante realize manobra de Valsalva para observar melhor a saída de líquido amniótico. O exame de toque não deve ser realizado se a gestante estiver fora de trabalho de parto pelo risco aumentado de infecção. Desse modo, o diagnóstico de rotura prematura de membranas ocorre em 90% dos casos por meio da avaliação clínica, com a visualização da saída de líquido amniótico pelo orifício externo do colo uterino no exame especular, sendo esse o diagnóstico padrão-ouro.

Para a conduta correta na RPM, deve-se primeiramente avaliar: idade gestacional, sinais de infecção e vitalidade fetal. Feita essa avaliação inicial, confirmando ausência de sinais de infecção e feto com boa vitalidade, a conduta na RPM varia conforme a idade gestacional.

Na rotura prematura de membranas em gestações de termo (a partir de 37 semanas), a conduta é ativa, com a resolução da gestação, uma vez que a conduta expectante para esses casos aumenta o risco materno-fetal de infecção. A antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B (EGB) deve ser feita durante o trabalho de parto ativo se a gestante apresentar cultura positiva ou fatores de risco que justifiquem a antibioticoprofilaxia em caso de cultura desconhecida (febre ≥ 38 graus ou rotura de membranas ≥ 18 horas). O antibiótico usado é a penicilina cristalina a cada quatro horas até o parto.

A conduta diante da rotura prematura pré-termo de membranas visa diminuir as complicações da prematuridade. Alguns procedimentos são controversos e variam de uma instituição para outra. Sendo assim, as condutas a seguir seguem o preconizado pela Febrasgo e pelo Ministério da Saúde e vêm sendo utilizadas pela maioria das instituições brasileiras.



A conduta nos casos de RPM entre 24 e 33 6/7 semanas é expectante. Deve-se realizar internação hospitalar, repouso relativo, hidratação oral (mínimo de 2,5 L/dia) coleta de cultura para estreptococos do grupo B, controle clínico (temperatura materna e frequência cardíaca materna e fetal) e laboratorial de infecção (hemograma e proteína C reativa a cada 2 a 3 dias), assim como a avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia diária, Doppler e perfil biofísico fetal 2x por semana).

A corticoterapia para maturação pulmonar é a principal conduta nessa idade gestacional, pois reduz os riscos ocasionados pela prematuridade, diminuindo a morbimortalidade neonatal.

Caso a gestante entre em trabalho de parto, deve-se aplicar sulfato de magnésio para neuroproteção fetal (< 32 semanas) e antibioticoprofilaxia para estreptococos do grupo B, caso a gestante não esteja mais fazendo antibiótico para aumentar o período de latência.

A resolução da gestação deve ocorrer independentemente da idade gestacional se: feto com alteração da vitalidade, sinais de corioamnionite, sangramento vaginal importante sugestivo de descolamento prematuro de placenta, trabalho de parto ou óbito fetal.

A tocólise está contraindicada e caso a gestante entre em trabalho de parto, deve-se conduzir o parto vaginal.

- A) Incorreta a alternativa A:** em gestações a termo (≥ 37 semanas), a conduta expectante aumenta o risco materno-fetal de infecção. O repouso absoluto não possui evidência científica de benefício.
- B) Correta a alternativa B:** para RPM a termo (a partir de 37 semanas), a conduta é ativa, com a resolução da gestação, preferencialmente por indução do parto com misoprostol ou ocitocina, a depender das características do colo uterino e se não houver contraindicação ao parto normal.
- C) Incorreta a alternativa C:** a via de parto deve ser discutida, mas não há benefícios estabelecidos que justifiquem a cesariana de rotina em casos de RPM a termo sem outras indicações obstétricas. A indução é a conduta mais aceita.

D) Incorreta a alternativa D: a gestante está com 38 semanas, já no termo. A corticoterapia para maturação pulmonar fetal é indicada para prematuros (entre 24 e 34 semanas e, em alguns protocolos, até 36 6/7 semanas), não sendo necessária em gestações a termo.

Gabarito: B

PEDIATRIA

61. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Gerson, 6 meses completos, é trazido à consulta de puericultura por sua mãe. Paciente nascido a termo com 3300 g, 50 cm de comprimento e perímetro cefálico de 35 cm. Está em aleitamento materno complementado com introdução alimentar adequada, com desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade e não apresentou intercorrências desde o nascimento. Na consulta de hoje, é aferido peso de 7200 g, comprimento de 66 cm e perímetro cefálico de 41 cm. Existe algum dado antropométrico que não evoluiu de maneira adequada? Se sim, qual deles?

- A) O ganho de peso não foi satisfatório.
- B) O ganho de comprimento não foi satisfatório.
- C) O aumento do perímetro cefálico não foi satisfatório.
- D) O desenvolvimento antropométrico foi adequado.

Comentários:

Fala, Coruja!

Trouxe essa questão para lembrarmos algumas regrinhas de bolso sobre crescimento da criança no primeiro ano de vida. São três medidas antropométricas que devem ser avaliadas: perímetro cefálico, comprimento/estatura e peso.

Perímetro cefálico

Uma medida antropométrica fundamental a ser avaliada é o perímetro cefálico (PC), que reflete o crescimento cerebral. Seu crescimento mais proeminente ocorre durante o primeiro ano de vida.

Aumento excessivo do perímetro cefálico pode sugerir condições como hidrocefalia ou outras causas de deformidades cranianas.

Por outro lado, aumento insatisfatório do perímetro cefálico também pode sugerir problemas! Fechamento precoce das suturas cranianas, déficits de crescimento e/ou desenvolvimento do SNC.

Para aferir, basta passar a fita da glabella até a parte mais alta do occipital, de forma justa, mas não muito apertada, com cuidado para não passar a fita por cima da orelha.

Ao nascimento, o PC mede entre 33 a 36 cm; aos 2 anos, de 47 a 51 cm; e, aos 3 anos, apresenta tamanho semelhante ao do adulto.

PERÍODO	CRESCIMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO
1º trimestre	2 cm/mês
2º trimestre	1 cm/mês
2º semestre	0,5 cm/mês

Ou seja, o PC cresce 12 cm no primeiro ano de vida e 9 cm nos primeiros 6 meses de vida!

Microcefalia Segundo a OMS e Ministério da Saúde

Perímetro cefálico < -2 desvios-padrão para a idade e sexo
OU
Meninos < 31,9 cm
Meninas < 31,5 cm

Em bebês prematuros, existem curvas específicas

Comprimento/estatura

Existem algumas fases do crescimento do comprimento das crianças:

1. ritmo acelerado no primeiro ano de vida;
2. ritmo acelerado no segundo ano de vida (um pouco menos acentuado do que no 1º);
3. desaceleração do ritmo de crescimento em idade pré-escolar até a puberdade;
4. estirão da puberdade.

VELOCIDADE DE CRESCIMENTO

Estatura média ao nascer	Menino: 50 cm Menina 49 cm
Crescimento no primeiro ano	1º semestre: 15cm 2º semestre: 10cm
Crescimento no segundo ano	10 - 17cm
Velocidade de crescimento em pré-escolares	5 - 7cm/ano
Velocidade de crescimento na adolescência	Meninos: 8,5 cm/ano Meninas: 9,5 cm/ano

No geral, espera-se um crescimento de **25 cm** no primeiro ano de vida. É o equivalente a 50% da estatura do nascimento! Incrível, né? A estatura do nascimento dobra por volta dos 4 anos de idade.

Peso

Primeira coisa que vale a pena lembrar é que esperamos uma perda de peso na primeira semana de vida em praticamente todas os bebês, com rápida recuperação:

	Perda de peso	Recuperação de peso de nascimento
Recém-nascido a termo	5% a 10%	7 a 10 dias de vida
Recém-nascido a pré-termo	Em torno de 15%	Até 21 dias de vida

Essa perda é mais acentuada em prematuros, pois a proporção de água corporal neles é maior. Há uma demora maior na recuperação, pois, muitas vezes, o bebê prematuro passa por percalços que dificultam o ganho de peso: dificuldade na aceitação e tolerância da dieta, infecções neonatais, distúrbios respiratórios etc.

Passadas as primeiras semanas de vida, a criança engata em um ritmo de ganho de peso muito acelerado:

PERÍODO	GANHO DE PESO (em gramas)	
1º trimestre	700 g/mês	25 -30 g/dia
2º trimestre	600 g/mês	20 g/dia
3º trimestre	500 g/mês	15 g/dia
4º trimestre	300 g/mês	10-12 g/dia

Isso gera a seguinte regrinha de bolso:

Duplica o peso de nascimento: 4-5 meses de idade;
Tripluca o peso de nascimento: 12 meses de idade;

Mas, veja: questões sobre ganho de peso e crescimento esperados costumam gerar dúvidas, pois existe uma variação considerável entre as crianças. Sei que é muito bom quando temos números fixos para decorar para as provas, mas a verdade é que cada bebê tem seu ritmo de crescimento.

Por isso, esses números representam apenas uma ideia do que é esperado, não uma regra absoluta. À título de resolução de questões em provas, podemos estabelecer que, para a criança em aleitamento materno exclusivo, o ganho no primeiro trimestre vai de 600 até 900g. Por isso, tanto o ganho de 700 g/mês quanto o de 900 g/mês no primeiro trimestre estão corretos.

No entanto, mais importante do que o número de gramas que a criança ganha, é analisar o contexto da questão. Se você estiver diante de um enunciado em que a mãe traz alguma queixa (refluxo, dificuldade na amamentação etc.), é mais provável que o ganho de peso trazido não seja satisfatório. Já em uma questão de puericultura de rotina em que está "tudo bem", a tendência é que o ganho de peso seja satisfatório. Temos que valorizar todas as informações trazidas pelo examinador.

De toda forma, iremos deixar isso mais claro no material e padronizar a informação. Gosto da ideia de 700-600-500, pois fica mais fácil de memorizar. Só reitero que precisamos ter senso crítico para avaliar essas questões, ok? Não confie cegamente nos números trazidos.

Analisando a questão...

Gerson nasceu como um bebê “mediano”: todas as medidas antropométricas registradas estão próximas do percentil 50 de uma criança nascida a termo. E vale ressaltar: **note que eu enfatizei o quão “bem” a criança está indo** — aleitamento materno complementado, bom DNPM e ausência de intercorrências desde o nascimento. A chance de a criança ter algum déficit acaba sendo mitigada, então pequenas diferenças no ganho de peso e comprimento em relação às regras de bolso **tendem** a ser relevadas, ok?

Considerando as regras de bolso, o que eu esperaria?

- **Peso:** $3300 + (3 \times 700 \text{ g}) + (3 \times 600 \text{ g}) =$ aproximadamente 7200 g. Está adequado.
- **Comprimento:** 50 cm + 15 cm esperados nos 6 meses = 66 cm. Está adequado.
- **Perímetro cefálico:** 35 cm + 9 cm esperados nos 6 meses = 44 cm. O perímetro cefálico aferido está em 41 cm. Pode parecer pouca coisa, mas é uma diferença de quase 30% do ganho esperado! Isso merece uma investigação aprofundada. Se plotarmos isso nas curvas de perímetro cefálico da OMS, inclusive, há uma queda no *Z-score* (de 0 para -1).

Vamos dar uma olhada nas assertivas?

- A) **Incorreta a alternativa A.** O ganho de peso está dentro do esperado. Daria para tolerar algo entre 7 e 8 kg, aproximadamente.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Gerson ganhou os 15 cm esperados no primeiro semestre de vida.
- C) **Correta a alternativa C.** Aqui, devemos ter mais cuidado. Proporcionalmente, 1 ou 2 cm trazem um impacto maior nas curvas de avaliação de perímetro cefálico. Esperávamos um ganho de 9 cm, mas o paciente ganhou apenas 6 cm.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Como vimos, o ganho de perímetro cefálico não foi adequado.

Gabarito: C

62. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Antônio tem 22 dias de idade, primogênito, nascido a termo e com peso adequado para a idade gestacional, sem intercorrências pré-natais e perinatais. É trazido à consulta de puericultura na Unidade Básica de Saúde. Sua mãe está aflita, pois está com dificuldade na amamentação. Conta que Antônio pede o seio materno “toda hora”, e que fica mais de uma hora mamando em todas as vezes. Sente bastante dor durante a amamentação. Ao exame físico, você observa uma descontinuidade da pele na região mamilar bilateralmente, com saída de pequena quantidade de sangue. Não se observa turgência nas mamas ou áreas de eritema. Qual é o diagnóstico mais provável e conduta, além de corrigir a técnica de amamentação?

- A) Fissura mamária. Considerar o uso de pomadas à base de lanolina.
- B) Fissura mamária. Utilizar antibióticos tópicos com ação antiestafilocócica.
- C) Ingurgitamento mamário. Considerar o uso de analgésicos simples e crioterapia.
- D) Mastite lactacional. Considerar o uso de antibióticos sistêmicos com ação anti-estafilocócica.

Comentários:

Fala, Coruja!

Sabemos que o aleitamento materno tem recomendação de ser mantido **exclusivo** até os 6 meses e **complementar** até os 2 anos de idade. Mas para que a mãe tenha sucesso na amamentação, é muito importante que a **técnica** da amamentação esteja correta. A técnica correta de amamentação permite o esvaziamento adequado dos seios (evitando o ingurgitamento mamário) e evita traumas/fissuras mamilares. Tanto o ingurgitamento mamário quanto as fissuras mamilares podem predispor processos inflamatórios e infecciosos na mama, o que chamamos de **mastite lactacional**.

Antes de discutirmos como diferenciar cada uma dessas condições, vamos revisar como é a técnica correta de amamentação. Lembrando que devemos **evitar horários fixos e preconizar o aleitamento materno em livre demanda**, ok? Lembre-se de que existe o **posicionamento adequado** (relação entre corpo do bebê e o da mãe) e **pega adequada** (interação da boca do bebê com o seio da mãe):

ADEQUAÇÃO DA MAMADA	
Pontos-chave do posicionamento adequado	Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo Corpo do bebê próximo ao da mãe Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido) Bebê bem apoiado
Pontos-chave da pega adequada	Mais aréola visível acima da boca do bebê Boca bem aberta Lábio inferior virado para fora Queixo tocando a mama
Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada	Bochechas do bebê encovadas a cada sucção Ruídos da língua Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama Dor na amamentação

Fique atento à descrição de "primíparas", pois elas costumam ter mais dificuldade com o aleitamento materno, além de uma apojadura potencialmente mais tardia — gerando dificuldades e frustrações nas primeiras semanas. Então, como mencionado, a técnica falha predispõe complicações.

A primeira complicação que gostaria de trazer é o **ingurgitamento mamário**, popularmente chamado de "leite empedrado". Ocorre por drenagem ineficaz das mamas, gerando compressão de ductos lactíferos e edema linfático que dificultam ainda mais o esvaziamento. Busque pela descrição de desconforto, mama distendida, brilhante, mamilos achatados. Para tratar e evitar a evolução para mastite lactacional:

- ordenhar a mama antes da mamada do bebê, para facilitar a pega;
- massagens nas mamas, para diminuir o leite acumulado e facilitar a retirada do dele pelo bebê;
- mamadas mais seguidas para possibilitar esvaziamento frequente (regime de livre demanda);
- uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios, para aliviar a dor;
- suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã de alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado). As compressas frias provocam vasoconstrição temporária, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com conseqüente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, auxiliando no tratamento na fase aguda.

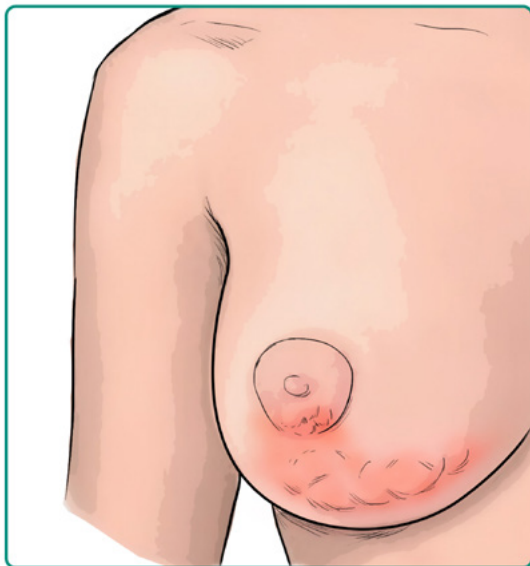
Na ausência de sucção do bebê, a mãe deve ordenhar a mama manualmente ou com bomba extratora para alívio da dor.

Outra complicação são os **traumas/fissuras mamilares**. São lesões mecânicas que ocorrem na mucosa do mamilo da mãe, bastante dolorosas e que podem ser sangrantes. Ah, vale mencionar que o aleitamento deve ser mantido (exceto em caso de lesões sangrantes e mãe portadora de doença infectocontagiosa com transmissão parenteral). Para tratar fissuras mamilares, temos o seguinte:

- Iniciar a amamentação pela mama menos afetada;
 - Antes de iniciar as mamadas, ordenhar o leite, para facilitar a sucção do bebê;
 - Tentar eliminar o contato da área machucada com a roupa, fora das mamadas;
- Usar analgésio, quando necessário. Considerar uso de pomadas à base de LANOLINA e/ou passar o próprio leite materno no ferimento.

Quando o problema persiste, pode haver evolução para uma **mastite lactacional**, um processo inflamatório no tecido mamário que pode ou não ser acompanhado por infecção (geralmente estafilocócica). Espere a descrição de **áreas de eritema, edema localizado, dor importante** e até febre. A descrição de "áreas de flutuação" pode sugerir a presença de **abscesso mamário**.

MASTITE LACTACIONAL



- Esvaziar mamas e corrigir técnica de amamentação;
- Manter aleitamento;
- Sintomáticos e considerar ATB se sintomas graves/ abscesso ou ausência de melhora em até 72 horas.

ATENÇÃO!

Quando há um abscesso mamário cujo material drenado tem contato direto com a boca do lactante, orienta-se a suspensão temporária do aleitamento na mama afetada, com manutenção da ordenha e descarte do leite, com manutenção da amamentação na mama contralateral.

Veja que nem sempre há indicação de antibioticoterapia. Casos leves podem ser manejados com orientações e analgésicos comuns. Em quadros graves e/ou falha terapêutica, podemos **considerar** antimicrobianos sistêmicos com ação anti-estafilocócica (cefalexina, clindamicina, oxacilina). Ah, e o aleitamento só é temporariamente suspenso se houver **abscesso comunicante com ducto mamário**. Se for "só" mastite ou abscesso não comunicante, o ideal é manter o aleitamento materno no lado afetado.

Vamos analisar o caso de Gerson:

- a queixa principal é dor intensa durante a amamentação. Notamos que as mamadas estão muito longas e frequentes, o que pode predizer dificuldade técnica na amamentação;

- ao exame físico, temos uma descontinuidade da pele na região mamilar bilateralmente, com sangramento discreto, sem sinais de inflamação difusa (não há turgência, nem eritema, nem calor local).

A ausência de inflamação local afasta a possibilidade de mastite lactacional e, no ingurgitamento mamário, eu espero uma mama túrgida e com mau esvaziamento.

A conduta será corrigir a pega do bebê, manter o aleitamento e aplicar cuidados locais com lanolina ou leite materno na aréola. Como não há sinais de infecção, não temos indicação de antibiótico tópico ou sistêmico neste momento.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) **Correta a alternativa A.** É a principal hipótese diagnóstica. A conduta será corrigir a pega do bebê, manter o aleitamento e aplicar cuidados locais com lanolina ou leite materno na aréola.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A hipótese diagnóstica está correta, mas, como não há sinais de infecção, não temos indicação de antibiótico tópico ou sistêmico nesse momento.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Para pensar em ingurgitamento mamário, busque pela descrição de desconforto, mama distendida, brilhante, mamilos achatados.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Para pensar em mastite lactacional, espere a descrição de áreas de eritema, edema localizado, dor importante e até febre. A descrição de "áreas de flutuação" pode sugerir a presença de abscesso mamário.

Gabarito: A

63. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Thales tem 4 anos, portador de asma. É trazido ao PS infantil com crise de tosse e sibilância iniciadas há 5 horas. Ao exame físico da admissão, você encontra um paciente bastante agitado, com FR de 46 irpm, tiragem subcostal e de fúrcula moderadas, SpO₂ de 89% em ar ambiente, FC de 156 bpm e sibilância difusa em ausculta pulmonar. Thales recebeu salbutamol 4 *puffs* de 20 em 20 minutos por uma hora, prednisolona 2 mg/kg/dose e brometo de ipratrópio inalatório, além de ter sido acoplado em máscara não reinalante (MNRI).

Em reavaliação: segue agitado, FR de 44 irpm, mantendo sinais moderados de esforço respiratório, SpO₂ de 95% em MNRI, FC de 160 bpm e sibilância difusa em ausculta pulmonar.

Qual é a conduta mais adequada para Thales nesse momento?

- A) Salbutamol 4 *puffs* de hora em hora; considerar uso de sulfato de magnésio.
- B) Salbutamol 6 *puffs* de 20 em 20 minutos por uma hora; considerar uso de sulfato de magnésio;
- C) Salbutamol 6 *puffs* de hora em hora; repetir dose de corticoide sistêmico e brometo de ipratrópio.
- D) Salbutamol 4 *puffs* de 20 em 20 minutos, por uma hora. Sem condutas adicionais, por ora.

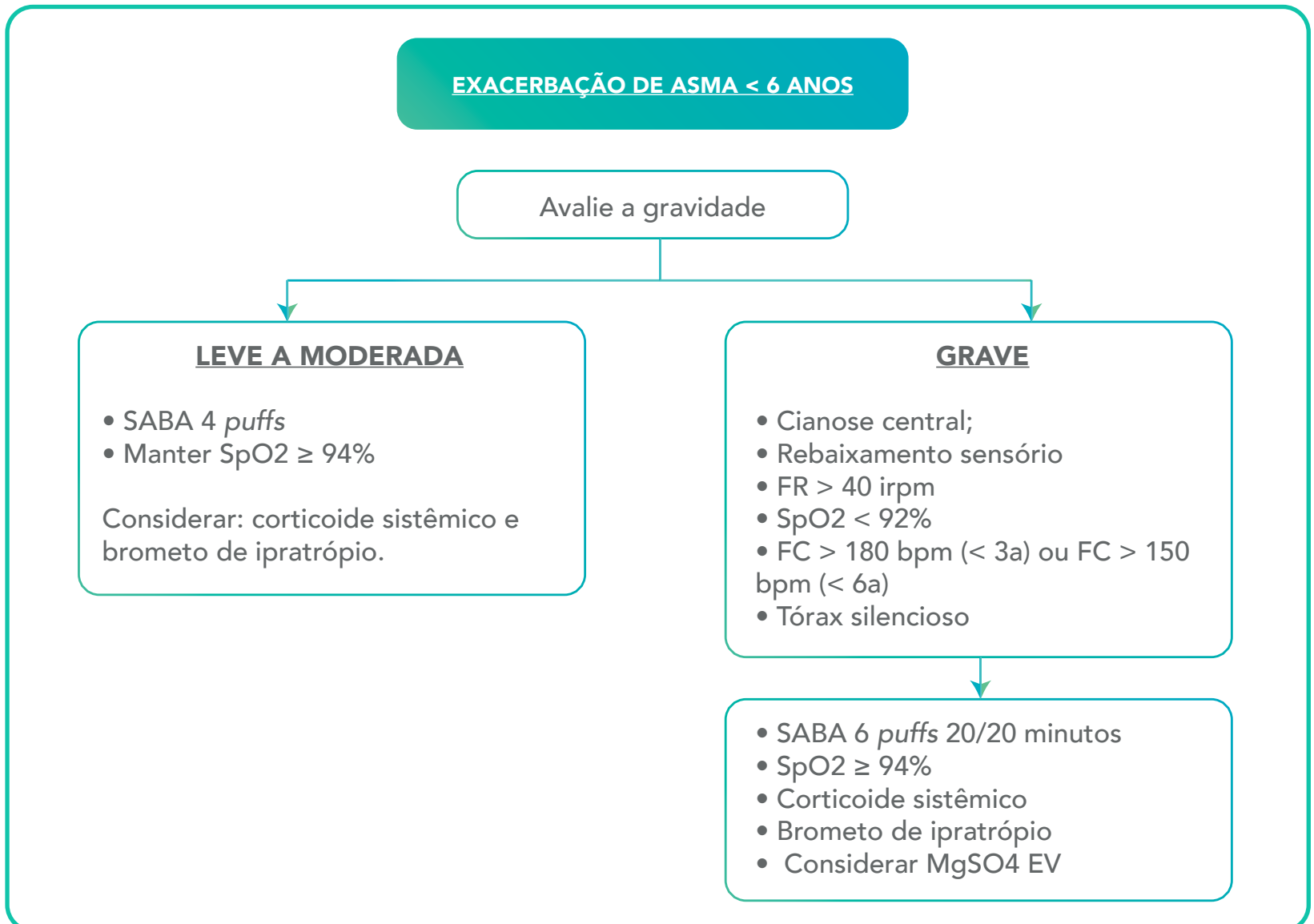
Comentários:

Fala, Coruja!

Questão sobre exacerbação de asma, tema frequente nas provas do INEP. Bora lá!

O primeiro passo é ver a idade do paciente. Lembre-se de que o manejo de asma, tanto manutenção quanto exacerbação, **mudam para menores de 6 anos**, ok? Nessa questão, vou me ater às recomendações para **pacientes < 6 anos**.

Vou trazer o que está de acordo com as versões do GINA a partir de 2025, ok? 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

Sintoma ou sinal	Leve a moderada	Grave
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.

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

	Leve a moderada	Grave
SABA	4 <i>puffs</i> ATÉ 20 em 20 minutos	6 <i>puffs</i> 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

	Dosagem
SABA	4–6 <i>puffs</i> de 20 em 20 minutos na 1ª hora 4 ou mais <i>puffs</i> 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 ≥ 94%
Brometo de ipratrópio	4 <i>puffs</i> de 20 µg de 20 em 20 minutos em 1 hora
MgSO ₄ EV	40–50 mg/kg/dose durante 20 minutos, máximo de 2 g Usar somente se ≥ 2 anos

Lembre-se de que o **corticoide via oral tem a mesma eficácia do endovenoso**. Sempre que possível, daremos preferência para a administração via oral. 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:

- **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.
- **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.

Instituído o tratamento, o paciente tem dois caminhos: melhorar ou não melhorar. Se a criança melhorar:

Alta hospitalar com...

- SABA se necessário + completar 5 dias de corticoide sistêmico;
- iniciar CI ou ajustar a dose;
- dar preferência por terapias com LABA associado e iniciar no *STEP* 3 ou 4 (se já faz uso, aumentar a dose por 2-4 semanas);
- assegurar tratamento domiciliar e checar técnica de administração;
- retorno em até 3 dias;
- providenciar plano de ação para cuidadores.

Voltando para o caso de Thales...

Nosso paciente está em uma crise grave, conforme os critérios que discutimos acima. O manejo da primeira hora foi adequado? Até que sim: corticoide sistêmico, brometo de ipratrópio e O₂ suplementar foram adequados, mas a dose do SABA foi abaixo do necessário! Veja que ele recebeu 4 *puffs* de 20 em 20 minutos, e essa seria a conduta preconizada para uma crise leve-moderada.

Thales apresentou uma resposta parcial, com melhora da SpO₂ e FR. A FC provavelmente aumentou como reflexo do uso de b-2-agonistas. Mas ele segue numa crise grave! Então, para a segunda hora:

- SABA: o GINA não é claro sobre como deve ser o salbutamol na 2ª hora de atendimento. É dito que deve ser ajustado de acordo com a necessidade. Como nosso paciente segue em uma crise grave, é prudente mantermos 6 *puffs* de 20 em 20 minutos;
- brometo de ipratrópio: não há indicação de repetir. O uso é validado para a primeira hora de atendimento, com intuito de reduzir taxa de internação;
- corticoide sistêmico: não há indicação de repetir. A dose máxima já foi utilizada;
- suporte de O₂: está adequado. O paciente atingiu o alvo;
- sulfato de magnésio: considerando a gravidade da crise, pode ser prescrito agora.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) **Incorreta a alternativa A.** O GINA não é claro sobre como deve ser o salbutamol na 2ª hora de atendimento. É dito que deve ser ajustado de acordo com a necessidade. Como nosso paciente segue em uma crise grave e a dose na 1ª hora foi insuficiente, é prudente mantermos 6 *puffs* de 20 em 20 minutos.
- B) **Correta a alternativa B.** Se você quiser prescrever o sulfato de magnésio agora, inclusive, não tem problema.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Não há indicação de repetir dose do corticoide sistêmico e/ou brometo de ipratrópio.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A dose de SABA pode ser de até 6 *puffs*, considerando que é uma crise grave. Atualmente, podemos fazer sulfato de magnésio em pacientes a partir de 2 anos de idade.

Gabarito: B

64. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Sérgio tem 8 meses, nascido hígido e a termo. Pré-natal sem intercorrências, sua mãe fez tratamento adequado de sífilis durante a gestação, e Sérgio já apresentou duas titulações de VDRL negativas consecutivas durante o seguimento. Atualmente, vive em condição de extrema vulnerabilidade socioeconômica, e sua dieta é bastante pobre. É trazido em consulta de UBS com queixa de irritabilidade. Nas últimas semanas, sua mãe percebeu que Sérgio fica mais calmo quando está no berço e chora bastante ao ser pego no colo. Durante avaliação, nota-se criança com aspecto desnutrido e presença de rosário costal. A criança prefere ficar deitada, com pernas em abdução. Chora à manipulação. Ao examinar cavidade oral, notou-se pequenos pontos de sangramento em gengiva. Faz uso de sulfato ferroso e colecalciferol profiláticos retirados na UBS.

Entre as alternativas, qual é a mais adequada para Sérgio?

- A) Solicitar teste rápido para sífilis para investigar pseudoparalisia.
- B) Tratamento com ácido ascórbico.
- C) Tratamento com reposição de vitamina D.
- D) Tratamento com reposição de vitamina K.

Comentários:

Fala, Coruja!

O modelo padrão de questões sobre diagnóstico diferencial entre as vitamínoses é relativamente previsível. Geralmente, temos um paciente com algum fator de risco para deficiências vitamínicas (como desnutrição, alcoolismo, síndromes disabsortivas por insuficiência pancreática exócrina, doença inflamatória intestinal e amplas ressecções intestinais), apresentando algumas manifestações inespecíficas (fadiga crônica, anemia, palidez, infecções de repetição — coisas que podem ocorrer em praticamente todas as deficiências vitamínicas) aliada à alguma manifestação **específica** de determinada vitamina. Sabemos que, na vida real, isso não é tão "preto no branco" e frequentemente uma mesma pessoa apresenta deficiência de vários micronutrientes e vitaminas em concomitância. No entanto, em cenário de prova de Residência, o examinador acaba tendo que enfatizar alguma característica clínica específica da deficiência em questão para permitir que você chegue à resposta (evitando, assim, recursos rs).

Portanto, sugiro que você memorize a seguinte tabela, que faz a **associação das principais deficiências vitamínicas e suas manifestações específicas**:

Vitamina/mineral	Nome da doença	Manifestação típica
A	-	Déficits visuais e cegueira noturna, lesões de córnea e manchas de Bilot
D	Raquitismo	Deformidades ósseas em crianças
E	-	Pigmentação (retina e intestinos)
K	-	Sangramentos
B1 (tiamina)	Beribéri e/ou Wernicke-Korsakoff	Insuficiência cardíaca + neurológico (beribéri) E/OU Ataxia + confusão mental + oftalmoplegia (Encefalopatia de Wernicke-Korsakoff)
B3 (niacina)	Pelagra	3Ds = diarreia, demência e dermatite
B6 (piridoxina)	-	Medicações (Isoniazida) + neurológico OU convulsões + anemia de difícil controle em lactentes
B9 E B12 (ácido fólico e cobalamina)	Anemia megaloblástica	Anemia macrocítica e neutrófilos plurissegmentares ± Sintomas neurológicos (B12)
C (ácido ascórbico)	Escorbuto	Dores ósseas + sangramentos (mucosa, pela e subperiosteal) + dermatite
Zinco	-	Alopecia + Infertilidade + dermatite

Com essa associação, você acerta a grande maioria das questões desse tema. **Em resumo:** fator de risco + manifestações inespecíficas + manifestação específica.

Vamos analisar o caso de Sérgio. O cenário é o seguinte:

- lactente de **8 meses**;
- vulnerabilidade social, dieta pobre e desnutrição: fatores de risco para deficiências vitamínicas;
- queixa principal: irritabilidade, especialmente durante a manipulação. Isso pode nos sugerir distúrbios osteoarticulares (como sífilis congênita ou provocados por deficiências de vitamina C ou D);

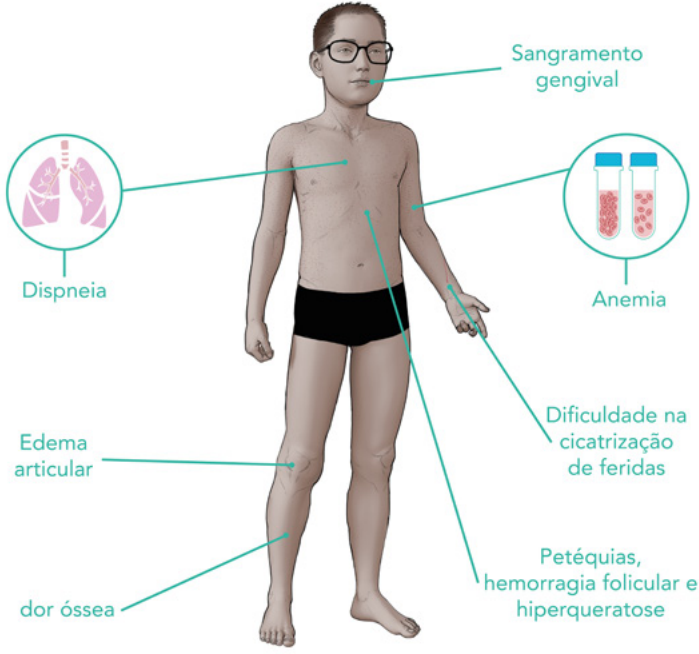
- ao exame físico: rosário costal (que pode sugerir tanto deficiência de vitamina D quanto vitamina C); criança deitada com pernas em abdução (“posição da rã”, classicamente descrita como posição antálgica em crianças com escorbuto, devido a hemorragias subperiosteais); sangramento gengival;
- faz uso de colecalciferol, o que diminui a chance de se tratar de raquitismo;
- sua mãe fez tratamento adequado para sífilis gestacional, e Sérgio já tem 2 VDRL negativos no seguimento, o que diminui a possibilidade de uma sífilis congênita. A pseudoparalisia de Parrot costuma ser uma manifestação precoce (< 3 meses)!

Com base na história clínica, vamos formular algumas hipóteses diagnósticas:

Hipóteses diferenciais

- **Sífilis congênita (pseudoparalisia de Parrot):** improvável, pois a mãe foi tratada adequadamente + 2 VDRL negativos no seguimento de Sérgio.
- **Raquitismo (deficiência de vitamina D):** poderia justificar rosário costal e dores ósseas, mas note que Sérgio já está em profilaxia com colecalciferol. Além disso, não explica bem o sangramento gengival.
- **Deficiência de vitamina K:** pode provocar sangramentos, mas geralmente profundos (hematomas, sangramento intestinal ou intracraniano). Deficiência de vitamina K costuma se relacionar mais à hepatopatias ou síndromes disabsortivas que impedem absorção de vitaminas lipossolúveis.
- **Deficiência de vitamina C (escorbuto):** associação de manifestações osteoarticulares + hemorrágicas. A posição antálgica adotada é chamada de “posição da rã”, e tenta evitar o desconforto causado pelas hemorragias subperiosteais. Parece ser nosso caso por aqui!

Escorbuto



Principais sistema acometidos

Hematológico: petéquias, anemia, hemorragias perifoliculares, sangramentos gengivais

Cutaneomucoso: hiperqueratose, dificuldade na cicatrização de feridas, perda de dentição

Osteoarticular: edema articular, dor óssea, deformidades ósseas, posição de rã em lactentes

Dica para prova
SANGRAMENTO + OSSO + DENTIÇÃO POBRE

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) Incorreta a alternativa A.** O diagnóstico de sífilis congênita é improvável, pois a mãe foi tratada adequadamente + 2 VDRL negativos no seguimento de Sérgio. A pseudoparalisia de Parrot costuma ser uma manifestação precoce (< 3 meses). Além disso, o teste rápido provavelmente viria positivo pela presença de anticorpos maternos, o que torna esse exame pouco útil neste contexto!

- B) **Correta a alternativa B.** É o tratamento de escorbuto.
- C) **Incorreta a alternativa C.** O raquitismo poderia justificar rosário costal e dores ósseas, mas note que Sérgio já está em profilaxia com colecalciferol. Além disso, não explica bem o sangramento gengival.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A deficiência de vitamina K pode provocar sangramentos, mas geralmente profundos (hematomas, sangramento intestinal ou intracraniano). Deficiência de vitamina K costuma se relacionar mais à hepatopatias ou síndromes disabsortivas que impedem a absorção de vitaminas lipossolúveis.

Gabarito: B

65. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Plínio tem 13 anos de idade, convive com HIV e não apresenta critérios para SIDA. Há 3 semanas, iniciou quadro de tosse produtiva e febre vespertina. Seu irmão mais velho iniciou tratamento para tuberculose pulmonar recentemente. A radiografia de tórax de Plínio evidenciou consolidação em lobo médio à direita, sem cavitações. Amostras de escarro com BAAR e TRM-TB negativos. Plínio está eupneico e confortável apesar dos sintomas, mas está com sinais de desnutrição. Qual é a conduta mais adequada para esse paciente?

- A) Solicitar PPD antes de tomar outras condutas.
- B) Indicar tratamento para tuberculose pulmonar com esquema RIPE por 2 meses + RI por 4 meses.
- C) Indicar tratamento para tuberculose pulmonar com esquema RIPE por 2 meses + RI por 4 meses.
- D) Indicar tratamento para tuberculose pulmonar com esquema RIPE por 2 meses + RI por 2 meses.

Comentários:

Fala, Coruja!

A tuberculose tem um diagnóstico desafiador. Isso acontece porque o *Mycobacterium tuberculosis* é um agente etiológico razoavelmente difícil de isolar por conta de seu ciclo de vida e replicação lentos, de forma que a sensibilidade dos testes diagnósticos não é tão alta (como na baciloscopia ou TRM-TB) OU demoramos muito para termos uma resposta (como nas culturas).

Nas provas de Residência, o que você mais precisa saber para diagnosticar TB pulmonar em um paciente sintomático é o seguinte:

SUSPEITA DE TB PULMONAR COM BASE NA ANAMNESE E EXAME FÍSICO.



DUAS AMOSTRAS DE BACILOSCOPIA E/OU TRM-TB E/OU CULTURA.



RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Mas, fique ligado: **se é difícil fazer diagnóstico em adultos, na população pediátrica, isso é ainda mais desafiador.**

Isso acontece porque as **crianças tendem a não serem bacilíferas, e a sintomatologia costuma ser mais inespecífica.** Isso reduz a sensibilidade de nosso diagnóstico.

Claro que podemos solicitar uma baciloscopia ou um TRM-TB em uma amostra, mas resultados negativos não afastam o diagnóstico. Por isso, o diagnóstico de **tuberculose pulmonar** pode ser baseado em um sistema de pontuação:





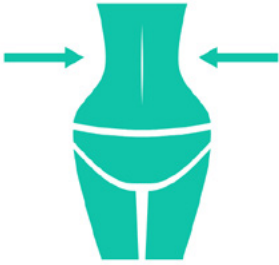
				
QUADRO CLÍNICO	QUADRO RADIOLÓGICO	CONTATO COM ADULTO COM TUBERCULOSE	PROVA TUBERCULÍNICA	ESTADO NUTRICIONAL
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese por 2 semanas ou mais 15 pontos	Adenomegalia hilar ou padrão miliar E/OU Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais E/OU Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora, com antibióticos para germes comuns 15 pontos	*Contato próximo, nos últimos 2 anos 10 pontos	PT entre 5 e 9mm 5 pontos	Desnutrição grave (peso < percentil 10) 5 pontos
			PT ≥ 10mm 10 pontos	
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas 0 ponto	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas 5 pontos	Ocasional ou negativo 0 ponto	PT ≤ 5mm 0 ponto	Peso ≥ percentil 10 0 ponto
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos -10 pontos	Radiografia normal -5 pontos			

Tabela 2: escore diagnóstico para tuberculose em crianças. (Fonte: Manual de Recomendação para o Controle de Tuberculose no Brasil, Ministério da Saúde, 2019, 2ª edição atualizada). *Contatos próximos caracterizam-se por pessoas que moram na mesma casa, que dormem no mesmo quarto, crianças que frequentam creches ou escolas e aquelas diretamente expostas às secreções do paciente.

A interpretação dessa tabela de pontos é feita da seguinte forma:

- **≥ 40 pontos (diagnóstico muito provável):** recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose;
- **30 a 35 pontos (diagnóstico possível):** indicativo de tuberculose, orienta-se iniciar o tratamento a critério médico;
- **< 25 pontos (diagnóstico pouco provável):** deve-se prosseguir com a investigação da criança. Deverá ser feito o diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloscopia e cultura de escarro induzido ou lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

Beleza, agora que temos o diagnóstico de TB, vamos entender o esquema básico de tratamento.

Tenha em mente que existem esquemas terapêuticos alternativos de acordo com a resistência da micobactéria isolada e/ou comorbidades do paciente, mas a grande maioria das questões irá cobrar de você o esquema básico.

De acordo com o **Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil**, de 2019, o tratamento da TB em maiores de 10 anos é dividido em duas fases:

- **Fase intensiva (ataque):** feito com quatro drogas e tem o objetivo de reduzir rapidamente os bacilos e eliminar aqueles com resistência natural a alguns medicamentos. As drogas são: **rifampicina (R) + isoniazida (I ou H) + pirazinamida (P ou Z) + etambutol (E)**. Esse esquema é chamado de **RIPE ou RHZE e deve ser feito por 2 meses**. O **etambutol** não é utilizado em < 10 anos devido ao risco de neurite óptica! Nesses casos, utilizamos o esquema RHZ nos primeiros 2 meses.
- **Fase de manutenção:** feito com duas drogas e tem o objetivo de eliminar os bacilos latentes e evitar a recidiva da doença. As drogas são: **rifampicina (R) + isoniazida (I ou H)**. Esse esquema é chamado de RI ou RH e deve ser feito por 4 meses ou mais a depender da forma clínica de tuberculose.

Então veja que, de uma forma geral, **o tratamento da tuberculose dura 6 meses**. As exceções são: TB de SNC ou osteoarticular, situações em que o tratamento dura 12 meses (RIPE por 2 meses + RI por 10 meses).

Mas temos novidades!

A **Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micoses Endêmicas e Micobactérias Não Tuberculosas (CGTM, do Ministério da Saúde)**, por meio da NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS, atualizou as recomendações para o tratamento da TB sensível não grave em crianças de 3 meses até 10 anos de idade e em adolescentes de 10 a 16 anos de idade, conforme recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS).

As recomendações estão baseadas nos resultados consistentes do estudo SHINE, no qual **foi demonstrada a não inferioridade** do esquema terapêutico de 4 meses em comparação ao de 6 meses, tanto em crianças quanto em adolescentes com TB sensível a medicamentos, não grave e com baciloscopia negativa, incluindo crianças que vivem com HIV, com alto potencial de melhoria da adesão ao tratamento e menos efeitos adversos, pela menor exposição aos medicamentos. Esse esquema de 4 meses é chamado de **ESQUEMA ENCURTADO (4 MESES) PARA TB SENSÍVEL NÃO GRAVE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**.

Mas não é qualquer paciente que pode receber o esquema encurtado!

O esquema encurtado de tratamento da TB sensível é recomendado **exclusivamente** para:

- **crianças e adolescentes com idade entre 3 meses e 16 anos;**
- **sem suspeita de TB drogarresistente (DR);**
- **tuberculose não grave:** existem critérios clínicos, laboratoriais e radiológicos que devem ser preenchidos para considerarmos a doença não grave:

- **Radiológicos:** TB em linfonodo intratorácico sem obstrução das vias aéreas; imagem compatível com TB pulmonar confinada em um lobo, sem cavidades e sem padrão miliar; ou derrame pleural não complicado (sem pneumotórax e empiema).
Clínicos: apresentar sintomas leves que não precisem de internação.

- **Laboratoriais:** TRM-TB (teste rápido molecular para tuberculose) não detectado (ou apenas traços) ou baciloscopia negativa.

Ou seja, as condições para a indicação do esquema encurtado são bem específicas.

Vamos analisar nosso caso?

Plínio tem uma pontuação elevada no escore diagnóstico: 15 pontos da clínica + 15 pontos da radiografia de tórax + 10 pontos do contato + 5 pontos da desnutrição. Já temos 45 pontos, o suficiente para indicar o tratamento mesmo sem o PPD.

A princípio, você poderia pensar no tratamento clássico de 6 meses de duração (2 meses RIPE + 4 meses RI). No entanto, devemos nos lembrar do esquema encurtado de tratamento!

- Idade: Plínio está na faixa etária entre 3 meses e 16 anos.
- Não há menção a nenhum fator de risco para tuberculose drogarr resistente.
- Critérios de tuberculose não grave: TRM-TB e BAAR negativos; radiografia de tórax sem sinais de complicações graves; sem sinais clínicos de gravidade.

O rapaz preenche todos os critérios para o esquema encurtado! Lembrando que o fato de o paciente conviver com HIV não contraindica o esquema de 4 meses, contanto que seja uma tuberculose não grave.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) **Incorreta a alternativa A.** Plínio já preencheu pontuação suficiente para o diagnóstico de tuberculose pulmonar! O tratamento está indicado.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Seria o esquema caso Plínio não fosse candidato ao esquema encurtado.
- C) **Incorreta a alternativa C.** No geral, evitamos o uso de etambutol em < 10 anos pelo risco de neurite óptica. Além disso, o esquema preferível seria o encurtado.
- D) **Correta a alternativa D.** Plínio tem uma tuberculose não grave e é candidato ao esquema encurtado de tratamento.

Gabarito: D

66. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Jennifer tem 5 anos de idade. Buscou atendimento em pronto-socorro infantil com história de febre de até 38,5 °C há 2 dias, sem outros sintomas. Na ocasião, foi coletada análise de sedimentos urinários e urocultura por jato médio. A análise de sedimentos urinários apresentou nitrito e esterase leucocitária positivas. Recebeu alta com cefuroxima para tratamento de infecção de trato urinário presumida. Retornou no dia seguinte para reavaliação. Está em bom estado geral, afebril há mais de 24 horas. Urocultura positiva com *E. coli* 30.000 UFC/mL. Qual é a conduta mais adequada?


- A) Cefuroxima por 10 dias no total. Programar a realização de ultrassonografia de rins e vias urinárias em 6 semanas.
- B) Cefuroxima por 7 dias no total. Solicitar ultrassonografia de rins e vias urinárias nesse momento.
- C) Suspende antibioticoterapia e manter acompanhamento clínico.
- D) Cefuroxima por 10 dias no total. Não há indicação de investigação por imagem.

Comentários:

Fala, Coruja!

A infecção de trato urinário na pediatria é uma importante causa de **febre sem sinais localizatórios**. Lactentes e pré-escolares podem ter dificuldades de relatar os sintomas urinários, e muitas vezes irão manifestar apenas uma febre. Por isso, você vai notar que a análise de urina consta no fluxograma de investigação de febre sem sinais localizatórios de boa parte dos fluxogramas de investigação!

Em crianças maiores, os sintomas clássicos urinários descritos em adultos estarão presentes. No entanto, nos menores, espere febre, irritabilidade, choro persistente... alterações bem inespecíficas:



SUPERIOR
(Pielonefrite)

INFERIOR
(Cistite)

- Febre / calafrios
- Dor à punhopercussão lombar (Giordano)
- Mal-estar

- Disúria
- Polaciúria
- Dor suprapúbica
- Urgência miccional

Note que a presença de **febre** já sugere um acometimento mais alto do trato urinário. De toda forma, diante da suspeita clínica, solicitamos dois exames principais: **análise de sedimento urinário** (EAS, urina 1, como preferir) e **urocultura**.

No EAS, podemos ver as seguintes características que **SUGEREM** infecção de trato urinário:

	Sensibilidade	Especificidade
Esterase leucocitária	83%	78%
Nitrito positivo	53%	92%
Contagem leucocitária	73%	81%
Bacterioscopia	81%	83%
Gram	93%	95%

Veja que eu falei **SUGEREM**, pois esse exame não é capaz de fechar diagnóstico de ITU, ok?

ATENÇÃO

Análise de sedimento urinário **NÃO FECHA DIAGNÓSTICO**.
Apenas sugere enquanto a URC não fica pronta

O **padrão-ouro** para o diagnóstico de ITU é a **UROCULTURA**. Mas é importante frisar que a UROCULTURA deve ser coletada por técnica adequada! A coleta por **saco coletor** tem um bom **valor preditivo negativo**... isto é, se vem negativa, praticamente exclui a possibilidade de ITU. Mas, se ela vem positiva, de nada serve, pois o risco de contaminação é muito alto.

Por isso, para crianças que ainda não conseguem coletar urina por jato médio, **não tenham medo de solicitar um cateterismo vesical ou punção suprapúbica** diante da suspeita forte!

Atenção:

UROCULTURA é considerada o método padrão-ouro para o diagnóstico de ITU!

Resultados positivos para ITU conforme o método de coleta (UFC/mL)

PSP	Qualquer número de colônias
Cateterismo vesical	1.000 a 50.000 de um único patógeno
Jato médio	100.000 de um único patógeno

O principal causador da ITU é a **E. coli** (quase 90% dos casos). A antibioticoterapia empírica **deve** envolver uma cobertura para esse agente etiológico, ok?

Mas não tem receita de bolo: cada lugar tem um perfil de resistência específico, então não tenho como lhe dizer qual é o antibiótico de primeira escolha, como vemos nos casos de pneumonia, por exemplo. **De uma forma geral, você encontrará na pediatria:** amoxicilina-clavulanato, cefuroxima e cefalexina como opções via oral; ceftriaxona e cefotaxima como opção parenteral. A nitrofurantoína pode ser considerada em casos de cistite isolada, sem pielonefrite. Mas isso não é regra absoluta, ok? ITU febril por 10 dias; ITU afebril por 5 dias - a depender da resposta do paciente, é claro.

Mas Bruno, a UROCULTURA não demora para sair?

Sim, ela pode demorar alguns dias para ficar pronta. Mas você não vai ficar de braços cruzados esperando esse resultado, não é? Se a clínica é sugestiva e a análise de sedimento urinário também o é, **inicie o tratamento empírico** e depois o ajuste de acordo com o resultado da UROCULTURA com ANTIBIOGRAMA.

Quando eu preciso internar o paciente?

Em geral, o tratamento oral apresenta a mesma eficácia do parenteral, porém há situações específicas em que o tratamento parenteral se impõe.

A **Sociedade Brasileira de Pediatria** recomenda o tratamento parenteral nas seguintes situações:

- idade menor do que 2 ou 3 meses;
- crianças criticamente doentes;
- risco de não adesão ao tratamento.

Já segundo o **Tratado de Pediatria**, trataremos com antibioticoterapia endovenosa nas seguintes situações:

- febre alta (esse é polêmico);
- toxemia;
- crianças desidratadas;
- vômitos persistentes;
- menores de 3 meses.

Então, vai depender da referência que a banca utiliza! **Minha sugestão?** Devemos ponderar caso a caso e considerar a gravidade do quadro clínico, além da idade do paciente para indicar o tratamento parenteral. Ou seja, se for "só" a febre alta, **acho improvável a resposta incluir ATB parenteral**. A tendência para indicar internação é o examinador enfatizar que o paciente não está bem!

Ah, e só para lembrar. Para crianças < 2 anos com ITU febril, recomenda-se solicitar uma USG de rins e vias urinárias para avaliar se existem alterações anatômicas que predisõem a infecções de trato urinário. Recomenda-se que o exame seja feito de 4 a 6 semanas após o episódio agudo, ok?

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

Voltando para nossa questão...

Jennifer não parece ter nenhuma comorbidade digna de nota e, com 5 anos, já esperamos controle esfínteriano. Ela apresentou um quadro de febre sem sinais localizatórios; e vale mencionar que, com 5 anos de idade, a maioria das crianças já relata os sintomas urinários clássicos (disúria, urgência miccional, polaciúria) quando estão com ITU.

De toda forma, optou-se pela coleta de análise de sedimento urinário e urocultura. O método de coleta não está incorreto, já que a criança com 5 anos costuma ter controle esfínteriano.

O EAS veio **sugestivo** de ITU, e optaram por iniciar tratamento antimicrobiano enteral. Mas note o seguinte: terapia antibiótica não faz milagre! Após início do tratamento, é frequente que os pacientes demorem um ou dois dias para parar de ter febre e melhorar. Jennifer já ficou afebril praticamente assim que saiu do PS infantil (afebril há mais de 24 horas na reavaliação do dia seguinte), e em bom estado geral. É bastante improvável que tenha sido o antibiótico que a fez melhorar, concorda?

Ah, mas Bruno, a urocultura não veio positiva? Pois é! Até temos uma *E. coli*, mas ela não atingiu o ponto de corte para considerar ITU verdadeira em jato médio.

Lembre-se de que o corte para jato médio é de 100.000 UFC/mL de um único agente etiológico. Além disso, o quadro de Jennifer foi bem inespecífico (apenas febre baixa, sem sintomas urinários em uma idade em que eles já são esperados). Portanto, esse resultado é mais compatível com contaminação ou bacteriúria assintomática do que com ITU verdadeira.

Feitas essas considerações e vendo que a criança já está bem, não há indicação de terminar o tratamento antimicrobiano, nem tampouco investigar o trato urinário dela, pois isso **não foi uma infecção de trato urinário**. Deve ter sido uma infecção viral inespecífica.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) Incorreta a alternativa A.** Seria uma conduta considerada pelo Tratado de Pediatria caso fosse uma ITU febril confirmada. Mas não haveria indicação de investigação por imagem pelo NICE e/ou Academia Americana de Pediatria, pois ela tem > 2 anos.
- B) Incorreta a alternativa B.** A ultrassonografia de rins e vias urinárias costuma ser realizada na vigência de ITU febril aguda quando estamos diante de falha terapêutica, quadros graves ou suspeita de complicações (abscesso renal, pielonefrite obstrutiva).

- C) **Correta a alternativa C**, conforme discutimos acima. Não dá para chamar o quadro de Jennifer de ITU febril, então não há indicação de antibióticos.
- D) **Incorreta a alternativa D**. Seria a conduta caso fosse uma ITU febril e estivéssemos nos guiando pelo NICE e/ou Academia Americana de Pediatria.

Gabarito: C

67. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Gael tem 6 meses de idade. Ao exame físico, você nota algumas alterações fenotípicas: separação do hálux e segundo dedo dos pés, epicanto, hipotonia, base nasal achatada e prega palmar única. Já tem o diagnóstico sindrômico documentado.

Em comparação com a população geral, Gael apresenta o mesmo risco de desenvolver que condição clínica a seguir?

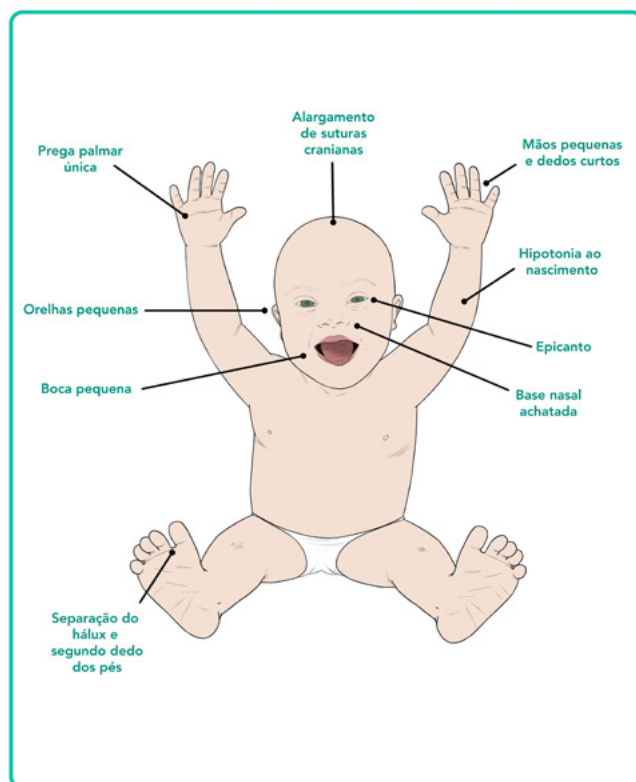
- A) Doença celíaca.
 B) Hipotireoidismo adquirido.
 C) Mielofibrose.
 D) Diabetes *mellitus* do tipo 1.

Comentários:

Fala, Coruja!

Os pacientes portadores da trissomia do 21 (síndrome de Down) têm risco elevado para o desenvolvimento de algumas doenças específicas:

SÍNDROME DE DOWN



100% dos pacientes tem ao menos 4 características fenotípicas

Cardio: cardiopatias congênitas (50%). DSAVT são as mais características;

Hemato: Policitemia, trombocitose e neutropenia são frequentes; Risco maior de LMA e LLA;

Autoimunes: Doença celíaca, hipotireoidismo primário e DM1; Outras doenças autoinflamatórias como AIJ também são mais frequentes.

Ortopédicas: Hiper mobilidade articular, instabilidade atlantoaxial.

Déficit auditivo: Até 80%, geralmente por OMA de repetição;

Gastro: Atresia duodenal, esôfago, megacólon congênito e malformações anorretais;

Por isso, o seguimento desses pacientes tem algumas peculiaridades! Alguns exames complementares precisam ser solicitados de forma seriada, à fim de identificar precocemente doenças potencialmente graves:

Procedimento	Zero a 2 anos	2 a 10 anos	10 a 20 anos	Adulto e idosos
Hemograma	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses	Anual	Anual	Anual
Ferritina	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses			
TSH	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses	Anual	Anual	Anual
T4livre		Anual	Anual	Anual
Glicemia e insulina de jejum			Anual	Anual
Perfil lipídico			A cada cinco anos	
Função renal				Anual
Ecocardiograma	Na suspeita clínica			A cada cinco anos
Eletrocardiograma				A cada cinco anos
Cariótica	Na suspeita clínica			
USG abdome	Na suspeita clínica	A cada cinco anos	A cada cinco anos	A cada cinco anos

Procedimento	Zero a 2 anos	2 a 10 anos	10 a 20 anos	Adulto e idosos
Radiografia de coluna cervical		3 anos	Em qualquer momento na vigência de dor cervical, torcicolo fraqueza de membros superiores, tontura ou alterações intestinais e vesicais	Em qualquer momento na vigência de dor cervical, torcicolo fraqueza de membros superiores, tontura ou alterações intestinais e vesicais
IgA total e anticorpo endomísio		Bianual	Bianual	Bianual
Avaliação oftalmológica	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses	Anual	Bianual	Bianual
Avaliação auditiva	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses	Anual	Bianual	Bianual
Avaliação odontológica	Primeiras avaliações aos seis e 12 meses	Anual	Bianual	Bianual
Avaliação ginecológica			Mesmas recomendações da população geral	Mesmas recomendações da população geral
Avaliação urológica			Mesmas recomendações da população geral	Mesmas recomendações da população geral

Não quero que você decore a tabela acima, mas preciso que saiba que alguns sistemas exigem uma atenção especial nessa população:

- curvas próprias de antropometria;
- ecocardiograma para avaliar presença de defeitos congênitos. O ideal é ter, ao menos, um;
- avaliação auditiva;
- função tireoidiana;
- avaliação oftalmológica;
- avaliação odontológica;
- triagem para doença celíaca;
- avaliação hematológica;
- radiografia ou ressonância de coluna cervical.

Ah, e claro: vale lembrar que o cariótipo não é fundamental para fechar o diagnóstico de síndrome de Down. Podemos nos basear na presença de características fenotípicas e fazer um diagnóstico clínico. No entanto, é prudente sempre solicitar um cariótipo para aconselhamento genético dos pais do paciente!

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) Incorreta a alternativa A.** Pacientes com trissomia do 21 têm risco aumentado de desenvolver doença celíaca ainda na infância. Inclusive, é recomendado rastreio dessa condição a partir da idade pré-escolar.
- B) Incorreta a alternativa B.** Há risco aumentado de distúrbios de tireoide. Portanto, precisamos monitorar TSH/T4 de forma seriada em portadores de síndrome de Down.
- C) Correta a alternativa C.** A síndrome de Down está associada a uma instabilidade hematopoiética por mutação do GATA1 que predispõe a diversas alterações hematológicas, incluindo a mieloproliferação transitória no período neonatal e a leucemias agudas, especialmente a leucemia megacarioblástica aguda na infância. No entanto, o risco de desenvolvimento de mielofibrose não parece ser aumentado nessa população!
- D) Incorreta a alternativa D.** De uma forma geral, o risco de doenças autoimunes e autoinflamatórias é maior nos portadores de trissomia do 21. Isso inclui a DM1.

Gabarito: C

68. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Miguel, 14 meses, é trazido ao pronto-socorro após duas convulsões febris nas últimas 48 horas. A primeira foi generalizada tônico-clônica de 4 minutos, a segunda durou 3 minutos, com movimentos rítmicos focais do braço esquerdo. No momento da avaliação, o paciente está em bom estado geral e não há sinais de atraso do desenvolvimento ou déficits neurológicos. Está afebril, e a fontanela está normotensa. Ao avaliar o histórico do paciente, há relato de prematuridade (31 semanas) e estadia prolongada em UTI neonatal, com registro de Apgar de 2/3/5. É a primeira vez que Miguel tem um quadro febril, mas já apresentou uma crise convulsiva semelhante aos 8 meses de idade. Considerando o caso de Miguel, qual é a conduta mais adequada?

- A)** Orientar a benignidade do quadro para os pais e manter seguimento de puericultura.
- B)** Solicitar eletroencefalograma.
- C)** Administrar dose de midazolam IM.
- D)** Coletar liquor por punção lombar.

Comentários:

Fala, Coruja!

Estamos diante de uma questão que aborda crises convulsivas na vigência de febre. Antes de mais nada, vamos trazer algumas definições:

CONVULSÃO FEBRIL

- 6 a 60 meses de idade; (3 meses a 5 anos pelo Tratado de Pediatria)
- Pico entre 12 e 18 meses;
- Crise ocorre nas primeiras 24 horas da febre;
- Predomina a crise convulsiva tônico-clônica generalizada.

Além disso, a crise febril pode ser dividida em:

- **Crise febril simples (até 88% dos casos):** crise tônico-clônica generalizada, com duração inferior a 15 minutos, que não apresenta recorrência em 24 horas e não manifesta sintomatologia pós-ictal (a recuperação neurológica é completa).

- **Crise febril complexa:** apresenta uma ou mais das seguintes características: crises focais, presença de alterações neurológicas pós-ictais, como a paralisia de Todd, duração maior do que 15 minutos e/ou recorrência dentro de 24 horas.

A investigação laboratorial e por imagem frequentemente não é necessária nas crises febris simples. Mas parece que Miguel teve uma crise convulsiva febril complexa, não é? Tanto pela manifestação focal quanto pela duração e recorrência.

Sei que você, como ávido estudante para as provas de Residência Médica, quer respostas preto no branco. O problema é que nem especialista no assunto chegou a um consenso sobre como investigar uma crise febril complexa.

Segundo o **Tratado de Pediatria (6ª edição)**, temos a seguinte afirmação: "**como não existem diretrizes sobre convulsões febris complexas, a perspicácia clínica continua a ser a ferramenta mais relevante para identificar crianças candidatas a uma avaliação mais elaborada.**"

Mas note o seguinte: diante de crises complexas, a chance de não ser uma crise febril aumenta, e começamos a suspeitar de causas secundárias de convulsão, como síndromes epiléticas, infecções, lesões estruturais, intoxicações etc.

Além disso, crianças que apresentam crises febris complexas tendem a ser mais jovens e com maior tendência de evoluir com desenvolvimento neurológico anormal. Mas como a semiologia e apresentação das CF complexas é muito heterogênea, a investigação deve ser individualizada:

- **EEG:** ele pode ser considerado em crises complexas, em pacientes com alterações neurológicas ou após recorrências da crise não relacionadas à febre. Assim, para pacientes com crise complexa, a necessidade de EEG pode ser indicada de forma individualizada, caso o exame neurológico seja anormal ou em crises prolongadas ou complexas, ou suspeita clínica de síndromes epiléticas.

- **Punção de LCR:** meningite foi considerada muito rara em pacientes que se apresentam com crise febril complexa e podem não necessitar de punção lombar sem a presença de outros sinais clínicos de doença neurológica, sendo relevante nos casos que evoluem para *status epilepticus* ou que apresentem sinais de infecção.

- **Exames de neuroimagem:** se sinal neurológico focal persistente, pode ser considerado.

De acordo com o resultado da investigação, o manejo será diferente! Miguel tem um importante histórico neonatal (prematuridade, Apgar ruim e permanência prolongada em UTI neonatal, o que pode nos sugerir uma asfixia perinatal que aumenta o risco de lesões estruturais e epilepsia) e já apresentou crises convulsivas fora do período de febre.

Dessa forma, seria **prudente** solicitar um eletroencefalograma e/ou exame de neuroimagem para avaliar síndromes epiléticas e defeitos estruturais que justifiquem as convulsões apresentadas.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) Incorreta a alternativa A.** Miguel tem um histórico clínico que afasta a possibilidade de uma convulsão febril simples e benigna. É prudente investigar a presença de lesões estruturais e síndromes epiléticas nesse paciente. Como a criança está bem nesse momento, pode ser considerada investigação ambulatorial.
- B) Correta a alternativa B.** De acordo com o resultado da investigação, o manejo será diferente! Miguel tem um importante histórico neonatal (prematuridade, APGAR ruim e permanência prolongada em UTI neonatal, o que pode nos sugerir uma asfixia perinatal que aumenta o risco de lesões estruturais e epilepsia) e já apresentou crises convulsivas fora do período de febre. Dessa forma, seria **prudente** solicitar um eletroencefalograma e/ou exame de neuroimagem para avaliar síndromes epiléticas e defeitos estruturais que justifiquem as convulsões apresentadas.
- C) Incorreta a alternativa C.** Seria a conduta caso ainda estivesse convulsionando.
- D) Incorreta a alternativa D.** As indicações para **punção liquórica** em crianças com convulsão febril são:
- presença de sintomatologia compatível com infecção de sistema nervoso central — rigidez de nuca, tensão em fontanelas, vômitos de repetição;
 - lactentes abaixo de um ano (fortemente recomendado), especialmente se o histórico de vacinação contra *Haemophilus influenzae* tipo B e *Streptococcus pneumoniae* for desconhecido;
 - recuperação lenta ou alteração neurológica pós-ictal;
 - convulsão febril e uso recente de antibióticos, pelo fato de que os antibióticos podem mascarar uma infecção do sistema nervoso central;
 - estado de mal epilético febril;
 - convulsão após vários dias de uma doença febril — geralmente, a convulsão febril ocorre nas primeiras horas após o início da febre.

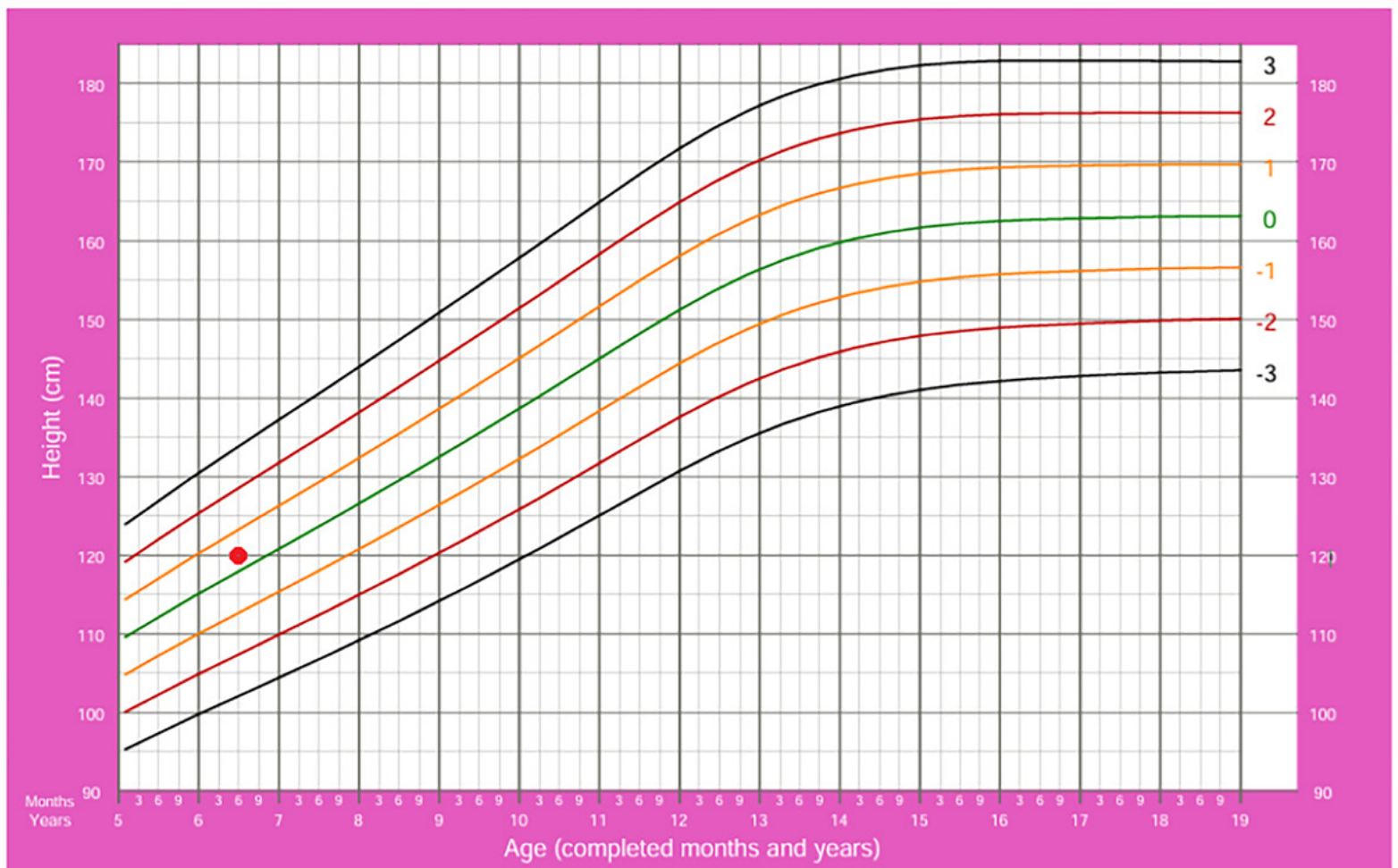
A meningite foi considerada muito rara em pacientes que se apresentam com crise febril complexa e podem não necessitar de punção lombar sem a presença de outros sinais clínicos de doença neurológica, sendo relevante nos casos que evoluem para *status epilepticus* ou que apresentem sinais de infecção.

Gabarito: B

69. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Kelly tem 7 anos e 6 meses de idade. É trazida à consulta de UBS com queixa de surgimento de caracteres sexuais secundários nas últimas semanas. Ao exame físico, você nota uma paciente com desenvolvimento neuropsicomotor adequado para a idade, estatura de 125 cm, estadiamento de Tanner em M2P1. Na caderneta da criança, você checa o seguinte registro:

Height-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



Solicitada radiografia de punho para estimar idade óssea com resultado de 8 anos, e dosagem de LH basal com resultado de 0,2 UI/L. Qual é a hipótese diagnóstica mais provável?

- A) Telarca precoce isolada.
- B) Puberdade precoce central.
- C) Puberdade precoce periférica.
- D) Desenvolvimento puberal fisiológico.

Comentários:

Fala, Coruja!

Questão sobre precocidade sexual, bora lá? 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 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
ATIVACÃO DO EIXO HHG	SIM	NÃO
ISOSSEXUAL	SIM	SIM
HETEROSSEXUAL	NÃO	SIM
SEQUÊNCIA FISIOLÓGICA DOS MARCOS PUBERAIS	SIM	NÃO

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, conseqüentemente, 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.

VELOCIDADE DE CRESCIMENTO
E
IDADE ÓSSEA
SUAS MELHORES AMIGAS NESSAS QUESTÕES.

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 para 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, **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 recomendada 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.

Voltando para o caso de Kelly...

De fato, é um quadro de precocidade sexual (desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários < 8 anos), então não dá para chamar de puberdade fisiológica. Mas note o seguinte:

- idade óssea compatível com a cronológica;
- velocidade de crescimento de 5 cm/ano, que é pré-puberal;
- LH basal < 0,6 UI/L: não há ativação do eixo HHO.

Tudo aponta para uma variante benigna de precocidade sexual! Considerando que foi o desenvolvimento mamário que surgiu “antes da hora”, podemos dar o diagnóstico de telarca precoce isolada. **Vamos dar uma olhada nas alternativas?**

- A) Correta a alternativa A.** A velocidade de crescimento e a idade óssea não estão aceleradas e não há sinais de ativação do eixo HHO. É nossa principal hipótese!
- B) Incorreta a alternativa B.** Poderia ser uma PPC bem no início, afinal o primeiro sinal da PPC nas meninas também é a telarca. No entanto, o LH basal baixo fala contra a ativação do eixo HHO, o que afasta essa hipótese.
- C) Incorreta a alternativa C.** Uma PPP por excesso de estrogênio, quem sabe? O eixo HHO não está ativado. Mas eu esperaria avanço expressivo da idade óssea e velocidade de crescimento, que também tem relação com estrogênio.
- D) Incorreta a alternativa D.** É uma variante benigna, mas não dá para chamar de “fisiológica”, já que foi precoce.

Gabarito: A

70. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Bruno Calvo) Lucas, 9 anos, é trazido à UBS com manchas arroxeadas nas pernas e dor nas articulações há 4 dias. Ao exame físico: púrpura palpável nos membros inferiores, edema discreto em tornozelos e joelhos, sem hepatomegalia ou linfonodomegalia. Os exames laboratoriais solicitados foram: plaquetas = 155.000/mm³; INR e TTPa dentro dos valores de referência, análise de urina com proteinúria (200 mg/g de creatinina em amostra isolada), hematúria microscópica significativa, creatinina e ureia séricas dentro dos valores de referência.

Considerando o quadro clínico, qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Vasculite por IgA.
- B) Trombocitopenia imune.
- C) Dengue.
- D) Lúpus eritematoso sistêmico juvenil.

Comentários:

Fala, Coruja!

Uma questão com cara de reumatologia pediátrica, né? Doença multissistêmica com envolvimento articular sempre nos sugere essa possibilidade.

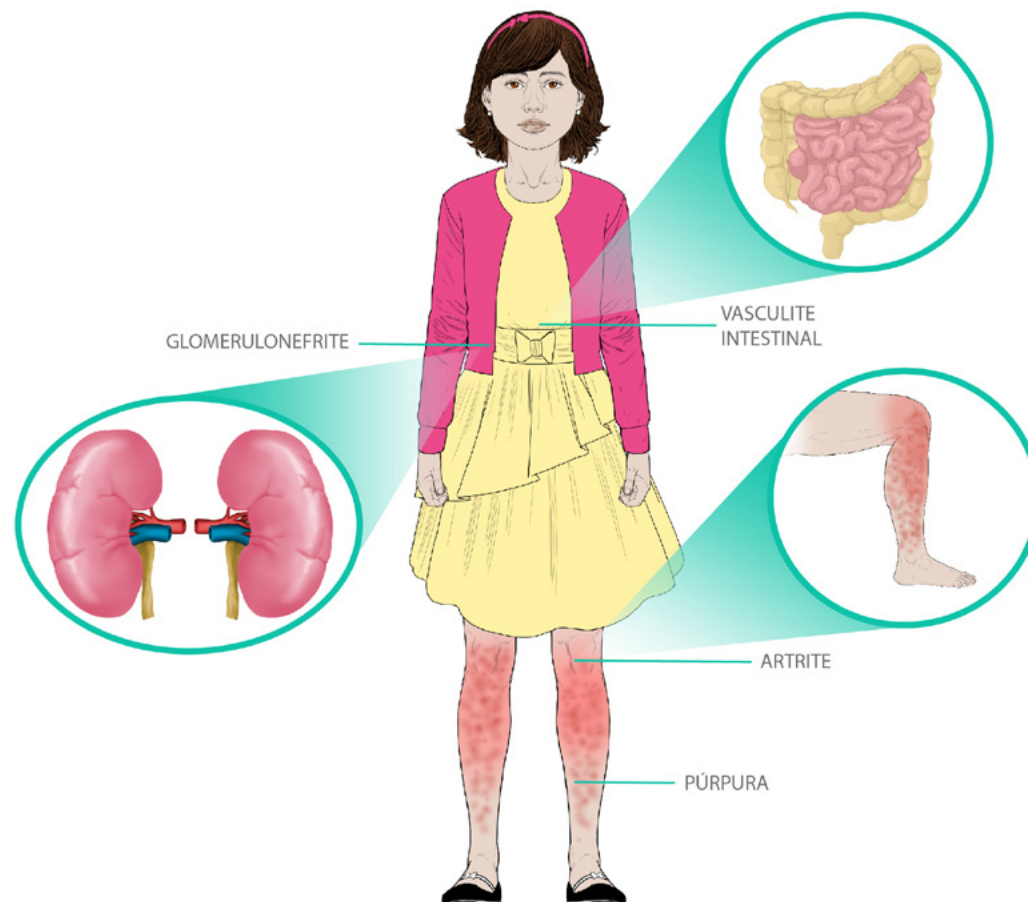
A descrição de **lesões purpúricas** fala a favor de lesão de pequenos vasos da pele e extravasamento de sangue. São lesões confluentes que não desaparecem com a digitopressão, diferentes de um exantema viral clássico. Isso pode ser sugestivo de uma fragilidade capilar, causada, por exemplo, por uma meningococemia, choque estafilocócico ou dengue. No entanto, o fato de elas estarem distribuídas especificamente na “metade de baixo” do corpo nos chama a atenção, especialmente quando notamos o bom estado geral da paciente.

É a cara da **vasculite por IgA**, também chamada de **púrpura de Henoch-Schönlein**. É uma doença autoinflamatória provocada pela geração e deposição de IgA em pequenos vasos após algum gatilho imunológico. Geralmente, o comprometimento restringe-se à “metade de baixo do corpo”, isto é, abdome e membros inferiores. Isso acontece porque a deposição das IgA nos pequenos vasos depende da gravidade, por isso as manifestações predominam em porções inferiores do corpo.

A dor abdominal e o envolvimento renal também ocorrem por vasculite dos pequenos vasos dos rins e intestinos:

Características
Pode ocorrer entre 1 e 19 anos de idade. Mais comum na idade escolar (média de quatro a oito anos).
GATILHOS: infecções virais, vacinação, medicações. Quadro clínico após alguns dias ou semanas.
Cerca de 1/3 das crianças manifestam sintomas por menos de 14 dias e a maior parte delas recupera-se espontaneamente - mas pode perdurar por meses!
Preserva BOM ESTADO GERAL. Não altera plaquetas ou coagulograma!
Critério obrigatório: púrpura palpável ou petéquias, com predomínio em membros inferiores, não relacionada a trombocitopenia

PÚRPURA DE HENOCH-SHÖNLEIN



Para diagnosticarmos essas condições, alguns critérios devem ser preenchidos. **O critério obrigatório é púrpura palpável ou petéquias, com predomínio em membros inferiores, não relacionada à trombocitopenia, associada a um dos critérios a seguir:**

ATENÇÃO DECORE!



- Dor abdominal (difusa de início agudo, inclui invaginação intestinal e sangramento)
- Artrite ou artralgia de início agudo
- Envolvimento renal (Proteinúria acima de 0,3g/24h ou relação albumina/creatina > 30 mmol/mg urina isolada, manhã Hematúria > 5 hemácias/campo ou Cilindros hemáticos)
- Vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com deposição predominante de IgA

Então, você precisa ter um hemograma sem evidência de plaquetopenia e um coagulograma normal. De uma forma geral, é uma **doença que não é grave**. No entanto, devemos ficar atentos com a possibilidade de sangramentos e complicações de trato gastrointestinal, bem como disfunção renal por glomerulonefrite. São incomuns, mas podem acontecer.

Entre os diagnósticos diferenciais, destacam-se:

PÚRPURA	ARTRITE	GASTROINTESTINAL	RENAL
Púrpura trombocitopênica imunológica	Lúpus eritematoso sistêmico	Apendicite aguda	GNPE
Doença meningocócica	Artrite idiopática juvenil	Outras causas de sangramento intestinal	Outras glomerulopatias
Leucemia	Febre reumática		
Artrite idiopática juvenil	Artrite séptica		
Lúpus eritematoso sistêmico			
Síndrome hemolítico-urêmica			
Coagulopatias			
Outras vasculites			

A dica principal para a prova é: **PÚRPURA NAS PERNAS DE CRIANÇA EM BOM ESTADO GERAL. Esse é o protótipo de caso clínico nas provas.**

Como você pôde ver, a vasculite por IgA é uma doença benigna e autolimitada e a maioria dos pacientes recupera-se espontaneamente. Portanto, a terapia é voltada apenas para o suporte e alívio dos sintomas.

Podemos utilizar analgésicos simples, AINhs e considerar corticoide sistêmico em casos mais graves.

O prognóstico a curto e longo prazo é, geralmente, excelente na maior parte das crianças. Contudo, pode haver episódios recorrentes em até um terço dos pacientes, especialmente nos primeiros seis meses.

Vamos dar uma olhada nas alternativas?

- A) Correta a alternativa A.** Temos púrpura palpável nas pernas, artralgia e acometimento renal de surgimento recente. Além disso, não temos alterações nas provas de coagulação.
- B) Incorreta a alternativa B.** A trombocitopenia imune pode provocar as púrpuras... mas o paciente deve estar com plaquetopenia!
- C) Incorreta a alternativa C.** A dengue pode provocar artrite e púrpura; no entanto, é uma doença febril aguda! Não dá para pensar em dengue sem relato de febre.
- D) Incorreta a alternativa D.** Pode apresentar púrpura e artralgia, mas geralmente envolve manifestações sistêmicas múltiplas (*rash* malar, febre, proteinúria significativa, anemia ou leucopenia) e persistentes (com duração de semanas).

Gabarito: A

71. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menina, de 5 anos, estava brincando no quintal com o cachorrinho da avó, quando foi mordida no rosto. O ferimento é único, profundo e sangrante. O cachorro é saudável, apesar de não ser vacinado contra raiva. Sua mãe a leva para atendimento na UPA e a médica que atende recomenda:

- A) observação do cachorro por 10 dias apenas.
- B) uma dose da vacina antirrábica e observação do cachorro por 10 dias.
- C) aplicar 4 doses da vacina antirrábica.
- D) aplicar 4 doses da vacina antirrábica e uma dose de soro antirrábico.

Comentários:

Olá, Estrategista,

A infecção por vírus da raiva causa encefalite aguda, progressiva, que leva ao óbito em aproximadamente 100% dos casos, por isso a importância de sua profilaxia, que é determinada pelo protocolo do Ministério da Saúde! Vamos por etapas!

Para definirmos a conduta em um paciente com exposição, devemos analisar dois principais aspectos: qual é o animal e qual é o tipo de ferimento.

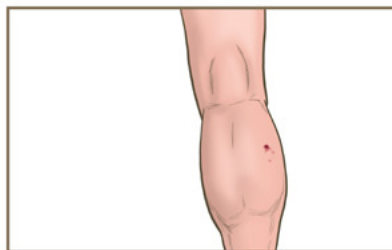
1) Qual é o ferimento?

- Ferimentos indiretos: tocar no animal, lambedura em pele íntegra — exigem profilaxia apenas no caso de morcegos.
- Ferimentos leves são aqueles únicos, superficiais e nas partes azuis da figura.
- Ferimentos graves são múltiplos, profundos, lambedura de mucosa ou ferimento ou em regiões "nobres": mãos, pés e cabeça.

CLASSIFICAÇÃO DOS FERIMENTOS EM RELAÇÃO AO RISCO DE TRANSMISSÃO DA RAIVA HUMANA

Acidentes leves

Áreas em azul



Ferimentos únicos



Ferimentos superficiais



Lambadura de pele íntegra



Acidentes graves

Mãos, pés e face



Ferimentos múltiplos



Ferimentos profundos



Lambadura de mucosa ou ferimentos

2) Qual é o animal?

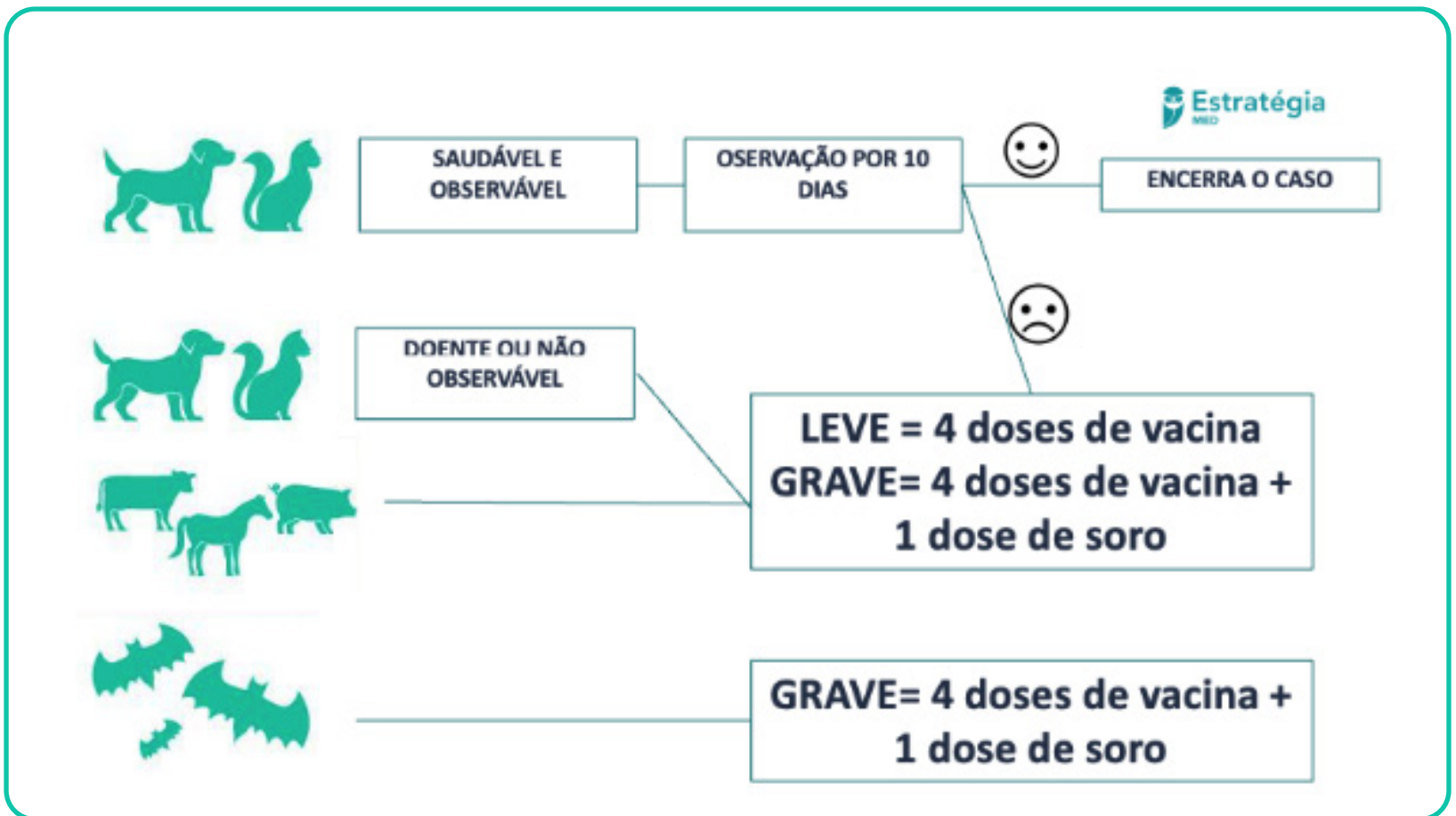
Animais domésticos (cães e gatos) saudáveis podem ser observados. Diante de animais domésticos desaparecidos, mortos ou suspeitos de raiva, devemos agir de imediato.

Diante de animais de interesse econômico, morcegos ou silvestres, devemos agir de imediato.

Com isso, definimos a conduta.

- Para cães e gatos domésticos, dependemos basicamente da possibilidade de observação e se ele está saudável.
 - Se observável e saudável, apenas lavar o ferimento e observar por 10 dias.
 - Caso o animal permaneça saudável, encerramos o caso.
 - Caso o animal morra, desapareça ou apresente sinais de raiva, indicamos profilaxia.
 - Acidentes leves recebem 4 doses da vacina. Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.
 - Se não observável ou com sinais sugestivos da raiva.
 - Acidentes leves, recebem 4 doses da vacina.
 - Acidentes graves, 4 doses da vacina mais soro ou imunoglobulina antirrábicos.
- Mamíferos domésticos de interesse econômico, como vaca, boi, cavalo, porco. Devemos sempre agir de imediato.
 - Se acidente leve, fazer quatro doses da vacina.
 - Se acidente grave, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.

- Morcegos e outros animais silvestres. Devemos sempre agir de imediato e considerar o caso como grave.
- Independentemente do tipo de acidente, fazer soro ou imunoglobulina antirrábicos e 4 doses de vacina.



Voltando ao caso...temos uma menina com um ferimento grave, mas com um cachorro saudável e de sua avó, portanto observável. A conduta é observá-lo por 10 dias. Caso permaneça saudável, encerramos o caso. Se ele adoecer, desaparecer ou morrer, aplicamos a profilaxia com 4 doses de vacina e 1 dose de soro.

- A) Correta a **alternativa A**.
- B) **Incorreta a alternativa B**. Não há indicação de vacina agora.
- C) **Incorreta a alternativa C**. Caso fosse indicada profilaxia, faríamos 4 doses de vacina e 1 de imunoglobulina, pois a criança tem um ferimento grave.
- D) **Incorreta a alternativa D**. Essa é a conduta indicada caso o animal morra, adoença ou desapareça.

Gabarito: A

72. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Criança, de 8 anos, estava andando de patins quando sofreu uma queda, causando ferimentos múltiplos em suas pernas e braços, alguns deles, com necessidade de sutura. A criança é saudável e seu calendário vacinal está atualizado para a idade. Quanto à profilaxia do tétano, é correto afirmar que a criança:

- A) deve receber uma dose de reforço da vacina antitetânica.
- B) deve receber uma dose de reforço da vacina antitetânica e uma dose de soro antitetânico.
- C) deve receber três doses da vacina antitetânica e uma dose de soro antitetânico.
- D) não há indicação de profilaxia.

Comentários:

Olá, Estrategista. Vamos simplificar a profilaxia do tétano?

Vamos começar revisando a prevenção da doença.

Na infância, são feitas 5 doses da vacina antitetânica: 2, 4 e 6 meses com a pentavalente (difteria, tétano, coqueluche, hepatite B e *H. influenzae* B), 15 meses e 4 anos com a DTP isolada (difteria, tétano e coqueluche). Após essa idade, a vacina dupla bacteriana do tipo adulto (dT) está indicada de 10 em 10 anos como reforço.

Porém, caso ocorram ferimentos com risco para tétano, a profilaxia pós-exposição está indicada em alguns casos. Vamos conhecer os cenários.

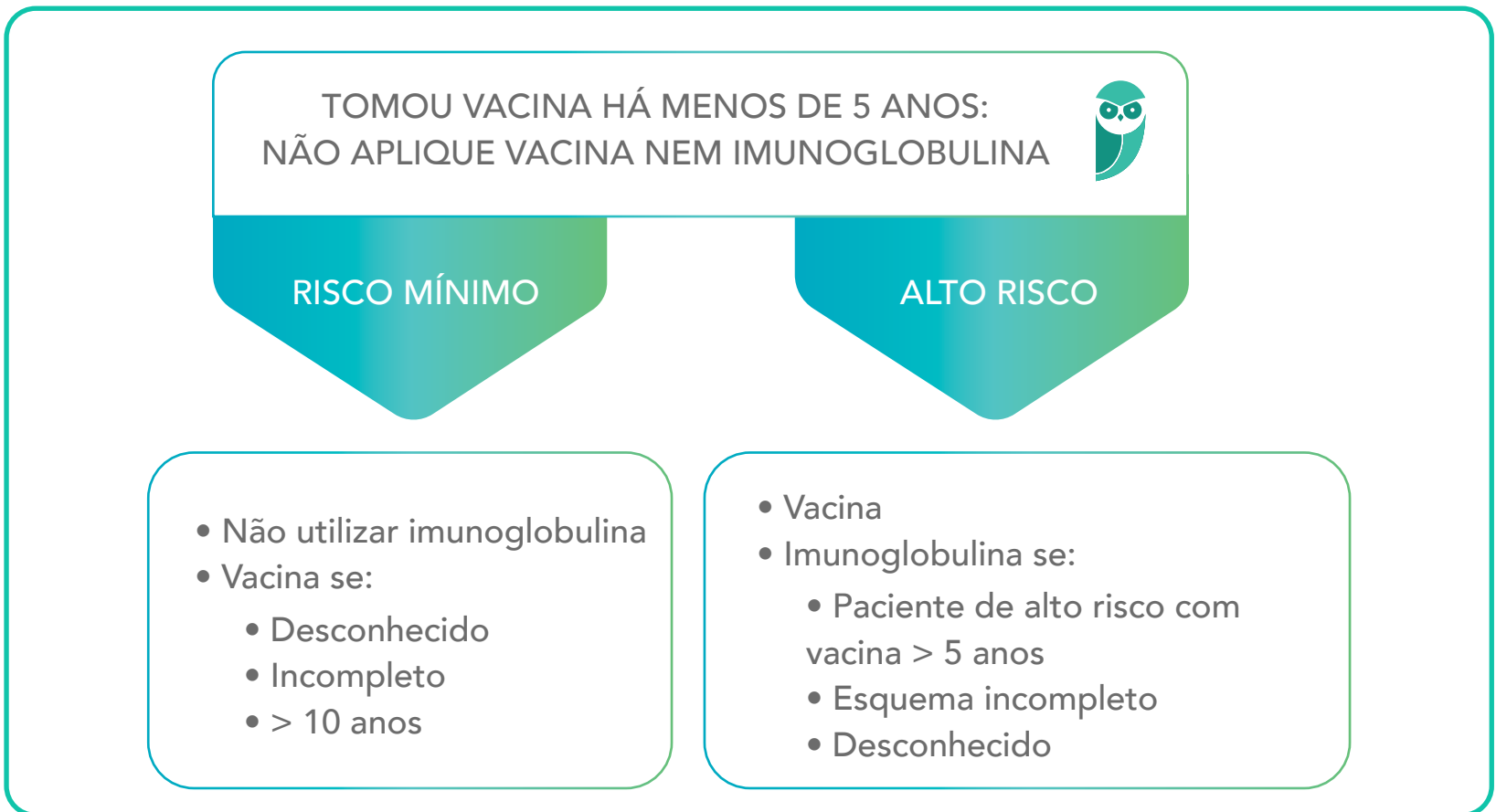
1) Quando o paciente apresenta um esquema vacinal completo (mínimo de 3 doses) e a última dose tiver sido aplicada há menos de 5 anos, não há necessidade de vacina ou imunoglobulina. Esse é nosso melhor cenário!

2) Ferimentos superficiais, limpos, sem corpos estranhos ou tecidos desvitalizados são chamados de “ferimentos com risco mínimo de tétano” e devem ser lavados, desinfetados e desbridados. Não utilizamos imunoglobulina nesses casos. Aplicamos vacina se:

- esquema vacinal desconhecido = 3 doses;
- esquema vacinal incompleto = completar o esquema;
- última dose da vacina há mais de 10 anos = 1 dose de reforço.

3) Ferimento profundo, superficial sujo, com corpos estranhos, tecidos desvitalizados, queimaduras, ferimentos puntiformes, ferimentos por armas brancas ou de fogo, mordeduras, politraumas ou fraturas expostas são chamados de “ferimentos com alto risco de tétano” e irão utilizar vacina (exceto se última dose há menos de 5 anos, conforme falamos em cima) e imunoglobulina/soro se:

- esquema vacinal desconhecido;
- esquema vacinal incompleto;
- última dose da vacina há mais de 5 anos em situações especiais: imunodeprimidos, desnutrido grave, idoso;
- última dose há mais de 10 anos e o médico julgar que o ferimento não será cuidado apropriadamente.



Vamos voltar ao caso? A criança tem o esquema vacinal completo, portanto o esquema contra tétano está completo e a última dose foi feita há menos de 5 anos. Portanto, ela não tem indicação de profilaxia antitetânica.

- A) **Correta a alternativa A.** Não há indicação de dose de reforço da vacina.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Não há indicação de dose de reforço da vacina. O soro está indicado para pacientes com ferimentos graves que são especiais, com calendário vacinal desconhecido ou com doses faltantes.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Não há indicação de reiniciar esquema do tétano nem de fazer soro.
- D) **Alternativa D correta.**

Gabarito: D

73. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Que criança a seguir tem uma contraindicação para a aplicação imediata de vacinas vivas atenuadas?

- A) Menina, de 10 dias de vida, filha de mãe portadora de HIV, ainda sem o resultado da carga viral.
- B) Menino, de 4 anos, recebeu transfusão de concentrado de hemácias há 45 dias, após um acidente de carro.
- C) Menina, 9 meses, desnutrida e em uso de cefalexina oral para infecção urinária.
- D) Menino, 12 meses, apresenta tosse e coriza há 24 horas.

Comentários:

Olá, Estrategista. As vacinas têm poucas contraindicações absolutas.

- Anafilaxia em dose anterior e alergia grave a algum dos componentes contraindicam a vacina que provoca alergia no paciente.
- Imunodeprimidos, imunodeficientes e gestantes não devem aplicar vacina viva atenuada sob o risco de serem infectados. As vacinas inativadas são seguras para esses pacientes.
- Doença febril aguda contraindica a vacina no momento da doença, devendo ela ser aplicada após a resolução do quadro.
- Uso de corticosteroides: apenas contraindicam vacinas vivas se utilizados em doses imunossupressoras (≥ 2 mg/kg/dia ou > 20 mg/dia de prednisona ou equivalente, por mais de 14 dias). Corticoides inalatórios, nasais ou tópicos não impedem a vacinação.

Agora, temos algumas falsas contraindicações que você também precisa conhecer, pois são pegadinhas de provas.

- Doenças agudas afebris: resfriados, gripes e diarreias não contraindicam a vacina se o paciente não estiver febril.
- Uso de antibiótico, desde que não esteja em vigência de febre.
- História familiar de alergias e crises convulsivas.
- Choro e febre persistentes pós-vacinação prévia.
- Desnutrição: os desnutridos mantêm sua capacidade imune e são mais suscetíveis a adoecer, portanto devem obrigatoriamente ser vacinados.
- Filhos de mães HIV positivo: a criança exposta ao HIV vertical deve ser vacinada com todas as vacinas do calendário até que se prove laboratorialmente ou clinicamente a imunodepressão. Vacinas inativadas podem ser feitas independentemente do estado imune do paciente.

Agora, não esqueça: a transfusão de concentrado de hemácias contraindica o uso de vacinas vivas por um período! Pense comigo, quando utilizamos hemoderivados, estamos administrando junto anticorpos já prontos no organismo. A vacina viva atenuada contém o patógeno enfraquecido, com o objetivo de induzir a formação de anticorpos próprios. Se juntarmos a vacina com esses anticorpos do hemoderivado, eles irão combater os patógenos e impedirão a produção de anticorpos endógenos. Portanto, deve ser obedecido um intervalo mínimo de 5 meses, de acordo com o Ministério da Saúde, entre o hemoderivado e as vacinas vivas. Não há contraindicação para vacinas inativadas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** Os filhos de mães HIV positivo recebem as mesmas vacinas do calendário até que se prove clínica ou laboratorialmente a imunossupressão.
- B) **alternativa B.**
- C) **Incorreta a alternativa C.** A desnutrição e o uso de antibióticos não contraindicam a vacinação com vacinas vivas.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Doenças afebris não contraindicam a vacinação.

Gabarito: B

74. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Você recepciona, em sala de parto, um bebê de 35 semanas de idade gestacional, que está hipotônico e em apneia. Entre as alternativas, o que está INCORRETO quanto à conduta com esse neonato?

- A) Deve-se realizar estímulo tátil no dorso do RN e clampar o cordão de imediato.
- B) Os passos iniciais devem ser feitos em, no máximo, 30 segundos e, logo após, reavaliarmos frequência cardíaca e ritmo respiratório.
- C) A ventilação com pressão positiva, quando indicada, deve ser iniciada com FiO₂ de 30%.
- D) Caso o RN precise de massagem cardíaca, ela é feita de forma sincronizada com 3 compressões para cada ventilação.

Comentários:

Olá, Estrategista.

A primeira coisa que você precisa entender sobre reanimação neonatal é que ela é uma SEQUÊNCIA DE PASSOS.

Começamos na recepção do RN, quando fazemos três perguntas.

1. RN é \geq 34 semanas?
2. RN respira ou chora?
3. RN tem bom tônus?

A primeira define a diretriz a ser utilizada. As duas últimas definem se ele tem boa vitalidade, nesse caso, ele pode fazer o contato pele a pele e ter seu cordão clampeado tardiamente, independentemente da idade gestacional.

Caso a resposta seja "não" para qualquer uma das duas últimas perguntas, independentemente da idade gestacional, iniciamos a sequência de reanimação neonatal.

REANIMAÇÃO PARA MAIORES DE 34 SEMANAS.

1) PASSOS INICIAIS. Fazer estímulo tátil no dorso, no máximo, 2 vezes. Clampar o cordão umbilical de imediato. Levar o RN à mesa de reanimação. Colocar ele sob fonte de calor radiante. Prevenir a hipotermia, por meio da secagem, retirada de campos úmidos e colocação de touca. Manter vias aéreas abertas, por meio do posicionamento do pescoço em leve extensão e aspiração de vias aéreas, se necessário.

Avaliar frequência cardíaca (deve estar acima de 100 bpm) e ritmo respiratório (deve ser regular) para decidir se há necessidade de manobras adicionais.

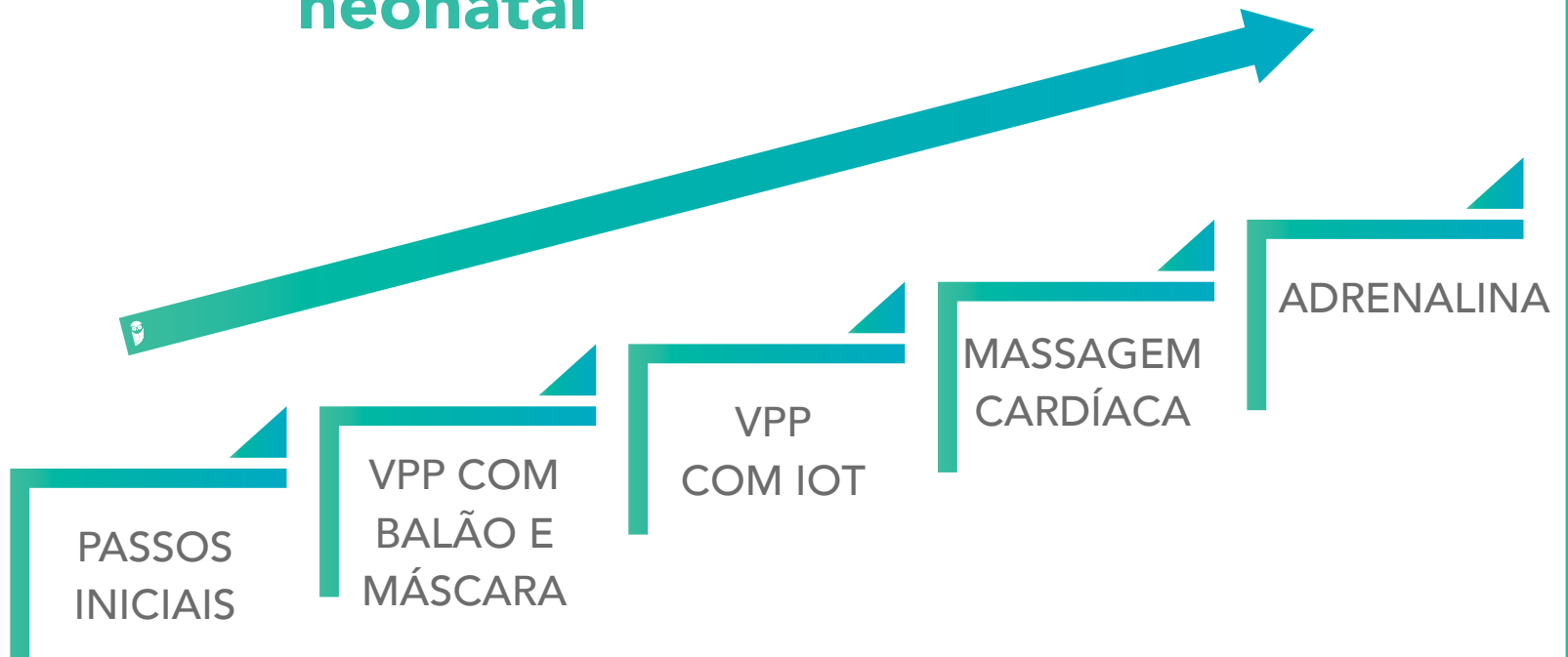
2) Se apneia, respiração irregular ou FC menor do que 100 bpm = ventilação com pressão positiva (VPP), com balão, máscara e oxigênio a 21% (ar ambiente) por 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

3) Se apneia, respiração irregular ou FC menor do que 100 bpm, primeiro consideramos máscara laríngea. Se falhar ou não estiver disponível, intubar e ventilar por mais 30 segundos. Revisar a técnica e reavaliar.

4) Se FC estiver menor do que 60 bpm, iniciar a massagem cardíaca por 60 segundos, sincronizada com a ventilação 3 compressões: 1 ventilação. Revisar a técnica e reavaliar.

5) Se FC persistir menor do que 60 bpm, administrar adrenalina.

Sequência de reanimação neonatal



Vamos às alternativas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** É correto iniciar a reanimação com o estímulo tátil no dorso e clampeamento imediato do cordão.
- B) **Incorreta a alternativa B.** É correto que os passos iniciais devem ser realizados em 30 segundos e, na reavaliação, checamos a FC e o ritmo respiratório.
- C) **Correta a alternativa C.** A VPP, quando indicada em maiores de 34 semanas, é iniciada com FIO₂ de 21%, equivalente ao ar ambiente.
- D) **Incorreta a alternativa D.** É correto que a massagem cardíaca é realizada sincronizando 3 compressões para cada ventilação.

Gabarito: C

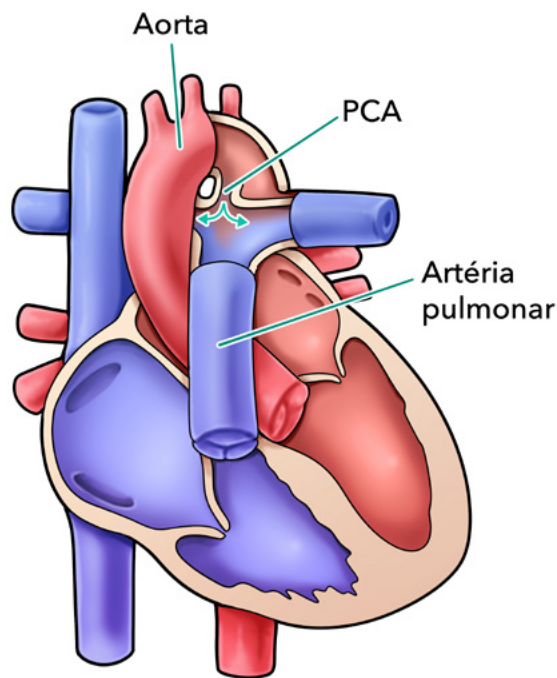
75. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Sabrina nasceu prematura de 30 semanas, está com 5 dias de vida, internada em UTI neonatal. Apresenta irritabilidade, taquipneia, taquicardia, precórdio hiperdinâmico e baixo ganho pômdero-estatural. A provável causa de seus sintomas é:

- A) defeito no septo interventricular, com insuficiência cardíaca descompensada.
- B) *shunt* esquerdo-direito por meio da persistência do canal arterial.
- C) defeito no septo atrioventricular total, associado à prematuridade.
- D) estenose pulmonar, com hipertrofia de ventrículo direito e hipofluxo pulmonar.

Comentários:

Estrategista, quando temos um prematuro, com sinais precoces de insuficiência cardíaca, precisamos sempre nos lembrar da persistência do canal arterial (PCA).

O canal arterial (CA), ou ducto arterial (DA), é o vaso sanguíneo que faz a comunicação entre a aorta e a artéria pulmonar. Na vida intrauterina, o canal arterial faz o desvio do sangue direito para o esquerdo. Ele deve se fechar nos primeiros dias de vida, porém, em alguns pacientes, ele mantém-se aberto. Essa é a persistência do canal arterial. Os principais fatores de risco são a prematuridade e a síndrome da rubéola congênita.



Vamos entender a fisiologia! Após o nascimento, com a queda progressiva da pressão pulmonar e o aumento da pressão sistêmica, o fluxo sanguíneo pelo canal passa a ser da aorta para a artéria pulmonar (*shunt* esquerdo-direito), levando a um hiperfluxo sanguíneo pulmonar e insuficiência cardíaca.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico depende do tamanho do *shunt* esquerda → direita. Canais arteriais pequenos podem ser pouco sintomáticos, apresentando apenas sopro cardíaco e exame físico normal. Canais maiores podem levar à insuficiência cardíaca congestiva e ao precórdio hiperdinâmico (hipercinético). Nos prematuros, observa-se sudorese, taquicardia, taquipneia, irritabilidade e perda ou ganho insuficiente de peso.

O sopro típico é o sopro contínuo “em maquinaria”. Outros sinais clínicos são os pulsos periféricos amplos em martelo d’água ou pulso de Corrigan, que também pode ser visto em insuficiência aórtica.

TRATAMENTO

Canais arteriais pequenos podem fechar-se espontaneamente nas primeiras semanas ou meses de vida. Já canais arteriais grandes ou com repercussão hemodinâmica precisam ser tratados para serem fechados.

O tratamento inicial pode ser clínico, com o uso de indometacina ou ibuprofeno.

Na falha do tratamento farmacológico, a cirurgia (ligadura do canal arterial) costuma ser indicada entre 6 meses e 2 anos de idade.

- A) Incorreta a **alternativa A**. A CIV pode estar presente, mas a insuficiência cardíaca costuma ser mais tardia, entre 2 e 3 meses de idade.
- B) Correta a **alternativa B**.
- C) Incorreta a **alternativa C**. O defeito no septo atrioventricular total pode se manifestar com insuficiência cardíaca precoce, mas está intimamente relacionado à síndrome de Down, não à prematuridade.
- D) Incorreta a **alternativa D**. Essas são características da tetralogia de Fallot, que cursa prioritariamente com cianose e crises hipoxêmicas.

Gabarito: B

76. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Sobre a circulação fetal e sua transição para a circulação neonatal, é correto afirmar que:

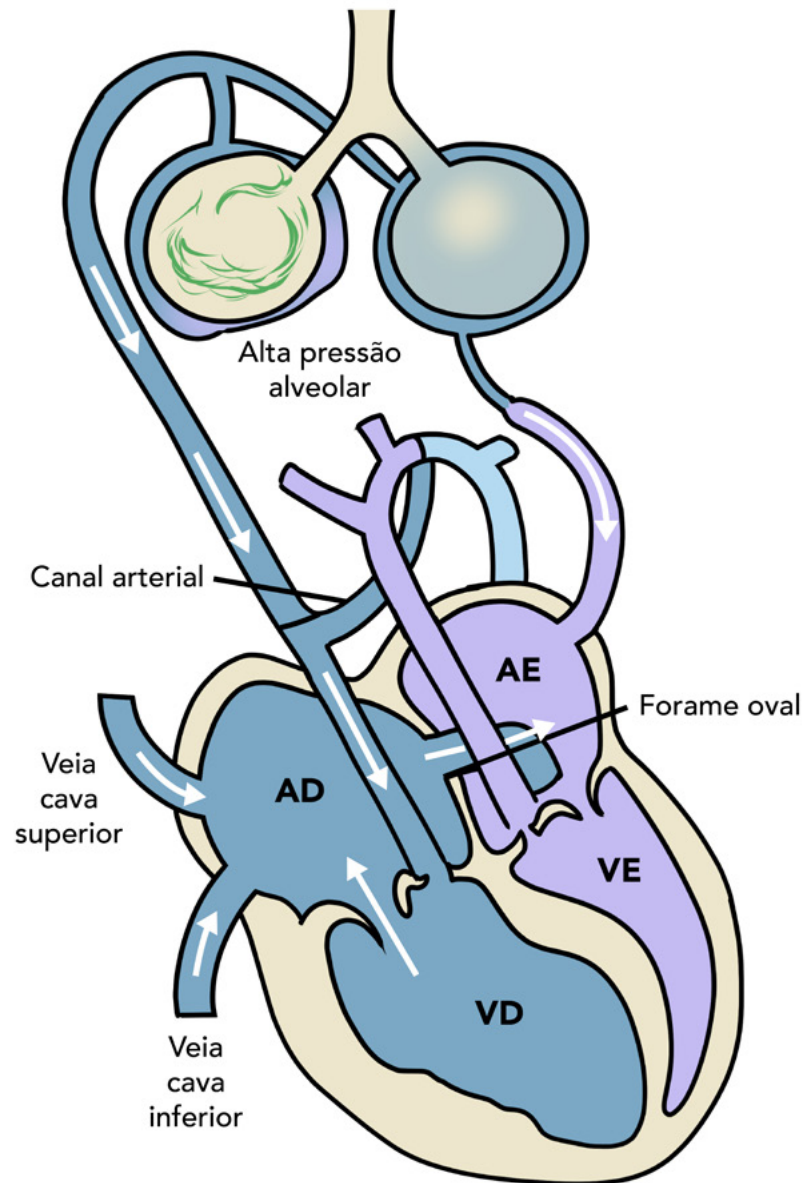
- A) no período fetal, o *shunt* esquerdo-direito ocorre por meio do canal arterial e do forame oval.
- B) a baixa resistência pulmonar e a alta resistência placentária são características da circulação fetal.
- C) na circulação fetal, a veia umbilical é a estrutura mais oxigenada.
- D) ao nascer, a saída da placenta aumenta os níveis de prostaglandinas, auxiliando o fechamento dos *shunts* fisiológicos.

Comentários:

Olá, Estrategista, vamos fazer um resumo da circulação fetal?

Durante a gestação, quem faz a troca gasosa é a placenta, ela tem uma baixa resistência vascular e, devido a isso, a pressão arterial sistêmica no feto é baixa. Já os pulmões fetais são repletos de líquido, por isso há uma alta resistência vascular pulmonar e menos de 10% do débito cardíaco do feto passa por ele. Mas, profe, se o sangue quase não passa pelos pulmões, como ele chega ao lado esquerdo do coração? Ele utiliza os famosos *shunts* direito-esquerdo: canal arterial (ducto arterial/ducto arterioso) e o forame oval. Eles servem como canais que levam o sangue do coração direito para o esquerdo.

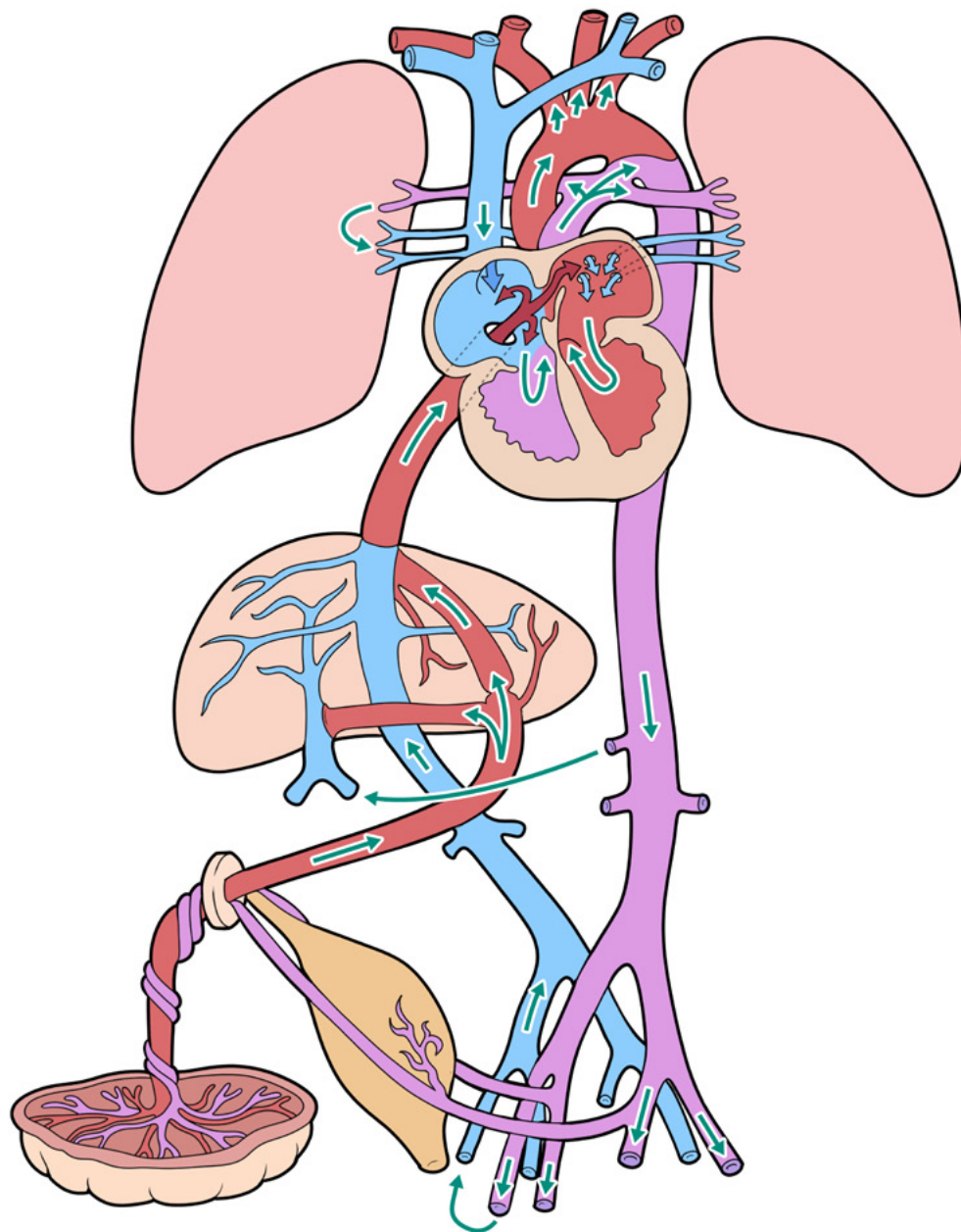
Hipertensão pulmonar persistente



Certo, vamos, então, seguir o caminho do sangue?

- O sangue sai da placenta, bastante oxigenado, pela veia umbilical.
- Ele chega no coração direito fetal por duas vias:
 1. veia cava superior, que drena cabeça e pescoço e traz sangue pouco oxigenado;
 2. veia cava inferior. Antes de chegar ao ducto venoso, a veia cava traz sangue pouco oxigenado da circulação sistêmica. No ducto venoso, ela une-se à veia umbilical (sangue bastante oxigenado). Assim, o que desemboca no coração é um sangue médio oxigenado.
- Essas duas veias seguem para o átrio direito e ventrículo direito. O natural seria o sangue ir para os pulmões através do tronco pulmonar, porém eles estão cheios de líquido e apenas 10% do fluxo segue essa via. Os outros 90% são desviados pelo canal arterial, seguindo para a aorta e pelo forame oval, seguindo para o átrio esquerdo, ventrículo esquerdo e, também, para a aorta.
- Logo, todo fluxo sanguíneo está percorrendo o corpo e, ao atingir a aorta descendente, une-se ao retorno venoso dos órgãos, chega às artérias umbilicais, alcançando a placenta, onde libera o CO₂ e os resíduos.

Observe a figura a seguir para entender melhor:



Certo, e o que ocorre após o parto?

Logo após o nascimento, dois eventos importantes acontecem:

- o líquido dentro dos pulmões é reabsorvido e há uma queda na resistência vascular pulmonar. Com o início da respiração espontânea do RN ao nascer, ocorre aumento do fluxo sanguíneo pulmonar, estabelecendo, assim, a respiração normal do neonato e a troca gasosa adequada;
- o clampeamento do cordão umbilical eleva a pressão sistêmica do recém-nascido.
- Com isso, associado ao aumento da concentração de oxigênio e à redução nos níveis de prostaglandinas (que eram produzidas na placenta), o ducto arterial perde sua função e inicia seu fechamento, primeiro funcional, depois, anatômico. Ocorre também um aumento de pressão no átrio esquerdo, proporcionando o fechamento do forame oval ao pressionar a válvula contra o septo. A saída da placenta fecha o ducto venoso.

Terminada a transição da vida fetal para a pós-natal, o neonato estará respirando, os *shunts* fisiológicos, em fechamento, e a circulação definitiva, instaurada.

Analisando as alternativas agora.

- A) **Incorreta a alternativa A.** No período fetal, o *shunt* é direito-esquerdo através do canal arterial e do forame oval.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Na circulação fetal, a resistência pulmonar é alta.
- C) **Correta a alternativa C.** Considerando que é o vaso que sai da placenta após a troca gasosa, essa é a estrutura mais oxigenada da circulação fetal.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Ao nascer, a saída da placenta declina os níveis de prostaglandina, o que auxilia o fechamento do canal arterial.

Gabarito: C

77. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menina, nascida a termo, adequada para a idade gestacional, apresenta icterícia zona 1, no 3º dia de vida. O médico classifica como icterícia fisiológica. Que alternativa a seguir traz uma causa de icterícia fisiológica?

- A) Vida média curta dos eritrócitos neonatais.
- B) Aumento da atividade da glicuroniltransferase hepática.
- C) Redução da circulação entero-hepática da bilirrubina.
- D) Estenose transitória das vias biliares do neonato.

Comentários:

Olá, Estrategista, nas questões de icterícia, vamos lembrar a fisiopatologia da icterícia neonatal.

A bilirrubina provém da degradação de proteínas contendo heme, principalmente a hemoglobina das hemácias.

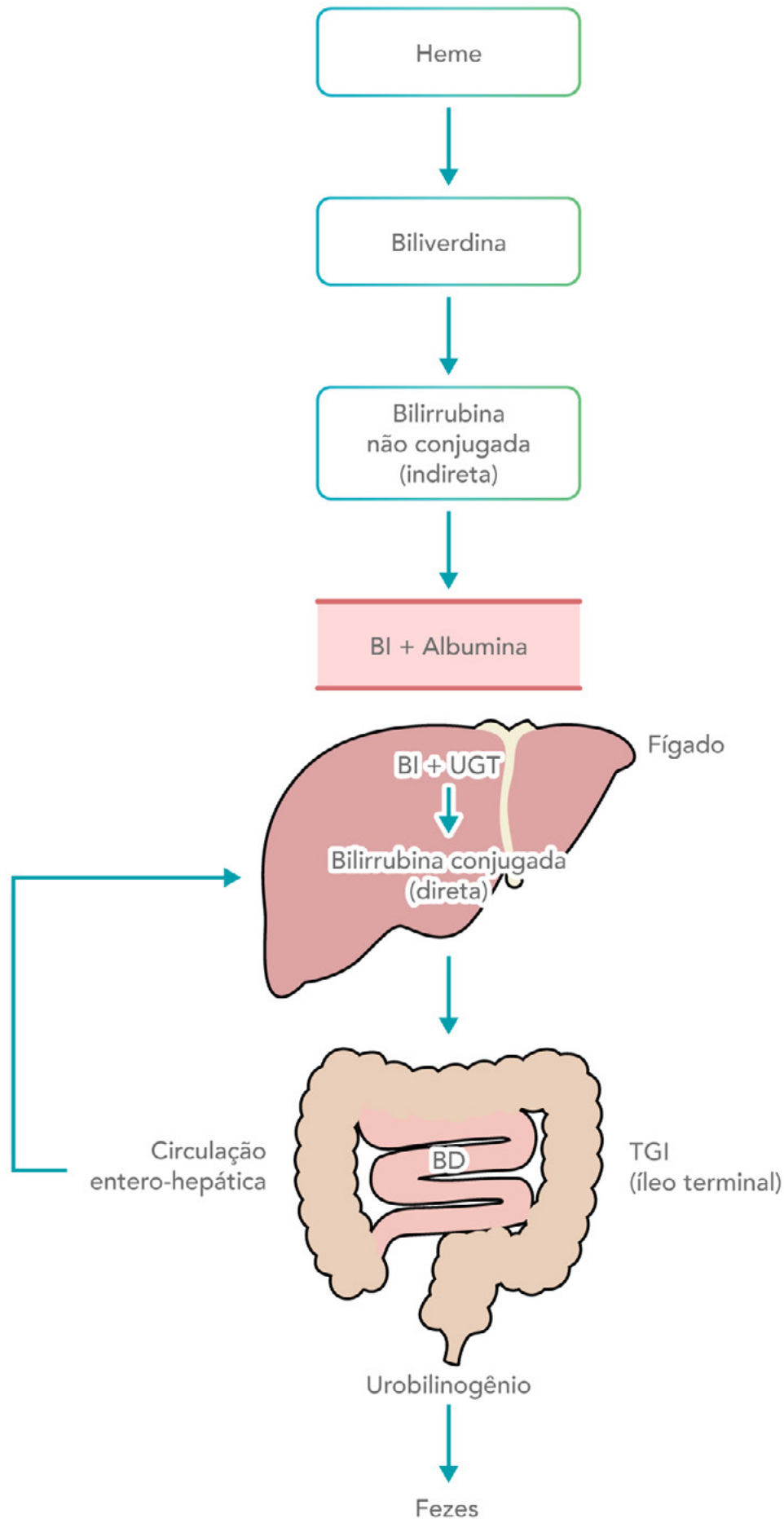
O heme das proteínas é oxidado em biliverdina. A biliverdina é reduzida em bilirrubina, que é transportada pelo sangue até os hepatócitos, ligada à albumina sérica (bilirrubina não conjugada ou indireta – BNC ou BI).

Ocorre, então, a dissociação da albumina, e ela atravessa a membrana plasmática do hepatócito.

O fígado tem um papel importante no metabolismo da bilirrubina, sendo responsável por sua captação, conjugação e excreção. Dentro dele, a bilirrubina é conjugada ao ácido glicurônico pela enzima uridina (difosfoglicerato glucuronosiltransferase — UDP), quando passa a ser denominada bilirrubina direta ou conjugada (BD ou BC).

Juntos, eles vão até a vesícula biliar, e a bilirrubina direta, o ácido glicurônico e a bile são excretados até ao trato gastrointestinal. No íleo terminal, as enzimas bacterianas hidrolisam a bilirrubina em urobilinogênio, que é excretado pelas fezes, dando sua cor característica.

Agora, precisamos lembrar que o intestino neonatal inicialmente é estéril e colonizado aos poucos, portanto há poucas enzimas bacterianas para transformar a BD em urobilinogênio. Com isso, a bilirrubina solta-se do ácido glicurônico, liga-se novamente à albumina e, pela circulação, volta ao fígado através do que chamamos de circulação entero-hepática.



São causas de icterícia fisiológica:

- aumento da degradação das hemácias e tempo menor de meia-vida comparado aos dos adultos (70 a 90 dias nos RNs x 120 dias dos adultos);
- maior número de hemácias, hemoglobina e hematócrito pela baixa saturação de oxigênio intraútero;
- menor capacidade de captação, conjugação e excreção por imaturidade do sistema hepático;
- aumento da circulação entero-hepática pela menor motilidade intestinal, principalmente em neonatos com dificuldade de amamentação, que eliminam pouco mecônio;
- antes do nascimento, a bilirrubina era excretada pela placenta; ao nascer, essa depuração cessa;
- clampeamento tardio do cordão, por uma maior passagem de sangue ao neonato.

Vamos às alternativas.

- A) **Correta a alternativa A.** As hemácias fetais têm meia-vida mais curta, portanto maior hemólise. Essa é uma das causas de icterícia fisiológica.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A imaturidade hepática leva a uma diminuição, não um aumento, na atividade da glicuroniltransferase hepática.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Há aumento, não redução, na circulação entero-hepática da bilirrubina nos neonatos.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Não há estenose transitória de vias biliares no neonato e, caso ocorresse, a hiperbilirrubinemia seria direta.

Gabarito: A

78. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) O pediatra participa da sala de parto de um pré-termo de 28 semanas, nascido após pré-eclâmpsia materna. O bebê nasce chorando e com tônus adequado, mas logo evolui para desconforto respiratório progressivo. Que conduta imediata deve ser realizada, ainda em sala de parto?

- A) Administração de surfactante exógeno.
- B) Prescrição de corticoterapia endovenosa.
- C) Administração de pressão positiva por meio do CPAP.
- D) Intubação orotraqueal e ventilação mecânica.

Comentários:

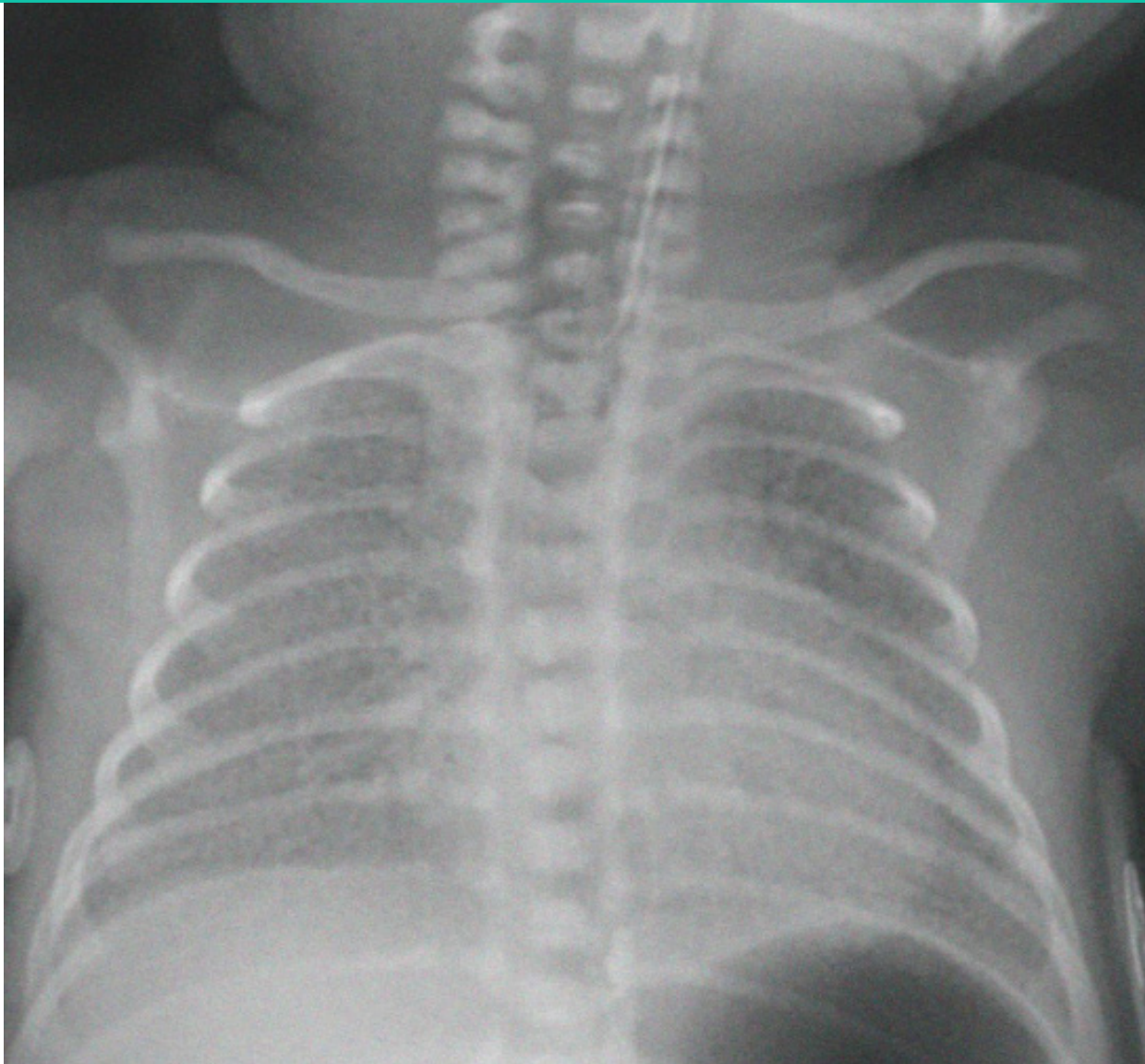
Olá, Estrategista, repita comigo: prematuridade + *distress* respiratório precoce = síndrome do desconforto respiratório (SDR) até que se prove o contrário!

A SDR, também chamada de doença da membrana hialina, é uma doença causada pela deficiência de surfactante pulmonar.

O surfactante é uma substância lipoproteica produzida nas células pulmonares chamadas de pneumócitos II. Quando ele é liberado no interior dos alvéolos, reduz a tensão superficial e previne o colapso alveolar no final da expiração, ou seja, ela mantém-nos abertos mesmo sem o ar preenchendo o espaço interno. Apesar de sua produção iniciar cedo no período fetal, a distribuição só ocorre por volta de 28 a 32 semanas de gestação e alcança a concentração suficiente a partir da 35ª semana, tornando os bebês prematuros vulneráveis ao colapso dos alvéolos e, conseqüentemente, das atelectasias.

Na clínica, temos um RN, geralmente prematuro, com taquidispneia precoce, progressiva e, na ausculta, há uma diminuição global do murmúrio vesicular.

A radiografia inicial de tórax traz microatelectasias, hipotransparência homogênea em padrão “vidro moído/vidro fosco” e broncogramas aéreos.



O tratamento é baseado em ventilação, primariamente não invasiva via CPAP nasal, uso de surfactante exógeno e suporte clínico. Vamos às alternativas.

- A) Incorreta a alternativa **A**. Cuidado com pegadinhas! Isso já foi cobrado em prova! Em sala de parto, nossa primeira conduta é o uso de CPAP. Claro que a administração de surfactante exógeno será importante e necessária, mas não esqueça: a ventilação não invasiva vem primeiro, o surfactante será feito posteriormente.
- B) Incorreta a alternativa **B**. Não há indicação de corticoterapia para o RN, ela poderia ter sido feita intramuscular para a mãe, para maturação do pulmão neonatal.
- C) **Correta a alternativa C**. A primeira medida, ainda em sala de parto, é a ventilação não invasiva, de preferência com CPAP.
- D) Incorreta a alternativa **D**. A ventilação mecânica, com o RN intubado, será aplicada na falha da ventilação não invasiva.

Gabarito: C

79. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Menina de 14 meses é levada três dias seguidos para o hospital devido a febre sem sinais localizatórios. No quarto dia, a febre cessou, porém surgiu um exantema maculopapular róseo difuso em seu corpo. O médico tranquiliza a mãe de que essa é uma doença benigna, causada pelo agente:

- A) parvovírus B19.
- B) herpes vírus 6 ou 7.
- C) coxsackie.
- D) Epstein-Barr.

Comentários:

Olá, querido Estrategista. Temos aqui uma história bem clássica de exantema súbito.

O exantema súbito, também chamado de roséola infantil ou sexta doença, é uma doença infecciosa viral característica de crianças entre 6 meses e 6 anos, predominando em menores de 2 anos. É causada pelo herpes vírus tipo 6 ou 7.

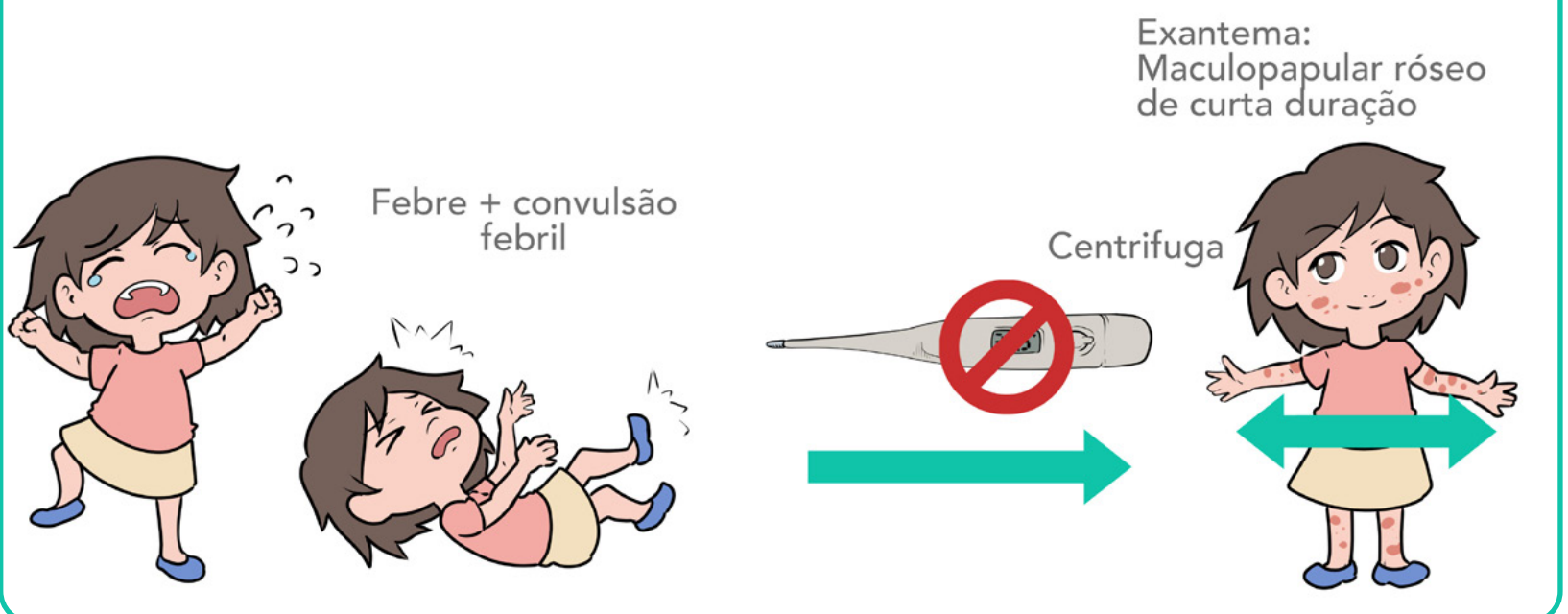
O quadro clínico é bem marcado por dois momentos:

1) No primeiro momento, a criança apresenta febre alta, sem toxemia e sem outras manifestações associadas que nos levem a um diagnóstico. Essa criança pode apresentar crise convulsiva febril.

2) No segundo momento, a febre cessa. Ao cessar da febre, aparece o exantema maculopapular róseo, que inicia no tronco e dissemina para os membros, de curta duração e que some sem descamação.

O tratamento da doença é apenas orientações aos pais e sintomáticos.

Manifestações clínicas do exantema súbito



- A) **Incorreta a alternativa A.** O parvovírus B19 causa o eritema infeccioso. Nele, temos um eritema malar (face esbofetada), seguido de exantema rendilhado em tronco e membros.
- B) **Correta a alternativa B.**
- C) **Incorreta a alternativa C.** O coxsackie causa a doença mão-pé-boca, caracterizada por úlceras orais e papulovesículas em mãos e pés.

D) **Incorreta a alternativa D.** O EBV é causa de mononucleose infecciosa. Caracteriza-se por faringite, exantema, linfonodomegalias e hepatomegalia.

Gabarito: B

80. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Pediatria – Prof. Helena Schetinger) Um médico está passeando no *shopping* com a família quando uma criança de 10 anos cai inconsciente em sua frente, ele checa sua responsividade, pulso e respiração e constata que ela está em parada cardiorrespiratória. Considerando que ele é o único que sabe realizar reanimação cardiopulmonar no local, a frequência de compressões x ventilações será de:

- A) 30x1
- B) 30x2
- C) 15x1
- D) 15x2

Comentários:

Estrategista, vamos lembrar os passos a serem seguidos quando encontramos alguém inconsciente?

1) SEGURANÇA

Garantir a segurança do local antes de socorrer a vítima.

2) RESPONSABILIDADE

Para verificarmos a responsividade, o consenso indica que devemos tocar o ombro da criança ou o calcanhar do bebê e chamar sua atenção.

3) ACIONAMENTO DA EMERGÊNCIA

Se o paciente está arresponsivo: chamar por ajuda e buscar o desfibrilador externo automático.

4) VERIFICAR RESPIRAÇÃO E PULSO SIMULTANEAMENTE

Deve ser realizado em até 10 segundos.

Pulso a ser verificado em menores de um ano: braquial. Em maiores de um ano: carotídeo. Alternativa em qualquer idade: femoral.

5) INICIAR A RCP

- Nos casos de parada respiratória com pulso presente, aplica-se apenas ventilações de resgate:
- Administrar 20 a 30 ventilações por minuto, o que corresponde a aproximadamente 1 ventilação a cada 2 a 3 segundos, e checar o pulso a cada 2 minutos.
- Nos casos de PCR com um socorrista
- Na presença de apenas um socorrista, as compressões torácicas devem ser aplicadas em uma proporção de 30 compressões para 2 ventilações por minuto (30x2).
- No caso de mais de um socorrista
- Na presença de 2 socorristas, as compressões torácicas podem ser aplicadas na proporção de 15 compressões para 2 ventilações, por minuto (15x2).

Dito isso, como temos uma criança em PCR e apenas um socorrista, ele irá realizar a frequência de compressões x ventilação de 30x2.

Gabarito: B

MEDICINA PREVENTIVA

81. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Um hospital universitário está avaliando a aquisição de um novo teste rápido para HIV. A equipe de infectologia destaca que é fundamental que o teste consiga excluir a presença da doença em indivíduos realmente não infectados, ou seja, que identifique corretamente os pacientes verdadeiros negativos.

Na escolha do teste, essa característica corresponde a que parâmetro?

- A) Sensibilidade.
- B) Especificidade.
- C) Valor preditivo positivo.
- D) Acurácia.

Comentários:

Tema: Epidemiologia -> Testes diagnósticos

Estrategista,

Questão que aborda diretamente características de testes diagnósticos. Vamos lembrar cada um e como os calcular.

• **Sensibilidade** → mede a capacidade de identificar corretamente os **doentes** (verdadeiros positivos). $\text{Sensibilidade} = \frac{\text{verdadeiros-positivos}}{(\text{verdadeiros-positivos} + \text{falsos-negativos})}$.

• **Especificidade** → mede a capacidade de identificar corretamente os **não doentes** (verdadeiros-negativos). $\text{Especificidade} = \frac{\text{verdadeiros-negativos}}{(\text{verdadeiros-negativos} + \text{falsos-positivos})}$.

• **Valor preditivo positivo (VPP)** → indica a probabilidade de que alguém com teste positivo realmente tenha a doença. $\text{VPP} = \frac{\text{verdadeiros-positivos}}{(\text{verdadeiros-positivos} + \text{falsos-positivos})}$ ou ajustado para prevalência - $\text{VPP} = \frac{(\text{sensibilidade} * \text{prevalência})}{[(\text{sensibilidade} * \text{prevalência}) + (1 - \text{especificidade}) * (1 - \text{prevalência})]}$.

• **Acurácia** → refere-se à proporção total de acertos do teste (tanto nos doentes quanto nos não doentes). $\text{Acurácia} = \frac{(\text{verdadeiro-positivos (VP)} + \text{verdadeiro-negativos (VN)})}{\text{população total (VP + VN + FP + FN)}} * 100$

Assim, vamos às alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A:** mede a capacidade de identificar corretamente os doentes (verdadeiros-positivos).
- B) **Correta a alternativa B:** mede a capacidade de identificar corretamente os não doentes (verdadeiros-negativos).
- C) **Incorreta a alternativa C:** indica a probabilidade de que alguém com teste positivo realmente tenha a doença.
- D) **Incorreta a alternativa D:** refere-se à proporção total de acertos do teste (tanto nos doentes quanto nos não doentes).

Gabarito: B

82. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Um estudo analisou internações e óbitos por covid-19 como variáveis dependentes, obtidas do Painel Coronavírus e SIH/SUS do Ministério da Saúde. As variáveis de exposição incluíram 11 indicadores socioeconômicos municipais coletados do IBGE (alfabetização, proporção de não brancos, aglomeração domiciliar, índice de Gini, acesso à atenção básica em aglomerados subnormais), Ministério do Desenvolvimento Social (elegibilidade para auxílio emergencial), Ministério da Saúde (cobertura da Atenção Básica e testagem de covid-19) e Ministério do Desenvolvimento Regional (acesso à água e esgotamento sanitário). Como variáveis de controle, foram utilizados indicadores de infraestrutura hospitalar (leitos SUS e privados) e de comorbidades (internações e óbitos por diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, respiratórias e tumores malignos), todos padronizados por idade e população.

(Silva, Gabriela Drummond Marques da *et al.* Influência da desigualdade socioeconômica na distribuição das internações e dos óbitos por covid-19 em municípios brasileiros, 2020: um estudo ecológico. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. v. 32, n. 1 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S2237-96222023000100021>>).

Esse tipo de estudo é:

- A) transversal.
- B) ensaio comunitário.
- C) ecológico.
- D) ensaio clínico.

Comentários:

Tema: Epidemiologia -> Estudos Epidemiológicos

Estrategista,

Questão sobre tipo de estudo!

1. Para identificar o tipo de estudo, temos que identificar algumas características:

Unidade do estudo: tipo de dados utilizados — dados individuais ou dados agregados, como dados retirados de uma base de dados.

No caso da questão, é **agregado** (de banco de dados), portanto já poderíamos considerar que seria ou um ecológico ou um ensaio comunitário.

2. Posição do pesquisador: se foi observacional ou experimental, se o pesquisador faz alguma intervenção ou não. Não foi realizada nenhuma intervenção, apenas coletados dados, ou seja, observacional. Portanto, já poderíamos fechar como um estudo ecológico.

3. Temporalidade: em relação à estratégia de observação, avaliou apenas em um único momento ou ao longo de um intervalo de tempo, ou seja, se foi transversal ou longitudinal.

4. Particularidades do estudo.

ESTUDO ECOLÓGICO: estudo de dados agregados, observacional e avaliado em um momento.

SÉRIE TEMPORAL: estudo de dados agregados, observacional e avaliado ao longo de um período.

ENSAIO COMUNITÁRIO: estudo com dados agregados, experimental, avaliado ao longo de um período.

ESTUDO TRANSVERSAL OU SECCIONAL: estudo com dados individuais, observacional e avaliado em um momento.

ESTUDO COORTE: estudo com dados individuais, observacional e avaliado ao longo de um período a partir da exposição para ver o desenvolvimento do desfecho, divide entre expostos e não expostos. Coorte retrospectiva: os participantes já viveram a exposição e desfecho. Coorte prospectiva: os participantes ficam em acompanhamento ao longo do tempo.

ESTUDO CASO-CONTROLE: estudo com dados individuais, observacional, avalia a partir do desfecho que exposições foram antes, divide entre casos e controles e vê suas exposições.

ENSAIO CLÍNICO: estudo com dados individuais, experimental e longitudinal.

Desempenho epidemiológico	Tipo de dado utilizado	Posição do pesquisador	Estratégia de observação	Direção do estudo	Gatilhos mentais
Estudo ecológico	Agregado	Observacional	Transversal	-	O estudo utiliza uma determinada medida coletiva (incidência, prevalência, mortalidade, entre outras) de alguma localidade (aís, município, estado)
Estudo seccional	Individual	Observacional	Transversal	-	População avaliada em um único momento.
Estudo de caso de controle	Individual	Observacional		Retrospectivo	A população é dividida segundo a presença ou ausência do desfecho (casos x desfechos)
Estudo de coorte	Individual	Observacional		Prospectivo ou retrospectivo	A população é dividida segundo a presença ou ausência do exposição (expostos x não expostos)
Ensaio clínico	Individual	Experimental		Prospectivo	A intervenção é um fármaco e a população é de pacientes.
Ensaio de campo	Individual	Experimental		Prospectivo	A intervenção é uma medida profilática (ex. vacinas), e a população é saudável.
Ensaio comunitário	Agregado	Experimental		Prospectivo	A intervenção é fornecida de forma coletiva (ex.: fluoretação da água de abastecimento), e a população saudável - o objetivo é prevenir a incidência da doença de forma coletiva.

Assim, esse é um estudo **ecológico** porque utiliza dados agregados em nível populacional (municipal) como unidade de análise, investigando a associação entre indicadores socioeconômicos municipais e desfechos de saúde (internações e óbitos por covid-19) na população.

Características que identificam o estudo ecológico:

- unidade de análise: municípios (não indivíduos);
- dados agregados populacionais;
- variáveis de exposição coletadas em nível municipal;
- associação entre características contextuais e desfechos de saúde coletivos.

Por que as outras alternativas estão incorretas:

- **transversal:** embora possa ter componente transversal, a característica principal é ser ecológico;
- **ensaio comunitário:** não há intervenção sendo testada;
- **ensaio clínico:** não envolve intervenção em indivíduos ou grupos de tratamento.

O estudo ecológico é adequado para investigar determinantes sociais da saúde e fatores contextuais que influenciam desfechos populacionais, como no caso da covid-19.

- A) **Incorreta a alternativa A:** os dados são agregados, não individuais.
- B) **Incorreta a alternativa B:** no ensaio comunitário, há intervenção sendo realizada na população e, nesse estudo, não houve nenhuma intervenção.
- C) **Correta a alternativa C:** unidade de análise — municípios (não indivíduos), os bancos de dados são de dados agregados populacionais com variáveis de exposição coletadas em nível municipal. Há uma associação entre características contextuais e desfechos de saúde coletivos. Assim, caracteriza-se como estudo ecológico.
- D) **Incorreta a alternativa D:** ensaio clínico é com dados individuais e há uma intervenção sendo feita nas pessoas.

Gabarito: C

83. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Em um município com 500 mil habitantes, registraram-se, em 2022, 250 casos confirmados de meningite bacteriana. Desses, 25 pacientes foram a óbito.

Com base nesses dados, qual é o valor do coeficiente de letalidade da meningite bacteriana nesse município?

- A) 0,01
- B) 0,05
- C) 0,1
- D) 0,00005

Comentários:

Tema: Epidemiologia -> Medidas de Saúde coletiva

Estrategista, o conceito de letalidade relaciona-se à capacidade da doença de provocar a morte. Seu cálculo é realizado da seguinte forma:

Letalidade = óbitos por determinada causa/doentes pela mesma causa.

Nesse caso tivemos 25 óbitos por meningite bacteriana e 500 casos de meningite bacteriana. Logo:

Letalidade = $25/500 = 0,1$. Dessa forma, o gabarito é a alternativa C.

- A) **Incorreta a alternativa A:** valor incorreto. Letalidade = óbitos por determinada causa/doentes pela mesma causa. Letalidade = $25/500 = 0,1$.
- B) **Incorreta a alternativa B:** valor incorreto. Letalidade = óbitos por determinada causa/doentes pela mesma causa. Letalidade = $2/500 = 0,1$. O valor da alternativa indicaria a mortalidade se tivesse o complemento “por mil”.
- C) **Correta a alternativa C:** valor correto. Letalidade = óbitos por determinada causa/doentes pela mesma causa. Letalidade = $25/500 = 0,1$.
- D) **Incorreta a alternativa D:** valor incorreto. Letalidade = óbitos por determinada causa/doentes pela mesma causa. Letalidade = $25/500 = 0,1$. O valor da alternativa indicaria a mortalidade, se fosse um valor bruto, sem ser por mil.

Gabarito: C

84. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Uma Equipe de Saúde da Família, em uma capital do Centro-Oeste, iniciou, em 2021, um conjunto de ações estratégicas:

1. busca ativa de crianças com vacinação em atraso;
2. busca ativa de sintomáticos respiratórios para investigação de tuberculose;
3. organização de grupos educativos de autocuidado para pessoas com diabetes e hipertensão;
4. campanha de incentivo à realização de testes rápidos para detecção de HIV e sífilis.

Espera-se, como efeito direto dessas medidas, que os indicadores de saúde da área de cobertura apresentam a seguinte evolução, respectivamente:

- A) aumento da cobertura vacinal infantil; aumento da taxa de notificação/incidência de tuberculose; diminuição de complicações cardiovasculares; e aumento da taxa de prevalência aparente de HIV e sífilis.
- B) redução da prevalência de doenças imunopreveníveis; redução significativa da incidência de tuberculose; queda da prevalência de diabetes e hipertensão; e diminuição das taxas de mortalidade por HIV e sífilis.
- C) aumento das taxas de abandono vacinal; aumento da mortalidade proporcional por tuberculose; aumento das internações por doenças cardiovasculares; e diminuição da taxa de detecção de HIV e sífilis.
- D) redução da cobertura vacinal infantil; aumento das taxas de letalidade por tuberculose; aumento das internações por diabetes e hipertensão; e redução da prevalência aparente de HIV e sífilis.

Comentário:

Tema: Epidemiologia -> Indicadores de saúde

Estrategista,

- **Busca ativa de crianças não vacinadas** → melhora da **cobertura vacinal**.
- **Busca ativa de sintomáticos respiratórios** → aumenta a **detecção/notificação de casos** (incidência aparente) de tuberculose.
- **Educação em diabetes/hipertensão** → reduz complicações e **diminui internações por doenças cardiovasculares**.
- **Campanha de testagem de HIV e sífilis** → aumenta a **prevalência aparente** (mais casos ocultos são revelados).

- A) **Correta a alternativa A:** busca ativa de crianças não vacinadas → aumento da cobertura vacinal infantil. Busca ativa de sintomáticos respiratórios → mais casos detectados → aumento da taxa de notificação/incidência aparente de tuberculose. Educação em diabetes/ hipertensão → melhora do autocuidado → menos complicações e internações cardiovasculares. Campanha de testagem de HIV/sífilis → mais diagnósticos revelados → aumento da prevalência aparente.
- B) **Incorreta a alternativa B:** as ações propostas não reduzem diretamente a prevalência de doenças imunopreveníveis a curto prazo, já que esse impacto vai ser no médio e longo prazo. A busca ativa não reduz a incidência de tuberculose de imediato; pelo contrário, aumenta a notificação inicial. Grupos educativos não reduzem a prevalência de diabetes/hipertensão (doenças crônicas), mas, sim, suas complicações. Testagem não reduz mortalidade diretamente, apenas identifica mais casos.
- C) **Incorreta a alternativa C:** busca ativa aumenta cobertura vacinal, portanto não aumenta abandono vacinal. Busca ativa da tuberculose não aumenta mortalidade proporcional, apenas amplia detecção precoce, o que favorece redução da mortalidade. Grupos de autocuidado não aumentam internações, mas, sim, reduzem-nas. Campanhas de testagem aumentam a detecção, logo não ocorre diminuição.
- D) **Incorreta a alternativa D:** busca ativa não reduz cobertura vacinal, mas, sim, eleva-a. A letalidade da tuberculose tende a diminuir com diagnóstico precoce, não aumentar. Educação em saúde não aumenta, mas reduz complicações de doenças crônicas. Campanhas de testagem aumentam a prevalência aparente, não a reduzem.

Gabarito: A

85. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Um município brasileiro com 40 mil habitantes possui quase toda a população coberta por equipes de Saúde da Família, exceto em um distrito ribeirinho onde vivem 8 mil pessoas em casas sobre palafitas, afastadas entre si. O gestor local decidiu implantar uma única nova ESF de 40h para atender exclusivamente essa população de 8 mil pessoas. A equipe iniciou o processo de territorialização com mapeamento da área e identificação das famílias.

De acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a decisão do gestor em relação ao número de pessoas adscritas nessa ESF deve ser avaliada como:

- A) adequada, pois cada equipe de Saúde da Família deve atender, em média, de 2.000 a 3.500 pessoas, podendo chegar até 8.000 em áreas de maior adensamento populacional.
- B) inadequada, pois a população adscrita ultrapassa o limite máximo recomendado por equipe de Saúde da Família.
- C) adequada, pois a PNAB prevê maior flexibilidade em territórios de difícil acesso, admitindo que uma única equipe adscrava até 8.000 pessoas em áreas ribeirinhas ou rurais remotas.
- D) inadequada, pois, apenas em situações de áreas de vulnerabilidade social, seria obrigatória a implantação de pelo menos duas equipes de Saúde da Família para a população de 8.000 moradores.

Comentários:

Tema: Sistema Único de Saúde -> PNAB e expansão da APS

Segundo a PNAB, cada ESF deve atender, em média, 2.000 a 3.500 pessoas, com o máximo em algumas situações de 4.500. Nesse caso, a adscrição de 6.000 pessoas para apenas uma equipe ultrapassa o recomendado, tornando a decisão inadequada.

Ainda sobre a população adscrita, tivemos mais uma alteração. Na PORTARIA GM/MS Nº 3.493, DE 10 DE ABRIL DE 2024, temos:

“Para fins de repasse financeiro do componente de vínculo e acompanhamento territorial, será considerada a população cadastrada pelas eSF e eAP até o limite máximo de pessoas por equipe, conforme estabelecido no Anexo XCIX a esta Portaria.

§ 1º Para fins de pagamento, ficam estabelecidos os seguintes parâmetros para o número de pessoas vinculadas por equipe, considerado o porte populacional dos municípios e do Distrito Federal:

I - para municípios com até 20.000 habitantes: parâmetro de 2.000 pessoas vinculadas por eSF;

II - para municípios com população entre 20.001 e 50.000 habitantes: parâmetro de 2.500 pessoas vinculadas por eSF;

III - para municípios com população entre 50.001 e 100.000 habitantes: parâmetro de 2.750 pessoas vinculadas por eSF; e

IV - para municípios com mais de 100.000 habitantes: parâmetro de 3.000 pessoas vinculadas por eSF.”

Anexo I (Anexo XCIX à Portaria de COnsolição GM/MS nº 6, de 2017

FAIXA DE PESSOAS VINCULADAS E ACOMPANHADAS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (XCIX)

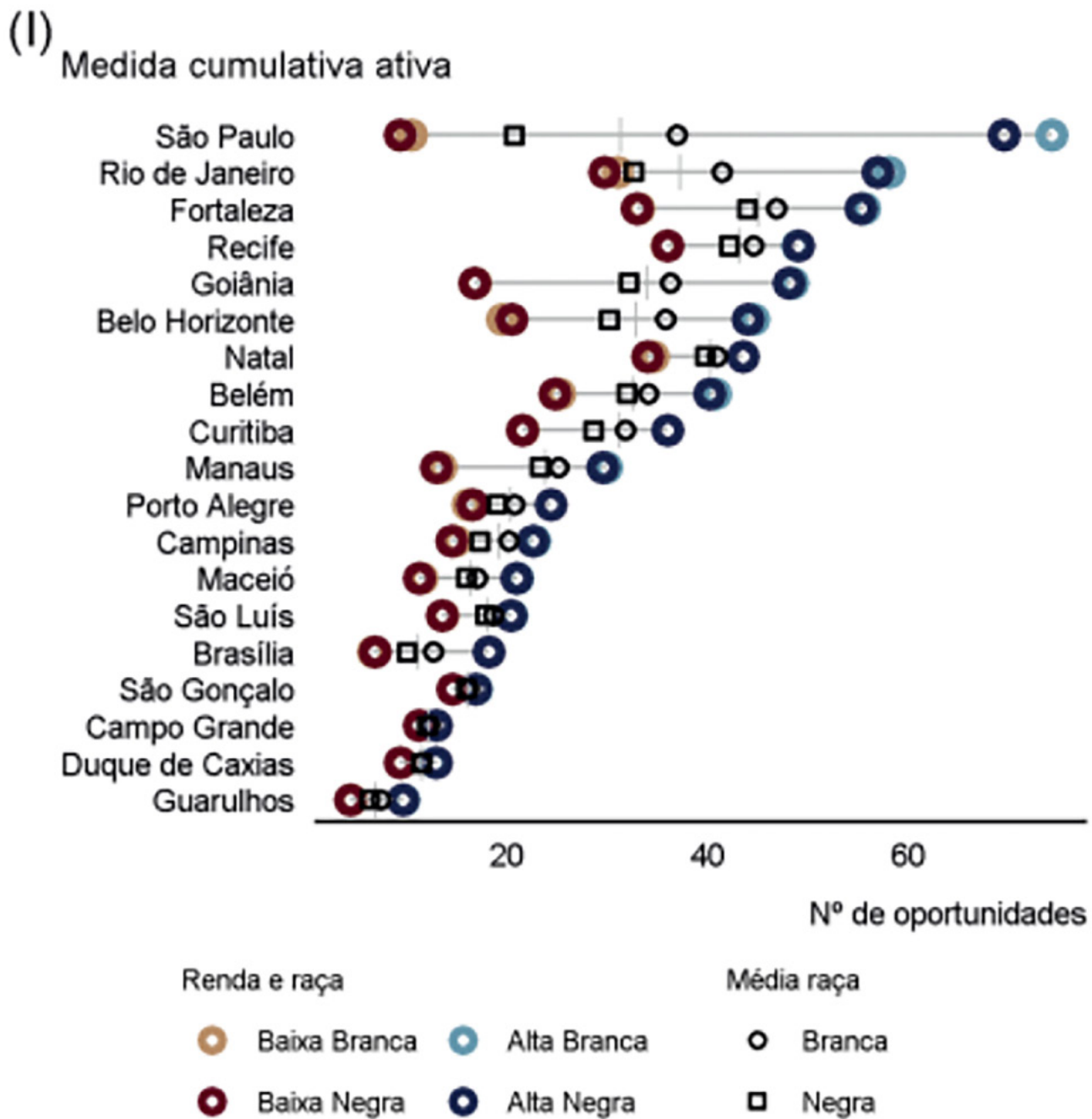
Porte Populacional (habitantes)	eSF		eAP 30h		eAP 20h	
	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo	Parâmetro de pessoas vinculadas	Limite máximo
1. Até 20 mil	2.000	3.000	1.500	2.250	1.000	1.500
2. Acima de 20 mil até 50 mil	2.500	3.750	1.875	2.813	1.250	1.875
3. Acima de 50 mil até 100 mil	2.750	4.125	2.083	3.095	1.375	2.063
3. Acima de 100 mil	3.000	4.500	2.250	3.375	1.500	2.250

Dessa forma, no caso da situação do enunciado, temos uma equipe com 6000 pessoas, que ultrapassa qualquer definição do limite máximo, assim:

- A) Incorreta a alternativa A:** a PNAB não estabelece um limite específico de 8.000 pessoas como adequado, mas, sim, uma faixa de 2.000 a 3.500 pessoas como recomendação padrão, com possibilidade de ajustes conforme especificidades territoriais. Entretanto, coloca como, em municípios populosos (podendo considerar adensamento populacional), o máximo seria de 4.500.
- B) Correta a alternativa B:** a PNAB estabelece uma faixa de 2.000 a 3.500 pessoas como recomendação padrão, com possibilidade de ajustes conforme especificidades territoriais, entretanto 8.000 é o dobro do considerado adequado para cumprir as diretrizes de uma boa assistência à população.
- C) Incorreta a alternativa C:** a PNAB estabelece uma faixa de 2.000 a 3.500 pessoas como recomendação padrão, com possibilidade de ajustes conforme especificidades territoriais, entretanto 8.000 é o dobro do considerado adequado para cumprir as diretrizes de uma boa assistência à população. Em populações com maior vulnerabilidade, poderíamos até considerar uma maior necessidade de ser menos população por equipe.
- D) Incorreta a alternativa D:** está incorreta, porque não seria APENAS em situação de vulnerabilidade social que se precisaria de pelo menos 2 equipes, mas, sim, é a recomendação padrão pela PNAB, em que a população adscrita por ESF é uma faixa de 2.000 a 3.500 pessoas.

Gabarito: B

86. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) O gráfico a seguir foi retirado do documento “DESIGUALDADES RACIAIS E DE RENDA NO ACESSO À SAÚDE NAS CIDADES BRASILEIRAS” produzido pelo IPEA.



Sobre o gráfico acima e uma correlação possível com um princípio doutrinário do SUS, assinale a alternativa mais adequada.

- A) Entre os aspectos retratados no gráfico, a principal diferença de acesso a estabelecimentos de alta complexidade é entre pessoas brancas e negras, ferindo, assim, o princípio da equidade do SUS.
- B) Entre os aspectos retratados no gráfico, a principal diferença de acesso a estabelecimentos de alta complexidade é entre pessoas de alta e baixa renda, em que, a partir do princípio doutrinário de regionalização do SUS, os municípios devem organizar o sistema para atender melhor às demandas da comunidade.

- C) A baixa oferta de serviços de alta complexidade em regiões próximas a uma população de menor renda pode se relacionar a uma sobrecarga do sistema nessas regiões, assim, para cumprir o princípio de equidade, poderia ser repensada a organização para não ocorrer a lei dos cuidados inversos.
- D) Entre os aspectos retratados no gráfico, a principal diferença de acesso a estabelecimentos de alta complexidade é entre pessoas brancas e negras, ferindo, assim, o princípio da integralidade do SUS.

Comentários:

Tema: Sistema Único de Saúde -> Princípios e Diretrizes do SUS (Atributos gerais da APS)

Estrategista,

A questão faz-nos mobilizar 3 conhecimentos: como interpretar um gráfico; princípios do SUS; lei dos cuidados inversos.

Vamos interpretar juntos o gráfico.

O gráfico mostra o **acesso a estabelecimentos de saúde de alta complexidade por carro em 2019**, medido pelo **número de unidades acessíveis em até 30 minutos de viagem** em diferentes cidades brasileiras.

- **Eixo X (horizontal):** número de oportunidades (quantidade de unidades de saúde de alta complexidade acessíveis).
- **Eixo Y (vertical):** lista de cidades (São Paulo no topo, até Guarulhos na base).

• Cores e símbolos representam renda e raça:

- **Baixa renda/branca:** círculo marrom claro.
- **Baixa renda/negra:** círculo vermelho escuro.
- **Alta renda/branca:** círculo azul claro.
- **Alta renda/negra:** círculo azul escuro.
- **Média geral (branca):** quadrado branco.
- **Média geral (negra):** quadrado preto.

• Principais padrões observados

1. Desigualdade de acesso por renda e raça:

- Pessoas de **alta renda** (brancas e negras) tendem a ter **mais unidades acessíveis** do que as de **baixa renda** (no gráfico, essa é a principal disparidade!).
- Dentro do mesmo nível de renda, há discreta diferença entre brancos e negros.

2. Diferenças entre cidades:

- **São Paulo e Rio de Janeiro** são os locais com maior número de oportunidades (mais unidades acessíveis), e vemos também São Paulo com maior desigualdade.

3. Posição relativa das médias raciais (quadrados):

O quadrado **branco (média população branca)** tende a estar à frente do quadrado **negro (média população negra)**, evidenciando desigualdade racial no acesso, que também pode estar relacionado à questão de renda, em que população de baixa renda é mais composta por população negra.

4. Faixa mais crítica:

- Em cidades como **São Gonçalo, Campo Grande, Duque de Caxias e Guarulhos**, todos os grupos estão com números baixos, refletindo forte limitação de acesso geral.

AGORA, VAMOS PARA OS PRINCÍPIOS DO SUS!

São PRINCÍPIOS DOUTRINÁRIOS do SUS:

- **Universalidade:** todos têm direito à saúde, independentemente de cor, raça, classe social, sexo ou qualquer outro fator. A saúde é um direito de todos e dever do Estado. Nas questões, aparece com a pessoa conseguindo acesso à saúde, tendo o atendimento que precisa. Muitas vezes, toca no tema de que não precisa ser do país para conseguir atendimento, qualquer um tem direito.
- **Integralidade:** o cuidado deve ser completo, considerando o ser humano em sua totalidade — biológica, psicológica e social. Envolve ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Nas questões, vem com o tema de conseguir uma medicação cara, ou um tratamento diferente... conseguir as terapêuticas necessárias para sua questão de saúde.
- **Equidade:** trata-se de oferecer mais a quem mais precisa, ou seja, reduzir desigualdades no acesso e nas condições de saúde. Não é tratar todos iguais, mas tratar com justiça. Nas questões, muitas vezes, aparece relacionada a pessoas que tendem não ter acesso fácil, conseguindo. Por exemplo, territórios mais distantes tendo atendimento no território, ações para evitar racismo, atendimentos mais graves serem atendidos mais rapidamente, entre outros exemplos.

AGORA - O QUE É A LEI DE CUIDADOS INVERSOS?

A lei dos cuidados inversos, proposta pelo médico britânico Julian Tudor Hart em 1971, descreve a tendência de que a disponibilidade de bons cuidados de saúde varia de forma inversa à necessidade da população. Ou seja, aqueles que mais precisam de cuidados (pessoas doentes, vulneráveis socioeconomicamente) têm mais dificuldades em acessá-los, enquanto os que menos precisam frequentemente recebem mais serviços.

Assim, vamos avaliar alternativa por alternativa.

- A) Incorreta a alternativa A:** o gráfico mostra, sim, desigualdades raciais (em vários municípios o quadrado da média negra está atrás do quadrado da média branca). Isso reflete desigualdade no acesso e fere o princípio da equidade, que preconiza tratar desigualmente os desiguais para reduzir iniquidades. Porém, a diferença não é exclusivamente racial, pois também há forte influência da renda, essa, sim, é a PRINCIPAL disparidade representada, já que vemos diferenças de raça dentro da mesma renda.
- B) Incorreta a alternativa B:** o gráfico mostra, sim, diferenças marcantes por renda — pessoas de alta renda (círculos azuis) sempre apresentam mais oportunidades de acesso. Mas a associação feita com o princípio da regionalização está inadequada. Regionalização refere-se à organização hierarquizada da rede de serviços por nível de complexidade em regiões de saúde — não diretamente à questão de renda. O mais adequado seria relacionar à equidade, não à regionalização.
- C) Correta a alternativa C:** o gráfico mostra que áreas/populações de menor renda têm menos acesso. Isso reflete a Lei dos Cuidados Inversos (em que quem mais precisa recebe menos cuidados). O princípio da equidade busca corrigir exatamente esse tipo de injustiça. A alternativa faz a melhor relação entre o gráfico e um princípio doutrinário do SUS.
- D) Incorreta a alternativa D:** embora exista diferença racial no acesso, não é o princípio da integralidade que está diretamente ferido aqui. A integralidade trata da oferta contínua e articulada de ações e serviços preventivos, curativos e de reabilitação. O princípio mais diretamente atingido, conforme evidenciado no gráfico, é o da equidade.

Gabarito: C

87. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Um gestor de saúde de um município com 95 mil habitantes, situado em região metropolitana com IDH médio-baixo, recebe dados epidemiológicos do Conselho Municipal de Saúde demonstrando elevado número de casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) com chegada tardia ao hospital de referência cardiológica. Identifica-se demora no reconhecimento dos sintomas e no primeiro atendimento adequado, relacionada à sobrecarga de unidades de pronto atendimento com muitos casos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito descompensados sem adequado acompanhamento ambulatorial, entre outras questões de infecção de via aérea superior sem complicações, cefaleia primária. O município possui oito Unidades Básicas de Saúde tradicionais e três Unidades de Saúde da Família, com duas equipes cada. Há limitação de vagas para hemodinâmica no hospital de referência estadual, localizado a 45 minutos de distância. A região não conta com equipe multiprofissional e apresenta deficiências no acompanhamento de pacientes com fatores de risco cardiovascular e na reabilitação cardíaca pós-IAM. Considerando a necessidade de organizar uma rede de cuidados cardiovasculares integrada, que estratégias seriam essenciais para reduzir a morbimortalidade por infarto?

- A) Reorganizar os serviços de urgência e emergência, converter algumas Unidades Básicas tradicionais em Unidades de Pronto Atendimento cardiológico 24h, criar protocolos de dor torácica e contratar cardiologistas, garantindo resolução dos casos no próprio município.
- B) Organizar sistema de informação integrado, melhorar triagens em UPAs com protocolo de dor torácica, fortalecer e expandir as Equipes da Estratégia de Saúde da Família, fortalecer a eMULTI com equipes multiprofissionais e fortalecer a articulação entre os diversos pontos da rede de atenção cardiovascular.
- C) Ofertar acesso direto ao nível secundário por meio de ambulatório cardiológico especializado, onde funcionará um Núcleo de Apoio à Saúde da Família multiprofissional, evitando atrasos nos encaminhamentos da atenção básica e facilitando o acesso ao serviço de hemodinâmica.
- D) Organizar sistema de informação em saúde, priorizar ampliação de ambulatórios de cardiologia e serviços de emergência cardiológica, contratar especialistas em cardiologia, estabelecer protocolos de transferência para hemodinâmica e ampliar frota de UTIs móveis e disponibilidade de exames

Comentários:

Tema: Sistema Único de Saúde -> PNAB e expansão da APS

A questão traz um cenário de município de porte médio, com rede de atenção básica insuficiente (predomínio de UBS tradicionais e poucas ESF), carência de serviços multiprofissionais e de apoio, demora no reconhecimento e no atendimento inicial do IAM, com sobrecarga de questões que deveriam ser cuidadas dentro da atenção primária (HAS e DM descompensados, cefaleia primária, IVAS sem complicação...), além de barreiras de acesso à hemodinâmica no hospital de referência.

Nesse contexto, o enfoque **não** deve ser apenas hospitalar/especializado, mas, sim, de rede de atenção integrada, **fortalecendo a atenção primária** (prevenção, acompanhamento de fatores de risco e detecção precoce), criando protocolos de linha de cuidado cardiovascular e articulando os diferentes níveis de atenção. O princípio central é o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado, em consonância com as diretrizes do SUS.

Vamos às alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A:** foca excessivamente especialização e hospitalocentrismo. Transformar UBS em UPAs cardiológicas não é viável, pois descaracteriza a função da APS como porta de entrada. Protocolos de dor torácica são positivos, mas o restante da proposta não responde ao problema estrutural da rede nem à prevenção.

- B) Correta a alternativa B:** essa é a alternativa mais adequada. Sugere algo para identificação precoce de IAM. Reforça o papel da APS como coordenadora, amplia a ESF e a eMULTI, integra informação e fortalece a articulação em rede. Aborda tanto prevenção (fatores de risco) quanto o cuidado pós-IAM e a articulação com a média e alta complexidade.
- C) Incorreta a alternativa C:** propõe *by-pass* da APS, o que vai contra a diretriz da coordenação do cuidado pela atenção primária. Colocar o NASF no nível secundário não é coerente, já que sua função é apoiar diretamente a ESF. Foca a especialização, sem resolver a fragilidade da APS.
- D) Incorreta a alternativa D:** apresenta ações úteis para a média e alta complexidade (protocolos, transporte, exames), mas não contempla adequadamente o fortalecimento da atenção primária nem a abordagem multiprofissional. Mantém um viés hospitalocêntrico, tratando o problema já no ponto de maior gravidade, sem atuar sobre prevenção e acompanhamento contínuo.

Gabarito: B

88. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Uma gestante de 19 anos, primigesta, idade gestacional de 24 semanas e 5 dias, foi admitida em emergência obstétrica com crise convulsiva, hipertensão grave e sinais de descolamento prematuro de placenta. Após cesariana, o recém-nascido nasceu hipotônico, pálido, e o pediatra constatou recém nascido sem pulso, sendo realizada tentativa de reanimação sem sucesso, e foi constatado óbito. A paciente apresentou hemorragia uterina grave, feita primeiras tentativas de controle de sangramento, sem sucesso, paciente evoluiu para estado grave em choque, inconsciente, sendo necessária histerectomia puerperal. Condutas foram de acordo com o padrão-ouro para tratamento. Após dez dias na UTI, ela foi transferida para a enfermaria, consciente pela primeira vez após o parto, e perguntou pelo bebê.

Considerando aspectos éticos e legais relacionados ao caso, assinale a alternativa incorreta.

- A)** A comunicação do óbito do recém-nascido deve ser feita de forma clara, direta e acolhedora, com suporte emocional adequado.
- B)** A decisão pela histerectomia puerperal, diante de risco iminente de morte materna, não depende de consulta prévia à família.
- C)** É necessário realizar declaração de óbito do recém-nascido, e essa pode ser feita pela equipe assistente do hospital.
- D)** A conduta da equipe médica, diante do relato, caracteriza imprudência, negligência e imperícia.

Comentários:

Tema: Ética Médica -> Código de Ética Médica (CEM)

Fique de olho, Estrategista,

O caso clínico descreve uma gestante com complicação grave (crise convulsiva, hipertensão severa e descolamento prematuro de placenta), evoluindo para óbito neonatal e histerectomia puerperal em situação de risco iminente de morte materna. Todas as condutas relatadas foram adequadas (padrão-ouro).

A questão central é identificar, entre as alternativas, aquela que **não corresponde aos aspectos éticos e legais** recomendados.

Vamos ver as alternativas!

- A) Correta a alternativa A.** Observe o Código de Ética Médica (CEM): (é vedado ao médico) Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal. Portanto, a paciente precisa ser informada de sua situação pela equipe.

- B) Correta a alternativa B.** Art. 22. do CEM: (é vedado) Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. Como era um caso iminente de morte (a paciente estava “estado grave em choque, inconsciente”), a conduta está correta e não precisa de consentimento da família.
- C) Correta a alternativa C.** “A Resolução CFM 1.779/2005 regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito, determinando que:

Art. 1º O preenchimento dos dados constantes na Declaração de Óbito é da responsabilidade do médico que atestou a morte.

Art. 2º Os médicos, quando do preenchimento da Declaração de Óbito, obedecerão às seguintes normas: [...] 2) Morte fetal: Em caso de morte fetal, os médicos que prestaram assistência à mãe ficam obrigados a fornecer a Declaração de Óbito quando a gestação tiver duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto tiver peso corporal igual ou superior a 500 (quinhentos) gramas e/ou estatura igual ou superior a 25 cm”. Assim, é necessário realizar declaração de óbito do recém-nascido, e essa pode ser feita pela equipe assistente do hospital.

- D) Incorreta a alternativa D:** diante do relato, não há nenhuma evidência de imprudência, negligência ou imperícia. Foram realizadas medidas de acordo com protocolos e as medidas necessárias para salvar a gestante.

Gabarito: D

89. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Um médico recém-formado inicia suas atividades em uma Unidade Básica de Saúde e questiona a preceptora sobre a classificação das ações de saúde segundo os níveis de prevenção. A preceptora apresenta diferentes cenários para que ele possa compreender melhor os conceitos. Considerando os níveis de prevenção em saúde pública, analise as seguintes situações.

- I. Orientação nutricional para gestantes sobre a importância do ácido fólico na prevenção de defeitos do tubo neural.
- II. Realização de mamografia de rastreamento em mulheres de 50-69 anos assintomáticas.
- III. Acompanhamento fisioterápico de paciente com sequelas de acidente vascular cerebral.
- IV. Administração de vitamina K em recém-nascidos para prevenir doença hemorrágica

Que alternativa classifica corretamente essas ações segundo os níveis de prevenção?

- A)** I - prevenção terciária; II - prevenção primária; III - prevenção secundária; IV - prevenção terciária.
- B)** I - prevenção primária; II - prevenção secundária; III - prevenção terciária; IV - prevenção primária.
- C)** I - prevenção secundária; II - prevenção terciária; III - prevenção primária; IV - prevenção secundária.
- D)** I - prevenção secundária; II - prevenção secundária; III - prevenção terciária; IV - prevenção secundária.

Comentários:

Tema: Epidemiologia -> Prevenção em saúde

Estrategista,

PREVENÇÃO PRIMÁRIA

É aquela que realizamos antes de o indivíduo desenvolver a doença. Portanto, são as ações estabelecidas no período pré-patogênico. De forma geral, essas ações podem ser classificadas em dois tipos: **(a) promoção da saúde e (b) proteção específica da saúde**. As ações de promoção em saúde são aquelas que têm por objetivo melhorar o estado de saúde do indivíduo, como o estímulo para o consumo de uma alimentação saudável e prática de atividade física, por exemplo. Já as ações de proteção específica têm por objetivo proteger o indivíduo especificamente de uma determinada doença. É o caso da imunização, em que a pessoa recebe uma vacina contra um bioagente específico, do aconselhamento genético que um casal recebe quando há casos de doenças genéticas e hereditárias na família e do uso de preservativos para prevenir as infecções sexualmente transmissíveis, por exemplo.

Aqui, precisamos ter um olhar especial para as ações de promoção da saúde. Nossa tendência é pensarmos que tais ações só serão de promoção da saúde quando aplicadas na área da saúde, como alimentação saudável e atividade física. Porém, saiba que ações em outros setores também podem promover a saúde da população, uma vez que podem diminuir a pressão de determinantes sociais, diminuindo o risco de adoecimento.

Por exemplo, ações de segurança pública (conhecida como cultura de paz) podem diminuir agravos com projéteis de armas de fogo, assim como ações de trânsito (conhecida como mobilidade urbana) podem reduzir acidentes automobilísticos graves ou fatais. De igual forma, o saneamento básico (que inclui tratamento do esgoto produzido, entrega de água potável e coleta de resíduos sólidos como lixo) também promove a saúde da população, uma vez que evita a transmissão de doenças veiculadas pela água ou por vetores como ratos. Por isso, fique atento à essa ampliação do conceito de promoção da saúde.

PREVENÇÃO SECUNDÁRIA

É aquela que realizamos quando o indivíduo já tem a doença (isto é, já existe algum dano), mas desejamos 'frear' ou "retardar" a evolução natural dela (isto é, desejamos limitar o dano). Por exemplo, se nenhuma intervenção for realizada, uma neoplasia evoluirá naturalmente para metástases. Nesse caso, o principal objetivo da prevenção secundária será evitar a evolução para essas metástases, limitando, assim, o dano causado pelo processo patogênico. São exemplos de prevenção secundária as ações que envolvem **rastreamentos, diagnósticos de forma geral e tratamentos**.

PREVENÇÃO TERCIÁRIA

É aquela que realizamos quando o indivíduo já apresenta alguma complicação, que pode ser alguma perda de função (incapacidade funcional) ou sequela do processo patogênico. Portanto, como ele já está em uma fase mais avançada da doença, já que já tem complicações, nosso objetivo será impedir a progressão para a incapacidade total. O exemplo clássico é o do indivíduo hipertenso que evolui com acidente vascular encefálico e perde parte da função motora, permanecendo com uma hemiparesia.

Mas aqui cabe uma observação muito importante em relação a esse tipo de prevenção! Algumas medidas que não são necessariamente de **reabilitação**/fisioterapia podem ser consideradas ações de prevenção terciária, uma vez que **reintegram os indivíduos a alguma função perdida**, ainda que seja uma função social. Por exemplo, uma pessoa com neoplasia de esôfago e que já apresenta como complicação a obstrução total desse órgão, ao receber uma gastrostomia, estará recebendo prevenção terciária, uma vez que a função de nutrição foi restabelecida. De igual forma, uma pessoa que apresenta amputação de um membro inferior, ao receber uma cadeira de rodas, terá recebido prevenção terciária, já que a função de locomoção foi restabelecida, apesar de ter sido restabelecida de forma adaptada.

Como vimos, existem ainda mais dois níveis de prevenção em saúde que foram desenvolvidos anos após a criação do modelo de Leavell & Clark e que estão relacionados à prevenção de iatrogenias. São eles as prevenções quaternária e quinquenária.

PREVENÇÃO QUATERNÁRIA (P4)

Foi desenvolvida pelo médico de família belga Marc Jamouille em 1999, é conhecida também como P4 e tem como eixo norteador o princípio bioético da não maleficência ("primeiro não fazer mal", que vem do latim "*primum non nocere*"). A P4 tenta impedir a **hipermedicalização e o excesso de intervenções**, incluindo excesso de exames complementares, reduzindo, assim, o risco de **iatrogenias**. São exemplos de P4 as seguintes ações: não solicitar rastreamentos fora da faixa etária alvo ou sem embasamento científico, não prescrever medicações sem a indicação correta e desprescrever medicamentos cujo risco/benefício seja desfavorável para o paciente (por exemplo, desprescrever psicotrópicos sem indicação em um idoso em polifarmácia).

PREVENÇÃO QUINQUENÁRIA (P5)

Esse nível de prevenção foi criado em 2014 por Agostinho e tem por objetivo "impedir a iatrogenia no paciente, atuando no médico". Sabemos que a segurança do paciente passa pelo médico! Por exemplo, se o profissional não estiver em condições de saúde adequadas, principalmente do ponto de vista psíquico, será alta a probabilidade de cometer um erro, já que ele não estará com sua capacidade de decisão clínica preservada. Por isso, quando as ações de saúde são aplicadas no médico com o objetivo de **prevenir o burnout** ou preservar a saúde dele, teremos a prevenção quinquenária. Observe que o paciente se beneficiará indiretamente com isso, já que o médico, por estar "bem de saúde", conseguirá planejar as condutas e discuti-las com o paciente de forma assertiva. O artigo original fala sobre as ações de saúde serem aplicadas no médico, mas nada impede que uma questão mencione outras categorias profissionais, como enfermeiros, dentistas, e assim por diante.

Assim, nos exemplos da questão, temos:

- I - prevenção primária: orientação nutricional visa prevenir o aparecimento de malformações fetais.
- II - prevenção secundária: mamografia de rastreamento detecta precocemente o câncer de mama em fase assintomática.
- III - prevenção terciária: fisioterapia visa reabilitar e prevenir maior deterioração após sequelas estabelecidas.
- IV - prevenção primária: administração de vitamina K previne o aparecimento da doença hemorrágica do recém-nascido.

Vamos às alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A:** inverte os conceitos. A orientação nutricional é primária (não terciária), mamografia é secundária (não primária), fisioterapia é terciária (não secundária), e vitamina K é primária (não terciária).
- B) **Correta a alternativa B:** orientação nutricional evita o aparecimento da malformação (primária), mamografia detecta precocemente o câncer (secundária), fisioterapia reabilita sequelas estabelecidas (terciária), vitamina K previne o aparecimento da doença (primária).
- C) **Incorreta a alternativa C:** todas as classificações estão equivocadas. Orientação nutricional é primária (não secundária), mamografia é secundária (não terciária), fisioterapia é terciária (não primária), vitamina K é primária (não secundária).
- D) **Incorreta a alternativa D:** apenas a fisioterapia está corretamente classificada como terciária. A orientação nutricional e vitamina K são primárias (não secundárias) e a mamografia está correta como secundária.

Gabarito: B

90. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Medicina Preventiva – Prof. Laís Parada) Segundo as competências de participação dos entes federativos no SUS previstas na Lei 8.080/90, é correto afirmar que:

- A) a vigilância sanitária é de competência exclusiva dos municípios, em que o Estado e a União atuam apenas de forma complementar.
 B) a vigilância epidemiológica é de execução obrigatória apenas da União.
 C) a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras é uma atribuição específica de execução da União.
 D) os municípios são responsáveis exclusivos de coordenação dos hemocentros.

Comentários:

Tema: Sistema Único de Saúde (SUS) -> Principais Marcos Legais do SUS (Leis orgânicas da saúde (Lei 8142/1990)

Estrategista,

A rigor, quanto às funções dos diferentes entes federativos, temos:

- a União DEFINE, FORMULA, PARTICIPA e COORDENA;
- o município EXECUTA;
- o estado COORDENA e EXECUTA EM CARÁTER COMPLEMENTAR.

Podemos ver que, para cada função, temos:

	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Vigilância Epidemiológica	Define e coordena o sistema de vigilância epidemiológica.	Coordena os serviços e executa, se precisar (caráter complementar).	Executa os serviços de vigilância epidemiológica
Vigilância Sanitária	Define e coordena o sistema de vigilância sanitária.	Coordena os serviços e executa, se precisar (caráter complementar).	Executa os serviços de vigilância sanitária (exceto em fronteiras*)
Alimentação e Nutrição	Formula, avalia e apoia as políticas de alimentação e nutrição	Coordena os serviços e executa, se precisar (caráter complementar).	Executa os serviços.

*Inclui portos e aeroportos.

	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Saúde do trabalhador	Participa na formulação de políticas e coordena a PNST.	Coordena os serviços e executa, se precisar (caráter complementar).	Executa os serviços.
Política de insumos e equipamentos de saúde	Elabora normas e participa na execução dessa política.	Participa da formulação e execução (caráter complementar).	Executa a política em âmbito municipal.
Laboratórios	Define e coordena a rede de laboratórios.	Coordena a rede estadual de laboratórios.	Gerencia os laboratórios públicos

	UNIÃO	ESTADO	MUNICÍPIO
Hemocentros	Normatiza o Sistema N. de Sangue, Componentes e Derivados.	Gerencia as unidades que permaneçam sob a administração do estado.	Gerencia os serviços.
Saneamento Básico	Participa da formulação da Política de Saneamento Básico.	Participa da formulação e executa serviços.	Executa serviços.
Meio ambiente	Participa da formulação da Política de Meio Ambiente.	Participa do controle do meio ambiente.	Colabora na fiscalização em conjunto com outros setores.

** SNSHD – Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados.

Assim, vamos às alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A:** a vigilância sanitária não é de competência exclusiva dos municípios. Segundo a Lei 8.080/90, ela é responsabilidade comum dos três entes federativos, com a União, Estados e Municípios atuando de forma articulada, entretanto os municípios são os principais executores, com exceção de fronteiras, portos e aeroportos.
- B) **Incorreta a alternativa B:** a vigilância epidemiológica também é uma responsabilidade comum e compartilhada. Os municípios têm papel fundamental na execução local (ex.: notificação de casos, acompanhamento de surtos), os estados coordenam regionalmente, e a União formula políticas, consolida dados nacionais e coordena grandes ações.
- C) **Correta a alternativa C:** essa é uma atribuição específica e exclusiva da União, pois envolve questões de saúde pública de abrangência nacional e internacional, como controle de entrada de doenças no território brasileiro. Está claramente prevista na Lei 8.080/90.
- D) **Incorreta a alternativa D:** os hemocentros geralmente são estruturados em âmbito estadual ou regional, sob coordenação das secretarias estaduais de saúde. A União também participa, por meio da Política Nacional de Sangue e Hemoderivados. Portanto, não cabe apenas ao município essa coordenação.

Gabarito: C

91. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Bruno Ferraz) Um homem de 55 anos, com hipertensão arterial há 12 anos e diabetes *mellitus* tipo 2, comparece ao ambulatório para reavaliação do esquema anti-hipertensivo. Usa clortalidona 25 mg/dia e anlodipino 10 mg/dia. Relata boa adesão. Na última semana, realizou exames que mostraram creatinina sérica de 1,4 mg/dL, com taxa de filtração glomerular estimada de 48 mL/min/1,73 m². Urina com albuminúria moderadamente aumentada (relação albumina/creatinina = 180 mg/g; valor de referência < 30 mg/g). Ao exame físico, PA = 138 x 84 mmHg em ambos os membros superiores, sem outras alterações relevantes.

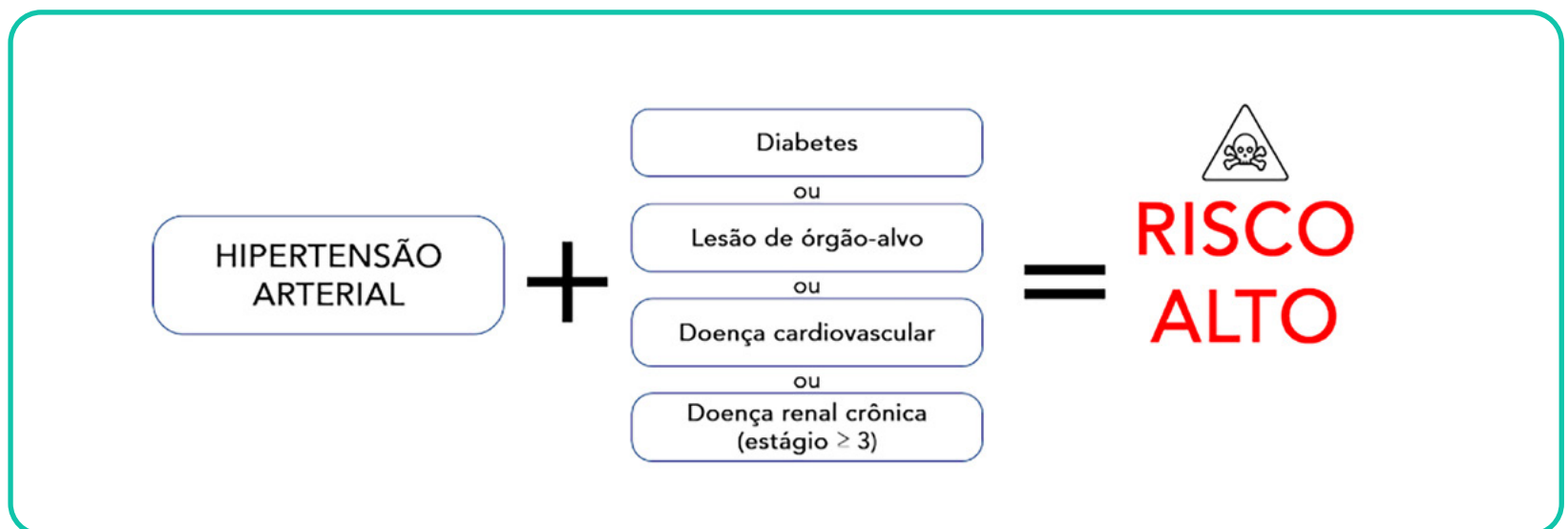
Considerando o risco cardiovascular, o nível pressórico e a presença de doença renal crônica, a conduta mais apropriada em relação ao esquema em uso é:

- A) substituir o anlodipino por um betabloqueador de ação não seletiva.
- B) introduzir espironolactona após investigação de hiperaldoosteronismo primário.
- C) retirar a hidroclorotiazida devido à função renal e manter apenas o anlodipino.
- D) associar um inibidor da enzima conversora da angiotensina ou bloqueador do receptor de angiotensina II.

COMENTÁRIOS:

Caro Estrategista,

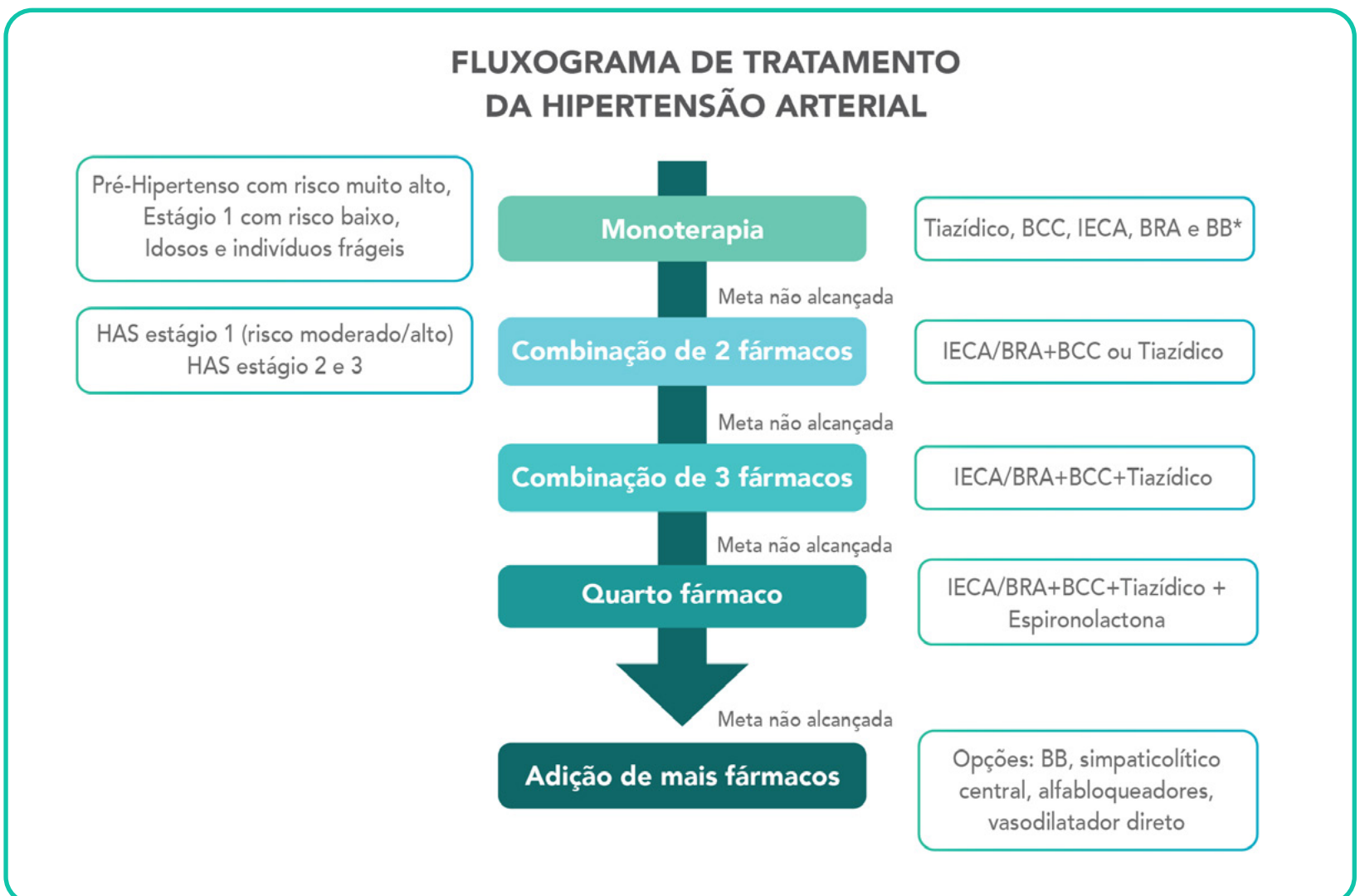
Estamos diante de um paciente com DIAGNÓSTICO de hipertensão arterial. O tratamento depende basicamente do risco. Esse paciente já tem doença renal crônica estágio ≥ 3 , configurando paciente de alto risco. Veja a figura a seguir:



E qual deve ser a meta de pressão desse doente? Também depende do risco! Quanto maior o risco, mais rígida será a meta! Veja a tabela a seguir:

	Risco cardiovascular baixo ou moderado	Risco cardiovascular alto	Idosos hígidos	Idosos frágeis
PA sistólica (mmHg)	< 140	120-129	130-139	140-149
PA diastólica (mmHg)	<90	70-79	70-79	70-79

Observe que o doente em questão não está na meta pressórica! Veja o fluxograma do tratamento da hipertensão arterial:



Na escolha do anti-hipertensivo, sempre devemos considerar as condições de base do paciente. Veja a tabela a seguir:

Condição especial	Droga de escolha
Diabetes	IECA/BRA
Doença coronariana	Betabloqueador e IECA/BRA
Insuficiência cardíaca	Betabloqueador e IECA/BRA
Doença renal crônica	IECA/BRA
Negro	BCC e diurético
Idoso	Diurético e BCC
Hipertensão resistente	Espironolactona
Hiperuricemia	Losartana

Com isso, diante de um paciente com doença renal crônica (DRC) com PA fora do alvo, devemos iniciar o uso de IECA ou BRA.

- A) **Incorreta a alternativa A:** no paciente com DRC, o uso de IECA ou BRA é preferencial.
- B) **Incorreta a alternativa B:** a investigação de hiperaldosteronismo geralmente ocorre quando fazemos diagnóstico de hipertensão resistente ou identificamos hipertensão no contexto de hipocalemia.
- C) **Incorreta a alternativa C:** a pressão arterial não está no alvo. Além disso, não está contraindicado o uso de tiazídicos com o *clearance* > 30 mL/min. Abaixo desse valor, sua eficácia é discutível.
- D) **Correta a alternativa D:** conforme discutido acima.

Gabarito: D

92. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Cardiologia – Prof. Bruno Ferraz) Um homem de 72 anos procura a unidade básica de saúde relatando episódios recorrentes de tontura e duas quedas sem perda de consciência nos últimos meses. Refere também cansaço progressivo aos esforços habituais e dor precordial em aperto ao subir ladeiras. Tem hipertensão arterial sistêmica controlada com losartana. Nega diabetes, tabagismo ou etilismo. Ao exame físico, encontra-se em bom estado geral, PA = 130 × 80 mmHg, frequência cardíaca = 84 bpm. Bulhas rítmicas em dois tempos, com sopro sistólico ejetivo de intensidade 3+/6+ pancardíaco, irradiando para carótidas, que reduz discretamente com a manobra de *handgrip*. Pulso carotídeo é de baixa amplitude e ascensão lenta. Não há estertores pulmonares, nem edema periférico. Diante desse quadro, o diagnóstico mais provável é:

- A) insuficiência mitral crônica.
- B) estenose aórtica.
- C) cardiomiopatia hipertrófica.
- D) comunicação interventricular.

COMENTÁRIOS:

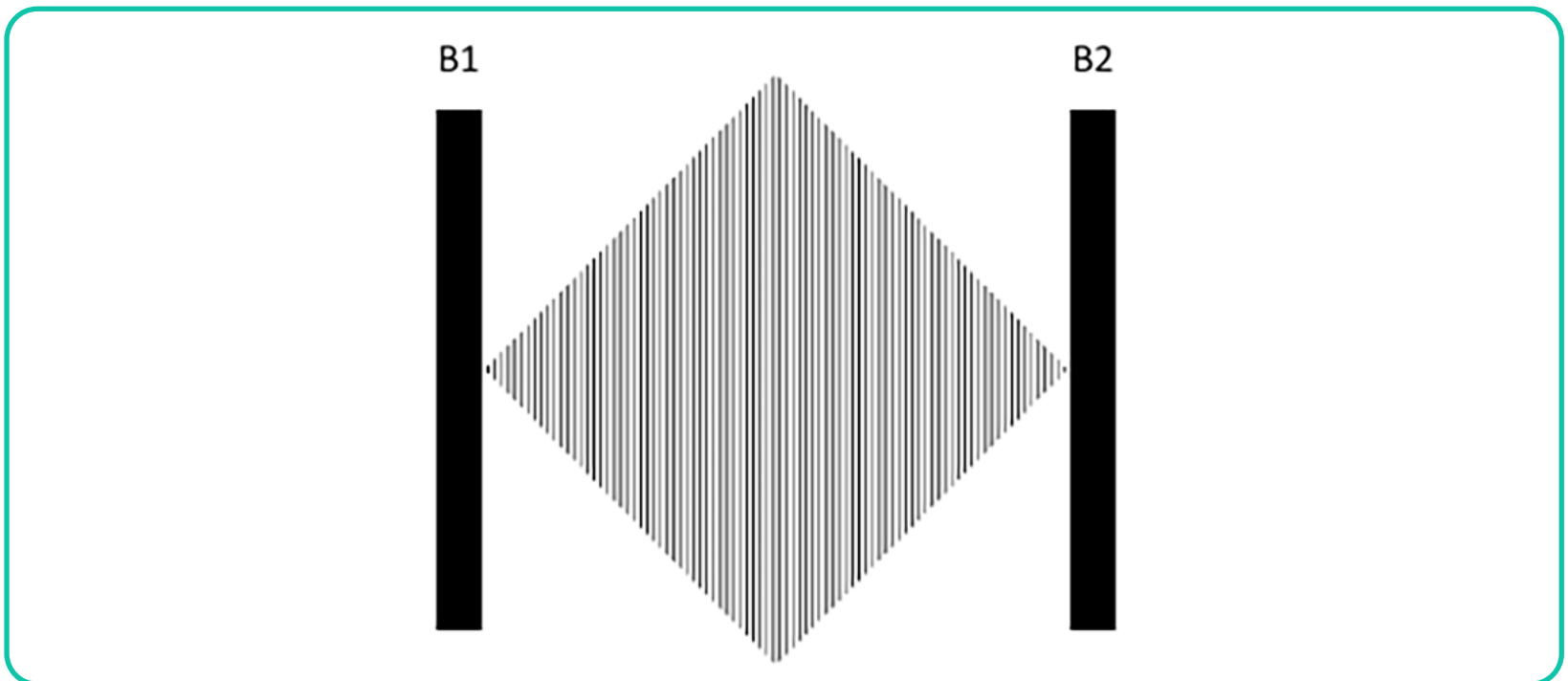
Estrategista,

Estamos diante de um idoso com sintomas de síncope/lipotimia além de dor precordial. Ao exame físico, foi identificado um sopro sistólico. Veja a figura a seguir sobre o diagnóstico diferencial dos sopros sistólicos:



Nesse paciente, temos características típicas do sopro de estenose aórtica: sopro ejetivo que irradia para as carótidas, reduz com *handgrip* e há pulso *parvus et tardus*.

A estenose aórtica é uma valvopatia comum que gera uma obstrução ao fluxo de sangue que sai do coração. Dessa forma, o ventrículo esquerdo (VE) vai precisar fazer uma força maior para abrir a válvula aórtica. No entanto, a pressão na raiz da aorta é elevada. Assim, o fluxo vai aumentando progressivamente (conforme vai vencendo essa resistência). Por isso, esse sopro é conhecido como um sopro sistólico em “crescendo-decrescendo” ou “sopro em diamante” como representado na figura a seguir:



- A) **Incorreta alternativa A:** na insuficiência mitral, o sopro é holossistólico e aumenta com o handgrip.
- B) **Correta a alternativa B:** conforme discutido acima.
- C) **Incorreta a alternativa C:** o sopro é semelhante, mas tem uma característica clássica — aumenta com manobra de Valsalva. Além disso, o diagnóstico de cardiomiopatia hipertrófica obstrutiva (a que gera sopro) ocorre em paciente mais jovens, sendo muito raro em idosos.
- D) **Incorreta a alternativa D:** o sopro do CIV é mais audível em borda esternal direita e pode aumentar com manobra de *handgrip*. A característica clássica é a redução do sopro com Rivero-Carvallo.

Gabarito: B

93. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Endocrinologia – Prof. Ênio Macedo) Mulher de 50 anos, assintomática, comparece à unidade básica de saúde para rastreamento de diabetes *mellitus* tipo 2. Apresenta IMC = 29 kg/m² e hipertensão arterial controlada. Relata mãe diabética. Foram solicitados exames laboratoriais, com os seguintes resultados: glicemia de jejum = 120 mg/dL e hemoglobina glicada (HbA1c) = 6,3%.

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2024), qual deve ser a conduta mais adequada nesse caso?

- A) Confirmar o diagnóstico de diabetes e iniciar tratamento com brevidade
- B) Classificar como pré-diabetes, recomendar mudanças no estilo de vida e metformina.
- C) Prosseguir investigação com teste oral de tolerância à glicose (TTGO-1h).
- D) Repetir os exames em até 6 meses para confirmar ou afastar o diagnóstico de diabetes.

Comentários:

A diretriz brasileira da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2024 trouxe atualizações importantes sobre o rastreo do diabetes *mellitus*.

INDICAÇÕES DE RASTREIO DE DM

O rastreo de diabetes *mellitus* está indicado para as seguintes condições:

RASTREAMENTO DIABETES MELLITUS EM ADULTOS¹

1. Indivíduos ≥ 35 anos¹²
 2. Indivíduos em qualquer idade, com sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m²) ou obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²), na presença de, pelo menos, mais um dos fatores abaixo:
 - hipertensão arterial;
 - história familiar de DM tipo 2;
 - doença cardiovascular;
 - síndrome dos ovários policísticos;
 - HDL - colesterol < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 250 mg/dL;
 - sedentarismo;
 - presença de obesidade grau 2 ((IMC 35-39,9 kg/m²) ou grau 3 (IMCC ≥ 40 kg/m²);
 - presença de sinais de resistência à insulina (*acantose nigricans*);
 - etnias em que o risco de DM tipo 2 é maior do que o da população em geral.
- *Asiáticos ou descendentes devem ser rastreados se IMC ≥ 23 kg/m².
3. FINDRISC alto ou muito alto².
 4. Diabetes gestacional prévio.

Orientações da American Diabetes Association (ADA), *Standards of Medical Care in Diabetes*, 2024.

EXAMES PARA O RASTREIO

Nas situações de disponibilidade total de recursos, devemos utilizar a glicemia de jejum e/ou a hemoglobina glicada.

Em situações com maior escassez de recursos, o exame preferencial é a glicemia de jejum.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Recorde que os valores dos testes de rastreio serão interpretados da seguinte forma:

Critérios diagnósticos para diabetes <i>mellitus</i>					
	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 <i>mellitus</i>	≥ 126	≥ 6,5	≥ 209	≥ 200	≥ 200 + presença de sintomas clássicos de hiperglicemia

¹HbA1c: hemoglobina glicada fração A1c.

²TTGO-1h: teste de tolerância à glicose oral (TTGO) com medida de glicemia realizada após 1 hora do consumo de 75 g de dextrosol.

³TTGO-2h: teste de tolerância à glicose oral (TTGO) com medida de glicemia realizada após 2 horas do consumo de 75 g de dextrosol.

⁴A 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.

Em pacientes **assintomáticos**, devem ser realizados **2 testes** para confirmação diagnóstica.

Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia (perda ponderal, poliúria, polidipsia), é necessário apenas 1 teste alterado ou glicemia aleatória ≥ 200 mg/dL para diagnóstico de DM.

Destacamos alguns cenários de resultados possíveis:

- **pacientes com dois exames em patamar de diabetes:** é confirmado o diagnóstico, devendo-se iniciar o tratamento;
- **pacientes com apenas um exame em patamar de diabetes:** fazer testagem adicional. Pode-se utilizar o mesmo teste que já veio alterado ou outro (incluindo o TTGO). Caso o teste adicional não confirme o diagnóstico de DM, devemos repetir novo rastreio em 6 meses e recomendar mudanças de estilo de vida (MEV);
- **pacientes com exames em patamar de pré-diabetes:** devem ser melhor avaliados com o TTGO-1h, uma vez que uma parcela desses indivíduos pode ter diabetes não identificada devido à baixa sensibilidade da glicemia de jejum ou da hemoglobina glicada;
- **pacientes com rastreio negativo para pré-diabetes ou diabetes:** esses indivíduos devem ser melhor avaliados quanto à presença de fatores de risco e também devem ter o risco de diabetes estratificado pela ferramenta FINDRISC (escore para calcular o risco de diabetes em 10 anos, veja a seguir). Aqueles que possuem três ou mais fatores de risco ou um FINDRISC alto ou muito alto devem ser submetidos à realização de um TTGO de uma hora, uma vez que esse exame é mais acurado para identificar casos de pré-diabetes e diabetes do que a glicemia jejum e a hemoglobina glicada. Aqueles que possuem menos que 3 fatores de risco ou FINDRISC baixo ou intermediário podem ser reavaliados dentro de 3 anos.


AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Circule a alternativa correta e some os seus pontos.

1. Idade

- 0 p. - Abaixo de 45 anos
- 2 p. - Entre 45-54 anos
- 3 p. - Entre 55-64 anos
- 4 p. - Acima de 64 anos

2. Índice de massa corporal (IMC)

- 0 p. - Abaixo de 25kg/m²
- 1 p. - 25-30kg/m²
- 3 p. - Acima de 30kg/m²

3. Circunferência da cintura medida abaixo das costelas (geralmente na altura do umbigo)
Homens

- 0p.- Menor que 94cm
- 3p.- 94 - 102 cm
- 4p.- Maior que 102 cm

Mulheres

- Menor que 80 cm
- 80 - 88 cm
- Maior que 88 cm


4. Você pratica pelo menos 30 minutos de atividade física diária no trabalho e/ou durante o horário de lazer (incluindo as atividades diárias normais)?

- 0 p. - Sim
- 2 p. - Não

5. Com que frequência você come legumes, verduras, frutas ou grãos?

- 0 p. - Todos os dias
- 1 p. - Não todos os dias

6. Você já tomou regularmente algum medicamento para pressão alta?

- 0 p. - Não
- 2 p. - Sim

7. Alguma vez você já apresentou glicose alta no sangue (por exemplo, em um exame médico de rotina, durante uma doença, durante gravidez)?

- 0 p. - Não
- 5 p. - Sim

8. Algum membro de sua família ou parente próximo já foi diagnosticado com diabetes (tipo 1 ou tipo 2)?

- 0 p. - Não
- 3 p. - Sim: avós, tia, tio ou primo de 1º grau (exceto pai, mãe, irmão, irmã ou filho)
- 5 p. - Sim: pai, mãe, irmão, irmã ou filho

Pontuação Total de Risco


O risco de desenvolver diabetes tipo 2 em 10 anos é:

Menor que 7 - Baixo

cerca de 1 em cada 100 pessoas irá desenvolver a doença

7 - 11 Levemente elevado

cerca de 1 em cada 25 pessoas irá desenvolver a doença

12 - 14 Moderado

cerca de 1 em cada 6 pessoas irá desenvolver a doença

15 - 20 Alto

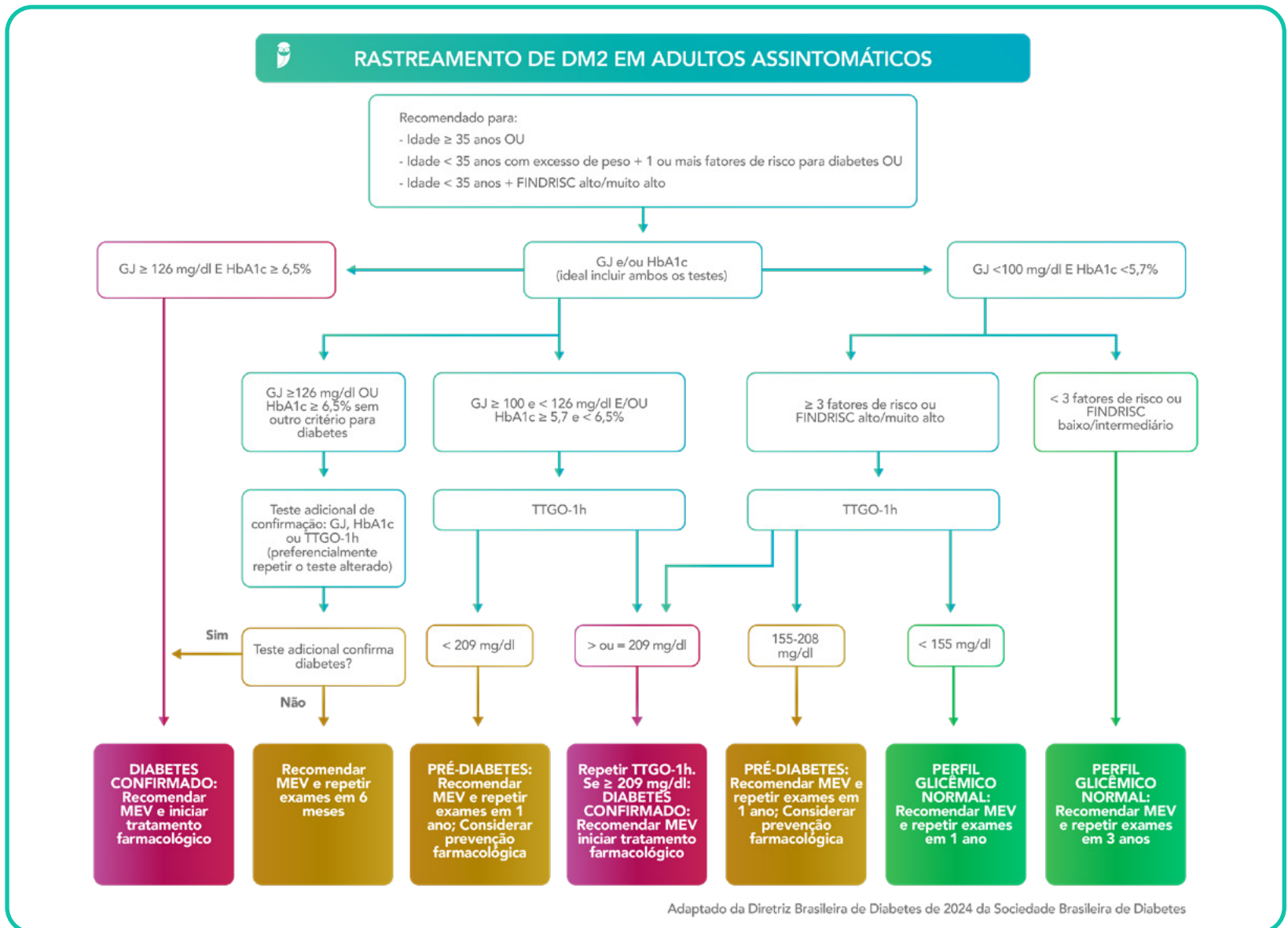
cerca de 1 em cada 3 pessoas irá desenvolver a doença

Mais que 20 Muito alto

cerca de 1 em cada 2 pessoas irá desenvolver a doença

Adaptado da Diretriz Brasileira de Diabetes de 2024 da Sociedade Brasileira de Diabetes

Um resumo do rastreamento de DM2 em adultos assintomáticos está disposto a seguir:



- A) **Incorreta a alternativa A.** A paciente apresenta GJ < 126 mg/dL e HbA1c $< 6,5\%$, incompatíveis com diabetes.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A paciente apresenta GJ e HbA1c em patamar de pré-diabetes, entretanto, segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2024, antes de confirmar esse diagnóstico, é necessária a solicitação de TTGO-1h, pois esse exame é mais acurado para o diagnóstico de casos precoces de diabetes franco.
- C) **Correta a alternativa C.** Segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2024, antes de confirmar o diagnóstico de pré-diabetes, é necessária a solicitação de TTGO-1h, pois esse exame é mais acurado para o diagnóstico de casos precoces de diabetes franco.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Segundo a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2024, antes de confirmar o diagnóstico de pré-diabetes, é necessária a solicitação de TTGO-1h, pois esse exame é mais acurado para o diagnóstico de casos precoces de diabetes franco. Essa etapa é necessária para definir a necessidade e periodicidade de repetição de exames e de tratamento.

Gabarito: C

94. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho) Durante uma campanha de prevenção de arboviroses em área endêmica para dengue, um médico da Estratégia de Saúde da Família realiza palestra para a comunidade. Ele reforça que a eliminação de criadouros é a principal medida de controle da doença.

Sobre a epidemiologia e a prevenção da dengue, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A transmissão ocorre exclusivamente por fêmeas do *Aedes albopictus*.
- B) A principal medida de controle é a aplicação de inseticida de ultrabaixo volume (UBV), o "fumacê", em todos os bairros do município.
- C) O pico de transmissão ocorre geralmente no período chuvoso, sendo o controle vetorial voltado para eliminação de depósitos de água parada.
- D) A imunidade adquirida após infecção natural protege contra todos os sorotipos por toda a vida, evitando casos graves de dengue secundária.

Comentários:

A dengue é uma das arboviroses mais importantes no Brasil, transmitida pela picada da fêmea do *Aedes aegypti*, principal vetor urbano. O ciclo de transmissão está intimamente ligado à presença de criadouros com água parada, que favorecem a proliferação do mosquito. Por isso, o controle vetorial tem como eixo central a eliminação desses reservatórios, especialmente em épocas de chuva, quando há maior acúmulo de água em recipientes.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A transmissão da dengue ocorre principalmente pela picada de fêmeas do mosquito *Aedes aegypti*. Embora o *Aedes albopictus* também possa transmitir o vírus em condições de laboratório e tenha sido encontrado naturalmente infectado, seu papel como vetor na transmissão para humanos é considerado secundário e menos eficiente que o do *Aedes aegypti*. A transmissão ocorre exclusivamente por fêmeas, pois são elas que necessitam de sangue para a maturação dos ovos.
- B) **Incorreta a alternativa B.** A aplicação de inseticida de ultrabaixo volume (UBV), popularmente conhecido como "fumacê", não é a principal medida de controle. Essa estratégia é utilizada de forma complementar durante surtos ou epidemias para eliminar os mosquitos adultos infectados e interromper a transmissão de forma mais rápida. No entanto, o "fumacê" não tem efeito sobre as formas imaturas do vetor (ovos, larvas e pupas), que se desenvolvem em água parada. A medida mais eficaz e prioritária é a eliminação dos criadouros do mosquito.
- C) **Correta a alternativa C.** O ciclo de vida do *Aedes aegypti* está diretamente ligado à presença de água. O período chuvoso favorece o acúmulo de água em recipientes como pneus, garrafas, vasos de plantas e caixas d'água mal vedadas, criando ambientes ideais para a proliferação do mosquito. Por essa razão, o pico de transmissão da dengue coincide com os meses de maior pluviosidade. O controle vetorial é a principal estratégia para prevenir a doença, pois atua diretamente na redução da população de mosquitos.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A imunidade adquirida após a infecção por um sorotipo da dengue é específica e duradoura apenas para aquele sorotipo. A proteção contra os outros três sorotipos é parcial e temporária. Uma infecção subsequente por um sorotipo diferente aumenta o risco de desenvolver formas graves da doença, como a dengue hemorrágica, devido a um fenômeno imunológico conhecido como "facilitação dependente de anticorpos" ou "realce imune" (*antibody-dependent enhancement*). Portanto, a infecção natural não protege contra todos os sorotipos e, na verdade, pode aumentar o risco em uma segunda infecção.

Gabarito: C

95. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho) Paciente de 45 anos, agricultor, chega à Unidade Básica de Saúde (UBS) de uma zona rural referindo ter sido picado por uma cobra, que ele identifica como "jararaca", há cerca de 30 minutos. Ao exame, apresenta dor local intensa, edema progressivo e equimose no local da picada, em membro inferior direito. O paciente está ansioso, mas com sinais vitais estáveis e sem sangramentos sistêmicos. A UBS não dispõe de soro antiofídico. Qual é a conduta inicial correta a ser adotada pelo médico da Atenção Primária à Saúde (APS)?

- A) Realizar um torniquete no membro acometido para impedir a disseminação do veneno e administrar soro antiofídico polivalente intramuscular.
- B) Realizar a limpeza do local da picada com água e sabão, manter o paciente em repouso e providenciar a transferência imediata do paciente para um hospital de referência.
- C) Fazer uma incisão no local da picada e sugar o veneno para reduzir a carga tóxica, administrar analgésicos e manter o paciente em observação na UBS por 6 horas.
- D) Administrar vacina antitetânica e encaminhar o paciente para o hospital de referência apenas se surgirem sinais de sangramento ativo ou instabilidade hemodinâmica.

Comentários:

Os acidentes ofídicos representam uma urgência médica e exigem condutas rápidas e adequadas para evitar complicações locais e sistêmicas. O gênero *Bothrops*, conhecido popularmente como jararaca, é responsável pela maioria dos acidentes no Brasil. O veneno tem ação proteolítica, coagulante e inflamatória, provocando dor intensa, edema, equimose e, em casos graves, sangramentos e insuficiência renal. O atendimento inicial na APS não deve tentar substituir o tratamento específico — o soro antiofídico —, mas, sim, garantir medidas de suporte, primeiros cuidados locais e encaminhamento rápido para hospital de referência. Entre as orientações gerais de primeiros socorros, estão: lavar o local com água e sabão, manter o paciente em repouso, de preferência deitado, retirar adornos do membro afetado e providenciar transporte imediato para unidade com soro disponível. É igualmente importante reforçar o que não deve ser feito: torniquetes, incisões, sucção, aplicação de substâncias caseiras e ingestão de álcool ou outras substâncias tóxicas.

- A) **Incorreta a alternativa A.** O torniquete é contraindicado, pois aumenta o risco de necrose e complicações locais. Além disso, o soro deve ser administrado por via endovenosa em ambiente hospitalar.
- B) **Correta a alternativa B.** A conduta inicial adequada inclui a limpeza simples do local da picada, repouso e tranquilização do paciente e encaminhamento imediato a hospital de referência para soroterapia.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Incisão e sucção do local não reduzem a carga de veneno e aumentam o risco de infecção. O paciente não deve permanecer em observação na UBS, já que necessita de soro antiofídico o mais rápido possível.
- D) **Incorreta a alternativa D.** A profilaxia antitetânica deve ser avaliada de acordo com o histórico vacinal do paciente. O erro principal da alternativa é condicionar o encaminhamento ao hospital ao surgimento de sinais de gravidade sistêmica. Todo paciente com sinais de envenenamento por serpente peçonhenta deve ser transferido imediatamente para receber a soroterapia, independentemente da presença de instabilidade hemodinâmica ou sangramentos ativos.

Gabarito: B

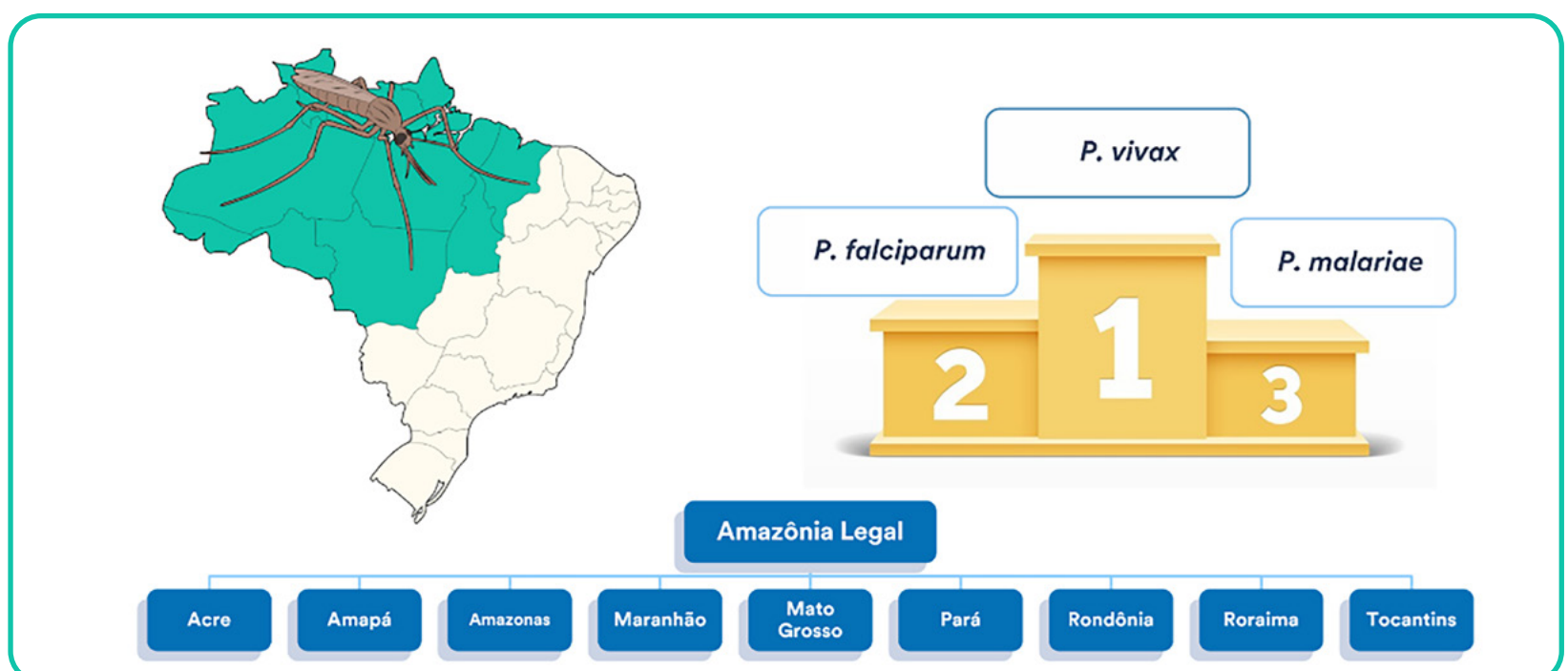
96. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Infectologia – Prof. Sérgio Beduschi Filho) Homem de 45 anos retorna de viagem recente ao estado do Amazonas e, 10 dias depois, desenvolve febre alta intermitente, calafrios e sudorese. Considerando a epidemiologia da malária no Brasil, assinale a alternativa CORRETA.

- A) A maioria dos casos no Brasil ocorre em áreas urbanas das capitais da região Norte.
- B) O *Plasmodium falciparum* é responsável por mais de 80% dos casos no país.
- C) A transmissão é feita pela picada de mosquitos do gênero *Anopheles* e está concentrada na Amazônia Legal.
- D) O Brasil erradicou a transmissão autóctone de *Plasmodium vivax* na última década, restando apenas casos importados.

Comentários:

A malária é uma doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero *Plasmodium*. No Brasil, sua transmissão ocorre predominantemente na região da Amazônia Legal. O quadro clínico clássico envolve febre, calafrios e sudorese, geralmente em um padrão intermitente, como descrito no caso do paciente que retornou de uma viagem ao Amazonas. A suspeita clínica baseada em dados epidemiológicos (procedência de área endêmica) e sintomas característicos é o primeiro passo para o diagnóstico e tratamento oportunos.

- A) **Incorreta a alternativa A.** A transmissão da malária no Brasil não ocorre majoritariamente em áreas urbanas. Embora existam casos em periferias e áreas periurbanas, a maioria das notificações está concentrada em áreas rurais, garimpos e populações indígenas, onde as condições ambientais são mais propícias para a proliferação do mosquito vetor.
- B) **Incorreta a alternativa B.** O *Plasmodium vivax* é a espécie responsável pela maioria dos casos de malária no Brasil, correspondendo a mais de 80% das infecções. O *Plasmodium falciparum*, embora associado a quadros mais graves, representa uma porcentagem menor dos casos totais no país. A malária mista (infecção simultânea por *P. vivax* e *P. falciparum*) e a infecção por *P. malariae* são menos comuns.
- C) **Correta a alternativa C.** A transmissão da malária acontece pela picada de fêmeas do mosquito do gênero *Anopheles*, infectadas com o *Plasmodium*. No Brasil, a transmissão autóctone está quase que inteiramente restrita à região da Amazônia Legal, que engloba os estados da Região Norte, além de partes do Maranhão e Mato Grosso. Casos diagnosticados fora dessa área são, em sua maioria, importados de regiões endêmicas, como o paciente da questão.



D) **Incorreta a alternativa D.** O Brasil não erradicou a transmissão autóctone de *Plasmodium vivax*. Pelo contrário, essa continua sendo a espécie de *Plasmodium* mais prevalente no país.

Gabarito: C

97. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo) Em um hospital universitário, um especialista é solicitado para avaliar **paciente com cirrose hepática em descompensação** que, após **12 horas** da última ingestão alcoólica, passou a apresentar quadro **compatível com síndrome de abstinência alcoólica (SAA)**. Que prescrição farmacológica é a mais adequada?

- A) Carbamazepina.
- B) Fenitoína.
- C) Lorazepam.
- D) Diazepam.
- E)

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.

Critérios da abstinência de álcool, adaptados do DSM-5-TR

A	Cessaçã (ou reduçã) do uso pesado e prolongado de álcool.
B	Dois (ou mais) dos seguintes sintomas:
1	Hiperatividade autonômica (sudorese ou frequênci cardíaca maior do que 100 bpm).
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** da SAA é principalmente baseado no uso de **benzodiazepínicos** de meia-vida prolongada, como o diazepam, que, assim como a **maior parte das medicações de sua classe**, é oxidado pelo sistema microsomal 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.

Uma das raras exceções dessa metabolização é o **lorazepam**, que sofre, sobretudo, processos de metabolização de fase 2, sendo conjugado diretamente por glicuronidação e posteriormente excretado na urina.

A reposição de tiamina é mandatória e justifica-se para evitar a ocorrência da síndrome de Wernicke-Korsakoff (SWK), quadro provocado pela deficiência de vitamina B1.

Para o controle de eventual agitação psicomotora intensa ou psicose grave/refratária, o uso cauteloso do antipsicótico típico haloperidol pode ser considerado. Sua cautela justifica-se, pois, de forma geral, os antipsicóticos reduzem o limiar para convulsões, além de aumentarem o risco para arritmias cardíacas. Dessa forma, justamente, o haloperidol é o antipsicótico considerado o mais seguro nesse cenário, por isso é droga a ser escolhida.

Vamos às alternativas!

- A) **Incorreta a alternativa A.** É droga de 2ª linha, pode substituir benzodiazepínicos em quadros leves/moderados, mas exige metabolização hepática significativa, inadequada em hepatopatas.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Não é eficaz no tratamento da SAA, podendo até precipitar convulsões pelo efeito "kindling".
- C) **Correta a alternativa C.** É benzodiazepínico metabolizado por glicuronidação (fase 2), menos dependente do fígado, sendo a melhor escolha em hepatopatas.
- D) **Incorreta a alternativa D.** Apesar de ser 1ª linha em SAA, sofre metabolização hepática intensa (fase 1 – CYP450), devendo ser evitado em cirróticos.

Gabarito: C

98. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo) Em ambulatório de geriatria, que antidepressivo a seguir costuma apresentar **melhor tolerabilidade** e **menor risco de efeitos adversos** em idosos?

- A) Venlafaxina.
- B) Citalopram.
- C) Imipramin
- D) Paroxetina.

Comentários:

Estrategista, antidepressivos são drogas utilizadas no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e condições clínicas, como síndromes dolorosas, transtornos gastrointestinais, endocrinológicos, neurológicos, reumatológicos, ginecológicos e dermatológicos.

Eles são divididos em classes, de acordo com seu perfil de ação farmacodinâmica, que, embora distintos, fornecem eficácias semelhantes nos principais tratamentos psiquiátricos.

ISRS	Duais	Tricíclos	Atípicos
Citalopram 10 - 40 mg	Desvenlafaxina 50 - 200 mg	Amitriptilina 25 - 300 mg	Agomelatina 25 - 50 mg
Escitalopram 5 - 20 mg	Duloxetina 30 - 90 mg	CLomipramina 25 - 300 mg	Bupropiona 150 - 450 mg
Fluoxetina 20 - 80 mg	Venlafaxina 75 - 225 mg	Doxepina 25 - 300 mg	Mirtazapina 15 - 60 mg
Paroxetina 10 - 60 mg		Imipramina 25 - 300 mg	Trazodona 50 - 600 mg
Sertralina 25 - 200 mg		Nortriptilina 50 - 200 mg	Vortioxetina 5 - 20 mg

Os antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina (ISRS) atuam inibindo, especialmente, a recaptação do neurotransmissor serotonina, que se acumula na fenda sináptica.

Em linhas gerais, os ISRS são medicações de primeira linha para tratar quadros depressivos, ansiosos e obsessivos, devido ao perfil de poucos efeitos colaterais, alta tolerabilidade e baixa interação farmacológica. Por isso, também são a classe de escolha para a maioria dos pacientes idosos, pacientes com comorbidades ou em uso de polifarmácia.

Apesar disso, os ISRS podem causar, em diferentes graus e de acordo com a sensibilidade do usuário, alterações do apetite, gastrointestinais e do sono, ansiedade, sedação e redução da libido. Normalmente, esses efeitos colaterais são brandos e autolimitados, sem que seja necessária a descontinuação do tratamento.

Dessa forma, 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 sempre evitar o tratamento psicofarmacológico na população?

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, atingindo as doses máximas recomendadas para o tratamento do transtorno.

Vamos avaliar as alternativas!

- A) Incorreta a alternativa A.** Trata-se de um antidepressivo dual (inibe recaptação de serotonina e noradrenalina). Pode causar hipertensão em doses altas, tem meia-vida curta e está associado a sudorese intensa e sintomas de retirada frequentes.
- B) Correta a alternativa B.** ISRS com perfil mais seguro: baixa hepatotoxicidade, pouca interação, seguro em idosos e pacientes em polifarmácia; atenção apenas ao QT em doses altas.
- C) Incorreta a alternativa C.** Antidepressivo tricíclico com fortes efeitos anticolinérgicos e cardiotoxicos, inadequado para idosos.
- D) Incorreta a alternativa D.** ISRS com maior perfil sedativo e alta chance de sintomas de descontinuação, não sendo a melhor opção em geriatria.

Gabarito: B

99. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo) Trabalhador de 48 anos é encontrado 30 minutos após pulverização em estufa agrícola. Chega à UPA confuso, sudorético, com roncosp respiratórios, sialorreia abundante, tremores e miose bilateral. Quais são o diagnóstico mais provável e o antídoto imediato?

- A) Intoxicação por organofosforado – administrar atropina.
- B) Intoxicação por organoclorado – administrar naloxona.
- C) Intoxicação por carbamato – administrar naloxona.
- D) Intoxicação por organofosforado – administrar N-acetilcisteína

Comentários:

A síndrome colinérgica, também conhecida como síndrome anticolinesterásica, é causada pela inibição da acetilcolinesterase, enzima responsável pela degradação da acetilcolina. Com o acúmulo da acetilcolina, há o aumento do tônus colinérgico no sistema nervoso central, periférico e autônomo, devido à hiperestimulação dos receptores muscarínicos e nicotínicos.

- Efeitos muscarínicos: espasmo brônquico, bradicardia, hipersecreção brônquica, sialorreia, lacrimejamento, sudorese, vômitos, diarreia, incontinência urinária e miose.
- Efeitos nicotínicos: fasciculações, tremores, fraqueza muscular e taquicardia.



Fonte: Shutterstock / Artista: GoodStudio.

Os principais agentes envolvidos são os pesticidas do tipo carbamato e organofosforado (OF). Essas substâncias representam um grupo composto por milhares de agentes químicos distintos, estruturalmente relacionados. Além disso, também podem estar presentes em diversos outros produtos, como agrotóxicos, inseticidas domésticos, rodenticidas e medicações, como nas drogas donepezila, rivastigmina e galantamina (tratamento para Alzheimer) ou piridostigmina (tratamento para miastenia *gravis*).

Estrategista, existem pequenas diferenças entre os carbamatos e os organofosforados, que podem ser questionadas em sua prova:

- Carbamatos: inibem, de maneira temporária e reversível, a ação da acetilcolinesterase, com efeitos geralmente inferiores a 24 horas. Atravessam menos intensamente a barreira hematoencefálica, portanto causam menos efeitos centrais.
- Organofosforados: estabelecem uma ligação forte e duradoura com a acetilcolinesterase. São extremamente lipossolúveis, o que permite uma rápida passagem pela barreira hematoencefálica, causando efeitos mais proeminentes sobre o sistema nervoso

central. Também, pela lipossolubilidade, depositam-se no tecido gorduroso, causando uma intoxicação prolongada, conhecida como “síndrome intermediária”.

Estrategista, para sua prova, quando o enunciado descrever um paciente “molhado e miótico”, ou seja, suando, lacrimejando, salivando, urinando, com diarreia e broncorreia, a banca está dizendo que o diagnóstico é esse. Caso ainda seja descrito que se trata de um trabalhador rural e há um “cheiro de alho”, típico de algumas substâncias dessa classe, o diagnóstico é certo

O diagnóstico é clínico e dispensa qualquer exame complementar para o início do tratamento. A história clínica do paciente, muitas vezes com origem no meio rural, é uma importante pista desse diagnóstico.

O tratamento é realizado com uso de **atropina**, um anticolinérgico, tendo como alternativa o uso de **pralidoxima**, uma reativadora da acetilcolinesterase.

Vamos às alternativas!

- A) **Correta a alternativa A.** Quadro clássico de síndrome colinérgica; atropina deve ser utilizada para reversão dos efeitos colinérgicos.
- B) **Incorreta a alternativa B.** Organoclorados foram banidos em grande parte, têm toxicidade crônica; naloxona não tem papel aqui, sendo antídoto para intoxicações por opioides.
- C) **Incorreta a alternativa C.** Naloxona é antídoto para opioides, não para intoxicações colinérgicas.
- D) **Incorreta a alternativa D.** NAC é usada em intoxicação por paracetamol, prevenindo potenciais efeitos tóxicos especialmente no sistema hepático.

Gabarito: A

100. (Estratégia MED 2025 – Inédita – Psiquiatria – Prof. Thales Thaumaturgo) Homem de 51 anos, HAS em uso de enalapril, obeso, em episódio depressivo maior grave. Usava sertralina 100 mg/dia; o médico elevou para 200 mg/dia e associou sibutramina 15 mg/dia. Quatro dias depois, chega à emergência com agitação psicomotora, tremores, sudorese, hipertensão, taquicardia e midríase bilateral. Qual é o diagnóstico mais provável?

- A) Síndrome de abstinência alcoólica.
- B) Síndrome neuroléptica maligna.
- C) Síndrome extrapiramidal.
- D) Síndrome serotoninérgica.

Comentários:

- A) **Incorreta a alternativa A:** 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, hipertermia, taquipneia, sudorese, piloereção, taquicardia e alterações de pressão arterial. O tratamento é baseado no uso de benzodiazepínicos e reposição de tiamina.

B) Incorreta a alternativa B: a síndrome neuroléptica maligna (SNM) é uma reação grave e potencialmente fatal, causada como efeito colateral do uso, principalmente, de antipsicóticos, principalmente se administrados repetidamente e por via intramuscular. Sua ocorrência é uma emergência médica, com alta taxa de mortalidade, entre 10% e 20%. Seus principais sintomas são hipertermia, rigidez muscular intensa e alteração do nível de consciência. Outros achados possíveis são tremores, pressão arterial flutuante, incontinência esfinteriana, dispneia, elevação de fosfocreatinoquinase (CPK), insuficiência renal, rabdomiólise e leucocitose sem desvio à esquerda.

Seu tratamento é baseado no suporte clínico, medidas de resfriamento corporal e o uso de agonistas dopaminérgicos, como bromocriptina, ou relaxantes musculares, como o dantrolene, ou, ainda, benzodiazepínicos.

C) Incorreta a alternativa C: os antipsicóticos podem causar sintomas conhecidos extrapiramidais (SEP), como discinesia, tremores, distonias e acatisia. Esses efeitos colaterais acontecem porque os antipsicóticos não atuam apenas nas vias dopaminérgicas cerebrais que são consideradas como “alvo terapêutico” para o tratamento dos sintomas psicóticos, como a via mesolímbica. Os antipsicóticos atingem outros tratos cerebrais dopaminérgicos, como a via tuberoinfundibular, em que a ação do antipsicótico causa o aumento da prolactina, e a via nigroestriatal, causando a SEP. Esses efeitos também podem ser produzidos, menos frequentemente, por antipsicóticos atípicos, além de drogas como bromoprida, cinarizina e flunarizina. O uso de anticolinérgicos, como o biperideno ou benzodiazepínicos pode aliviar os sintomas.

D) Correta a alternativa D: a síndrome serotoninérgica é uma **reação potencialmente grave**, causada por **hiperestimulação do tônus serotoninérgico** no sistema nervoso central. Os **principais sinais e sintomas** são **mioclonias, tremores**, rigidez muscular, sudorese, **hipertermia**, agitação psicomotora, midríase, rebaixamento do nível de consciência e coma. Toda medicação que age direta ou indiretamente em receptores serotoninérgicos ou no metabolismo da serotonina pode causar a síndrome descrita acima, como antidepressivos, lítio e sibutramina. Por isso, quanto maior a dose e maior a combinação de medicamentos serotoninérgicos, maior a chance do desenvolvimento da síndrome, especialmente após aumentos súbitos. O tratamento envolve a suspensão do fármaco envolvido e suporte clínico. O uso de benzodiazepínicos ou ciproheptadina pode ser útil.

Gabarito: D



[VEJA O RANKING](#)



Estratégia MED



@estrategiamed



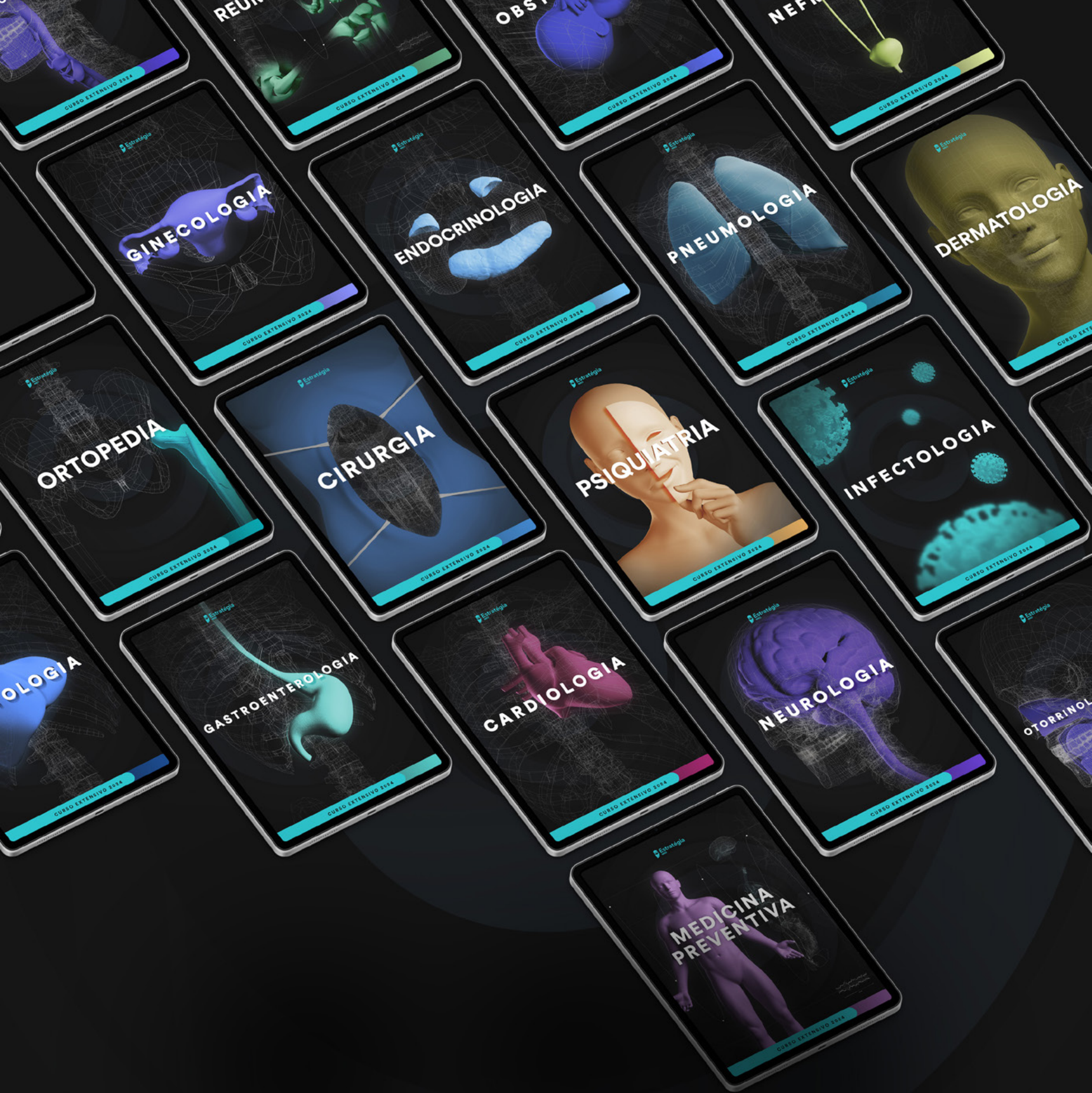
@estrategiamed



t.me/estrategiamed



/estrategiamed



med.estrategia.com